



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Departamento de Psicología Social y Antropología

**VIVENCIAS DE LA MATERNIDAD EN EL CONTEXTO DE LAS
TÉCNICAS REPRODUCTIVAS.
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

Ana Belén González Vicente

TESIS DOCTORAL. JUNIO 2017.



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Departamento de Psicología Social y Antropología

**VIVENCIAS DE LA MATERNIDAD EN EL CONTEXTO DE LAS
TÉCNICAS REPRODUCTIVAS.
ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

Autora:

Ana Belén González Vicente

Directoras:

Dra. Lourdes Moro Gutiérrez

Dra. María Jesús Pena Castro.

TESIS DOCTORAL. JUNIO 2017.

Programa: Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario.



Lourdes Moro Gutiérrez, Profesora Titular de Universidad, del Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca y M^a Jesús Pena Castro, Profesora Contratada Doctora del Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca, directoras de la tesis doctoral de Ana Belén González Vicente, estudiante del programa de Doctorado Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario.

La presente tesis doctoral titulada Vivencias de la maternidad en el contexto de las técnicas reproductivas. Análisis desde la perspectiva de género, reúne a nuestro juicio méritos suficientes que convierten el trabajo en una valiosa investigación, original e inédita. Ofrece pleno rigor y fundamentación, tanto empírica como teórica y metodológica.

En base a los méritos expuestos, consideramos que la autora de la Memoria de Tesis está en condiciones de optar con la misma al título de Doctor.

Por todo ello, damos el visto bueno y autorizamos la presentación de dicha Tesis Doctoral y el inicio de los trámites necesarios para su defensa y lectura de acuerdo con la normativa en vigor.

En Salamanca a 16 de junio de 2017

Fdo. Lourdes Moro Gutiérrez

Fdo. M^a. Jesús Pena Castro

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN | 19 |
| 2.1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MATERNIDAD | 21 |
| 2.1.1. DEFINIENDO LA MATERNIDAD | 21 |
| 2.1.1.1 La Maternidad como instinto: deconstrucción de la naturalización de la maternidad. | 21 |
| 2.1.1.2. La Maternidad como construcción social: la necesidad de ser madre, algo más que un instinto. | 28 |
| 2.1.2. LA MATERNIDAD Y LA IDENTIDAD FEMENINA | 39 |
| 2.1.2.1. Mujer y madre. La maternidad eje central de la vida de las mujeres. | 39 |
| 2.1.2.2. Las teorías feministas y la maternidad. | 41 |
| 2.1.3. LAS MADRES DEL SIGLO XXI | 51 |
| 2.1.3.1. Los modelos emergentes de la maternidad actual: de la maternidad intensiva a las no madres pasando por las madres arrepentidas. | 51 |
| 2.1.3.2. Con el tiempo en contra: la maternidad tardía. | 63 |
| 2.1.4. NUEVAS MATERNIDADES QUE CONVIVEN CON EL MODELO HEGEMÓNICO DE MATERNIDAD. | 66 |
| 2.1.4.1. Maternidad en solitario por elección. | 68 |
| 2.1.4.2. Maternidad lesbiana en pareja. | 72 |
| 2.1.4.3. Maternidad subrogada. | 75 |
| 2.2. EL PARENTESCO EN EL CONTEXTO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA. | 78 |
| 2.2.1.CAMBIOS EN EL MODELO DE FAMILIA TRADICIONAL | 78 |
| 2.2.1.1. Factores que han motivado el cambio de la familia tradicional. | 78 |
| 2.2.1.2. Las familias monoparentales | 86 |
| 2.2.1.3. Las familias lesboparentales. | 89 |
| 2.2.2. PARENTESCO Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA. LA FRAGMENTACIÓN DE LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DEL PARENTESCO. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FILIACIÓN Y LA CONSANGUINIDAD. | 93 |
| 2.3. EL FENÓMENO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA | 98 |
| 2.3.1. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA | 98 |
| 2.3.1.1.Datos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). | 101 |
| 2.3.1.2.Contextualización de la población estudiada: Madrid y Extremadura. | 103 |
| 2.3.2. LA REPRODUCCIÓN EN MANOS DE LA MEDICINA | 105 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.2.1. Medicalización de la vida. _____ | 105 |
| 2.3.2.2. La utilización de las técnicas de reproducción _____ | 108 |
| 2.3.2.3. La esterilidad como enfermedad y problema médico. _____ | 115 |
| 2.3.3. LA MUJER Y LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA. _____ | 118 |
| 2.3.3.1. La edad materna, principal factor de esterilidad. _____ | 118 |
| 2.3.3.2. La esterilidad de la mujer: deseo insatisfecho de ser madre. _____ | 122 |
| 2.3.3.3. El cuerpo de la mujer en el tratamiento de reproducción asistida _____ | 125 |
| 2.3.4. PERSPECTIVA LEGAL _____ | 128 |
| 2.3.4.1. Legislación vigente en España. _____ | 128 |
| 2.3.4.2. Madres solas y madres lesbianas _____ | 129 |
| 2.3.4.3. La maternidad Subrogada. _____ | 132 |
| 3. METODOLOGÍA. _____ | 135 |
| 3.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN _____ | 137 |
| 3.1.1. Objetivo Principal. _____ | 137 |
| 3.1.2. Objetivos secundarios _____ | 138 |
| 3.2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN _____ | 140 |
| 3.3. ANALISIS DE DATOS _____ | 148 |
| 4. ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS _____ | 151 |
| 4.1. MATERNIDAD EN SOLITARIO Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA _____ | 153 |
| 4.1.1 VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN SOLITARIO CON LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. _____ | 153 |
| 4.1.1.1. El perfil de las madres solas que acuden a las técnicas reproductivas. _____ | 157 |
| 4.1.1.2. Maternidad tardía y maternidad a solas. _____ | 157 |
| 4.1.1.3. Descripción de la muestra _____ | 159 |
| 4.1.2. EL DESEO DE SER MADRE. DECIDIR SER MADRE SOLA. _____ | 160 |
| 4.1.3. MOTIVOS PARA ACUDIR A LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA _____ | 165 |
| 4.1.4. LA MATERNIDAD EJE CENTRAL DE LAS VIDAS DE LAS MADRES SOLAS POR ELECCIÓN _____ | 173 |
| 4.1.5. LA FAMILIA MONOPARENTAL _____ | 178 |
| 4.2. MATERNIDAD COMPARTIDA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA _____ | 189 |
| 4.2.1. VIVENCIA DE LA MATERNIDAD EN LAS PAREJAS HETEROSEXUALES. _____ | 189 |
| 4.2.1.1. Descripción de la muestra _____ | 191 |
| 4.2.1.2. Análisis de los motivos para convertirse en madre. _____ | 193 |
| 4.2.1.3. Los tiempos durante el proceso _____ | 198 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.1.4. La maternidad como eje central de la vida de las mujeres | 206 |
| 4.2.1.5. La familia heteroparental | 212 |
| 4.2.2. MATERNIDAD EN PAREJAS DE MUJERES HOMOSEXUALES | 221 |
| 4.2.2.1. Descripción de la muestra | 222 |
| 4.2.2.2. Motivos para ser madre | 223 |
| 4.2.2.3. Motivos para acudir a las técnicas reproductivas | 225 |
| 4.2.2.4. La familia homoparental | 230 |
| 4.2.3. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS EN LAS PAREJAS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA | 233 |
| <hr/> | |
| 4.3. RELACIÓN DE LAS MUJERES CON LOS PROFESIONALES Y LAS INSTITUCIONES DURANTE EL TRATAMIENTO. | 236 |
| 4.3.1. LAS MUJERES Y LOS PROFESIONALES. | 239 |
| 4.3.2. LOS PROFESIONALES Y LAS MUJERES | 243 |
| 5. CONCLUSIONES | 247 |
| <hr/> | |
| 5.1. LA MATERNIDAD TECNOLÓGICA | 260 |
| 5.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO | 267 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 269 |
| 6.1. PÁGINAS WEB CONSULTADAS | 289 |
| 7. ANEXOS | 291 |
| 8. GLOSARIO DE TÉRMINOS | 307 |
| 9. RELACIÓN DE GRÁFICOS, TABLAS Y FIGURAS | 311 |

1. INTRODUCCIÓN

La maternidad como parte primordial de la vida de las mujeres es una constante histórica que ha ido variando a lo largo del tiempo en los distintos contextos sociales en los que se desarrolla. Contemplar la maternidad como fenómeno cambiante, constitutivo de la identidad y subjetividad femenina, nos obliga a plantearnos su estudio alejado de todo esencialismo biológico. Debemos considerarla no una función natural, universal e instintiva, sino como una construcción simbólica que configura las subjetividades individuales.

El movimiento feminista, al contribuir a considerar la maternidad como construcción social, ha demostrado que el imaginario social sobre la misma, se configura en base a las representaciones sociales que asocian la maternidad en el centro de la identidad femenina, generando un ideal común para las mujeres. El análisis de las posturas de diversas autoras que han contemplado la maternidad como una limitación, desarticulando el modelo de la buena madre a través de la deconstrucción del instinto maternal, o como fuente de realización y poder específicamente femeninos, contribuyen al cuestionamiento de los mandatos sociales que recaen sobre las mujeres.

Los últimos cincuenta años han supuesto para las mujeres del mundo occidental una verdadera revolución en la concepción y vivencia de la maternidad. Sin embargo, aunque exista un planteamiento de liberación y revolución ideológica, la realidad parece indicar que aun no se ha conseguido anular en el imaginario colectivo actual, la antigua creencia de la existencia de un instinto maternal ineludible y de un reloj biológico que marcará la decisión de las mujeres de convertirse en madres. El modelo maternal actual se presenta como una alternativa vital para las mujeres. Sin embargo, exigirá una entrega que será para las madres el origen de conflictos y frustraciones al intentar compaginarla con su desarrollo personal y profesional. Hasta tal punto que el ideal de realización personal femenina parece que empieza a desligarse de él, siendo la plenitud personal la motivación dominante de nuestro entorno.

Es ante el “deseo maternal” y en este entorno de transformación en la vida de las mujeres, en el que se sitúan las nuevas técnicas de reproducción asistida (TRA)

como respuesta ante las dificultades reproductivas. La maternidad tardía, las mujeres sin pareja y la maternidad homosexual serán realidades cotidianas en la nueva construcción de la maternidad en nuestro contexto actual.

Las técnicas reproductivas se han integrado en nuestra sociedad como un recurso normalizado hasta tal punto que podemos plantearnos hablar de nuevos patrones reproductivos. La utilización de las técnicas de reproducción asistida, y los cambios en las prácticas de la concepción y procreación, han dado lugar al replanteamiento de conceptos y realidades en nuestras concepciones del parentesco y la maternidad. La intencionalidad individual en la que se basa el parentesco occidental gracias a la tecnología, trata de superar los obstáculos de la infertilidad. La voluntad individual, los conocimientos científicos y las donaciones de gametos donde aparece la importancia del don y el anonimato establecido por los individuos, hacen posible que se establezcan relaciones filiales mediante la tecnología.

El interés por las técnicas reproductivas nació en el contexto profesional como matrona en el ámbito hospitalario, circunstancia que ha facilitado la proximidad a las madres y a los profesionales y me ha permitido poder profundizar en el análisis de los discursos y vivencias de los protagonistas de esta investigación. Ha sido sobre todo el acompañamiento a las mujeres en sus partos donde surgió la reflexión de la necesidad de profundizar en el tema de la infertilidad, tras la observación de las distintas formas de vivir la realidad y la experiencia del nacimiento en las mujeres que habían tenido dificultades para conseguir su embarazo que cada vez se hacían más presentes en la cotidianidad de mi trabajo asistencial.

El planteamiento de esta investigación surgió del contacto con las madres solteras por elección de la asociación nacional MSPE, con las que he mantenido una larga relación a lo largo de este estudio. Su vivencia y las necesidades de convertirse en madres desafiando los estigmas sociales, hicieron que me plantease la influencia de la maternidad en la vida de las mujeres. ¿Por qué una mujer desea convertirse en madre? y si surgen dificultades en este camino... ¿Por qué es capaz una mujer de

hacer lo que sea para conseguir su maternidad? El acceso a las TRA en este grupo se presentaba como una opción mayoritaria pero no exenta de dificultades. Ante las vivencias relatadas por estas mujeres surgió el planteamiento del estudio de la influencia de las TRA y las repercusiones en la vida de las mujeres y sus familias: ¿son las TRA una opción normalizada para acceder a la maternidad? ¿Aportan una liberación o una losa más en la vida de las mujeres?.

En base a estos planteamientos, el objeto de nuestro estudio será el análisis de las vivencias, representaciones y prácticas de las mujeres que acuden a la reproducción asistida por problemas de infertilidad, contemplando la realidad desde el punto de vista de las mujeres y los profesionales a los que hemos definido como informantes. Nuestra investigación se centra en un determinado contexto en la geografía española, en concreto en las provincias de Madrid y Badajoz, lugares en los que he desarrollado mi actividad como matrona en los hospitales de Mérida y Valdemoro, en un periodo de tiempo comprendido entre los años 2012 y 2016.

Hemos realizado el planteamiento de este trabajo en torno a tres ejes fundamentales sobre los que realizaremos el análisis de nuestra investigación. El primer eje es el de la maternidad, que contemplaremos como una construcción social alejada de las concepciones esencialistas. Proponemos una definición de la maternidad como fenómeno social para lo que analizaremos la deconstrucción del instinto maternal y la construcción del deseo maternal como algo más que un mandato social predeterminado. Después de estudiar la complejidad de la generación de las identidades femeninas relacionadas con la maternidad, hacemos una revisión de las propuestas teóricas más relevantes desde el feminismo en torno a la maternidad. En el siguiente apartado nos interesa reflejar la evolución y las representaciones y prácticas que acompañan al fenómeno maternal en la actualidad, que hemos denominado “las madres del siglo XXI” y que conforman el entramado del que emergen parte de las hipótesis planteadas. Por último, completamos el estudio de la maternidad con el análisis de las nuevas maternidades que conviven con el modelo de maternidad tradicional.

El siguiente eje propuesto es el de la familia. El estudio del parentesco en el contexto de la reproducción asistida parte de los cambios en el modelo tradicional de familia. El análisis de los factores que han motivado estos cambios y la construcción de distintos tipos de familia no convencionales con el uso de las TRA, nos lleva al estudio de las familias monoparentales y las familias lesboparentales. Estos grupos construyen realidades sociales con aspectos distintos y a la vez comunes entre sí que contribuyen a la transformación de las concepciones del parentesco y la creación de una gran diversidad familiar.

El último eje que cierra el marco teórico sobre el que se asienta nuestro estudio es el de la reproducción. Después de revisar la situación de las TRA en España, con los datos aportados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), procedemos a la contextualización del marco geográfico en que se realiza esta investigación. El análisis de la medicalización de la vida y de la reproducción da paso a la definición de la esterilidad como una enfermedad sobre la que actúan las TRA, potencial solución ante problemas etiquetados en el ámbito de la medicina. En el siguiente apartado “la mujer y la reproducción asistida”, el estudio de la infertilidad centrado en el cuerpo de la mujer, la edad como espada de Damocles en la vida reproductiva femenina y la afectación del estigma de la esterilidad, constituirán nuestro objeto de análisis. Por último, en este apartado contemplamos la perspectiva legal actual en nuestro país, referente a la reproducción asistida, la monoparentalidad, la maternidad lesbiana en pareja y la maternidad subrogada.

Con el fin de poder analizar la información obtenida en los discursos hemos considerado necesario dividir el análisis de datos en diferentes apartados en los que hemos contemplado: las familias monoparentales, las lesboparentales y las mujeres con pareja heterosexual. Además hemos dedicado un pequeño apartado a la relación de los profesionales con las mujeres que acuden a las TRA para conseguir convertirse en madres, con el fin de intentar comprender la influencia de la relación con el sistema sanitario en la vivencia de estas mujeres.

Las conclusiones de nuestro estudio han sido elaboradas en base a los objetivos propuestos y partiendo de la propuesta de Yanagisako y Collier (2007) para el análisis de las totalidades sociales, hemos realizado la formulación de un modelo de maternidad que denominamos maternidad tecnológica. Basándonos en el término propuesto por Taboada (1986), pero alejándonos de la posición exclusivamente medicalizadora de las TRA, hemos intentado aportar una visión basada en el análisis del proceso desde el que las mujeres sean agentes sociales activos de sus propias decisiones, tanto en la elección de su maternidad como en el contexto de la reproducción asistida y en su interacción con el sistema médico, alejándose de roles pasivos y victimistas ante el poder tecnomédico.

2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN_____

2.1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MATERNIDAD

2.1.1. DEFINIENDO LA MATERNIDAD

2.1.1.1. La Maternidad como instinto: deconstrucción de la naturalización de la maternidad.

La maternidad ha formado parte de la vida de las mujeres como destino naturalmente predeterminado. Sin embargo, el concepto de maternidad se ha ido modificando a través de la historia adaptándose a contextos concretos y creando representaciones de la figura maternal que se construyen y permanecen en el imaginario social. En la mayoría de los contextos, hablar de maternidad implica hablar de mujeres y de su capacidad biológica para la reproducción. La asociación simbólica que propone Ortner (1979) donde la mujer se asocia a la naturaleza y el hombre a la cultura, contempla la concepción desde la maternidad pensada como vínculo natural y por ello, eterno, innato y universal.

La concepción de la maternidad como una construcción imaginaria e histórica donde se articulan las instituciones sociales, el orden simbólico y la configuración de la subjetividad individual (Bolufer, 2006) alejada de la visión que la contempla de manera universal como instinto natural presente en toda mujer, es precisamente la que hace justificar que determinadas ciencias sociales comiencen a interesarse por un fenómeno hasta hace pocos años considerado tan habitual como intrascendente objeto de estudio de la investigación académica. Actualmente, distintos investigadores sociales (Konvalinka, 2012; Knibiehler, 2001; Fitó, 2010; Montes, 2007; Oiberman, 2005) debaten ante diferentes posturas y desde perspectivas distintas y complementarias ante el fenómeno que nos ocupa: la maternidad ante los avances tecnológicos, ante los cambios en las instituciones familiares y ante las transformaciones sociales.

Partir de una concepción biologicista del fenómeno maternal implica contemplar únicamente la capacidad o potencialidad de la mujer de engendrar y considerarlo un hecho universal que tiene una gran relevancia en todos los contextos sociales.

En todas las sociedades las mujeres dan a luz, pero no en todas las sociedades este hecho tiene la misma interpretación y significado cultural. Será necesario encontrar actitudes universales para explicar la existencia de una fuerza innata, un instinto, que pertenezca a la naturaleza femenina presente en todos los contextos sociales y en todas épocas de la historia de las mujeres para explicar la hipótesis de la existencia del instinto maternal.

“La concepción del amor maternal en términos de instinto implica la idea de un comportamiento arraigado en la naturaleza femenina cualquiera que sea el tiempo y el espacio que le rodean. Creemos que al convertirse en madre, la mujer encuentra en ella misma todas las respuestas a su condición femenina. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que solo espera la posibilidad de ejercerse. Nos imaginamos que el fenómeno fisiológico del embarazo y el parto deben corresponder a una actitud maternal determinada” (Badinter, 1981: 12).

Al estudiar la evolución de las actitudes maternas en la historia de Francia entre los siglos SXVII al XX, Elisabeth Badinter (1981) desmonta la existencia de un amor materno universal que justifica la innata dedicación de las mujeres al cuidado y crianza de los niños. *Las respectivas funciones del padre, la madre y el niño son determinadas por las necesidades y los valores dominantes de una sociedad dada. La mujer será una madre más o menos buena según que la sociedad valore o desprecie a la maternidad* (Badinter, 1981: 16).

Uno de los primeros signos de rechazo al niño consistió en la negativa de la madre a darle el pecho. Podía deberse a motivos diferentes, pero tenía como consecuencia la necesidad de recurrir a una nodriza (está documentada la existencia de una agencia de nodrizas en París ya en el siglo XIII). En el Siglo XVIII la demanda de nodrizas hizo afrontar el problema de escasez ya que es en este momento cuando se generaliza en todas las clases sociales el uso de las llamadas “amas de cría”. La negativa a amamantar estaba justificada tanto por la mujer (que lo consideraba molesto y perjudicial para su propio cuerpo) como por el hombre, llegando la

lactancia materna a ser fuente de conflictos conyugales que podía poner en peligro la unidad familiar.

El acceso de algunas mujeres al mundo de la cultura, también contribuyó a devaluar el valor de la maternidad. No había un reconocimiento social a la institución maternal, no aportaba un valor especial a la mujer que la considera una pesada tarea que no dudaba en delegar en nodrizas mercenarias. Ante esta “crisis” de la institución maternal a finales del siglo XVIII surgirán voces masculinas que recordarán a la mujer su lugar de esposa y madre, aludiendo al sentido del deber de las mujeres, haciéndoles sentirse culpables de la falta de afecto y dedicación a sus hijos. Conseguirán así en gran medida devolver la naturalidad a la función maternal argumentando las innatas dotes femeninas para la nutrición y el cuidado de los niños.

Esta revolución de mentalidades constituirá el regreso del mito del amor materno espontáneo de toda madre ante su hijo, aportando a la maternidad un valor natural y social que favorece a la sociedad y a la especie: al aumentar el cuidado materno disminuirá la morbimortalidad infantil. Para ello se presentará la maternidad como un estado ideal de felicidad, de autorrealización personal que aportará a la mujer el respeto y el lugar ideal de buena ciudadana. La promoción de la lactancia materna por parte de moralistas, médicos y administradores asegurará la dedicación y cuidado materno.

En el siglo XIX la mujer acepta sacrificarse por el bien del hijo. La voluntad de dar el pecho responde a la importancia de nutrir al niño ante el aumento de las enfermedades de las nodrizas: “ la madre tiene que consagrar la vida a su hijo. La mujer se desvanece en pro de la madre, que a partir de entonces no dejará de extender sus responsabilidades” (Badinter, 1981: 169). Aparece la figura del niño rey, ya no existe el amor selectivo, la mujer valora y cuida por igual a todos sus hijos y se convierte en la soberana doméstica con la “noble función” de la crianza, sacrificio y vocación que harán de la madre una santa, asociada incluso a figuras religiosas cuyo principal modelo será la madre de las madres, la Virgen María. Pero esta entrega a la maternidad se producirá de manera desigual en las diferentes

clases sociales: del estorbo a la necesidad e incluso a la realización personal. Una mujer con ambiciones y recursos para satisfacerlas está menos tentada a criar niños. El amor no se decreta y no depende de la situación social ni económica (Badinter, 1981). A finales del siglo XIX, las nodrizas son sustituidas por la lactancia artificial. Asistimos por tanto a una evolución en la concepción del amor y la entrega maternales que tendrán mucho que ver con el momento histórico que viven las mujeres y que se adaptará a las necesidades sociales de la época.

Alejándonos de esta concepción de la reproducción como hecho puntual y natural en todos los grupos sociales, podemos concluir que “ser madre no se manifiesta únicamente en procesos naturales (embarazo, alumbramiento, lactancia, crianza), sino que es construcción cultural erigida por muchas sociedades de maneras muy diferentes” (Moore, 2009: 39). Para continuar argumentando esta afirmación, nos podemos basar en realidades estudiadas en contextos muy distintos en los que el cuidado y la crianza son realizados por personas distintas a las madres biológicas y en los que el concepto de madre no tiene que estar basado en el amor maternal, cuidado y proximidad física. La sociedad británica y el ejemplo de las *nannies* nos ayudarán a ilustrar esta idea. Tanto Boon (1974) como Drummond (1978) citados por Moore (2009: 41) opinan que *la nanny* representa una erosión teórica del concepto de familia universal basada en aspectos bioculturales y construida en torno a la unidad madre-hijo “ a partir del siglo XVIII en las clases altas británicas las progenitoras amamantaban durante un tiempo y las *nannies* hacían el resto” (Boon, 1974: 138 citado por Moore, 2009: 42). Sin embargo las madres británicas no eran consideradas malas madres por delegar la crianza de su prole. La vida en los hogares de la era victoriana no tenía nada que ver con la concepción actual de familia. El desarrollo de subunidades sociales en el entorno familiar descritas por Boon (1974), supone la existencia de subunidades domésticas que tendrán una clara repercusión en la crianza y el apego de los niños que en algunas ocasiones, según documentan algunos autores “*querían más a su nanny que a sus madres*” (Gathorne-Hardy citado por Moore, 2009: 42). La participación de las *nannies* en el cuidado de los hijos afectaba al binomio madre-hijo y a la definición de las categorías culturales de mujer y madre.

Por otro lado, la participación del hombre en los rituales reproductivos en algunos contextos sociales, denominada *couvade*, se ha considerado como un fenómeno de la paternidad social para algunos autores y como el reconocimiento del papel del marido en el alumbramiento para otros. El estudio de este proceso ritual podemos encontrarlo en diferentes grupos que pertenecen a contextos geográficos muy distintos: en “los Kurtatchi del Pacífico estudiados por B. Blackwood (1934, citado por Moore, 2009: 45), durante el parto y los seis días siguientes, los maridos kurtatchi permanecen recluidos, sometidos a una dieta especial y dispensados en las actividades normales de subsistencia” (Moore, 2009: 45). En la población guaraní en América del Sur la *couvade* implica una serie de restricciones tanto para las mujeres como para los hombres durante el periodo posterior al nacimiento de un hijo. El rol femenino durante el embarazo es concebido como pasivo y se considera que justo después del nacimiento el alma del niño está ligada al padre, y por ello no puede alejarse del núcleo familiar, del *tekoa*. El cuidado de la descendencia no recae exclusivamente en la madre, sino en todos los que pertenezcan a la comunidad (Enriz, 2010). En nuestro país, están documentadas diversas regiones en las que tenía lugar este ritual fundamentalmente a finales del siglo pasado: Cantabria, Burgos, León, Baleares, Canarias y Pirineos. Este fenómeno, supone la implicación de la figura masculina en el ritual reproductivo, poniendo en entredicho la existencia de un instinto únicamente femenino, llegando incluso a describirse en la psicopatología el “síndrome de la *couvade*” que se utiliza para describir manifestaciones psicósomáticas en los hombres durante el embarazo de la mujer o en el postparto (Serra, 2007).

Otra prueba de las excepciones de la tradicional figura maternal universal podemos encontrarla en los estudios revisados por Collier y Rosaldo (1981) (citados por Moore, 2009: 44), sobre algunas comunidades aborígenes australianas, americanas, asiáticas y africanas de cazadores-recolectores y de cazadores-horticultores que pusieron de manifiesto que la influencia de la maternidad y de la reproducción sexual en la percepción de la mujer es menor de lo que en principio se pensaba. Reconocen que las denominadas “sociedades sencillas” son más igualitarias y el mayor control de la mujer sobre el trabajo y los recursos contribuye a mejorar su condición; si no se limita a su función de madre

educadora su condición social es mejor valorada. Son las mujeres las que dan a luz, pero esta capacidad no tiene el mismo reconocimiento en todas las sociedades.

Retomando la perspectiva histórica y ya situados en el siglo XX, otro movimiento social importante pondrá en tela de juicio el papel de la maternidad en la vida de las mujeres. El feminismo aboga por el cambio en las costumbres, y la redefinición de la naturaleza femenina, valorando el activismo, la independencia y la ambición, cualidades hasta ahora reservadas al ámbito masculino y recalcando la importancia del desarrollo intelectual de las mujeres. Surge así un serio cuestionamiento de las naturales dotes femeninas descritas hasta ahora por autores como Rousseau y Freud, que sitúan a la mujer como la gran responsable de la felicidad familiar y el cuidado de los hijos, dotadas de unas cualidades específicas de su sexo. Aparece también la dualidad de las funciones femeninas con el trabajo fuera de casa. Se desmonta el mito de la maternidad como instinto esencial de la mujer, con un espontáneo amor materno que no está exento de entrega y sacrificio.

El movimiento feminista hace tambalear el mito de la maternidad natural al cuestionar el abandono de las ambiciones personales por el interés del niño: la maternidad no es una preocupación instintiva y primordial en la vida de la mujer, que no siempre elige ser madre y dejar a un lado el ámbito profesional. No se trata por tanto de un comportamiento maternal unificado como para poder hablar de instinto en sí. La superación de la idealización de la maternidad posibilita a las mujeres que sufren desencanto, agotamiento y renuncia a hacer visibles también otros aspectos de la maternidad y a elegir la opción de ser o no ser madres y el momento de hacerlo, gracias a revolución reproductiva que provoca la llegada de la anticoncepción y la legalización del aborto.

Sin embargo, la dimensión biológica parece haber ganado la partida a lo largo de la historia a la dimensión social. La potencialidad de la mujer para engendrar se ha convertido en su yugo, en una obligación ineludible a la que hay que obedecer para conseguir un sitio en la sociedad, en el lugar de un adulto productivo; un lugar en la generación de una realidad social que disfraza de instinto, de pulsión biológica, un mandato social que ha supuesto el control de las mujeres que se han convertido

en actores secundarios del entramado social durante siglos. En nuestro espíritu y en nuestro corazón seguimos escribiendo el amor maternal en términos de necesidad, experimentando siempre como una aberración o escándalo la madre que no quiere a su hijo. Nos cuesta aceptar que el amor maternal no sea incondicional (Badinter, 1981).

En el contexto español, somos herederos de un discurso específico occidental acerca de la maternidad, como finalidad única de las mujeres, apoyado en la biología, reforzado por el mandato divino y como deber social. La relación mujer-madre como única forma de realización femenina (Osborne, 1993 citada por Blánquez y Montes, 2010) ha sido la construcción ideológica mantenida durante siglos por el poder político y las instituciones y, de acuerdo con ella, se ha erigido la vida de las mujeres (Blánquez y Montes, 2010).

La desnaturalización de la maternidad propuesta por Imaz (2010) en su *etnografía del tiempo de gestación*, nos ayudará a argumentar la crítica a la concepción de la maternidad como hecho universal e instintivo, problematizando la naturalización de la maternidad y generando la posibilidad de considerarla un constructo histórico-cultural. Imaz considera que la naturalización de la maternidad está fundamentada en tres puntos básicos: el primero es la aceptación de que la procreación es un proceso estrictamente biológico, y se produce sin que exista intervención social. El segundo punto es la ausencia del cuestionamiento de la naturaleza del vínculo entre la madre y sus hijos, dando por supuesto que la relación entre ellos se produce de manera inmediata derivada de la gestación y el parto, y finalmente la asunción de la adjudicación de las labores de crianza a las mujeres que responde a una división social del trabajo.

2.1.1.2. La Maternidad como construcción social: la necesidad de ser madre, algo más que un instinto.

La superación de la concepción de la maternidad como una realidad universal e instintiva que pertenece a la naturaleza innata de la mujer (argumentada en el punto anterior) supone contemplar el fenómeno maternal como un hecho

dinámico, socialmente construido en cada momento histórico y en cada realidad vital de la mujer. Las funciones de la maternidad han ido evolucionando y adaptándose a cada contexto social modificando los significados que la sustentan. Estos significados y funciones no son universales. “La maternidad no es exclusivamente natural ni puramente cultural, compromete los dos aspectos, lo real, lo imaginario y lo simbólico. Es un conjunto de fenómenos que no podrían ser abarcados desde un solo punto de vista” (Pastor, 2005: 315) que tiene lugar en contextos sociales específicos, que varían en función de los recursos y las constricciones culturales y materiales, así como de la construcción activa que hombres y mujeres hagan de ella (Nakano Glenn citada por Solé y Parella, 2004). Dicha agencia es clave para entender la maternidad como constructo social y no como algo meramente biológico.

La maternidad a lo largo de la historia

En este apartado contemplaremos la dimensión social de la maternidad estudiando este fenómeno en primer lugar desde una perspectiva histórica, con el fin de comprender la concepción actual de la maternidad como constructo socio-histórico. Profundizaremos en el denominado por Imaz (2007) “modelo heredado de maternidad” que interesa en la medida en que es a partir de él y en contraste con él que las maternidades concretas y cotidianas, las nuevas maternidades, se van construyendo (Imaz 2007). La importancia del conocimiento de la evolución a lo largo de la historia de la figura maternal nos interesa sobre todo en el estudio del fenómeno en los últimos siglos de la historia de las mujeres en los que se han producido importantes cambios políticos y sociales.

Estudiaremos en concreto la evolución de la historia femenina a partir del siglo XVIII, momento en el cual aunque se sigue definiendo la vida de las mujeres en torno a la función maternal, se desarrollarán diferentes perspectivas que aun hoy siguen presentes en el imaginario colectivo actual. En este periodo varios acontecimientos influyeron en la configuración de la figura maternal: en 1762, se publica “*Emilio o la educación*” de Rousseau que enuncia el ideal femenino centrado en el hogar y la maternidad y que alcanzó una amplia difusión entre las

clases medias de las décadas posteriores. Además, a partir de este periodo se detecta en los datos demográficos un lento pero progresivo descenso de la natalidad. Acabar con la mortalidad infantil será un reto al que desde el siglo XVIII los estados dedicarán gran energía: a la par del paulatino descenso de la natalidad que se registra en toda Europa, va percibiéndose un cambio de énfasis en los objetivos respecto a la población que en adelante se preocupará más que por el aumento de los nacimientos, por no aceptar la mortalidad infantil como un hecho de la naturaleza. El fin del periodo viene caracterizado por el progresivo aumento de los derechos políticos femeninos y la extensión de las leyes de aborto y la liberación de la anticoncepción como cierre. El amor incondicional, instintivo, reiteradamente expresado en cada gesto y de entrega absoluta característico del ideal de maternidad contemporánea, no puede considerarse sino como una de las formas históricas tomadas por las relaciones materno-filiales ausente en la tradición europea anterior al siglo de las Luces. El cambio de mentalidades que en torno a la familia, la infancia, las mujeres y la maternidad se produce en la época de la Ilustración es explicado en el complejo entramado de factores que caracterizan la transición del Antiguo Régimen a las sociedades liberales burguesas (Imaz, 2007).

Analizando los estudios realizados por Bolufer (1995) sobre las mujeres en la época de la Ilustración, podemos decir que la definición y construcción normativa de la feminidad fue una obsesión del pensamiento ilustrado. El ideal femenino construido en esta época dista en gran medida de la concepción femenina de los siglos anteriores en los que se tenía la certeza de la subordinación femenina en el contexto familiar y de la inferioridad física, moral e intelectual asentada en la tradición y apoyada por autoridades políticas y eclesiásticas. La desmesurada importancia que la maternidad acabó adquiriendo como centro de la feminidad, hasta el punto de transformar una posibilidad biológica en un destino inexcusable inscrito en la naturaleza de las mujeres, puede hacer olvidar que su presencia insistente e idealizada en la literatura se remonta apenas al siglo XVIII y sucede a un prolongado “tiempo de silencio” (Knibiehler, 2001) en la Edad Media y los primeros tiempos modernos.

Frente a la omnipresencia que en este momento de la historia adquirirá la figura de la madre, de quien se exigirá una dedicación absorbente a sus hijos, los moralistas de los siglos XVI y XVII se ocupan más bien de regular la figura de la esposa, compañera del hombre, en sus funciones y su relación con el marido. Es interesante observar que en la literatura anterior a la Ilustración es muy escasa la presencia de la figura materna. Ésta aparece como una figura auxiliar del padre en la procreación y educación de los hijos, sujeta a los peligros del parto y responsable de su cuidado físico, considerado como una ocupación menor y cargada de molestias. El vínculo madre-hijo, contrasta con la mayor importancia concedida a la paternidad, representada como vía principal de transmisión de la filiación y el linaje, como imagen de autoridad que se extiende del gobierno doméstico al gobierno político. En cambio, si bien se da por sentado que la maternidad constituye uno de los deberes de la mujer, no se detallan los cuidados físicos que ésta ha de brindar a sus hijos en su primera edad, ocupación que los autores parecen considerar tan propia de las mujeres –no sólo madres, sino también criadas o parientes– que no requiere mayores explicaciones. La madre no deja de aparecer como una figura secundaria, responsable de los cuidados físicos de la primera infancia y a la que el padre puede delegar algunos cometidos relativos a la enseñanza moral, pero cuidando de fijar él las directrices y de imponer su autoridad (Bolufer, 2006). El reformismo ilustrado pondrá en tela de juicio estas convicciones.

Resulta imprescindible para entender los cambios en las mentalidades de la época ilustrada, poner de relieve el lugar central que el debate de los sexos ocupó en el pensamiento y en las prácticas culturales de esta época. Por lo que respecta al debate sobre la "naturaleza" y función social de los sexos, estuvo tan presente en España como en el resto de Europa de uno u otro modo en todos los ámbitos, desde la filosofía a la literatura médica, moral, política y económica. Aquí, como en otros países, frente al lenguaje de la inferioridad y la jerarquía propio de la misoginia tradicional, tiende a afirmarse en términos positivos y elogiosos una idea de la feminidad a la que se le atribuye un valor moral y de utilidad para la sociedad en su conjunto, como diferente y "complementaria" de la masculinidad. Complementariedad que podemos poner en entredicho si tenemos en cuenta que

se definía a las mujeres como seres diferentes en lo físico y en lo moral, sensibles e impresionables e inclinadas en virtud de esas cualidades hacia las funciones domésticas y los sentimientos morales, e inaptas para el saber abstracto o el ejercicio de gobierno. En base a estas cualidades femeninas se justifican las alternativas propuestas a las mujeres de la época a favor de una vida más doméstica. El elogio a la domesticidad se combinaba con la aceptación de la presencia de las mujeres en otros espacios sociales. Los textos pedagógicos de corte ilustrado exhortaron a las mujeres a adquirir una formación más amplia, cifrando en ella el éxito de los objetivos reformistas : la educación de los futuros ciudadanos, racionalización de la economía familiar, la satisfacción de las necesidades de compañía del esposo, y el progreso cultural y el refinamiento de costumbres a través del trato social y la conversación (Bolufer, 1995).

Pero la educación recibida por las damas del Siglo de las Luces debía ser cuidadosamente tutelada en sus conocimientos, en las intenciones y en los usos que se haría de los saberes obtenidos de los que quedaban proscritos la ambición personal y el orgullo. Entre las recomendaciones para la educación femenina estaban la defensa de la institución práctica y doméstica y la alabanza al papel de la madre consagrada a sus hijos. Las mujeres dotadas por la naturaleza de una mayor sensibilidad serían las encargadas de crear un ambiente familiar confortable y cálido y también de transmitir valores necesarios al orden político: la utilidad, la productividad y la virtud. El mundo ilustrado a cambio ofrecía a estas mujeres compensaciones sentimentales y morales como el amor conyugal y materno y el poder en la sociedad por su influencia a través de valores y actitudes en familia en torno a la figura de la abnegación materna. Esta función política de la maternidad otorgará una autoridad a las madres, socialmente reconocida y presente en todos los estamentos sociales desde reinas regentes a viudas tutoras de sus hijos, convirtiendo la maternidad en institución que las revestía de cierto poder (Bolufer 1995). En efecto, el rol maternal presenta una mayor visibilidad tanto en el discurso jurídico (que afirma la sumisión de los hijos e hijas a su padre y su madre, concediendo así a las mujeres una cierta participación, siquiera subsidiaria, en la autoridad paternal), como en la práctica legal, la responsabilidad individual y como generadora de orgullo y satisfacción íntima (Morant y Bolufer, 2009). Como

madres y esposas mas allá de la experiencia individual, las mujeres ejercían una influencia y representaban una fuerza que era necesario regular de manera conveniente para que actuaran en provecho de la humanidad. La maternidad así entendida requería de las mujeres doble actitud y doble compromiso: uno de naturaleza singular centrado en el espacio doméstico y otro de naturaleza social por las que se les requería como agente de progreso (Palacio, 2003).

Por otro lado, el poder social de médicos e higienistas ejercía una importante influencia sobre las conductas femeninas defendiendo las técnicas higiénicas de crianza contra las tradicionales prácticas de la lactancia mercenaria, contribuyendo a crear una nueva imagen de la maternidad volcada en el cuidado exclusivo de los hijos y exaltando la lactancia materna como símbolo más poderoso del amor materno-filial. Esta idealización de la lactancia materna como el modo de alimentación elegida por el nuevo modelo maternal, se entiende en relación con el mayor interés de la medicina y la pedagogía humanistas y por el bienestar físico de los niños, propio de un pensamiento que concede gran importancia a la educación y a la infancia (Bolufer, 1995). La exaltación de la maternidad irá de la mano del auge de las políticas que consideran decisivas el cuidado de la infancia como periodo imprescindible para el desarrollo del ser humano. Los niños pasan a ser el orgullo y la preocupación de sus progenitores, y en concreto de sus madres que dedicarán todo su tiempo y esfuerzo a su cuidado y a conseguir que se conviertan en ciudadanos ejemplares. Ya no se considerará la muerte infantil ni como designio divino ni como fatalidad: la mortalidad infantil tendrá unos culpables directos que serán la falta de atención materna y las malas costumbres de crianza (Imaz, 2007). Las convicciones sobre el papel de las mujeres como madres y sus precariedades para llevarlo a buen término dominaban en las mentalidades del discurso médico de la época. Tales convicciones derivaron en unas estrategias o mecanismos educativos dirigidos a mostrar a las mujeres las sendas por donde transitar como “buenas madres” como artífices de una más numerosa, nueva y mejor humanidad (Palacio, 2003).

Fenómeno multidimensional

Para poder analizar los discursos y prácticas construidos en torno a la maternidad, debemos considerarla un fenómeno constituido por múltiples dimensiones, en un contexto social y cultural determinado. Como parte de la institución familiar se convierte en el pilar fundamental sobre el que la familia se sustenta. La unión indisoluble de la madre con el hijo, la genitrix que Fox (1967) ya argumentaba como elemento imprescindible para la formación de la unidad familiar, ha trascendido en el imaginario colectivo a lo largo del tiempo *“el vínculo “madre-hijo/a (mother-child) es el lazo básico en nuestro sistema de relaciones sociales. La única relación que todas las culturas consideran naturalmente dada e inevitable es la relación entre un niño y la mujer que lo parió”* (Fox citado por Aranzadi, 2003: 152). Si bien es cierto que existen formas familiares en las que no existe la figura materna, constituyen una minoría en nuestra realidad social. Incluso en estos modelos de familia de padre e hijo, o de parejas masculinas, la figura materna está presente en referentes femeninos, que suele ser la figura de la abuela del niño. Podríamos por tanto considerar las teorías de Fox aplicables a nuestro tiempo, si contemplamos que en la mayoría de las familias monoparentales y homoparentales está presente la figura materna.

Por otro lado, la maternidad contribuye al mantenimiento, reproducción y transformación de valores, actitudes y creencias: la relación madre e hijo es capaz de condicionar la subjetividad individual tanto femenina como masculina (Bolufer, 2010), prueba de ello es la influencia de las reinas regentes y cortesanas del siglo de las luces que ejercían su poder como madres de importantes personajes ilustrados. Para Bourdieu (1997) son las mujeres las que mantienen las relaciones familiares como elemento de cohesión, de adhesión necesaria para la existencia y perpetuación del grupo familiar y sus intereses .

En el imaginario colectivo, la maternidad constituye un símbolo de gran riqueza en el que las sociedades han plasmado sus preocupaciones más profundas acerca de la vida, la muerte y la sexualidad (Bolufer, 2010). A lo largo de la historia, a medida que las mujeres han ido adquiriendo conciencia de su papel en la sociedad

patriarcal, la cuestión de la maternidad ha visto aumentar su importancia dentro de ese imaginario social (Solé y Parella, 2004). Por parte de los movimientos feministas, en los años 60-70, diversas autoras comienzan a cuestionarse el papel maternal en la vida de las mujeres. La representación de lo femenino y la posición social de la mujer se ha definido frecuentemente en relación con la maternidad y ha provocado que desde este movimiento social se contemple desde diferentes prismas, en ocasiones antagónicos (Montes, 2007).

Teniendo en cuenta que debemos superar la concepción esencialista de la maternidad que pretende reducirla a su dimensión biológica, en este estudio vamos a contemplar la maternidad como relación cultural e históricamente variable enmarcada dentro de las relaciones de género, entendiendo por género el resultado de las relaciones y prácticas socialmente construidas, organizadas alrededor de las diferencias visibles entre los sexos (Solé y Parella, 2004). El valor del análisis simbólico del género se pone de manifiesto una vez comprendido cómo se articulan socialmente los hombres y las mujeres y cómo el resultado de ésta articulación define la actividad social. La concepción de mujer que elabora cada grupo social, contempla los vínculos entre la idea de mujer y la concepción de maternidad (Moore, 2009) que se construye en cada realidad social. Podemos por tanto considerar que el fenómeno maternal está vinculado a la noción de género, si tenemos en cuenta que un concepto forma parte del otro.

Modelos Culturales

En las últimas décadas, gracias a la incorporación masiva de la mujer al mundo laboral y educativo, estamos asistiendo a nuevas formas de construcción de la maternidad e incluso a su idealización. La autonomía económica de la mujer y su independencia para gestionar la reproducción, hacen de la maternidad no un fin y un eje central en su vida, sino una opción más en su proyecto vital, libremente elegida en la mayoría de los casos.

Al conseguir controlar la reproducción, las mujeres han conseguido conquistar también la libertad de elección, los derechos esenciales y la igualdad de

oportunidades respecto a los hombres. Esta nueva vida, esta posibilidad de elegir y ser libres deben conseguirlo conciliar con la maternidad. En general, una sociedad que está abanderada por el individualismo y el hedonismo brinda un amplio abanico de posibilidades y de ambiciones a nivel personal y profesional que llevarán a construir una fuerte contradicción: por un lado el aumento de obligaciones en el ámbito doméstico y por otro el deseo de desarrollo profesional que generará un conflicto en la mayoría de las mujeres en su conciliación con sus obligaciones maternas. La subsistencia de la injusticia doméstica supone un importante escollo en la conciliación familiar y profesional femeninas. La vida conyugal suele tener un coste social y cultural para las mujeres tanto respecto al reparto de tareas domésticas y la educación de los hijos como para la carrera profesional y su remuneración. La llegada del hijo incrementa notablemente las horas de dedicación doméstica de la mujer. La desigualdad social que se añade a la de género pesa mucho sobre el deseo de los hijos. Cuanto más intensa es la función maternal, incluso más exclusiva, más posibilidades hay de entrar en conflicto con otras esferas de realización personal, más difícil es la negociación entre mujer y madre. Junto a las mujeres que descubren su realización plena en la maternidad, y a las que cada vez más numerosas que dan la espalda, están las sensibles a la ideología dominante que se preguntan sobre la posibilidad de conciliar sus deseos de mujer y sus deberes de madre (Badinter, 2011). En palabras de Badinter “para la civilización actual la maternidad es un desafío e incluso una contradicción” (Badinter, 2011: 11).

En pleno siglo XXI, en el que podríamos presuponer superado el discurso de Rousseau que ensalzaba, como hemos visto, el ideal de la figura maternal abnegada al cuidado de sus hijos (de amamantarles, cuidarles y educarles), resurge con fuerza un movimiento naturalista que supone el retorno al instinto y a las leyes de la biología que imponen obligaciones respecto a los hijos, suponiendo el retorno al ideal de la buena madre. En esta ocasión la justificación de especialistas de la salud, madres e intelectuales que defienden esta filosofía de la vuelta al naturalismo, no será la defensa de la natalidad ni el bien de la nación, no se encomendará a la mujer la responsabilidad de perpetuar la especie alimentando y cuidando a su prole, sino que se pedirá a la madre responsable que salvaguarde la

salud física y mental de su hijo, asegurando su reconciliación con la naturaleza y su felicidad.

En este contexto cobra especial relevancia la cuestión de la lactancia materna por ubicarse en el centro de esta concepción de maternidad de tinte naturalista. Surgen gran cantidad de movimientos sociales como la “liga de la leche”, fundada en 1956, para la que la lactancia materna se convierte en el centro indiscutible de la crianza de los niños: *“la Liga de la leche cree que, a través de la lactancia, las madres comprenden y aceptan con mayor claridad las responsabilidades y recompensas que les trae su especial papel dentro de la familia. El crecimiento que experimenta una mujer como madre se refleja en un crecimiento como persona, y enriquece con entendimiento y humanidad los demás papeles que desempeña a lo largo de su vida¹”*. Este manifiesto nos sirve para ilustrar el claro mandato que tanto profesionales como madres experimentadas dan a las nuevas buenas madres: alimentar a tu hijo con tu propia leche no solo aportará lo mejor para tu hijo, sino que te volverá más humana y te hará crecer como persona... ¿qué ocurre entonces con las madres que deciden alimentar a su bebé con biberón?

Otras organizaciones no profesionales como la de “el parto es nuestro”, que nace en los años 80, reivindican el protagonismo de la mujer en su parto llegando incluso a definir el concepto de violencia obstétrica como un tipo de violencia de género: *“este tipo de violencia de género puede definirse como la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres²”*. Amparadas en este concepto de violencia médica, de exceso de tecnificación de procesos considerados como naturales y fisiológicos, también en el colectivo médico se desarrollan protocolos profesionales de asistencia al parto (que pasa a denominarse parto humanizado o parto natural) con el fin de conseguir prestar una atención sanitaria más cercana y

¹ Texto extraído de la página web de la liga de la leche. <http://www.laligadelaleche.es>. Consultada el 20 de Abril de 2017.

² Texto Extraído de la página web de la organización el parto es nuestro, <https://www.elpartoesnuestro.es/search/node/violencia>. Consultada el 20 de Abril del 2017.

próxima a la naturaleza y más alejada de la tecnología. Vertientes más extremistas, como “nacer en casa” o “dar a luz”, se desmarcan del sistema sanitario oficial y ofrecen una asistencia cuya filosofía es la atención en el entorno de la mujer con el fin de recuperar el parto en el domicilio, y conseguir alejar de los hospitales un momento tan íntimo que antiguamente se vivía en casa, acompañando a la parturienta en su experiencia de dar a luz en un entorno más natural y menos hostil.

Pero ¿cómo viven las mujeres el ideal maternal actual? El individualismo y el hedonismo se han convertido en principios fundamentales de nuestra reproducción, de su elección o de su rechazo. La búsqueda de la realización personal lleva a las futuras madres a hacerse preguntas que ni siquiera se planteaban ayer. Un hijo debe enriquecer la vida afectiva y encajar en nuestra elección de vida. Para la mayoría de las mujeres la conciliación de las obligaciones personales con su plenitud personal resulta cada vez más pesada. En la actual sociedad postmoderna y cada vez más igualitaria, el deseo de tener hijos e hijas puede entrar en conflicto con otros intereses personales (Badinter, 2011). Los patrones culturales del ideal maternal siguen adaptando sus características al contexto social. Por un lado, se valora la protección a la infancia y se normativiza según códigos culturales una representación determinada de ser madre. Partir de modelos ideales puede provocar efectos negativos para las mujeres que no pueden o no quieren ajustarse a estos patrones. Estos imaginarios refuerzan la inseguridad y el sentimiento de culpa de muchas mujeres, sobre todo las que tienen una vida diaria más complicada y difícil de gestionar (Solé y Parella, 2004).

Los modelos culturales en ocasiones generan contradicciones entre el ideal propuesto y la realidad experimentada, y las mujeres deben desarrollar estrategias personales para adaptarlos a la realidad y a sus necesidades individuales. El surgimiento de las significaciones e idealización maternal en esta etapa es acompañado por la proliferación de discursos que contribuyen a normativizar las pautas sociales de actuación. Son procesos que necesitan de aprendizaje y refuerzo para inducir a su cumplimiento y adaptación a lo que se espera y se ha definido socialmente como mujer-madre. (Montes, 2007). Esta generación de un *habitus*, de

la interiorización de las significaciones dictadas desde los discursos dominantes, escapan, afirma Bourdieu, a la conciencia y la voluntad. El *habitus* permite compaginar la libre iniciativa del individuo con la influencia exterior. A través de este concepto explica que las estructuras internas y externas no solamente no están alejadas sino que son dos caras de la misma realidad, de la misma historia colectiva que se sitúa y se inscribe al mismo tiempo e indisolublemente en los cuerpos y en las cosas (Bourdieu, 1997). La decisión del hijo emana de lo personal y de lo normativo, de la toma de decisiones de manera consciente con el inconsciente elaborado por los mandatos culturales asimilados por cada uno. Estos patrones se presentan como modelos a seguir por las madres, situación que hace surgir las contradicciones entre la realidad experimentada de la maternidad y el ideal propuesto (Montes, 2007). La maternidad sigue siendo la gran desconocida, es una opción de vida que comporta un cambio radical de prioridades unas encuentran la felicidad y el beneficio identitario irremplazables. Algunas mujeres consiguen conciliar sus exigencias contradictorias, otras no lo consiguen y su experiencia es un fracaso (Badinter, 2011).

2.1.2. LA MATERNIDAD Y LA IDENTIDAD FEMENINA

2.1.2.1. Mujer y madre. La maternidad eje central de la vida de las mujeres.

La maternidad está localizada en el núcleo de la definición de la feminidad, y se ha considerado incluso como un rasgo definitorio de la identidad femenina. Esta definición de la mujer en función de la madre, contiene un marcado sesgo androcéntrico, considerada a lo largo de la historia como “lo diferente, lo otro” en relación al hombre y definiéndola en torno al plano biológico, vinculada a la naturaleza y a su función reproductora.

El importante papel que tiene la maternidad en la construcción identitaria de la feminidad resulta determinante en las vivencias de las mujeres que recurren a las TRA para convertirse en madres (Martí, 2011). Las diferentes maneras que tengan de construir el ideal maternal y el papel que juegue en sus vidas es un importante

punto a tener en cuenta en las representaciones que estas mujeres y sus parejas elaboren durante el proceso reproductivo y también en las repercusiones que tenga el éxito o el fracaso de su experiencia.

Hablar de identidad implica necesariamente encontrar un posicionamiento teórico no exento de polémica en el estudio de las ciencias sociales. Superando las concepciones más esencialistas de la identidad, basadas en la creación de partes que permanecen inalterables y que crean grupos homogéneos y el posicionamiento estrictamente constructivista, que según sus críticos desviste a la identidad de fuerza para considerarla una categoría analítica de la realidad social, nos posicionaremos en la concepción de la identidad como una parte de la realidad de las personas que está en constante evolución y que podemos considerar algo intrínseco y a la vez fluctuante.

Al investigar los procesos sociales de identificación en la sociedad contemporánea actual se enfatiza en la diversidad, en la variedad de opciones y de realidades sociales. Nuestro análisis de la identidad no la formula como un conjunto de cualidades predeterminadas sino como una construcción nunca acabada abierta a la temporalidad, a la contingencia y a la posicionalidad relacional (Schuttenberg, 2007). En el análisis de las identidades femeninas contemporáneas, contemplaremos las representaciones culturales en torno a la mujer y a la maternidad que han sido decisivas en la construcción de nuevas identidades dentro de la sociedad. Podemos considerarlas como uno de los ejes de la construcción sociocultural de la diferencia. El sistema de representaciones culturales, sus significados culturalmente particulares, transmiten valores que son colectivos, que son compartidos, que construyen imágenes, nociones, mentalidades respecto a otros colectivos: se establece un vínculo entre las estrategias discursivas y las prácticas sociales a partir de los modelos de hegemonía cultural.

Tomando como referencia la teoría de la representación de Hall (1997), el sistema de representaciones culturales tienen que ver con lo cultural, pero sobre todo con el significado que se le da a cada cultura porque transmiten valores que son colectivos, que son compartidos, que construyen imágenes, nociones, mentalidades

respecto a otros colectivos (Nash, 2006). La representación es una parte esencial del proceso mediante el cual se produce el sentido y se intercambia entre los miembros de una cultura (Hall, 1997: 2). En concreto nos interesa la concepción del discurso como sistema de representación, dado que todas las prácticas sociales implican sentido, y el sentido conforma e influencia lo que hacemos -nuestra conducta- todas las prácticas tienen un aspecto discursivo (Hall 1997). Según Hall el discurso define y produce los objetos de nuestro conocimiento, gobierna el modo como se puede hablar y razonar. También influye en la manera en que las ideas son puestas en práctica y usadas para regular la conducta de los otros .

El interés de la contribución de Hall reside en el vínculo que él establece entre las estrategias discursivas y la realidad social estudiada. En nuestro estudio, el análisis de los discursos de nuestras informantes será la herramienta que utilizaremos para conseguir identificar las estrategias utilizadas por las mujeres que acuden a la reproducción asistida en la construcción de sus identidades maternas.

La mujer a la sombra de la maternidad.

La diferencia sexual ha justificado en los discursos de género de principios de siglo pasado una visión estratificada en la que el hombre ha sido considerado un ser superior y la mujer se ha definido como ser dependiente y subalterno definido como la alteridad. Esta definición está basada en la división sexual del trabajo y en la reproducción y con ella en la maternidad como función secundaria y naturalmente otorgada en exclusiva a las mujeres. Cuestionar la subalteridad femenina de base natural significa introducir un reto hacia la definición maternal de las mujeres. Según Nash, la definición de mujeres desde la maternidad dificulta su reconocimiento como individuos con subjetividad propia (Nash, 2010).

Para el análisis que nos ocupa, nos interesan los procesos sociales de construcción de identidades asociadas a la maternidad en la configuración de género y el análisis de los valores que construyen las representaciones culturales de la maternidad y que refuerzan los estereotipos preconcebidos. También resulta interesante el debate sobre los mecanismos de construcción de significado y la

agencia que lo promueve y la capacidad de cambio o de revaloración que tienen las mujeres para establecer una legitimidad cultural sobre la maternidad y los problemas de reconocimiento social del sujeto femenino en relación con la figura maternal o en ausencia de ella (Nash, 2010).

2.1.2.2. Las teorías feministas y la maternidad.

Contextualización feminista

Al hablar de feminismo, nos posicionaremos en la perspectiva teórica que lo contempla como un movimiento social, como una forma de vivir la vida y una teoría crítica de la sociedad. Un punto de vista, una perspectiva que ofrece una relectura del pensamiento occidental y que propone una nueva concepción del ser humano y los fines de la vida, una visión no androcéntrica de las condiciones de elección de la vida buena. El feminismo ha recorrido ya un largo camino de más de dos siglos luchando con tenacidad por cambiar el destino de las mujeres en las sociedades patriarcales (De Miguel, 2014).

El hecho de que el feminismo haya tomado la maternidad como uno de los núcleos principales de debate, muestra la importancia de la maternidad en la construcción de los códigos de género. Los rasgos positivos que “constituyen el estereotipo femenino en gran parte de las sociedades –personas afectuosas, cooperativas, amables, capaces de captar e interpretar los sentimientos y necesidades de los otros”, están perfectamente adaptados y en sintonía con las ensalzadas cualidades maternas (Moreno, 2000 en Martí, 2011: 223). Las teorías feministas, al revelar el carácter construido de la maternidad, demuestran que el imaginario social sobre la misma está configurado por diversas representaciones que identifican la maternidad con la femineidad proporcionando un ideal común para todas las mujeres (Saletti, 2008). Desde esta perspectiva se han elaborado distintos discursos y análisis cuestionando el mandato social de la maternidad como imperativo y destino predeterminado para las mujeres.

La importancia que para el estudio de la maternidad han tenido las corrientes de pensamiento desarrolladas por el feminismo realizan distintas aportaciones, tanto la defensa del ideal maternal que incluso empodera a las mujeres, como la teoría que contempla la maternidad como fuente de opresión del sistema patriarcal mayoritario en nuestra sociedad actual. También se desarrollan corrientes feministas que defenderán la libre elección de la maternidad como una parte más de la vida de las mujeres, como elección personal consciente y planificada y no como destino ineludible y necesario para el desarrollo de la identidad femenina.

Si nos situamos en los albores del feminismo, en la llamada de la primera ola que surgió a mediados del siglo XIX, esta etapa ofrece una escasa crítica a la adjudicación de un componente fundamentalmente maternal en la identidad femenina. Si bien surgen en este periodo sectores que defienden la maternidad voluntaria, ésta va ligada a la abstinencia sexual. Se reclama el derecho de las mujeres a gestionar la maternidad, mediante el rechazo a la actividad sexual no deseada y se vincula con una orientación natural de las mujeres a la maternidad sin poner en tela de juicio el lugar en la familia de la mujer como madre. La maternidad en este momento actúa como argumento legitimador de la participación política y de la toma en consideración de la opinión de las mujeres como grupo social. El reconocimiento del importante papel ejercido por las mujeres en cuanto madres y la asunción de las responsabilidades de crianza que les corresponden son argumentos esgrimidos por aquellas activistas para reclamar la entrada de las mujeres en las actividades políticas (Imaz, 2007). Se trata de un momento histórico en el que las mujeres comienzan a cuestionarse el papel de la maternidad en sus vidas y la posibilidad de elegir o no convertirse en madres.

La segunda ola del feminismo supondrá en la vida de las mujeres la lucha por la participación política, y por la educación superior. El movimiento sufragista tanto en EEUU como en Inglaterra no reivindicaba sólo el derecho al voto y el sufragio universal. A las sufragistas se las conoce por ese nombre porque fue en el voto donde pusieron todo el énfasis de sus reivindicaciones, pero confiaban en que una vez conseguido éste, sería posible alcanzar la igualdad en un sentido muy amplio. Las feministas de esta época reivindicaron el derecho al libre acceso a los estudios

superiores y a todas las profesiones, los derechos civiles, compartir la patria potestad de los hijos y administrar sus propios bienes. Denunciaban que sus esposos fueran los administradores de los bienes conyugales, incluso de lo que ellas ganaban con su trabajo. En la práctica, cualquier marido podía alquilar a su esposa para un empleo y cobrarlo y administrarlo él. También reivindicaban igual salario para igual trabajo. Sin embargo, conseguidos los objetivos, derecho al voto y a la educación superior, muchas mujeres abandonaron la militancia. Otras continuaron trabajando, fundamentalmente en los problemas económicos y las reformas de las leyes de la infancia y la maternidad. A todo esto hay que sumarle el descenso de la natalidad desde los primeros años del siglo XX. De esa caída, en los países industrializados, se culpabilizó a la independencia cada vez mayor de las mujeres. A las feministas se las acusaba de socavar los cimientos de la nación y destruir la familia (Varela, 2008).

Será el feminismo que surge a partir de los años sesenta, vinculado a los movimientos sociales y a la nueva izquierda, el que convertirá las cuestiones reproductivas en su más importante campo de batalla y se preguntará por el origen del deseo maternal y el lugar de la maternidad en la emancipación de las mujeres (Imaz, 2007).

En las siguientes páginas realizaremos un análisis de la evolución de la teoría feminista en relación con el tema de la maternidad y nos detendremos en las teóricas más relevantes, analizando tanto a las autoras que desarticulan la maternidad como eje principal de la identidad femenina, como las teorías feministas que reconstruyen la maternidad entendiéndola como fuente de placer y poder específicamente femeninos.

Simone de Beauvoir: la perspectiva de género en el fenómeno de la maternidad.

Fue Simone de Beauvoir, concretamente en su libro *El segundo sexo*, quien puso la base teórica para una nueva etapa (Varela, 2008) y una de las pioneras en cuestionarse el papel de la maternidad en la vida de la mujeres. A partir de este

momento el tema maternal se convertirá en imprescindible en los discursos feministas. La obra de Beauvoir (1949) ha sido y es un importante referente en los estudios feministas y de género, ya que desarrollará tanto el tema de la alteridad no recíproca de la mujer que es considerada *la otra* en un mundo definido en función de la masculinidad, como la importancia de la perspectiva de género (sin utilizar este término) en la que también contempla el tema maternal:

“la relación de una madre con sus hijos se define en el seno de la forma global que es su vida: depende de sus relaciones con el marido, con su pasado con sus ocupaciones y con ella misma”. (Beauvoir, 2011: 677).

Beauvoir indicó que la condición social femenina no es sólo un efecto de la diferencia sexual sino sobre todo una consecuencia de la socialización de las mujeres, que tiene lugar en todos los ámbitos de su vida cotidiana, entre los que destaca la maternidad (Saletti, 2008).

Si bien a la hora de analizar la obra de la filósofa francesa, hay encontrados puntos de vista, Beauvoir declaró en varias ocasiones según Teresa López Pardina³, no estar en contra de la maternidad si no que advertía que era una carga en su situación actual, refiriéndose al contexto social europeo de los años 50. La autora fue la primera feminista en señalar la maternidad como atadura para las mujeres, al intentar separarla de la idealización que colabora a mantenerla como único destino femenino (Saletti, 2008). Descartó la existencia del instinto maternal situando la maternidad en el ámbito de la cultura como construcción social:

“No existe el instinto maternal: la palabra no se aplica en modo alguno a la especie humana. La actitud de la madre está definida por el conjunto de su situación y por la forma en que lo asume” (Beauvoir, 2011: 664).

La autora alega que la maternidad anula a la mujer como persona, ya que los hijos representan un obstáculo para la trascendencia social. Agrega que la existencia

³ López Pardina es la autora del prólogo de la edición española del Segundo Sexo, editada por Cátedra-feminismos en el año 2011. La filósofa española realiza un análisis de la obra de Beauvoir utilizando las distintas reacciones que han aportado las voces de autoras feministas (Firestone, Millet, Badinter... entre otras) desde la publicación de la obra original en 1949.

como mujer puede afirmarse con la exclusión de la maternidad y denuncia las funciones de engendrar y amamantar como funciones naturales, que no suponen ningún proyecto para la mujer, razón por la cual no sirven para afirmar su existencia social. Para De Beauvoir, el lugar que ocupa en la sociedad la madre es un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría sujeto social. A las madres se les impone una imagen restrictiva, privada de lenguaje, en la cual las mujeres no son sujetos (Saletti, 2008).

“La mujer encerrada en el hogar no puede fundamentar su existencia; no tiene medios para afirmarse en su singularidad, y por consiguiente esta singularidad no se le reconoce.” (Beauvoir, 2011: 682).

Al hablar de la maternidad como discurso dominante critica el reduccionismo que sirvió para ver en la maternidad el destino y la vocación natural de las mujeres, sin dejarle otras alternativas . De ahí sus polémicas interpretaciones sobre las mujeres y su relación con la maternidad. El afán de ser madre, unido a ciertos rasgos de carácter como la debilidad, la timidez o la abnegación, era lo propio de la naturaleza femenina. Simone de Beauvoir arremetía contra la falsedad de estos planteamientos, insistiendo en que las conductas se aprendían y eran fruto de la educación (Cid, 2009). Para Martín Casares (2006), según Beauvoir las razones de la sujeción femenina debían buscarse en los factores culturales y no en la biología. Los trabajos de la autora influyeron en gran medida en el desarrollo posterior de la noción de género en el ámbito de las ciencias sociales.

Sumalith Firestone. La superación de la procreación natural.

El feminismo radical que se desarrolló entre 1967 y 1975, puso patas arriba tanto la teoría como la práctica feminista y la sociedad, que era lo que pretendían. Las radicales consiguieron la famosa revolución de las mujeres del siglo XX cambiando el día a día, desde la calle hasta los dormitorios. Estas jóvenes feministas llegaban tremendamente preparadas y armadas de herramientas como el marxismo, el psicoanálisis, el anticolonialismo o las teorías de la Escuela de Frankfurt. El feminismo radical tuvo dos obras fundamentales: *Política sexual* de Kate Millett,

publicada en 1969, y *La dialéctica del sexo* de Sulamith Firestone, editada al año siguiente. (Varela 2008)

Firestone recoge el planteamiento de un feminismo radical que veía en las funciones reproductivas biológicas femeninas la supeditación a la especie y en la maternidad la causa de la subordinación de las mujeres:

“las mujeres a lo largo del ciclo histórico, han estado subordinadas a su propia biología (menstruación, menopausia, partos dolorosos, amamantamiento, crianza), lo cual les ha llevado a depender de los varones para salvaguardar su supervivencia física” (Firestone, 1976: 17)

En este contexto, la autora afirma que “la reproducción de la especie supone un alto costo para las mujeres, no sólo en términos emocionales, psicológicos y culturales, sino también en los estrictamente físicos”, considerando a la mujer un “estamento esclavo” que sostiene la especie para dejar a la otra mitad libre para el manejo del mundo:

“fue la biología reproductiva de la mujer la razón de su opresión original e ininterrumpida después (...). A lo largo de todo el proceso histórico —en todos sus estadios y culturas— las mujeres se han visto oprimidas por causa de sus funciones biológicas” (Firestone, 1976:95) .

Propone por ello una revolución en la que debe abolirse la institución familiar proponiendo un sistema alternativo que libere a las mujeres de la tiranía de su biología reproductiva. La autora desarrolla lo que denomina “alternativas revolucionarias” en las que sugiere nuevas estructuras sociales. Para ello, además de superar la institución familiar sugiere superar los métodos de procreación naturales, llegando a sustituir la gestación por la reproducción artificial y, colectivizando la crianza de los más pequeños y pequeñas que serán tratados como seres autónomos desde los primeros años de existencia. La familia aparece como sede de la opresión femenina e infantil y por ello aboga por su supresión, así como por abolir la infancia como concepto anejo al de la familia moderna. La autodeterminación económica de niños, niñas y mujeres, su incorporación como

individuos plenos a todas las esferas sociales y la liberación de la sexualidad en cualquiera de sus formas para mujeres y niños son los pasos fundamentales del proyecto liberador propuesto por esta autora. Pero todas estas transformaciones sociales requieren como paso previo, aunque no suficiente, la liberación biológica de las mujeres para la que los métodos de control de la fertilidad ya suponen un primer paso (Imaz, 2007).

Adrienne Rich y la institución maternal.

Desde el pensamiento feminista aparecen perspectivas que frente a la perspectiva de opresión y limitación que la maternidad supone para las mujeres, desarrollan teorías que la sitúan como un espacio de poder específicamente femenino que debe ser recuperado por las mujeres. Desde esta postura contemplamos la obra de Adrienne Rich (1996), pensadora estadounidense, considerada una de las pioneras en resituar la función maternal en una posición privilegiada para las mujeres que debe ser elegida libremente.

Si bien forma parte de la construcción del sujeto femenino, Rich entiende la maternidad como una parte más en el proceso de construcción de la identidad femenina “*la maternidad es una parte del proceso femenino; no se trata de una identidad permanente*” (Rich, 1996:76).

Partiendo de la experiencia personal como parte del conocimiento, la autora define la “institución de la maternidad” como un conjunto de costumbres, creencias y actitudes con las que cuidar y atender a los hijos. Esta institución está definida en el contexto social para asegurar que la potencialidad femenina de la reproducción permanezca bajo el control masculino. Por otro lado, describe la “experiencia maternal” como la “relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción y con los hijos” (Rich, 1996: 47). La maternidad institucionalizada, escribe Rich:

“ha degradado y marginado las potencialidades femeninas ejerciendo un poder sobre las mujeres. Exige instinto maternal en vez de inteligencia, generosidad en vez de

autorrealización y atención a las necesidades ajenas en vez de a las propias y es intransigente con las mujeres que no se ajustan a sus dictados". (Rich, 1996: 48).

Una importante aportación de su teoría al estudio de la maternidad son las reflexiones acerca de las contradicciones que genera en la mujer al intentar rescatar su "propio yo" en una sociedad en la que las mujeres definen su identidad en función de la madre, refiriéndose al sufrimiento provocado por la ambivalencia que sienten hacia sus hijos, entre el amor y el resentimiento y la sensación de ser una anti mujer por su incapacidad de dejarse dominar por el amor incondicional (Imaz, 2007). Reclama la necesidad de revalorar la maternidad entendida como una opción y no como una institución, distinguiendo la maternidad como experiencia vivida como fundamento de poder creativo en la relación entre mujeres (Trujillo y Burgaleta, 2014). Para reencontrar el poder creador de vida y transformador que encuentre en la maternidad una fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos, propone recuperar el vínculo entre madres e hijas y recuperar el cuerpo maternal, superando la alienación del parto y embarazo que implica el sufrimiento pasivo y el "castigo de Dios" proveniente de la tradición judeocristiana. La vía abierta por Adrienne Rich, posibilita un giro que abandona la consideración del cuerpo como freno a la realización femenina e inaugura una corriente dentro del pensamiento feminista centrado en la recuperación de los vínculos entre las mujeres que reivindicará lo corporal como vía de conocimiento y poder (Imaz, 2007).

Feminismo y maternidad en nuestro país

En nuestro país, Victoria Sau (1995) denuncia la maternidad como impostura y la definición de la madre en función del padre: la maternidad está secuestrada en el recinto de lo biológico, las mujeres no tienen madre en sentido trascendente, porque la maternidad es entendida biológicamente, no trascendida a lo político y lo económico. No son madres en el sentido de la palabra, pero son mujeres prisioneras de la función, investidas por la fuerza de la misma. La autora propone superar el patriarcado y la figura de la Madre para recuperarla a favor de la figura de la hija, restaurando el binomio madre-hija.

“Poder amar a la madre es poder amar a todas las mujeres” (Sau,1995: 107).

Superando la dependencia de la maternidad, la mujer con un Nombre y la Madre trascendente puede pasar de la esencia a la existencia, y dejar de ser apósito de otro, para ser sujeto histórico, persona de derecho y agente sociocultural. Al desembarazarse de la personalidad modal que tiende a la homogenización, de la madre universal y las características que les ofrece el grupo dominante del patriarcado, la autora propone apostar por las diferencias individuales entre las mujeres por encima de la semejanza global por el diálogo y el debate con el fin de conseguir objetivos comunes.

Desde el punto de vista ecofeminista, Alicia Puleo propone una revisión de la concepción de la maternidad occidental despojándola de los antiguos discursos de elogio (recordando las capacidades de crianza exclusivas de las mujeres que defendían los ilustrados) y del desprecio (con la imagen de madre castradora y mujer asociada al pecado). La superación de estas dos concepciones que han contribuido a la opresión femenina resulta fundamental para conseguir una revalorización de la maternidad. También es importante el retorno a los modelos que contemplan la triada mujer-madre- naturaleza y la superación del análisis de la maternidad como inmanencia o naturaleza inferiorizada, despojándola de concepciones misóginas y mistificadoras. Propone la reconciliación de hombre y la mujer con la naturaleza interior de la persona y la naturaleza exterior sin hacer de ello un destino exclusivamente femenino. *“No se trata de trascender al mundo, si no de vivir en él y preservarlo”* (Puleo, 2004: 40). Para ello considera fundamental la nueva conceptualización de la maternidad.

La insuficiente modificación del modelo tradicional de división sexual del trabajo que sigue situando en la reproducción el eje central de la vida de las mujeres, unida a la presencia mayoritaria de valores que todavía rigen un mundo laboral en el que lo masculino es más valorado y mejor remunerado, dibujan una realidad conflictiva para las mujeres que deben resituar sus decisiones acerca de la maternidad y con ello los elementos con los que definen su feminidad y desde los

que construyen sus proyectos de vida. La afirmación de las mujeres como personas y su identidad se plantea desde la perspectiva de consolidación de su individualidad y redefinición de sus roles de género. Las relaciones de pareja y la maternidad cobran un nuevo sentido en el que la voluntariedad y la intencionalidad son definitorias y sin embargo parecen representar un obstáculo para las mujeres, que siguen condicionadas por el mandato social en el que se produce. La ausencia de hijos en quien se supone que puede o debe tenerlos debe ser justificada y es vista con extrañeza, y aun se etiquetan como egoístas a las mujeres que deciden no ser madres, contribuyendo así a perpetuar en la identidad femenina el ideal maternal en el eje central de su construcción social. Las perspectivas desde las que se construya ese ideal maternal serán importantes en la toma de decisiones de las mujeres respecto a su propia maternidad.

El análisis de las teorías desarrolladas por el feminismo, desde la visión de la elección libre propuesta por Beauvoir a la visión castradora de libertad femenina de Firestone pasando por la idealización maternal de Puleo o del empoderamiento de la experiencia maternal de Rich, nos aportan una visión necesaria para tener en cuenta las diversas condiciones sociales y simbólicas en el ejercicio de la maternidad actual, y además, contemplar la compleja relación entre los roles y relaciones de género que nos permitan analizar la construcción de la feminidad y su relación con la maternidad en nuestro entorno social actual.

2.1.3. LAS MADRES DEL SIGLO XXI

2.1.3.1. Los modelos emergentes de la maternidad actual: de la maternidad intensiva a las no madres pasando por las madres arrepentidas.

En este apartado vamos a realizar un análisis de los modelos de maternidad a los que Solé y Parella (2004) han denominado *nuevas formas de expresión de maternidad*⁴, con el fin de poder comprender cómo viven sus experiencias

⁴ Solé y su grupo de investigación en su trabajo: *Nuevas expresiones de la maternidad*, financiada por el Institut Català de la Dona de la Generalitat de Catalunya, define este concepto como: "una "etiqueta" donde se engloban multiplicidad de

maternales las mujeres en el contexto occidental en la época actual, intentando comprender qué consecuencias tiene en sus vidas la maternidad.

Cuando nos referimos a los cambios en la maternidad actual respecto a la de épocas anteriores, a menudo suele tenerse en cuenta el retraso en el momento de la concepción de los hijos, el menor número de hijos que tiene cada mujer y el hecho de las posibilidades de planificar y la opción de elegir el momento de la concepción contribuyendo a generar un tipo de maternidad elegida y voluntaria desde la reflexión y la intencionalidad de las mujeres. Pero la maternidad no sólo se pospone, también entra más en disonancia con el patrón de la *maternidad intensiva*. Sharon Hays (1998) analiza la *maternidad intensiva* como el modelo hegemónico de maternidad actual que confiere centralidad absoluta a la crianza y convierte a la madre en la principal responsable respecto al bienestar de los hijos. En la mujer que va a ser madre, esta definición de la maternidad afecta los diferentes ámbitos de relaciones familiares, laborales, de amistad o de pareja y promueve un retorno o vuelco a lo doméstico (Imaz, 2007).

Consideramos que el trabajo de Sharon Hays (1998) en su estudio sobre la familia norteamericana de los 90, nos aporta una visión fundamental a la hora de analizar lo que ella denomina “el modelo cultural o la ideología de la maternidad intensiva”, que se puede considerar el afianzamiento del denominado “modelo heredado de maternidad”. Este modelo que Hays considera imperante en la sociedad contemporánea estadounidense es, sin embargo, fácilmente trasladable al marco contemporáneo español. Según Hays, los doscientos últimos años constituyen la “historia de una creciente intensificación de la crianza infantil” (1998: 49) en los que criar a los hijos e hijas se concibe, cada vez más, como una labor que va mucho más allá de procurar alimentación e higiene a los niños (Badinter, 1981), considerando que la madre y su dedicación exclusiva a la crianza como elementos imprescindibles en el correcto desarrollo del niño. La madre se convierte en responsable de todo lo que es bueno y deseable en los niños y niñas, pero también culpable de los desordenes psicológicos individuales. “Junto al protagonismo y la responsabilidad que en adelante se le da a la madre, la duda y la culpabilidad se

experiencias, moduladas a partir de la clase social que ocupan las mujeres y las jerarquías de raza y etnia en que están insertas” (Solé y Parella, 2004: 68).

convierten en sentimientos consustanciales al amor maternal” (Badinter, 1981: 249). La decisión de tener hijos o no está determinada por la asunción de esa enorme responsabilidad de ser capaz de ser una buena madre, en la capacidad de renuncia y sacrificio y en el estigma del egoísmo ante la negación de asumir estas responsabilidades. Hays (1998) considera que la intensificación de la maternidad viene caracterizada por los siguientes rasgos: concede una centralidad total al niño en la crianza anteponiendo sus intereses a los intereses del núcleo familiar, a los de los individuos que la constituyen y, fundamentalmente, a los de la propia madre. Emocionalmente es absorbente ya que exige una dedicación total y completa al niño. Está guiada por expertos que transmiten sus conocimientos a las ejecutoras las madres de los métodos de crianza infantil. Económicamente exige una serie de comodidades materiales que garanticen el bienestar físico y psicológico del infante y una amplia formación educacional. Considera a la madre principal responsable del bienestar presente y futuro del hijo o hija.

Esta concepción de la maternidad centrada en el niño y sus necesidades, donde la responsabilidad del bienestar de los hijos es descargada casi exclusivamente en las madres hace emerger lo que Hays denomina las “contradicciones culturales de la maternidad” producto del choque entre las demandas de la crianza de dedicación exclusiva y los comportamientos que a las madres se les reclaman en los diferentes ámbitos sociales, en especial en el laboral. La propia de la familia tradicional concibe el papel de la madre a partir de una gran dedicación a los hijos en términos de tiempo; asumiendo que es ella quien mejor puede ocuparse del cuidado de los hijos (Hays, 1998). Pero si bien el papel de la mujer en la sociedad ha cambiado, así como sus expectativas y aspiraciones, el mito de la maternidad intensiva sigue estando bien arraigado en el imaginario colectivo de las mujeres, pese a su inoperatividad en la práctica cotidiana en muchos casos. El dilema ante aspiraciones incompatibles genera un fuerte sentimiento de frustración, estrés, angustia y culpabilidad (Solé y Parella, 2004; Badinter, 1981).

El modelo maternal ideal imperante en nuestra cultura cuestiona en la práctica cotidiana el modelo de maternidad intensiva que acabamos de describir. Sin embargo el perfil de la buena madre sean conscientes o no, pesa sobre todas las

mujeres que deciden tener un hijo. Es posible rechazarlo, aceptarlo, intentar enfrentarse a él, pero la práctica real es que genera una serie de contradicciones que afectará a las madres inevitablemente. Para Badinter (2011) el modelo maternal actual es más exigente que nunca, ya que representa un trabajo a tiempo completo. Por otra parte, “el ideal femenino no recupera el modelo maternal y la plenitud personal es el centro de todas las motivaciones para conseguir la felicidad en nuestro tiempo. Esto repercutirá en la vida de las mujeres con lo que la autora describe como tres fuertes contradicciones (144)”:

- Una primera contradicción social: mientras los partidarios de la familia tradicional culpan a las madres trabajadoras de no pasar suficiente tiempo con sus hijos, las empresas reprochan a las mujeres sus maternidades e incluso se convierten en un hándicap a la hora de ofrecerles importantes puestos de responsabilidad. A pesar de que la maternidad continúa considerándose una importante fuente de realización femenina, la sociedad la devalúa; en una sociedad donde la mayoría de las madres trabaja y la mujer ideal triunfa profesionalmente, la que se queda en casa ejerciendo su papel de madre “carece de interés”.
- La segunda contradicción está relacionada con la pareja. La llegada del niño cambiará de manera significativa la relación de pareja. La fatiga, la falta de sueño, la ausencia de intimidad, las discusiones provocadas por las discrepancias causadas por los niños afectarán la relación de pareja. Esto supondrá en algunos casos rupturas provocadas por las desavenencias originadas por niños y en otras ocasiones el rechazo a la maternidad por parte de algunas mujeres que no desean que su vida sentimental se vea afectada por la llegada de los hijos.
- La ausencia de fusión mujer-madre. La contradicción más dura para las mujeres será la de aquella que no se “funde” con la madre, las que se sienten divididas entre su amor por el hijo y sus deseos personales. Entre sentirse egoístas o priorizar el bienestar de su pequeño. El hijo que se espera que sea una fuente de plenitud y felicidad puede presentarse como un obstáculo para su desarrollo vital y profesional.

Hoy en día, estas contradicciones no suelen asumirse como parte de ese ideal maternal que construye el modelo de maternidad actual, arrastrando las implicaciones del modelo de maternidad intensiva basada en la centralidad de los cuidados maternales para asegurar el bienestar de los hijos, suponiendo una pesada carga para las mujeres y siendo una fuente de frustraciones y sentimientos contradictorios. En una sociedad donde “la mayor participación laboral femenina unida a las crecientes dificultades para la formación y expansión de las familias, implican grandes retos para la reconciliación entre trabajo y familia” (Moreno, 2002:54), la maternidad encarnada en el mito de la buena madre y la mujer *super woman*⁵ necesita que se reconozcan los múltiples roles femeninos en los que, si surge el deseo de convertirse en madre, las mujeres sean capaces de disfrutar de su elección aun asumiendo el riesgo de no cumplir el modelo de madre ideal.

Las malas madres

Ante el imperante modelo de mujer y madre todoterreno, en nuestro país están surgiendo distintos colectivos femeninos que comienzan a cuestionarse las implicaciones que la maternidad tiene en sus vidas y su repercusión a nivel laboral y personal. Como ejemplo, nos resulta interesante un significativo grupo de mujeres que están promoviendo un importante movimiento social denominado *el club de las malas madres*. Este movimiento surgió en el año 2015 con el fin de desmitificar el modelo ideal de la buena madre que practica lo que hemos definido como maternidad intensiva, centrada en el cuidado de los hijos, olvidando otros aspectos del desarrollo personal materno. Se trata de una comunidad de más de 350.000 madres en redes sociales que se está convirtiendo en una representativa forma de vivir la maternidad, intentando promover un cambio en ese ideal maternal que forma parte del imaginario social actual.

“Club de malasmadres es una comunidad de madres con mucho sueño, poco tiempo, alergia a la ñoñería, con ganas de cambiar el mundo o al menos de morir en el intento... Nace con el objetivo de desmitificar la maternidad y romper el mito de “la

⁵ Durante las décadas de 1970 y 1980 se configura el modelo *súper woman* que exige a las mujeres dobles jornadas de trabajo, cuidados intensivos del hogar, el esposo y los hijos, así como un desgaste personal y profesional considerable (Fitoussi, 1989 citada por Jociles 2012).

madre perfecta". Laura Baena, su fundadora, sintió la necesidad de compartir su visión de una maternidad real, que reivindicase un nuevo modelo social de madre.

Madres que luchan por no perder su identidad como mujer y que se ríen de sus intentos fallidos por ser madres perfectas. De un sentimiento individual a conectar con una necesidad social y convertirse en un movimiento tendencia que con mucho sentido del humor rompen estereotipos". (clubdemalesmadres.com)

El grupo está formado por todas las mujeres que quieran sumarse a la iniciativa que ha promovido un conjunto de madres con educación superior (periodistas, educadoras, profesionales de la salud, escritoras, publicistas, sociólogas...) y el objetivo común de promover el cambio social necesario para poder vivir una maternidad que sea capaz de convivir con su vida profesional y personal. Su lucha común es la conciliación. Bajo el lema "yo no renuncio", han publicado un estudio sociológico⁶ en base al que han elaborado todo un alegato que legitima su lucha por lo que ellas consideran el objetivo principal de la conciliación: la corresponsabilidad. Gracias a su expansión en las redes sociales, están consiguiendo también a través de los medios de comunicación, crear importantes referentes de opinión y fuentes de reivindicación basándose en la desigual distribución del trabajo argumentado que *"los roles tradicionales de género presentes en los hogares se están reproduciendo en otras esferas de la sociedad, concretamente en la esfera laboral. Por tanto, si queremos revertir el problema de la conciliación, no sólo debemos poner el foco en las políticas empresariales y familiares que debería implantar el Estado o las medidas que deberían ofrecer las empresas. Deberíamos reflexionar también sobre si el reparto de las tareas doméstico-familiares en los hogares es desigual y si esto está obstaculizando la entrada y la trayectoria laboral de las mujeres"*. Se trata como vemos de un grupo que pretende revertir el importante problema social de la desigualdad en el acceso a las oportunidades de las mujeres y que plantea la maternidad como un escollo a salvar sin renunciar a ella, más bien estableciendo estrategias desde el espacio

⁶ Uno de los miembros del club de las malas madres (la socióloga Maite Egoscobal) , publicó el 13/02/2017 la encuesta #concilia13f , realizada a 4500 madres de nuestro país. En esta muestra, el 80% de las mujeres declara tener dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.

social de lo doméstico, donde debe empezar la revolución de las *malas madres* para conseguir vivir una maternidad plena, sin renunciadas.

Las no madres

En los últimos años, cada vez un número más numeroso de mujeres toman la decisión de no convertirse en madres. Aunque no sea algo novedoso, hace años sólo las estériles biológicas o sociales (las religiosas, las solteras...) se planteaban o asumían esta opción de vida. A las mujeres que no son madres en la actualidad, se les distingue de las anteriores en que han rechazado el inevitable destino maternal de manera consciente y gracias a los avances reproductivos por los que pueden optar por una esterilidad voluntaria.

La generación de mujeres que se sitúa entre los 16 y los 36 años, que pertenece a los denominados *milennials*⁷, comienza a ser diferente las generaciones anteriores: “los milennials se casan más tarde y tienen matrimonios más inestables; aumentan hasta superar el 40% los nacimientos en mujeres no casadas; hay una mayor presencia de familias monoparentales; las mujeres milennials tienen su primer hijo a edades mucho más tardías y tienen menos hijos, incluso muchas renuncian a la maternidad por dificultades económicas o laborales, como ellas mismas manifiestan” (López, 2017: 11). Como consecuencia de esta pérdida del valor de la maternidad, “los comportamientos de esta generación *milennials*, están produciendo un importante déficit de nacimientos además de un problema demográfico de graves consecuencias económicas” (López, 2017:17). Esta generación de mujeres entre las que proliferan las madres tardías y las no madres, son una muestra significativa del cambio que se está produciendo en la concepción de la maternidad y en la modificación del modelo maternal.

Las mujeres que deciden no tener descendencia, las no madres (Bogino, 2016) son conscientes del menor reconocimiento social y la escasa aceptación cultural de su

⁷ Teresa López López, investigadora de la Complutense, en su reciente trabajo publicado: “*Trabajo remunerado y vida familiar en la generación del Milenio: un equilibrio necesario*”, aporta un interesante análisis sobre la relación entre el mundo laboral y las concepciones familiares de una generación de jóvenes nacidos entre los años 1980 y 2000 y que tienen en la actualidad entre 16 y 36 años, la generación *milennial*. “*Cada generación deja su impronta en la cultura de una sociedad, y también los milennials, en los que se pueden observar cambios respecto a las generaciones anteriores*” (López, 2017: 4).

decisión⁸, configuran un modelo de feminidad que se aleja de la hegemonía maternal (Álvarez, 2013. Badinter, 2011). El planteamiento de la no maternidad como una elección, se convierte en un proceso de aprendizaje que implica re-situarse en las relaciones de género y de parentesco, en tanto que rompen las expectativas sociales (Bogino, 2016). Es interesante destacar cómo en la literatura anglosajona se introduce la distinción entre *childless* y *childfree* para designar este fenómeno social creciente en las sociedades occidentales. El primer concepto es neutro porque *childless* significa sin hijos y, bajo esta categoría se esconde la intencionalidad voluntaria o la involuntariedad respecto a los proyectos procreativos. En cambio, el término *childfree* expresa la condición libre de hijos y, por tanto, libres de la maternidad para las mujeres (Badinter 2011). En este sentido, se hace referencia al derecho a decidir no tener descendencia y se promueve como un nuevo estilo de vida (Anzorena y Yáñez 2013; Badinter 2011).

Bogino (2016), en su etnografía realizada con mujeres sin hijos, propone una tipología de no maternidades que nos permite repensar distintas experiencias de vida:

1) *La maternidad imposible, el deseo reinventado*: aquellas mujeres que en algún momento de sus biografías desearon la maternidad, buscaron distintas alternativas para concretar su deseo (a través de la biología, las técnicas de reproducción asistida, los procesos de adopción o acogida) y, sin embargo, tienen que reinventar ese deseo en otros. Entendemos que es producto de un conjunto de condiciones corporales, socio- económicas, políticas, subjetivas o legales.

2) *La no-maternidad sobrevenida, el deseo ambivalente*: otras mujeres experimentan la tensión entre deseos ambivalentes y distintas circunstancias vitales que, en este proceso, conciben la no-maternidad como una experiencia

⁸ En el artículo publicado por Anzoreta y Yáñez (2013) sobre su trabajo acerca de la no maternidad, nos aporta en sus conclusiones los prejuicios sociales ante las no madres y las dicotomías ante lo "bueno y lo malo" que supone para estas mujeres la ausencia de los hijos; en su reflexión final podemos leer: "se las descalifica en su capacidad de cuidado y en sus opiniones sobre la crianza, pero a su vez se las considera siempre disponibles para cuidar a otros/as. Se les tiene compasión pero también se envidia su libertad", poniendo de manifiesto esta consciencia de las no madres ante los estigmas sociales de su decisión.

sobrevenida. No obstante, consideran que en distintos momentos de sus biografías toman decisiones que se desvían de las normas sociales.

3) *Mujeres sin maternidad, el deseo hostil*: algunas mujeres no responden a la normatividad de género ni de parentesco porque a lo largo de sus biografías eligen una vida sin descendencia. En este sentido, no surge el deseo de maternidad, y este no deseo denominado “deseo hostil”⁹ (Burin 1996, citada en Ávila 2005: 117) permite la gestación del deseo de saber y del poder que se concretan al margen de la maternidad.

La reciente aparición en los medios de comunicación del fenómeno de la no maternidad y la publicación varias novelas escritas por mujeres que pertenecen a vida social española¹⁰ declarando su no maternidad voluntaria, son un paso adelante hacia la construcción de la maternidad no como un destino biológico, una vocación natural o el deseo inevitable para muchas mujeres, si no como un proyecto vital que puede ser más o menos atractivo. Sin embargo, la presión cultural del mandato maternal no desaparece. Las mujeres que deciden no tener hijos deben justificar ante su entorno familiar y social su decisión. No todas llegan a la conclusión de su no deseo maternal a priori, muchas intentan convertirse en madres sin conseguirlo. Podríamos cuestionarnos por tanto si estamos transitando en el camino contradictorio de la *maternidad obligada* que se le otorga a las mujeres como mandato social y ante la posibilidad de la *no-maternidad elegida* libremente exenta de condicionamientos sociales (Bogino, 2016).

⁹ Mabel Burín (1996, citada en Ávila 2005) hace referencia al tipo de mujeres cuyo posicionamiento psíquico no se inscribe en el deseo de ser madre. Denomina a este tipo de deseo como “deseo hostil” que surge en la temprana infancia y se trata de un deseo que, para las mujeres de nuestra cultura, ha tenido predominantemente un destino de represión. Al enfatizar las diferencias y al propiciar la ruptura de los vínculos identificatorios, constituye un deseo que atenta contra el vínculo fusional madre-hijo. El desarrollo del deseo hostil implicaría entonces un peligro para nuestros ordenamientos culturales que identifican a las mujeres con las madres. Por otro lado, respecto a la maternidad, Burin (2010) describe el cansancio por el trabajo maternal, claramente asociado con el malestar de las mujeres, que suele aparecer bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicossomáticos.

¹⁰ La periodista María Fernández Miranda, ha publicado en 2017 un libro titulado *Las no madres* en el que algunas mujeres del panorama público español como Maribel Verdú, Mamen Mendizábal o Paula Vázquez narran su experiencia de la no maternidad. Silvia Nanclares (2017), escritora, en su libro *quién quiere ser madre* desmonta el ideal maternal al enfrentarse en su obra autobiográfica a las dificultades de los imperativos sociales que llevan a las mujeres al camino de la maternidad como destino predeterminado para las mujeres.

Las madres arrepentidas

Orna Donath¹¹ partiendo de sus investigaciones con mujeres judías israelíes que han decidido no ser madres (2011)¹², ha llegado a considerar que muchas mujeres acceden a la maternidad sin un deseo y convencimiento reales y se han convertido en lo que denomina *madres arrepentidas*. Su etnografía llevada a cabo entre 2008 y 2013 también con mujeres israelíes de distintos colectivos sociales que se arrepienten de ser madres, muchas de ellas ya siendo abuelas, se basa en el análisis de los conflictos provocados por la discrepancia entre el deseo de no ser madre de nadie y el hecho de la maternidad vivida, analizando la manera en que distintas mujeres reconocen y reaccionan ante estos conflictos (Donath, 2016). La autora considera el arrepentimiento como una señal de alarma que “no sólo debería instar a la sociedad a ponérselo más fácil a las madres, si no que invita a replantear las políticas de reproducción y las ideas sobre la obligación de ser madres” (18). En este sentido, el arrepentimiento sería un factor importante para “considerar a las madres como algo más que objetos para servir a los demás vinculando estrechamente su bienestar sólo al de sus hijos, si no como seres individuales que son dueñas de su cuerpo, sus pensamientos sus emociones su imaginación y sus recuerdos y determinar si valía la pena o no” (19).

Una de las importantes puntualizaciones que realiza Donath en su trabajo¹³, hablando del arrepentimiento maternal, es el debate que surge entre el arrepentimiento y la ambivalencia “mientras una experiencia de arrepentimiento puede implicar sentimientos contradictorios con respecto a la maternidad, la ambivalencia hacia la maternidad no supone necesariamente sentir pesar por ella. El arrepentimiento no trata la cuestión de ¿cómo puedo llegar a sentirme a gusto con la maternidad? si no la experiencia según la cual ser madre ha sido un error” (19).

¹¹ Socióloga de la Universidad israelí Ben-Gurion del Néguev, en Beerseba.

¹² En 2011 publicó su estudio “*Making a Choice. Being Childfree in Israel*” sobre madres israelíes que no querían tener hijos.

¹³ El testimonio de Isabella Dutton, madre británica que públicamente declaró estar arrepentida de haber tenido hijos y que habría sido más feliz sin ellos, publicado en 2013 en un diario digital, constituye un buen ejemplo de la visibilización de las mujeres que han decidido declarar su postura negativa respecto a la experiencia maternal. en <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-2303588/The-mother-says-having-children-biggest-regret-life.html>. Consultado 27 de Mayo de 2017.

Al analizar los motivos por los que las mujeres llegan a la conclusión de que su decisión de convertirse en madres fue un error, Donath describe varios aspectos acerca de las consecuencias que la maternidad ha tenido en la vida de sus informantes:

Una de ellas es la despersonalización, lo que la autora describe como la muerte del yo anterior y la creación de una identidad distinta que se separa de la anterior como madre de nadie: “muchas mujeres comparten la experiencia profunda de perder la vida al dar vida, ya que se enfrentan a la pérdida de su corporeidad, de sus pasiones previas, a la faceta de sus relaciones sentimentales o no sentimentales anteriores a la eliminación de su procedencia en el mundo” (129).

Otra consecuencia es la vivencia de la maternidad como algo traumático, constituyendo una experiencia en sí misma traumática, encarnada en un cuerpo que queda en situación precaria para siempre. Además, la maternidad puede afectar tanto físicamente como emocionalmente a la mujer, con náuseas, vómitos, depresión, estrés, fatiga... “ incluso después de tener varios hijos, las mujeres lamentaban no solo lo perdido si no la ausencia de significado final de la pérdida. Para ellas, esta pérdida carente de sentido, constituye uno de los ejes principales de su arrepentimiento, por mucho amor que sientan”. (137).

La doble responsabilidad del cuidado, por una parte garantizando el bienestar de los hijos porque así lo dictan los mandatos sociales y por otra dando cuenta de que el hecho mismo de convertirse en madres, supone para las madres convertirse en sujetos que carecen de intereses propios, relegando su vida a un segundo plano en nombre de la obligación de atender a los demás hasta el punto de soterrar sus propios intereses y necesidades si es necesario “cuando han manifestado el arrepentimiento de ser madres, se han sentido más obligadas y empujadas al cuidado del prójimo, precisamente por ese arrepentimiento” (47).

La interminable jornada maternal, que implican los constantes cuidados sobre todo en las primeras etapas de la vida del niño, generan un sentimiento de

obligación, responsabilidad y preocupación por los hijos que suele continuar a lo largo de la vida “para muchas mujeres la condición de madre está siempre presente, veinticuatro horas al día, siete días a la semana. Cuando una es madre, lo es para siempre” (149). Esto convierte la maternidad en una historia interminable y genera una situación que en muchos casos asfixia a las mujeres, eliminando su capacidad para moverse, distanciarse y hacerse dueñas de sí mismas.

La ausencia de la figura paterna, a pesar de existir en la mayoría de las informantes que entrevista Donath, se representa como una paternidad vacía de contenido. Los padres están ahí, pero es difícil asumir para ellos la colaboración en la crianza y esto supone para las madres la incapacidad de poseer de tiempo libre, de dedicarse a otra cosa que no sean las labores domésticas y de crianza. Esta circunstancia desembocará para estas mujeres en el deseo de borrar la maternidad de sus vidas. El arrepentimiento, socialmente, no se interpreta sólo como una falta de amor maternal, sino que además se relaciona con una conducta que implica la hostilidad, la indiferencia y la negligencia hacia los hijos. Sin embargo, las informantes de la investigadora israelí no sólo declaran amar a sus hijos, si no que muchas tienen varios descendientes e incluso algunas son abuelas que cuidan de sus nietos. El estudio de su arrepentimiento, de lo que la autora define como un error en la elección de la vida de las mujeres que entrevista, pretende servir a todas las madres que se enfrentan a los efectos de los constructos sociales que asocian la realización femenina con la maternidad, a dotarlas de recursos para conseguir profundizar en sus experiencias y compartir su soledad a la hora de declarar sus vivencias, con el fin de contribuir a que el resto de las mujeres sea capaz de elegir su destino en relación a la maternidad “somos las mujeres quienes necesitamos ser dueñas de nuestro cuerpo y nuestra vida” (248).

2.1.3.2. Con el tiempo en contra: la maternidad tardía.

Las mujeres postmodernas, definidas por Alberdi, Escario y Matas (2000) como aquellas 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, están contribuyendo a la transformación del sentido de la

maternidad y a la aparición de nuevas formas de maternidad que podríamos denominar no convencionales (maternidad tardía, en solitario, maternidades menos intensivas...) (Solé y Parella, 2004).

Además del cambio impulsado por la emancipación femenina, otros factores como la postergación del matrimonio, las obligaciones sociales, la estabilidad económica y emocional y el aumento de la esperanza de vida, hacen que los casos de maternidad y paternidad tardía vayan en aumento. Estas circunstancias implican que la importancia del curso de vida en las trayectorias vitales de los sujetos se ha modificado, sin alterar sustancialmente el orden de los mismos, y demuestra que formar una familia de procreación siempre estará a la zaga de terminar los estudios o encontrar un trabajo, e influirá en el curso de vida en las mujeres, condicionado por el climaterio y la menopausia (Corrochano, 2016).

En el desarrollo de nuestra investigación, nos resulta útil la definición de *familias tardías* elaborada por el grupo de investigación de la UNED¹⁴, que considera que “se caracterizan por estar integradas por padres/madres primerizos, considerados biológica y socialmente mayores para desempeñar este rol, y donde la diferencia entre ellos y sus vástagos es superior a 35 ó 40 años, excluyendo del estudio a las familias reconstituidas, aquellas donde alguno o los dos miembros de la pareja han tenido hijos de una relación anterior, pues entendemos que las situaciones vivenciales a las que se enfrentan estos sujetos son diferentes a las de aquellos que acceden por primera vez a la maternidad/paternidad” (Corrochano, 2012: 8). En base a este estudio y teniendo en cuenta lo relativo del término *tardío*, en esta investigación utilizaremos el término *maternidad tardía* para referirnos a las mujeres que deciden convertirse en madres abogando con sus actitudes por el uso de los avances ginecológicos y de las TRA, que permiten a las mujeres ser *madres independientemente de su edad cronológica en un momento en el que biológica y socialmente se consideran mayores para desempeñar este rol, y donde la diferencia entre ellos y sus vástagos oscila entre los 35 y los 40 años.*

¹⁴ El estudio al que hacemos referencia es “Familias “tardías” en España” que está realizando el grupo de investigación “Familia y Parentesco en el siglo XXI”, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)”.

Las *maternidades tardías* se enfrentan a los ritmos biológicos, sociales y biográficos que marcan las normas procreativas (Hernández Corrochano 2016; Konvalinka 2012); las *normas procreativas* son las condiciones socialmente definidas como las buenas condiciones, es decir, las condiciones idóneas para la procreación (y la no-procreación) en relación a la edad, al tipo de relación y a la situación profesional. Además, estas normas prescriben los límites de edad para acceder a la maternidad y a la paternidad, que no sean tan precoces ni tan tardías. Para las mujeres, los 45 años representan los límites psicológicos de la maternidad y, para los hombres, los 55 años marcan los límites sociales de la paternidad (Bogino, 2016).

La consideración de que hay una edad “adecuada” para acceder a la maternidad, confirma la observación de Annette Langevin ((1982), citada por Imaz, 2007) de que si bien nunca han existido tantas posibilidades de superar las limitaciones que la edad impone a la concepción, nunca el tramo de la considerada edad adecuada a la maternidad ha sido tan estrecho: “algunas edades se consideran inconvenientes por la falta de madurez personal que incapacita para un adecuado ejercicio de la maternidad, el embarazo a partir de cierta edad se considera imprudente, bien por considerarlo un riesgo para la mujer que gesta y, sobre todo, para el feto en gestación, bien por considerar que la mujer se expone a no conseguir el embarazo pues el cuerpo se halla demasiado envejecido. La conclusión es que las mujeres se enfrentan a un muy estrecho margen de tiempo para desarrollar su proyecto de convertirse en madres, (Imaz, 2007: 243). El tiempo corre en contra para las mujeres si tenemos en cuenta que la edad será un condicionante muy importante en el planteamiento del proyecto maternal, al estar también directamente relacionado con la capacidad reproductiva. El retraso en la edad de la maternidad resulta clave en el análisis del uso de las técnicas de reproducción asistida, ya que está asociado a problemas de fertilidad tanto por el descenso como por la calidad de la reserva ovocitaria , teniendo en cuenta que el colectivo médico establece una clara asociación entre aumento de la edad y descenso de la eficacia de los tratamientos.

Uno de los argumentos a favor del uso de las TRA es la capacidad de permitir superar el reloj biológico de manera que las mujeres puedan adaptar sus

expectativas vitales sin que la maternidad interfiera en sus vidas. El argumento puede ser llevado más lejos, hasta afirmar que la tecnología favorece de este modo la libertad y la capacidad de actuar, defendiendo los intereses de las mujeres, hasta el punto de poder congelar las células reproductivas mediante la vitrificación de los ovocitos, ganando así la partida al paso de los años y al envejecimiento celular. La supuesta libertad de acción ganada se hace a costa de aumentar la dependencia de la tecnología médica; una tecnología que, por otro lado, no está al alcance de todas las mujeres (Martí, 2011), ya que es una técnica que sólo se realiza en clínicas privadas.

Al hablar de las razones sociales que propician el retraso en la edad de la maternidad no se debería desestimar la incidencia de los factores que acaban generando el retraso en la edad materna (Martí, 2011) y el desajuste entre la edad sentida por la mujer desde su posición vital y la atribuida socialmente ateniéndose a determinadas delimitaciones biológicas, conlleva que una misma mujer pueda considerarse excesivamente joven en su vida profesional y a la autonomía económica, y excesivamente mayor en lo relacionado con las capacidades fisiológicas de dar a luz. La paradoja deriva de que la madurez profesional y personal exigida a una mujer para ser una buena madre, con sus exigencias materiales y de estabilidad en un contexto de precariedad laboral y dificultades de emancipación, hace que la biografía de la mujer se encuentre descompensada respecto a las edades en que la maternidad biológica es considerada adecuada (Imaz, 2007). Estas mujeres que según Corrochano (2016) cuestionan el prejuicio de la “madre tardía”, consideran que la maternidad primípara a edad avanzada a la que se han visto abocadas por diversas cuestiones sociales, no se diferencia de la maternidad a edades más tempranas. “Esta maternidad, aunque tiene sus inconvenientes, por ejemplo, adaptar una vida hecha a la entrada de un sujeto dependiente, también tiene sus ventajas, *“pues el haber disfrutado de la vida nos permite ahora dedicarnos al bebé sin añorar otras cuestiones”*” (Corrochano, 2016: 100).

2.1.4. NUEVAS MATERNIDADES QUE CONVIVEN CON EL MODELO DE MATERNIDAD TRADICIONAL

Como punto de partida del análisis de los modelos de maternidad distintos al del contemplado en la familia tradicional nuclear biparental, partiremos de la definición utilizada por Imaz (2007) de los modelos maternos, entendiendo que los *modelos de maternidad* “proponen, crean y restringen espacios en los que desarrollar estilos de vida, relacionados con las representaciones¹⁵, pero, sin embargo, con un carácter normativo más claro y unos vínculos más explícitos con el sistema de valores, si las representaciones interpretan el mundo, los modelos nos indican cómo actuar en él (Imaz, 2007:131), actuando como referentes en la definición de los estilos de vida y en la forma de ejercer y asumir la maternidad.

El estudio de Teresa del Valle *et al* (2002) y su distinción entre *modelos hegemónicos*, *modelos emergentes* y *antimodelos*, nos resulta útil para el análisis que realizaremos a continuación. Al referirme a *modelo hegemónico*, como “un vivido sistema de significados y valores que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente. Por lo tanto, es un sentido de la realidad para la mayoría de las gentes de una sociedad, un sentido de lo absoluto debido a la realidad experimentada” (Williams, 1997, citado en del Valle, 2002: 32). Frente a la noción de dominación que remite a dominación política e incluso a coerción, la elección del concepto de hegemonía, implica un complejo entrelazamiento de fuerzas políticas, sociales y culturales (32).

Ante los modelos hegemónicos, los *modelos emergentes* son definidos por del Valle como “aquellos constructos con entidad, peso referencial y en ciertos casos influencia normativa que incorporan nuevos significados y valores, nuevas éticas, nuevas relaciones y tipos de relaciones” (del Valle 2002: 15). Los modelos emergentes se darían con mayor frecuencia, aunque no exclusivamente, en las situaciones en las que las personas actúan con conciencia o intencionalidad de

¹⁵ Imaz considera que las representaciones constituyen conjuntos de ideas, creencias y significados por medio de los cuales las sociedades concretas definen los atributos sociales y psicológicos que corresponden a los hombres y a las mujeres (Imaz, 2007:131)

cambio (15), razón por la que la autora considera interesante prestar especial atención a los movimientos como el feminismo, que actuará como base del cambio de la vida de las mujeres. En esta propuesta remarca la necesidad de modelos para guiar los proyectos vitales, aun cuando estos modelos no sean modelos completos, y se asuman sólo algunos elementos de los mismos. De esta forma “el estudio de los modelos emergentes se piensa como una estrategia de investigación que permita acceder a aspectos latentes o difusos de la realidad sociocultural, independientemente de su importancia cuantitativa y el peso que en el conjunto de la población puedan llegar a tener, pues su valor de referente, su carácter de propuesta ,consciente o inconsciente, es lo que le otorga relevancia desde la perspectiva del estudio del cambio social” (13).

Si consideramos que el *modelo hegemónico de maternidad* es aun mayoritario, nos situamos en el ideal maternal con una mujer heterosexual con pareja monógama que vive la maternidad en base al *mito de la buena madre*. “La presión y dictámenes que desde los espacios de poder se ha realizado a favor de la inculcación de la maternidad como deber y fin, y el amor materno como naturalizado” (Montes, 2007:69). “Los patrones culturales del ideal maternal siguen manteniendo su influencia en nuestros días” (Hays, 1998:17), adaptando sus discursos a las características del contexto social. Estos patrones se presentan como modelos a seguir por las madres, situación que hace surgir las contradicciones entre la realidad experimentada de la maternidad y el ideal propuesto. Frente al modelo ideal materno que se mantiene inalterable y se activa, apunta Esteban (2000:210), en épocas determinadas, aparecen en nuestra realidad social actual otros modelos que desarrollaran patrones y nuevas maneras de vivir la maternidad.

Partiendo de las conclusiones de del Valle (2002), consideramos necesario el estudio de las maternidades emergentes y para ello vamos a proceder al análisis de las nuevas formas de maternidad que surgen gracias a las nuevas tecnologías, en el que realizamos un análisis de la construcción de la experiencia de la maternidad con las técnicas de reproducción asistida, alejándonos de las posiciones que consideran a las mujeres agentes pasivos en el uso de estas tecnologías y

considerándolas agentes activos en el cambio de los modelos hegemónicos de maternidad.

2.1.4.1. Maternidad en solitario por elección.

Al hablar de la maternidad en solitario como un modelo emergente en el que las mujeres son actores activos y que han elegido formar una familia de manera planificada, estamos obviando otro modelo de monoparentalidad sobrevenida que ha existido a lo largo de la historia en el que las mujeres han construido familias en solitario, a partir de una condición impuesta por sus circunstancias vitales. Aunque en ambos casos tengan en común el rasgo de la monoparentalidad, el carácter explícitamente intencional de las madres por elección, contribuirá a definir importantes diferencias en la vivencia de la maternidad en solitario.

La legislación española en el ámbito de la reproducción,¹⁶ ha hecho posible el acceso a las mujeres sin pareja a las técnicas reproductivas, y con ello a la maternidad en solitario. Aunque el acceso a la monoparentalidad elegida tiene varios caminos, las principales motivaciones de las mujeres que acuden a la reproducción asistida para elegir o rechazar esta opción hacen referencia a la importancia que le otorgan a la existencia de un vínculo genético entre madre e hijo, y a la posibilidad de vivir la experiencia física de la maternidad (Jociles, 2010).

Quienes deciden libremente formar una familia en solitario son, sobre todo, mujeres que “no quedan representadas por el modelo de la feminización de la pobreza, sino que se hallan ubicadas en una diversidad de situaciones socioeconómicas y culturales que irían desde situaciones más humildes a otras que, suponiendo la posesión y disposición de recursos materiales suficientes, llevan consigo también un cierto empoderamiento que les permite la elección de un determinado proyecto de vida” (Jociles, 2008: 269). Son mujeres a las que el cumplimiento con sus obligaciones sociales en la esfera del trabajo les impide incluir la maternidad en su proyecto vital; es decir, “han cumplido con las exigencias socioculturales respecto a la autonomía personal y a la preparación

¹⁶ Consultar el apartado 2.3.4. Perspectiva Legal

académica hechas a las mujeres de su generación, pero no han podido cumplir con aquellas otras que les abocan a la maternidad reglamentada socialmente, esto es, una maternidad en pareja” (Moncó 2011: 82). Unas porque no la encontraron y otras porque cuando la tuvieron no consideraron que era el momento adecuado.

La maternidad aparece en sus vidas como una elección, pero no la maternidad en solitario (Hertz, 2006)¹⁷. El hecho de no tener una pareja con la que compartir su proyecto parental es la característica de este tipo de familia que nace desde la intención y la reflexión firme. Desear ser madre pero desear al tiempo tener una vida autónoma e independiente que les permita elegir, con madurez, intención y reflexión el momento de la maternidad son opciones difícilmente conciliables y les pone en una situación en la que en un momento de sus vidas marcado por el llamado “reloj biológico”, deben plantearse la maternidad en solitario. Estas mujeres desean ser madres, pero deben invertir el proyecto vital en el que primero vendrán los hijos y después la pareja, ya que cuando se plantean la maternidad, no han encontrado el acompañante ideal, y esto supondrá el inicio de las estrategias legitimación que despliegan con el fin de conseguir normalizar su proyecto vital, conscientes de “no cumplir lo que idealmente se esperaba de ellas”(Moncó, 2011:82). Ser madre no les obliga a renunciar a su proyecto de pareja, pero priorizan formar una familia en un determinado momento a consolidar una relación afectiva para formarla junto a otra persona.

La ausencia de un padre para los niños, cuestiona este modelo maternal al no ajustarse al modelo biparental más tradicional y no suele ser aprobada socialmente. Por eso en el discurso de estas madres existe una necesidad de justificar su conducta y de legitimarse a sí mismas mediante el cumplimiento de las normas estipuladas y la consecución de una trayectoria exitosa profesionalmente, con el fin de conseguir la normalización de su decisión (Moncó, 2011). Las estrategias de legitimación tratan de unir lo que Bock (2000) ha denominado atributos personales (edad, responsabilidad, madurez emocional, y lo que

¹⁷ Hertz(2006) realiza un trabajo con 65 familias americanas monoparentales de mujeres en el que concluye que si bien la maternidad se elige y se realiza de una manera planificada en el contexto de un nivel socioeconómico medio-alto, la opción de hacerlo en solitario es algo que las mujeres eligen por sus circunstancias, no porque a priori fuera el ideal maternal que se habían planteado.

podríamos llamar capacidad económica) con aquellos otros que necesitan respecto a sus hijos y las relaciones que establecen mediante ellos, las llevarán a cabo en varios niveles de su experiencia vital.

Siguiendo la tipología descrita por Moncó et al. (2011) en su trabajo con madres solas "*madres solteras por elección: representaciones sociales y modelos de legitimación*", vamos a analizar las estrategias de legitimación que utilizan estas mujeres con el fin de normalizar su modelo de familia:

Legitimación legal: tienen un gran interés en que ser reconocidas, ellas y a sus hijos, como familias. Incluso, éste es un aspecto importante de su propia auto-definición como familia monoparental o monomarental (término que prefieren porque indica que ellas son las únicas cabezas de familia).

Legitimación frente a su círculo social próximo: la necesidad de desarrollar estrategias que justifiquen la decisión del proyecto maternal ante la familia de pertenencia, supone un pilar fundamental para la mayoría de las personas que se embarcan en la aventura de la maternidad, pero en el caso de las madres solteras el apoyo de sus familias no se suele producir de manera inmediata, sino que se construye a lo largo de todo el proceso. La percepción de la maternidad en solitario en el entorno social en el que viven estas mujeres, según los discursos de las madres solteras, describen una visión positiva en cuanto a la capacidad que tienen para tomar la decisión y asumir sus consecuencias y una visión negativa en cuanto al alejamiento de la percepción tradicional del concepto de familia y al hecho de que una mujer sola no está legitimada para ser madre.

Legitimación por atributos: estas mujeres utilizan aquellos aspectos que han conseguido al cumplir las expectativas sociales o las personales que se les exigían. Esta circunstancia las diferencia de otro tipo de madres de familia monoparental. La responsabilidad y la autonomía personal y económica, por la que han conseguido los recursos necesarios para educar y cuidar a sus hijos en solitario, serán los requisitos que ellas consideran necesarios para formar su familia.

Legitimación por capacidad de normalización: conscientes de que al compararlas con las familias biparentales la ausencia del padre va contra su imagen de normalización, estas mujeres tienen un gran empeño en demostrar que ellas forman familias como las demás, de ahí que continuamente hablen de la rutina que dan a sus hijos, de la red de relaciones que tienen, de las figuras paternas que pueden encontrar en sus familias extensas y mediante sus mismas redes sociales, esto es, de todas aquellas características que ellas consideran buenas y forman parte del ideal de la familia biparental.

Legitimación por visibilización: estas madres consideran que gracias a la visibilización de su modelo de familia, conseguirán la propia comprensión social del fenómeno. Utilizan métodos de visibilización educativa (en los colegios de los niños) en los medios de comunicación y además un tipo de *visibilización numérica*: cuantas más mujeres sean madres solteras por elección, su decisión, y por tanto su misma familia, se verá aceptada y normalizada.

Como hemos contemplado hasta ahora, la ambigüedad existente entre el discurso y la práctica social de la maternidad en solitario por elección que rompe con los modelos maternos anteriores, origina la necesidad que surge para estas mujeres de desarrollar estrategias discursivas y conductuales que les permitan reivindicar y dar visibilidad a sus proyectos de vida y sus identidades familiares. Al margen de la licitud que les permite la normativa española al respecto, parece que son necesarios otros tipos de legitimaciones que visibilicen, fortalezcan y den carta de legitimidad a sus conductas, decisiones y familias (Moncó, 2011).

2.1.4.2. Maternidad lesbiana en pareja.

El hecho de que la heteronormatividad deje de ser considerada como constituyente imprescindible del matrimonio y la familia implica una profunda transformación en los modelos de maternidad tradicional. “La visibilidad y la creación de redes interpersonales de quienes comparten identidades homosexuales hicieron viable la creación del llamado movimiento de liberación de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), que espoleó la aprobación del

matrimonio entre personas del mismo sexo (Pichardo, 2009). “El debate social sobre el matrimonio homosexual ha servido para mostrar que las personas homosexuales sí pueden tener hijos, que de hecho los tienen y, sobre todo, ha incorporado la maternidad y la paternidad a los horizontes vitales y al universo en el que se piensan las personas homosexuales. Ser homosexual no excluye ahora la posibilidad de ser madre o padre sin tener que pasar necesariamente por una relación heterosexual” (150).

En este contexto de transformación de las relaciones familiares surgen las familias lesboparentales retando la versatilidad de nuestro sistema de parentesco y al modelo de maternidad hegemónico, generando nuevas formas de construir y organizar las relaciones materno filiales. Creadas durante años al margen del parentesco normativo, las familias compuestas por mujeres, vivían a la sombra de las relaciones heterosexuales previas o estaban formadas por familias sin hijos. La elección de la maternidad en el marco de las relaciones lésbicas debe afrontar la innegable realidad de que los dos cuerpos de las madres no puedan producir conjuntamente a una criatura constituyendo el producto de las relaciones sexuales de la pareja, sin tener tampoco la posibilidad de tener un niño que tenga el material genético de ambas. Con el acceso a la reproducción asistida, se supera el obstáculo físico de la reproducción y se hace posible que una de las madres comparta los genes con su hijo, superando la necesidad de una relación heterosexual, sin comprometer la orientación sexual de la madre (Donoso, 2013).

La maternidad lesbiana compartida es una elección voluntaria y planificada, que trasciende los límites íntimos de la pareja y precisa de terceras personas. La conexión biológica que procuran las TRA, posibilitan la vivencia del embarazo y el parto para una de las madres y la conexión genética. Gracias a la recepción de ovocitos de la pareja (ROPA) en la que una mujer gesta un embrión con genes de su pareja, las dos madres pueden participar en la experiencia biológica de la procreación. Esta opción que permite fragmentar la maternidad en varias maternidades: genética y gestante, permite recuperar los símbolos naturales del parentesco basados en la sustancia compartida, sobre los que asentar una crianza basada en el cuidado y el afecto de los hijos. En el caso de la donación de ovocitos,

las TRA permiten a la pareja de mujeres concebir a un hijo sin dotación genética de ninguna de las madres. En este caso, las manipulaciones de las conexiones biológicas que permiten estas técnicas, la filiación biológica, la jurídica y la social no coinciden necesariamente. Al donante de espermatozoides y ovocitos no se le reconocen ni derechos ni obligaciones, teniendo una paternidad/maternidad genética sin filiación. La negación de la paternidad no es solo legal sino también social, no existe un padre, sólo dos madres que construyen en base a su voluntad y deseo maternal su relación de filiación (Donoso, 2013).

El modelo de maternidad lesboparental rompe con la unidad de la madre al asumir dos mujeres ese rol al mismo tiempo, creando una realidad nueva. En una pareja formada por dos personas del mismo sexo forman lo que Donoso (2012) ha definido como desdoblamiento de la figura materna, y con él se ponen en cuestión los roles de género al tener que realizar dos mujeres un reparto de tareas generizadas como alimentar, trabajar fuera del hogar, limpiar, cocinar o hacer la compra sin tener en cuenta el sexo. El que no existan relaciones de poder basadas en el género no quiere decir que no existan relaciones de desigualdad en las parejas homosexuales, ya que éstas se articulan en función de otros elementos como edad, poder económico, capital simbólico, posesión del hogar común u otros beneficios laborales y materiales (Pichardo, 2009: 153). Donoso describe dos modelos de relación lesboparental, uno en el que ambas madres son “equivalentes con una auto-identificación de ambas mujeres como madres y un reconocimiento recíproco, y otro una de ellas representa una figura de cuasiparentalidad, que jerárquicamente la sitúa en una posición parental secundaria” (Donoso, 2012: 335). Para Imaz (2016) en su estudio sobre maternidad lesbiana en el País Vasco, “las dos mujeres compartirían en la misma medida y en igual modo el rol maternal, el cuidado cotidiano y los vínculos afectivos con las criaturas” (76).

Anne Cadoret (2002, citada por Imaz 2007:105) considera que la maternidad en las mujeres lesbianas tiene el efecto de “reintroducir” a éstas en el espacio de lo “femenino normativo” aunque su actividad sexual no esté orientada a la heterosexualidad. La ambigüedad de las mujeres que no son madres y la incomodidad que su existencia crea en los sistemas de género construidos a partir

de un binarismo de sexos estricto y de la definición de la mujer a partir de sus capacidades reproductivas (Imaz, 2007: 105), contribuye a que el nuevo modelo de maternidad lesbiana sea un importante elemento a tener en cuenta en la valoración de las mujeres lesbianas como madres por elección junto a sus parejas.

Aunque las parejas lesbianas refuercen su proyecto parental recurriendo para ello a medios jurídicos o biomédicos disponibles que aporten anclajes más sólidos a su vínculo parental de cara a los otros, “el recurso cada vez más habitual de las técnicas que implican el uso de material genético propio en detrimento de otras vías de acceso a la parentalidad, así como el deseo de compartir el proceso reproductivo también en sus dimensiones más corporales, podría ser interpretada como una revigorización del valor central otorgado al vínculo biológico en la definición de qué es ser familia y puede interpretarse como una réplica a través del matrimonio de la familia nuclear heterosexual, lo que haría que se viesan las nuevas parentalidades como puramente imitativas de las antiguas” (Imaz, 2016: 84).

2.1.4.3. Maternidad subrogada.

A pesar de que la maternidad subrogada no es una práctica legal en nuestro país, es una de las opciones a las que las mujeres pueden acudir para convertirse en madres gracias al uso de las técnicas reproductivas. Esta circunstancia hace imprescindible que, aunque no forme parte de nuestra muestra de madres estudiadas por ser una situación no regulada a nivel legislativo en España, debamos incluirla en el análisis de los modelos emergentes de maternidad en nuestro tiempo.

Aunque la gestación por sustitución se nos presenta como una figura de la modernidad, lo cierto es que en el antiguo testamento Sarah, incapaz de tener hijos instó a su esposo Abraham a tener relaciones sexuales con una mujer esclava de la que nació su hijo Ishmael, gestando en el vientre de otra mujer al hijo de su marido. “El primer caso de gestación por sustitución documentada con la aplicación de la fecundación in vitro data del año 1984 , cuando los óvulos de una

mujer sin útero fueron transferidos al útero de una mujer que dio a luz a un niño con el que no tenía ninguna vinculación genética. Este hecho supuso un hito en la medicina reproductiva y en el tratamiento de la infertilidad, permitiendo a una mujer incapaz de gestar tener hijos genéticamente suyos en el útero de otra mujer” (Lamm, 2013: 20).

La maternidad subrogada (para los anglosajones surrogate mother), tal y como la conocemos hoy, fue definida por primera vez en el informe Warnock (Reino Unido) como *“la práctica mediante la cual una mujer gesta o lleva en su vientre un bebé para otra mujer, con la intención de entregarlo una vez nacido”* (Warnock, 1985)¹⁸. Desde el ámbito del derecho, la definición de gestación por sustitución se contempla como “una forma de reproducción asistida, por medio de la cual una persona, denominada gestante, acuerda con otra persona o con una pareja, denominadas comitente, gestar un embrión con el fin de que la persona nacida tenga vínculos jurídicos de filiación con la parte comitente” (Lamm: 2013:24).

La legislación española y el informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación in Vitro y la Inseminación Artificial Humanas (Comisión Palacios¹⁹), hacen referencia a la gestación por sustitución, sin embargo, los términos más frecuentes utilizados en nuestro país son: maternidad subrogada, vientre de alquiler, madres suplentes, madres portadoras... Resulta de especial relevancia desde el punto de vista social, analizar la expresión *subrogación*, que según Lamm (2013) no es jurídicamente correcta al no englobar todas las posibilidades de la gestación por sustitución, ya que únicamente se identifica con la opción en la que

¹⁸ La definición surgió de un informe elaborado en 1984 por la “Comisión de investigación sobre fecundación y embriología humana” en la que Mary Warnock, filósofa británica, estaba al frente.

¹⁹ El legislador español, a la hora de regular el campo abierto por las nuevas técnicas de reproducción humana, decidió recurrir a la creación de una Comisión especial de Estudio de la Fecundación in Vitro y la Inseminación Artificial Humanas (Comisión Palacios), a la que fueron convocados un grupo de expertos relacionados con estas cuestiones (biólogos, ginecólogos, juristas, filósofos y moralistas) que pudieron asesorar al cuerpo legislativo acerca de los problemas genéticos, biológicos y éticos que plantea la reproducción asistida. El informe elaborado por esta Comisión (aprobado en 1986) adopta una serie de criterios que fueron determinantes en la regulación de la gestación de sustitución, contenida en la Ley de 1988. Para realizar el informe sobre las nuevas técnicas de reproducción asistida, la Comisión contó con variada documentación como el Informe Warnock aprobado 2 años antes en el Reino Unido. El Informe elaborado por la Comisión Palacios, rechaza la gestación de sustitución en base a “razones éticas al considerarse que hay una unidad de valor en la maternidad que en ella no se respeta y que crea una distorsión deshumanizadora. También, porque puede constituirse en una nueva forma de manipulación del cuerpo femenino (a la que la situación desfavorable de la mujer en el mercado de trabajo puede contribuir), inadmisibles en una sociedad democrática y justa, que posiblemente desencadenaría un abuso y una comercialización, a todas luces condenables y punibles, pero no por ello de larvada realización” (Souto, 2005: 280).

la mujer aporta la gestación y el material genético. Teniendo en cuenta que el término *subrogación* según la RAE implica “poner una cosa o persona en lugar de otra” y considerando la maternidad como una realidad mucho más amplia que la de la gestación, sería más adecuado hablar de *gestación por sustitución* que maternidad por sustitución y maternidad subrogada, ya que la maternidad no se subroga, no se pone a una madre en lugar de otra, lo que ocurre en este proceso es que una mujer gesta al hijo de otra mujer (Lamm, 2013). Como vemos, la terminología no es del todo precisa en el uso de esta técnica reproductiva que en nuestro análisis contemplaremos como *maternidad subrogada*, por ser el uso más extendido en el ámbito social y académico para su estudio.

Las modalidades existentes en este tipo de gestación son dos: la gestación por sustitución tradicional en la que la gestante aporta los gametos y el útero, y la gestación por sustitución gestacional en el que la gestante aporta únicamente el útero, pero no sus óvulos. En este último tipo de gestación, existen diversas variantes en el que pueden existir donación de varios gametos.

La gestación por sustitución es un ejemplo de maternidad no normativa, que con el uso de las técnicas de reproducción asistida produce una disociación del concepto de maternidad, puesto que puede llegar a involucrar hasta tres “madres” potenciales: la genética, la gestacional y la social, precisando la reubicación de la figura materna cuando no hay ni madre social ni madre jurídica. Esta distribución de las figuras maternas entre las tres mujeres se basa en una disociación de dos elementos del cuerpo reproductor femenino: el ovocito y el útero (Cadoret: 2009).

La subrogación de forma abierta desafía los ideales heteronormativos alrededor de la maternidad entendida de forma tradicional y delimitada por las barreras de lo “natural”. La mujer que actúa como subrogada rechaza la maternidad social, dejando el cuidado del bebé a otra mujer (Teman, 2010). En un momento donde la estructura de la familia tradicional convive con una gran diversidad de modelos de familia que aparecen y se consolidan, la subrogación representa también la desestabilización del concepto tradicional de familia, construyendo familias a través del mercado, haciendo de ellas una cuestión de elección más que un destino

y poniendo de manifiesto que las familias son construcciones sociales y no productos naturales (Teman, 2008:1105).

En nuestro país, la existencia de una legislación que no acepta la figura de la maternidad por subrogación, unido a contextos culturales, económicos y sociales, que pueden favorecerla como EEUU, Canadá, Reino Unido, Ucrania, India... han determinado el surgimiento de lo que se suele denominar *industria de la fertilidad o turismo reproductivo*²⁰. Como consecuencia de la posibilidad de movilidad, de las campañas de captación realizadas por algunas agencias en países de destino, al acceso a la información a través de internet y también en parte a la proclamación de algunos personajes públicos que han declarado en la última década acudir a la gestación por sustitución, la utilización de esta TRA está siendo cada vez más extendida. Los aspectos que son tenidos en cuenta por parte los comitentes para acudir a uno u otro país serán el factor económico, la legislación del país al que acuden y las condiciones sanitarias del país de acogida. Diversas organizaciones LGTB y otros colectivos con problemas de infertilidad, reclaman en la actualidad que se revise la legislación vigente en España, pidiendo una regulación que les permita acceder a esta posibilidad sin tener que viajar al extranjero (Monteros, 2014).

²⁰ Lamm (2013) define turismo reproductivo como “el desplazamiento de un individuo o pareja desde su país de origen a otro país para acceder a las TRA. EL motivo del desplazamiento es la evasión de la ley cuando la técnica está prohibida en el país de origen” (193)

2.2.EL PARENTESCO EN EL CONTEXTO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

2.2.1.CAMBIOS EN EL MODELO DE FAMILIA TRADICIONAL

2.2.1.1. Factores que han motivado el cambio de la familia tradicional.

La concepción de la familia en general y de la familia española en particular, ha experimentado cambios importantes tanto a nivel demográfico como en el aspecto simbólico que da sentido a los nuevos valores de las relaciones familiares. De una familia institucionalizada considerada el fundamento de la organización social, convivimos en la actualidad con una gran diversidad de tipos de familia que se crean basadas en las relaciones íntimas entre los miembros que forman parte de ellas. La familia ya no es la base y el fundamento estable de la estructura social. Serán los individuos y los diferentes tipos de relaciones entre ellos, la base sobre la que se crea la diversidad familiar que caracteriza nuestra sociedad actual (Bestard, 2011).

Bestard (2011) describe varias “fuerzas sociales” que han modificado la práctica de las relaciones familiares:

1- La libertad de la elección en la formación de la pareja: la elección matrimonial no sigue la lógica de los intereses familiares, sino la lógica individualista del sentimiento. Las estrategias familiares en las que se aseguraba la reproducción social de las familias campesinas tradicionales se han transformado en estrategias individuales de elección de pareja. Las uniones matrimoniales son fruto de las uniones afectivas basadas en los sentimientos de los cónyuges. Las afinidades son principalmente subjetivas y están basadas en la elección. Así la “afinidad de una generación se convertirá en el parentesco de la siguiente” (Bauman, 2003: 47). Este principio de libertad, ha desinstitucionalizado la familia, cambiando la duración del matrimonio (Bestard, 2011: 977) y con ello el modelo de familia tradicional

La desestabilización del modelo normativo de familia se debe a las modificaciones de los tres pilares convencionales en los que se sostenía la familia en nuestra sociedad: la religión, la tradición y la biología. En una sociedad secular mantener los principios de la religión como base para la formación de una familia resulta difícil: “ni siquiera los matrimonios –en contra de la insistencia de los sacerdotes– se realizan en el cielo, y lo que los seres humanos han unido puede ser disuelto por los seres humanos” (Bauman, 2003: 47). La biología y la tradición tampoco pueden sustentar los diferentes tipos de familia en los que las mujeres solas se inseminan y las parejas homosexuales tienen hijos con genes propios y en úteros de otras mujeres.

2. El principio de igualdad: la mujer ha sido considerada un elemento fundamental del cuidado de niños y ancianos. Este modelo social del cuidado para el que la mujer estaba situada en el plano doméstico y el hombre en el del trabajo remunerado, comienza a tambalearse cuando la mujer entra en el mundo laboral y construye una biografía personal fuera de la familia. Los movimientos feministas pusieron de relieve que no era posible formar una familia siguiendo los roles tradicionales de género, cuestionando abiertamente la autoridad patriarcal y sus fundamentos políticos y sociales. Si existe una ética del cuidado, no debería ser exclusiva de las mujeres, sino que debería formar parte de las relaciones de parentesco, que no vienen dadas de una forma natural e intrínseca de cada individuo. Esta se construye en los vínculos que se establecen y socialmente en las relaciones de parentesco. Sin embargo, ante el cuestionamiento de esta igualdad en las tareas de cuidado y en los roles desempeñados por hombres y mujeres en el ámbito doméstico, la corresponsabilidad familiar y el nuevo papel que el hombre ha de desempeñar en el seno de la misma no ha sido asumida ni por los varones ni por la sociedad en general. El acceso de la mujer al mundo laboral no ha supuesto de una manera efectiva la reducción de sus tareas familiares, asumiendo todas aquellas funciones que no ejecuta el hombre y todas aquellas asistenciales que no proporciona el Estado (centros de atención de menores, niños, y de personas mayores, fundamentalmente) (Ruiz de la Cuesta, 2006).

3. El niño como centro de la construcción de las relaciones familiares: la individualización del deseo de descendencia. Paradójicamente en una sociedad en la

que los índices de natalidad son cada vez más bajos, la centralidad de la formación de la unidad familiar son los hijos. Bestard (2011) considera que se tienen menos hijos buscando el momento adecuado para tenerlos y se invierte sentimentalmente más en ellos, recordando el niño Rey del siglo XVIII que describe Badinter como un bien preciado que es el centro de la familia: *“es el reino del Niño-Rey, que se ha convertido en el más preciado de los bienes: es un ser que no tiene reemplazante.”* (Badinter, 1981:171). El deseo de descendencia se plantea de manera individual y no sigue los parámetros de un ciclo familiar clásico, ya que las relaciones personales son cada vez más abstractas y anónimas y la búsqueda de las relaciones concretas y personales se materializa en el deseo del hijo. El deseo del hijo, a diferencia de lo que ocurría antes en la familia tradicional, no es algo característico de las relaciones conyugales. El deseo de descendencia era antes una necesidad en la construcción de una familia, mientras que ahora son la voluntad y la subjetividad, las que actúan como detonantes en el deseo del proyecto parental. Esta situación desencadenará una fuerte contradicción en la vida de las mujeres. La materialización del proyecto parental se lleva a cabo a costa de riesgos en la carrera laboral de las mujeres y con un aumento del tiempo dedicado al cuidado que se añade a la jornada laboral. Aparece entonces la dualidad en la que la mayoría de las mujeres desarrollan su vida cuando se convierten en madres, lo que algunos autores denominan la doble jornada laboral²¹.

La familia y la tecnología.

Los avances que se han producido en las nuevas técnicas reproductivas que se desarrollaron a finales del pasado siglo XX, han abierto un gran número de posibilidades en la manera de tener hijos. La intervención en el proceso reproductivo se realiza sobre la parte biológica de la reproducción humana, ya que

²¹Sabater (2014), en el trabajo presentado en su artículo sobre *“la interacción trabajo y familia. La mujer y la dificultad de la conciliación laboral”*, define los cambios acontecidos en la vida de las mujeres en relación con el mundo laboral y su influencia sobre la familia. Aporta una interesante visión de la realidad actual de la conciliación laboral y familiar. Considera que las mujeres son el colectivo más afectado por los temas de conciliación asumiendo una doble jornada de trabajo al incorporarse al mundo laboral, fruto de la perpetuación de los estereotipos de género que continúan asignando al hombre como principal responsabilidad el trabajo asalariado y a la mujer además del trabajo fuera de casa, la responsabilidad del cuidado de la unidad doméstica: “en el nuevo modelo prevaleciente de familia, la diversidad es la regla: los perfiles de organización de la vida se multiplican y, en estos modos de organización, se observa una proporción creciente de formas de organización familiar con un modelo dual de ingresos. Precisamente el problema de la conciliación vida familiar y laboral se sitúa en la doble jornada laboral. Dos miembros de un mismo núcleo familiar, con obligaciones familiares o personales que tienen que conciliar con la actividad productiva” (Sabater, 2014:167).

los avances se producen gracias a una mejor comprensión de los mecanismos de reproducción y de la manera de actuar y modificar estos mecanismos.

La aparición de las TRA tiene lugar en un contexto de cambios profundos en la familia. La familia nuclear de la modernidad ya no es la única opción de estructura familiar, sino que convive con otros tipos de familia como la monoparental, la recompuesta, la familia homoparental.... El matrimonio heteronormativo convive con parejas de hecho, parejas que cohabitan sin una unión institucionalizada y matrimonios gays. El acceso a los métodos anticonceptivos que suponen una disociación entre las relaciones sexuales y la reproducción y la planificación voluntaria del embarazo, tendrán como principal consecuencia el aumento de la edad de las mujeres al tener su primer hijo. Estas circunstancias unidas a los incipientes cambios en los roles de género, supondrán un gran impacto sobre la institución familiar.

Analicemos algunas de las posibilidades que las TRA brindan a esta diversidad familiar a la que nos referimos. Una pareja infértil puede recurrir a diferentes técnicas como la FIV que implica la fecundación de las células reproductivas (gametos) en un laboratorio, por lo que la cópula sexual deja de ser imprescindible para conseguir el embarazo y representa un paso más en la disociación entre sexualidad y reproducción, ya introducida por los métodos anticonceptivos con los que se podían tener relaciones sexuales sin fines reproductivos (Rivas, 2009).

También es posible la donación de gametos, lo que supone que los padres no estén genéticamente relacionados con sus hijos. Esta circunstancia rompe la teoría de la filiación establecida en base a la consanguinidad. Un hijo nacido de su madre a partir del óvulo de otra mujer no compartirá los genes, ni será de la “misma sangre” que su madre. Una mujer puede aplazar el momento de su maternidad con la congelación de sus ovocitos al someterlos a un proceso de vitrificación, de la misma manera que una mujer que ha pasado por un tratamiento de quimioterapia para luchar contra el cáncer puede preservar su fertilidad por esta misma técnica. Esta opción separa la edad biológica de la de los gametos.

Las TRA hacen posible que una mujer sola decida tener hijos mediante IA o FIV, construyendo así familias monoparentales con descendencia genética propia o con donación de ovocitos de otra mujer. Las parejas de mujeres pueden también acceder a las TRA con el fin de compartir su proyecto maternal e incluso compartir la experiencia de gestación y filiación genética, siendo una la madre gestante y otra la madre genética gracias al método ROPA (recepción de ovocitos de la pareja). Las parejas de hombres gays tienen la opción de tener hijos con la dotación genética de uno de los padres gracias a la FIV que se realiza junto al ovocito de una donante y de una mujer que prestará su útero para gestar al embrión de esa fecundación gracias a lo que se conoce como maternidad subrogada. En estos casos, las relaciones de consanguinidad se hacen posibles en estructuras de familia que antes del desarrollo de estas técnicas eran imposibles. También, gracias al fenómeno de la donación de gametos, ya no resulta imprescindible la existencia de una pareja heterosexual para formar un hogar, dejando a la familia nuclear en una opción más de familia en consonancia con otras de progenitores solos o del mismo sexo.

Como acabamos de exponer, la aparición de las TRA y el cambio en las ideas y en las prácticas de la concepción y procreación (Bestard, 2011) han dado lugar al replanteamiento de conceptos y realidades en las concepciones del parentesco y la maternidad. Partiendo de la premisa de que en el orden simbólico de las relaciones de parentesco actuales encontramos siempre una parte dada por la naturaleza y otra construida socialmente (Bestard, 2011), no es posible reducir a la parte biológica, sobre la que actúa el ser humano al aplicar las TRA este orden simbólico, ya que es a través de él como construyen las personas la experiencia particular del proceso reproductivo (Bestard, 2004). Para Franklin (2013) aparece un nuevo concepto de lo biológico en el contexto de las TRA, gracias a la FIV la acción sobre la biología “revela nuestra relatividad biológica en forma de una tecnología empleada para crear parientes biológicos, cambiando así la forma en que entendemos el adjetivo “biológico”” (Franklin, 2013: 29). La donación de gametos y la manipulación de la naturaleza humana, hace posible generar nuevos parientes que aun sin tener esa vinculación genética, provienen de la biología. Sin embargo, la concepción moderna del parentesco, como forma conceptual que nos permitía hablar tanto de los hechos de la vida como de las relaciones primarias entre

personas, pierde su referente natural con la fragmentación que introduce la tecnología en los hechos naturales de la reproducción (Donoso, 2012).

Las experiencias en relaciones de parentesco desde la perspectiva de las mujeres que construyen sus propias relaciones, sirven para poder realizar un análisis de las técnicas reproductivas y el desplazamiento de las concepciones familiares hacia la naturaleza (Bestard, 2011) donde los propios actores se convierten en sujetos activos de estas transformaciones (Rivas, 2009). Las relaciones de parentesco, en el caso de las técnicas de reproducción asistida con donación de gametos, implican una apropiación y, por consiguiente, un proceso en el cual logras tener “un hijo propio”. Aquí, la propiedad no significa un derecho exclusivo entre dos personas, o entre una persona y un gameto, ni tampoco la cosificación de un elemento –genes, por ejemplo– que determina apropiación. Es una relación que vincula un nuevo objeto de la ciencia con nuevas identidades. El don²² de un gameto no es un elemento dado de la filiación, es el objeto que posibilita el deseo de filiación. Sin embargo, las relaciones biológicas tienen un sentido social. La filiación, por tanto, es al mismo tiempo una relación social y de consanguinidad.

Cuando se produce la donación de gametos “la FIV relaciona a las parejas en un doble sentido: introduce nuevos tipos de parentescos biológicos, así como nuevos modelos de relación biológica” (Franklin, 2013: 6), a la vez que genera nuevos conceptos de maternidad y paternidad, contemplando las categorías de madre social/madre genética, padre social/padre genético. Según la teoría del don, que estaría presente en la donación de gametos, posibilita que el donante aporte su material genético con el fin de que otra persona pueda lograr conseguir tener un hijo. El propio Mauss (1979) contempla “el carácter voluntario, por así decirlo, aparentemente libre y gratuito y, sin embargo, obligatorio e interesado de esas prestaciones; prestaciones que han revestido casi siempre la forma de presente, de regalo ofrecido generosamente incluso cuando, en ese gesto que acompaña la transacción, no hay más que ficción, formalismo y mentira social” (157). Aunque se trata de un negocio jurídico que presupone una motivación altruista y desinteresada, la propia ley establece la posibilidad de una compensación

²² Para Bestard (2011), la donación de gametos estaría enmarcada en la teoría del don de Mauss (1979).

económica por las molestias y desplazamientos de los donantes. Uno de los principales argumentos que se esgrime para mantener y justificar el anonimato de la donación de gametos es la necesidad de respetar el derecho a la privacidad e intimidad de esos donantes, que han realizado un acto altruista bajo la protección del anonimato. Se entiende que si no fuera anónimo, muchas personas que ahora donan, no lo harían. Tal y como algunas de las personas expertas entrevistadas durante el trabajo de campo afirman, esto se debe al miedo a poder ser contactados en un futuro, ya que existe un cierto estigma en haber donado material genético, desentendiéndose de las consecuencias de este acto del que nacerán vidas humanas y tendrá transcendencia en generaciones futuras. La única excepción que se admite a este anonimato, y por tanto, a la protección de la privacidad del donante, es en el caso de la aparición de algún tipo de enfermedad genética (Igareda, 2016:75). Los donantes no realizan solo un acto de altruismo y solidaridad con sus gametos, a cambio reciben una compensación económica, y por otro lado en nuestro país se aseguran el anonimato con el fin de no poder establecer ningún vínculo de filiación.

Volviendo a las modificaciones en las concepciones de maternidad y paternidad, la fragmentación de estos conceptos se produce con la disociación del proceso reproductivo que provocan las técnicas reproductivas. “Con la aplicación de las técnicas, la filiación biológica, la social y la jurídica ya no coinciden necesariamente y se pluralizan los conceptos de madre y padre “(Donoso, 2012: 200). La distinción entre maternidad/paternidad biológica y social no es algo exclusivo de las TRA, existe también en los procesos de adopción y en las segundas nupcias de viudos con hijos, a lo que hay que añadir actualmente el caso de nuevas uniones en las familias reconstituidas. Sin embargo, mientras que en los casos de adopción y segundas nupcias, los padres sociales sustituyen a los biológicos, en los casos de procreación asistida, no hay sustitución; las personas que participan en el proceso pertenecen a categorías diferentes: la voluntad, parte fundamental del proceso, convierte a los progenitores en padres y madres sociales que proporcionarán el cuidado de los hijos. Los donantes de espermatozoides o de óvulos serán los padres genéticos, y en nuestro país, lo harán de una manera anónima, teniendo una paternidad genética sin filiación (Donoso, 2012). La mujer que recibe el óvulo

fecundado, será la madre biológica, presentando diferentes posibilidades de combinación: la madre biológica puede coincidir con la madre social pero no con la genética, la madre genética puede coincidir con la social pero no con la biológica....; “Todos los participantes en el proceso están presentes y han de ser identificados para su ubicación social en el nuevo universo relacional generado” (Rivas, 2009: 14).

Teniendo en cuenta la influencia de las técnicas reproductivas en la construcción de los distintos modelos de familia que conviven en nuestra realidad social, en los apartados que desarrollamos a continuación vamos a proceder al análisis de la influencia de estas técnicas en la creación de las familias monoparentales y lesboparentales que formarán parte de nuestro estudio.

2.2.1.2. Las familias monoparentales

Las TRA tienen una especial relevancia en la creación de las familias monoparentales por elección²³, haciendo real la posibilidad de establecer lazos de filiación independientemente de tener una relación de pareja heterosexual u homosexual. En este tipo de familia, se opta por establecer una relación maternofilial/paternofilial con un solo progenitor, sin tener previsto en el momento de la decisión, como parte de su horizonte vital, una relación de pareja (Rivas, 2009).

Centrándonos en el caso de las madres solas por elección que acuden a la reproducción asistida, las características definitorias de este tipo de monoparentalidad serán la ausencia de la figura paterna y la necesidad de normalizar este tipo de familia ante su entorno social y ante su familia de pertenencia. En el caso de los niños nacidos de técnicas de reproducción asistida “deben poder definir su origen y vida familiar en ausencia de un progenitor masculino” (Jociles, 2010:136).

²³ Consideramos que las familias monoparentales por elección son las formadas por un solo progenitor que libre y voluntariamente decide convertirse en padre o madre, excluyendo de nuestro análisis a las familias monoparentales que se han creado de manera sobrevenida por defunciones, rupturas sentimentales y otros acontecimientos vitales.

Respecto a la primera cuestión, la ausencia del padre, el niño no carece únicamente de padre, sino que tiene un donante (un genitor o un progenitor), una madre proveedora con o sin pareja y uno o varios referentes masculinos. La diferencia es que mientras en la familia tradicional biparental el padre cumple diferentes funciones, en las familias de madres solas por elección, esas mismas funciones están desempeñadas por diversas personas, parientes o no del niño. Hertz (2002) para el caso de las madres solteras norteamericanas por ella entrevistadas, sostiene que dependiendo de la vía de acceso a la maternidad que han seguido (donante conocido o donante anónimo) estas mujeres intentan construir una imagen del "padre" que supla lo que perciben como esa figura en sus familias. En unos casos, las que han utilizado a un donante conocido, la autora mantiene la idea de que tanto la madre como el niño tienen físicamente presente al padre genético, que generalmente permanece en la sombra de la vida familiar; en los otros casos, los que han utilizado a un donante anónimo, argumenta que imaginar que los rasgos físicos y psíquicos del niño provienen del donante es una vía por la que estas madres crean un padre genético para el niño con la finalidad de afirmar en él el sentido de sí mismo. En el caso de nuestras informantes, hemos observado, que igual que concluyen Jociles y Rivas en sus estudios, para las madres de nuestra muestra, la figura del padre se descompone, de tal modo que se le "vacía de contenido genético, económico, social y cultural" (Jociles, 2010: 19) en una palabra, desaparece. "Las madres solteras por elección utilizan el término *donante* simplemente para reforzar la idea de que crean una familia como cualquier otra, acudiendo al término precisamente para marcar la diferencia de su variante familiar, en la que hay "donante" pero no "padre"" (Jociles, 2010: 5), rompiendo todo vínculo con el donante, hacia el que simplemente se sienten "agradecidas", por haberles dado la posibilidad de convertirse en madres.

Otra de las estrategias de normalización de la ausencia de la figura paterna será la búsqueda de referentes masculinos para sus hijos con el fin de conseguir lo que Jociles y Rivas denominan el "doble referente", el femenino y el masculino, para el correcto desarrollo del niño, buscando para sus hijos como referente masculino cualquier varón del entorno que el niño (tíos, abuelos, amigos cercanos) que pueda tomar como modelo. Otra asignación que pueden hacer a la figura del padre es la

de pareja o compañero sentimental y sexual de la madre. Esto no quiere decir que estas mujeres se nieguen a emparejarse sino que separan el proyecto de pareja de su maternidad. Frente a la tesis de Beck y Beck-Gernsheim (2001), citado por Jociles (2010), que plantean el lazo materno-filial como sustituto del que une a la pareja sentimental, las madres solas de nuestra muestra, igual que las de la muestra estudiadas por este equipo de la Complutense, no ven inconveniente en establecer ambos tipos de vinculación afectiva, asignándoles estatus diferentes. La relación materno-filial será un proyecto individual que se va creando y afianzando con el tiempo y el vínculo sentimental de pareja corresponde a una vivencia personal individual que no incluye a los hijos como parte común del proyecto de la pareja.

Las mujeres que optan por la maternidad en solitario, son conscientes de que navegan contra corriente, o en palabras de algunas informantes, “se salen del carril establecido” al romper con las normas del parentesco arraigadas en nuestro entorno social. Una de las estrategias de superación para abordar este problema que despliegan las madres solas respecto a esta visión negativa que tiene la sociedad acerca de la maternidad en solitario, es crear un nuevo grupo social de referencia con el que comparten un proyecto de vida de iguales características. En este contexto, las madres buscan otras mujeres en su misma situación, que tengan las mismas necesidades, y con las que se sienten en muchas ocasiones más cercanas que con su entorno más cercano. Otras acciones dirigidas a intervenir a conseguir la normalización de su modelo familiar es desarrollar estrategias para saber responder a las dudas e interrogantes que se les planteen sobre la misma, para explicar a los niños “sus orígenes”. Para ellos, desarrollan discursos que si bien presentan variaciones dependiendo de la edad de los niños, de lo que se conozca sobre su pasado, de la ideología de parentesco que se maneja o, sobre todo, de la vía de acceso a la maternidad, tienen en común un gran número de elementos. Así, hacen referencia al hecho de que la madre emprendiera un proyecto de familia “sin tener un papá” para el hijo (lo que suele explicarse de una manera sencilla: se debió a que no tenía pareja en esos momentos, aunque sí una extensa y rica red de parientes y amigos), o ponen énfasis en presentar su modelo familiar como uno más entre una amplia gama de posibilidades o, por último,

resaltan la idea de que el amor es el que está en el origen de la llegada del hijo a la familia. También utilizan lecturas de cuentos (o el visionado de películas infantiles) que versan, desde diferentes perspectivas, sobre la diversidad familiar, especialmente sobre la monoparentalidad electiva (Jociles, 2010).

2.2.1.3. Las familias lesboparentales.

El siglo XXI se está convirtiendo en una época muy activa en nuestro país en relación a la normativa que regula la formación familiar, la filiación y la conyugalidad. Las familias homosexuales han tenido un protagonismo importante en la visibilización de formas alternativas a la familia nuclear heterosexual y en el cuestionamiento de los modelos tradicionales de parentalidad (Imaz, 2016).

Los nuevos modelos familiares que se están produciendo fundamentalmente en los países occidentales promueven nuevas preguntas respecto a la parentalidad y la relación filial. Estas cuestiones se plantean desde la constatación de que estas familias se erigen sobre concepciones del parentesco que apelan al cuidado, a la convivencia y al argumento de la cotidianidad compartida como prueba del vínculo (Imaz, 2016b). El amor, desplaza incluso a la genética o la sangre del lugar protagónico que se arrogaba en la definición de lo que es el vínculo del parentesco, llega a convertirse en la *sustancia* que sustenta y resume el vínculo familiar, su metáfora recurrente (Bestard, 1998). La voluntad o deseo como elemento que constituye la base del parentesco fue descrito probablemente por primera vez por Kath Weston en su obra *Las familias que elegimos* (2003). La autora contraponía las familias biogenéticas a las *familias por elección* formadas en el contexto de la comunidad homosexual californiana de los años 80. En su etnografía, elegir ser familia era precisamente el rasgo que distinguía la familia homosexual de la familia heterosexual. Su propuesta toma como punto de partida el planteamiento de Schneider (1980) de que el coito heterosexual sería el símbolo del parentesco occidental vinculando el vínculo conyugal y la producción de filiación. En consecuencia, todo aquello que queda fuera de la sexualidad procreativa, como las sexualidades homosexuales, sería una opción por la no-familia. Sin embargo, “las familias lesboparentales han creado nuevas expresiones de afinidad humana

previamente no reconocidas y desprovistas de legitimidad y han aportado un rol parental equivalente en su relación con sus hijos al resto de las familias. Las madres lesbianas, como agentes sociales de transformación, nos invitan a la resignificación de conceptos, a la reformulación de sus contenidos” (Donoso, 2012:61).

En este trabajo, utilizaremos el término de familias lesboparentales²⁴ para referirnos a familias que se caracterizan por constituir unidades domésticas independientes que se organizan en torno a una pareja de mujeres que asume la responsabilidad de la crianza y el cuidado de sus hijos, formada como un proyecto común de pareja. Nos centraremos en las mujeres que eligen las TRA con donante anónimo, sin contemplar otras opciones como la autoinseminación, la inseminación con donante conocido o la adopción, con el fin de equiparar la lesboparentalidad al resto de las mujeres que forman parte de nuestra muestra.

Las TRA separan la reproducción de las categorías de la experiencia heterosexual. Determinadas formas de familia hubiesen sido inconcebibles con anterioridad al desarrollo de estas técnicas. Con ellas, la procreación puede ser planteada en función de las preferencias y elecciones personales. La esterilidad procreativa de las relaciones entre personas del mismo sexo, se puede superar a través de la tecnología y los homosexuales pueden acceder a la maternidad y la paternidad biológica como parte de sus elecciones personales. El hecho de que la sexualidad ya no tenga que ver con la reproducción permite reorganizar la sexualidad en relación a los estilos de vida (Donoso,2012).

La aplicación de las técnicas de reproducción asistida participan en la creación de ideologías particulares de familia, posibilitando la intervención sobre los procesos biológicos. Sin embargo, en ocasiones, las posibilidades y la realidad vivida no cuentan siempre con la aprobación social. Así, el hecho de que las mujeres lesbianas tengan acceso a las TRA choca con una ideología de la familia que sitúa la reproducción biológica dentro del marco natural de las relaciones heterosexuales.

²⁴ Utilizaremos el término lesboparentalidad utilizado por Donoso (2013), para designar un “particular de las familias de elección” (Donoso, 2012: 59), en concreto una relación de parentalidad compuesta por dos mujeres homosexuales.

Las relaciones lésbicas se han considerado estériles y no procreativas, y la maternidad lésbica es, en consecuencia, una contradicción en términos físicos y sociales. En las familias lesboparentales, “el parentesco no encuentra su referente en los hechos de la naturaleza, porque la maternidad lésbica no es natural” (Donoso, 2013: 206).

Maternidad Lesbiana

Los valores sociales que definen la maternidad la asocian a mujeres heterosexuales con una pareja estable. En esta construcción cultural de la maternidad los términos madre y lesbiana no tienen cabida en el mismo contexto, siendo uno excluyente del otro. La creación de familias lesboparentales transforman con ello la práctica de la maternidad. La maternidad lésbica reintroduce a las mujeres lesbianas en dos espacios de los que parecían haber sido expulsadas: la condición femenina y el parentesco, construyendo lo que Donoso denomina *identidad lesbomaternal*. La experiencia de la maternidad coloca a las mujeres en un espacio social particular principalmente habitado por otras madres donde parecen diluirse las diferencias que genera una diferente orientación sexual. En las investigaciones llevadas a cabo por Lewin (1993, 1996a), citada por Donoso (2012), entre madres lesbianas y madres heterosexuales, ésta apuntaba a que la noción de que la maternidad se impone sobre otras dimensiones de la identidad era compartida tanto por madres lesbianas como heterosexuales. Algunas de estas madres afirman sentirse más cercanas a otras madres heterosexuales que a otras mujeres lesbianas que no son madres, compartiendo con las primeras experiencias simbólicas y no percibiendo su maternidad, en algunos aspectos, como sustancialmente diferente. La maternidad supondrá para las mujeres homosexuales un acercamiento al ideal de mujer, un mayor estatus social en un contexto en el que la maternidad continúa siendo una parte muy significativa de la identidad femenina actual.

Desdoblamiento de la figura materna: las dos mamás.

Una de las características de la lesbomaternidad, será el desdoblamiento de la figura materna, es decir la presencia de dos mujeres que cuidan de un hijo en

común. En el caso de inscripción de ambas mujeres como progenitoras, y en el uso de las TRA, resulta imprescindible que ambas mujeres estén casadas²⁵, el bebé portará en lo sucesivo los apellidos de las dos madres, reforzando el vínculo de parentesco bilateral. Así mismo, las formas de nominación domésticas de ambas progenitoras son también un espacio de debate y reflexión que busca el equilibrio y la igualdad entre las mujeres. Las tareas de crianza y domésticas se plantean de forma compartida, obviamente sin referencias a la distribución en función de género, pues ambas son autodenominadas como madres (Imaz, 2016).

Las funciones maternas presentan estrategias diversas que podríamos agrupar en dos modelos siguiendo el trabajo realizado por Donoso (2012): por un lado, el desdoblamiento de la figura materna en dos posiciones en las que ambas mujeres se identifican como madres y un reconocimiento recíproco, y otro desdoblamiento funcional de la maternidad pero asumiendo una de ellas una figura de cuasiparentalidad (por ser su figura materna negada, rechazada o negociada), que jerárquicamente la sitúa en una posición parental secundaria. En el caso de nuestras informantes, inscriben su lesboparentalidad en el caso de dos madres con una misma implicación en la vida de sus hijos. El carácter de las relaciones materno-filiales no se fundamenta en la naturaleza biológica o legal del vínculo, sino en el cuidado y el afecto entre cada madre y con sus hijos.

²⁵ Ver la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que reconoce la posibilidad de la filiación compartida que permite que las dos madres puedan inscribirse conjuntamente en el registro civil como progenitoras tras el nacimiento de su hija o hijo, sin necesidad de que este vínculo deba establecerse a través de la posterior adopción, y siendo esta situación equiparable a la de aquellas parejas en las que el hombre, aunque no sea el padre biológico de la nacida o el nacido, lo reconoce como tal.

2.2.2. PARENTESCO Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA. LA FRAGMENTACIÓN DE LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DEL PARENTESCO. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FILIACIÓN Y LA CONSANGUINIDAD.

Aunque la procreación se ha considerado siempre parte del dominio de la naturaleza, asegurando tanto la continuidad de la especie humana como la continuidad y diversidad sociales, la reproducción se ha convertido en un campo donde prevalecen la pluralidad de elecciones, la manipulación de la biología y el control de la fertilidad. (Bestard, 1998). Las tecnologías de la procreación implican la disolución de la idea de que la reproducción es un proceso natural actuando exclusivamente sobre uno de los dominios del parentesco, la biología. Las personas que siguen un tratamiento de infertilidad necesitan dar un sentido social al proceso natural. "La naturaleza queda desplazada por la asistencia tecnológica, hasta el punto que deja de ser la naturaleza la base donde se apoya el parentesco" (Bestard, 2004: 21).

La fragmentación del proceso reproductivo en el contexto de las técnicas reproductivas, provoca el replanteamiento de los términos del parentesco más primordialistas para los que el nacimiento suponía el origen de la identidad primaria de las personas. "La biología reproductiva deja de proporcionar modelos de certidumbre, en los que la misma naturaleza los presentaba en forma de genealogías que suponían un referente unívoco de las relaciones de parentesco" (Donoso: 2012:200). Las técnicas de reproducción asistida han contribuido a cuestionar la base natural de la procreación y las relaciones humanas, contribuyendo al cuestionamiento de los supuestos en que se basan las relaciones de parentesco.

Según Schneider (1980) las concepciones dominantes sobre el parentesco en el sistema cultural euroamericano tienen como símbolo central la cópula sexual, vinculados por naturaleza al compartir esta sustancia biogenética²⁶ (Jociles, 2012), un "lazo de sangre" que será a la vez una conexión física y una conexión

²⁶ La sustancia biogenética (genes) compartida en la reproducción, es la sustancia física que tiene el poder constitutivo para crear vínculos de solidaridad social en el que se basan algunas tesis (como la etnografía de Schneider sobre el parentesco americano) que consideran que constituye una sólida base para crear lazos de parentesco.

simbólica. “Que la sangre es una de las únicas sustancias que no perfunden a través de la membrana placentaria, y en ese sentido nunca es "compartida", no ha inhibido su uso generalizado como un lenguaje de consanguinidad o de relación de sangre. Pero, ¿qué son las relaciones de sangre? Tradicionalmente, y en un contexto euromediterráneo, éstas se describirían como relaciones de parentesco que se definen no sólo en términos de lo que son si no en lo que "codifican" en forma de conducta, obligaciones y roles (Schneider citado por Franklin, 2013:16).

Para el modelo estándar de parentesco²⁷ hay un límite en esta conexión: “los lazos biológicos pueden ser pensados como absolutamente independientes de las relaciones sociales. Siempre es posible pensar en términos de filiación natural o genética independientemente de la social. Por otra parte, la dimensión biológica en las relaciones de consanguinidad representa el tiempo que está irreversiblemente inscrito en el cuerpo”. (Bestard, 2009: 85). Las técnicas de fecundación en el laboratorio, al romper el vínculo de la cópula sexual con el de la procreación, provocan una primera ruptura en la antigua concepción de la filiación basada en la consanguinidad en sentido biológico, en los llamados “parientes de sangre”.

Actualmente el parentesco ha dejado de tener un referente natural en la cópula sexual. La filiación ya no se produce en términos de una misma sangre, sino en términos genéticos. “La naturaleza deja de ser de este modo, un referente externo e independiente y se convierte en algo ligado a la manipulación humana. Deja de ser un mundo fuera de la cultura” (Bestard: 1998, 202).

Podemos argumentar desde el punto de vista biológico que la relación genética no implica ninguna relación física entre padres e hijos, los genes son información, aunque exista el sentimiento instintivo de esta relación física. La cuestión etnográfica, tal como la presenta Bestard (2009), radica precisamente en cómo establecer esta conexión física a partir de una discontinuidad genética, es decir, cómo establecer la conexión con una información de otro, pero desarrollado en un medio físico y cultural propio, la manera de hacer de una discontinuidad genética

²⁷ Modelo estándar de parentesco: definido por la antropología social como un grupo de descendencia extensa (clan o linaje) que se remontaba a varias generaciones y que se subdividía en varios segmentos al desarrollarse en el tiempo. (Parkin, 2007: 35)

una continuidad en la filiación. El parentesco no pertenece al dominio de la naturaleza ni al de la cultura, sino que se encuentra entre ambos, haciendo de la intermediación un dominio propio, ni dentro ni fuera, sino más bien como redes uniendo entidades distintas.

Si las relaciones entre parientes se derivan de una necesidad biológica en la reproducción, es coherente suponer que la conducta y la organización social se estructuran a partir de necesidades biológicas. Las relaciones de parentesco serán por tanto formas de dar repuesta a necesidades reproductivas que están basadas en la biología. Sin embargo, es importante no desestimar que la propia definición de un hecho natural es fruto de una elaboración cultural y que ciertas relaciones o determinados tipos de parientes no provienen si no de una construcción social. (Grau, 2005). Las nuevas tecnologías suponen una reconstrucción de los aspectos de filiación natural que pasan a convertirse en construcciones culturales en base a una filiación construida socialmente. Así se reconceptualiza la maternidad, en el casos de donación de gametos, existiendo una madre genética (que aporta el óvulo) y una madre social, y en el caso de la maternidad subrogada también una madre gestante o biológica. La maternidad social “se describe como una síntesis de intencionalidad, elección y crianza y se considera más importante que la maternidad biológica” (Ragoné, 2007).

Partiendo de la premisa de que las relaciones de parentesco no son consideradas como una identidad social dada por el nacimiento y garantizada por un conjunto de posiciones estructurales, sino como un proceso que va produciéndose a través del tiempo (Grau,2005), Carsten (2007) se refiere al *relatedness* (estar emparentado) en el contexto de la isla de Langkawi en Malasia, interpretando las relaciones sociales que observó en su trabajo de campo en términos de proceso, enfatizando la irreductibilidad del parentesco a principios biológicos ni sociales, definiendo que la condición de *relatedness* deriva tanto de los actos de la procreación como de vivir y comer juntos: “ En Langkawi el nacimiento no hace sino iniciar el proceso de devenir persona, proceso que continua con la alimentación y vida conjuntas en las casas. La comida crea personas en un sentido físico y crea también la sustancia-sangre- mediante la cual están vinculadas unas

personas con otras. La condición de persona, los modos de establecer relación (relatedness) y la alimentación están íntimamente conectados” (Carsten, 2007: 517). Los lazos de parentesco en este grupo social, se crean por ejemplo a través de la comensalidad, mediante la cual también terminan compartiéndose los lazos de sangre. “En consecuencia el parentesco no se concebirían como un *being* o como un *doing* (en términos de dicotomía clásica, si no como un *becoming* (llegar a ser))” (Grau,2005: 207). A este respecto, según el modelo constructivista de parentesco, Bestard manifiesta que “las relaciones familiares se definen no sólo por el modelo biológico, si no en términos de interacción y cuidado. La acción de compartir afectos, memorias y cuidados se pone en el centro del parentesco. El cuidado es la condición de la existencia del ser humano y en la medida en que la existencia humana es relacional, es el contenido básico de las relaciones de afiliación, es decir, de las relaciones primordiales de conexión con los otros” (Bestard,2009:88).

La concepción moderna del parentesco pierde su referente natural con la fragmentación que introduce la tecnología en los hechos naturales de la vida. La reproducción deja de ser un proceso natural y la naturaleza deja de ser el hecho fundacional del parentesco. Como desarrolla Strathern, citada por Donoso (2012:200), el cambio más significativo es que, “lo que una vez fue asumido como la base natural deviene ahora como objeto de elección”. Podemos elegir la manera y el momento de tener a nuestros hijos (gracias a las TRA) y el tipo de familia que formamos (monoparental, biparental, reconstituida).

Si la familia estaba conceptualizada sobre hechos ciertos y seguros de la naturaleza, las TRA ponen de manifiesto la fragilidad de estas concepciones. Las técnicas reproductivas redefinen la maternidad fuera de la biología como destino natural de las mujeres, convirtiéndola en un acto intencional. La intención, la voluntad de tener descendencia será otro de los principios de la filiación (Bestard, 2004) que se construye de tal manera que es claramente deseada y planificada. Desde esta perspectiva, “un óvulo donado no significa una conexión con otra persona, sino la posibilidad de una nueva descendencia. Las conexiones se hacen en términos de intencionalidad. Las sustancias bio-genéticas que hacen posible la descendencia no tienen capacidad de crear por sí mismas relaciones de filiación,

los donantes de esperma y las donantes de óvulos son anónimas. Se ponen al servicio del deseo parental que surge del mismo individuo. En este sentido, tanto los aspectos naturales sustancias bio-genéticas como los aspectos culturales proyecto parental son susceptibles de ser esencializados y convertirse en los símbolos centrales del parentesco. La tensión entre las sustancias bio-genéticas y el proyecto parental son los dos ejes que definen el parentesco euro-americano contemporáneo. La reproducción asistida es un claro experimento de esta tensión” (Bestard, 2009:91). Las sustancias que se comparten y producen la “consanguinidad”²⁸ son las derivadas de este proceso y las conexiones de parentesco se establecen a través el deseo de parentalidad como elemento constituyente de la filiación. Lo dado no se sitúa en la biología, sino en la intencionalidad (Bestard, 2009).

La intencionalidad individual en la que se basa el parentesco occidental gracias a la tecnología, trata de superar los obstáculos de la infertilidad. Las voluntades individuales interaccionan con los conocimientos científicos y las donaciones de otras personas, donde aparece la importancia del don y el anonimato establecido con otros individuos con las que establece relaciones mediante la tecnología. El don se convierte, gracias a la tecnología, en una relación que se establece en un contexto abstracto que aporta el anonimato del donante. La solidaridad social que aportaba la familia cuyos lazos biológicos eran la base principal, se transforma en una solidaridad particular y peculiar de un tipo de familia creada por la acción de la tecnología (Bestard, 2004).

Partiendo de la idea de Franklin (2013) de la necesidad de redefinir la concepción de lo biológico en el contexto de la reproducción asistida, la biología actual se difumina entre la naturaleza y la cultura. El aspecto híbrido del parentesco descrito por Bestard (2004), nos aporta una interesante conclusión en la contextualización del parentesco en el uso de las técnicas de reproducción asistida, si consideramos un sistema de parentesco como un mediador que estructura y conecta los hechos, los acontecimientos de la vida y las relaciones sociales. Así, podemos contemplar cómo se realizan conexiones entre gametos y personas, cómo la consanguineidad

²⁸ Consanguinidad entendida como conexión biológica que se redefine en el campo de las TRA y se construye, cuando hay una donación, acentuando el aspecto social del vínculo paterno-filial en la donación de esperma, y en el caso de la madre, cuando hay donación de ovocitos, acentuando el proceso de embarazo y parto.

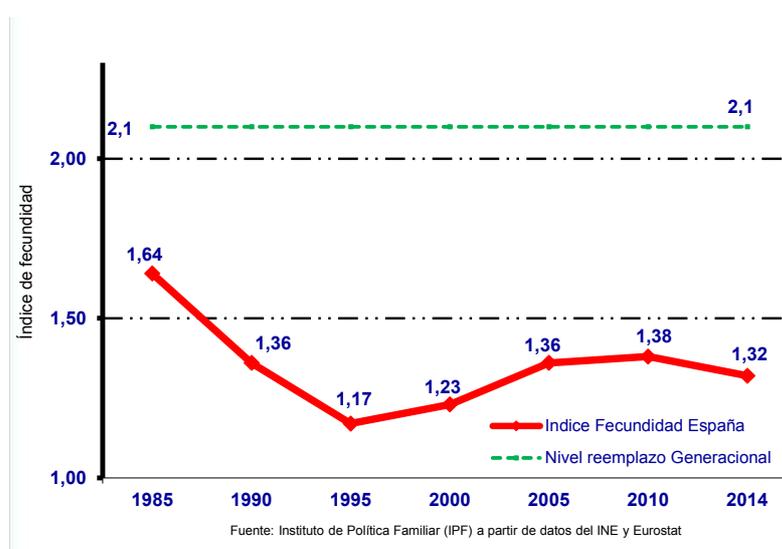
se transmite por actos sociales, cómo la cópula sexual es sustituida por la tecnología y cómo el cuidado y la intencionalidad son la base de la filiación en la construcción de las familias.

2.3. EL FENÓMENO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

2.3.1. Situación actual en España

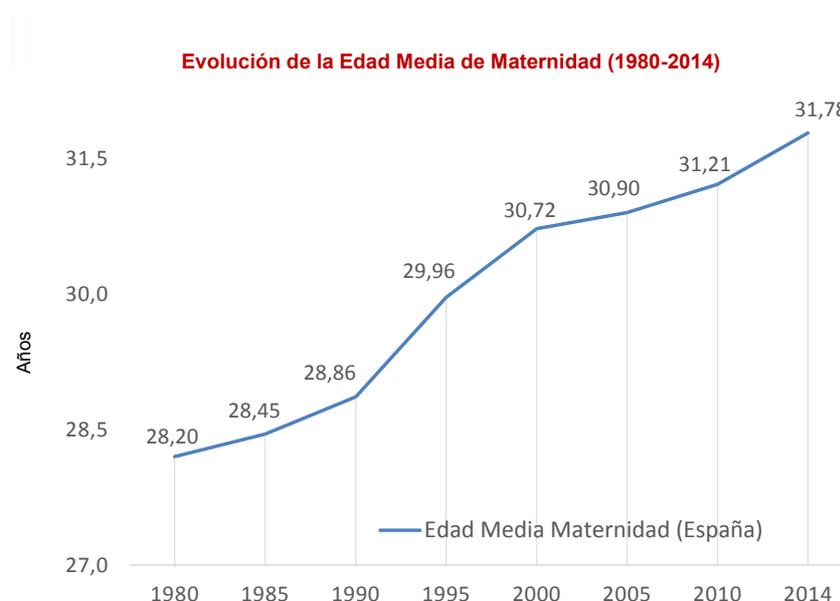
Según el informe publicado sobre la evolución de la familia en España en 2016 por el Instituto de Política Familiar (IPF), en nuestro país se está produciendo un déficit en las tasas de natalidad, debido a que cada vez hay menos niños y se tienen hijos más tarde. Se ha producido un descenso del 25,4% de los nacimientos entre 1980 y 2014, a pesar de la inyección que ha supuesto en la natalidad la llegada de madres extranjeras. Se necesitan al menos 260.000 niños más de los que nacen anualmente para asegurar el reemplazo generacional (IPF, 2016).

Por otro lado, el índice de fecundidad en nuestro país es de 1,32 hijos/mujer, que está muy lejos de lo que supondría un reemplazo generacional con un 2,1 hijos/mujer. También los países de la Unión Europea se sitúan lejos de ese reemplazo, ya que el índice de fecundidad europeo se sitúa en 1,56 hijos/mujer.



Gráfica1. Fuente: Informe de la Evolución de la familia en España en 2016. IPF

Si nos fijamos en la edad media de maternidad de las mujeres españolas, que se define según los registros del INE como “la edad media a la que una mujer de un determinado ámbito tendría a sus hijos”, podemos observar que la edad a la que las españolas tienen su primer hijo a aumentado desde los 28,2 años en el año 1980 a los 31,78 en 2014 según el IPF.



Gráfica 2 Fuente: Informe de la Evolución de la familia en España en 2016. IPF

Como vemos, la edad media de maternidad se ha incrementado en casi 3,6 años en los últimos 35 años. Además, España es el país de la Unión Europea en el que se tienen los hijos más tarde: las españolas (31,7 años) son, junto a las irlandesas (31,5 años) e Italianas (31,4 años), las mujeres de la UE28 que más tarde tienen sus hijos”²⁹ (IPF, 2014: 29).

Ante esta situación descrita en base a los datos demográficos publicados, con unos bajos índices de natalidad y un aumento de la edad media de maternidad, nos encontramos en nuestro país, con una situación en la que problemas como la infertilidad resultan muy relevantes a nivel individual y también a nivel colectivo. Nos estamos convirtiendo en una sociedad envejecida, sin un reemplazo generacional positivo y con mujeres que acceden a la maternidad cada vez más

²⁹ Datos consultados en el informe de evolución de la familia en Europa 2014, publicado por el IPF.

tarde y esto, como veremos, será un factor importante en el análisis de los problemas reproductivos. Tenemos pocos niños y a una edad cada vez más avanzada: estamos, por tanto, ante una situación en la que las dificultades tanto biológicas como sociales para la concepción forman parte de nuestro patrón reproductivo actual.

En España, según la SEF (Sociedad Española de Fertilidad), “se estima que casi un 15% de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de esterilidad y existen cerca de un millón de parejas demandantes de asistencia reproductiva. En los últimos años parece que los datos epidemiológicos reflejan un incremento de los problemas de fertilidad en las parejas, posiblemente derivado de múltiples factores; fisiológicos, ambientales y sociodemográficos” (Matorras et al, 2011: 9).

Este dato referente a las dificultades en materia de fertilidad, está teniendo respuesta por parte del desarrollo de las técnicas de reproducción asistida que se consideran en el sistema médico occidental la alternativa a la creciente incidencia de problemas reproductivos. No obstante, “la rapidez de los avances y el grado de innovación del desarrollo terapéutico y biotecnológico es un reto a la disponibilidad de recursos asistenciales públicos y privados” (Matorras et al, 2011: 9).

2.3.1.1. Datos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) “es una sociedad de carácter científico, considerada de interés sanitario, que tiene por fin promover los estudios sobre la fertilidad y fomentar su aplicación a los problemas sociales que están en relación con ello. También se hallan entre sus objetivos el asesorar a la administración, y a otras entidades que lo requieran, sobre cuestiones que tengan relación con la salud reproductiva, así como divulgar los conocimientos que tengan que ver con ello” (SEF³⁰). Este organismo publica periódicamente el registro de actividades de los centros de reproducción asistida tanto públicos como privados. Es el único registro

³⁰ Definición aportada por la SEF en su página web: www.sefertilidad.net. Consultada el 28 de abril del 2017

oficial del que se dispone en nuestro país de las actividades en materia de reproducción.

El último registro disponible es el publicado como “Registro Nacional de Actividad 2014-Registro SEF”, registro oficial de Técnicas de Reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). “En este documento se presenta el análisis estadístico final y la explotación de estos datos realizada por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Se trata por tanto de los datos nacionales oficiales que cubren la totalidad de las Técnicas de reproducción asistida (TRA) realizadas en España durante el año 2014 y sus resultados, y es un estudio cuya población la constituyen todos los centros españoles que desarrollan técnicas de reproducción asistida, un total de 279 unidades de reproducción” (SEF, 2104:1).

Según este informe, en España se producen alrededor de 25.000 nacimientos anuales por tratamientos de reproducción asistida y en el año 2014 ascendieron a más de 116.000 las fecundaciones in vitro en nuestro país. Según los datos provisionales publicados por el INE³¹, durante 2014 nacieron en España 426.303 niños, lo que supondría que alrededor de un 5, 8% de los nacidos en nuestro país lo hace gracias a tratamientos reproductivos.

Las técnicas utilizadas y las tasas de embarazo

Los tratamientos reproductivos utilizados en nuestro país varían en su eficacia según la técnica elegida variando también los riesgos y costes de una técnicas a otras. La elección del tipo de tratamiento aplicado a cada mujer varía en función de la etiología de la esterilidad y del pronóstico reproductivo (Matorras et al, 2011).

La inseminación artificial (IA) es una TRA ampliamente utilizada aunque con bajas tasas de embarazo, que suponen globalmente un 12% en Europa, en el caso de los ciclos estimulados con hormonas. “Las indicaciones para la IA son la esterilidad de origen desconocido, endometriosis leve o como opción terapéutica alternativa mientras se espera a la realización de fecundación in vitro (FIV)” (Matorras et al,

³¹ Datos publicados en informe provisional publicado por el INE sobre el movimiento natural de la población (nacimientos, defunciones y matrimonios), indicadores demográficos básicos del año 2014, en junio de 2015.

2011: 124). Según los últimos datos publicados por la SEF, en nuestro país un 15,2% de las IA realizadas en 2014 en los centros registrados, consiguieron un embarazo, como se muestra en la siguiente tabla:

| Gestaciones por ciclo en relación a la edad (IA) | | | |
|---|--------------------|---------------|--|
| Edad mujer | Gestaciones | Ciclos | % de gestaciones sobre el total de ciclos |
| Mujeres <40 años | 5.784 | 37.550 | 15,4% |
| Mujeres >=40 años | 316 | 2.627 | 12,0% |
| Total | 6.100 | 40.177 | 15,2% |

Tabla 1. Gestaciones por ciclo en relación a la edad (IA)
Fuente: "Registro Nacional de Actividad 2014-Registro SEF". Elaboración propia.

Los tipos de ciclos de FIV realizada con ICSI³² (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) fueron la técnica de fecundación más utilizada en el 2014, un 89,4% del total de las fecundaciones in vitro realizadas utilizaron esta técnica. La indicación de un tipo u otro de FIV: la FIV clásica sin ICSI o la FIV con ICSI, dependen especialmente de la edad de las pacientes, priorizando la utilización de óvulos propios en mujeres jóvenes. "La elección de ciclo con donación de ovocitos se reserva para pacientes con mal pronóstico reproductivo, ya sea por antecedentes médicos o por edad" (Matorras et al, 2011: 131).

Los datos aportados por la SEF se refieren a FIV clásica y con ICSI. Las tasas de gestación por FIV están entre un 24-25%, como vemos en la siguiente tabla:

| | Tipo de FIV | Porcentaje |
|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Gestaciones/ciclo | FIV Clásica | 25,9% |
| | FIV-ICSI | 24,2% |

Tabla 2. Tasas de gestación por FIV
Fuente: "Registro Nacional de Actividad 2014-Registro SEF". Elaboración propia.

Esto nos indica que a pesar de que el uso de las TRA está aumentando en nuestro país, sólo un pequeño porcentaje en torno al 25% de los tratamientos de FIV llevados a cabo y un 15% de las IA, conseguirán que las mujeres que las utilizan cumplan su objetivo de convertirse en madres.

³² "La inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) es un procedimiento en el que se inyecta un único espermatozoide en el óvulo para ayudar a la fertilización. La ICSI suele realizarse junto con FIV" (Matorras, 2011: 20)

2.3.1.2.Contextualización de la población estudiada: Madrid y Extremadura.

Con el fin de definir los contextos en los que se desarrollan los procesos de atención sanitaria en nuestro trabajo, y teniendo en cuenta la existencia de un sistema de seguridad social universal y gratuito que convive con una amplia variedad de prestaciones, junto con una creciente oferta de mutuas y aseguradoras privadas de salud, vamos a proceder a la descripción de los espacios dentro del sistema sanitario español en los que se ha desarrollado este trabajo, y la actividades que se desarrollan en ellos relacionadas con las técnicas de reproducción asistida, en comparación con los datos aportados en el apartado anterior en todo el territorio español.

Las poblaciones en las que se realiza nuestro estudio sobre la vivencia de la maternidad en mujeres que acceden a la reproducción asistida, son la Comunidad de Madrid y en Extremadura, la provincia de Badajoz. Son lugares donde hemos recogido el testimonio de nuestras informantes y donde hemos realizado la toma de datos gracias a la observación participante que se hizo en el contexto hospitalario de Mérida, en la unidad de paritorio y en algunas localidades como Almendralejo, en las que se realizaron entrevistas en profundidad en los domicilios de madres participantes en nuestro estudio. En el caso de la Comunidad de Madrid la observación participante se enmarcó en el contexto hospitalario del municipio de Valdemoro (Hospital Infanta Elena) y en otros centros como el Hospital Gregorio Marañón y en la localidad de Pozuelo, donde se realizaron varias entrevistas a profesionales y participación en charlas a familias con problemas reproductivos en la clínica IVI.

Según la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida³³ (CNHA), en Madrid están registrados un total de 48 centros: 10 centros públicos y 38 centros privados (Ver Anexo 1), no todos los centros ofrecen las mismas técnicas, en algunos sólo es posible realizar la inseminación artificial, y no existe la posibilidad

³³ La Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida es un órgano colegiado del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de carácter permanente y consultivo, dirigido a asesorar y orientar sobre la utilización de las técnicas de reproducción humana asistida.

de la donación de ovocitos ni embriones. Las posibilidades de tratamiento dependen de la estructura funcional, el personal y el laboratorio de cada unidad.

En Extremadura existen tres centros públicos registrados, (dos en Cáceres y uno en Badajoz) y dos privados, uno en cada provincia (Ver Anexo 2). Por otro lado, según la SEF, Madrid es una de las comunidades de nuestra geografía en la que se realizaron más ciclos (19,6%) y Extremadura una de las que registró un menor número de ciclos (1,1%) del total nacional, como muestra la siguiente tabla:

| CC.AA. | Nº de centros participantes | | | Total ciclos N (%) |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------|------------|-----------------------|
| | Total N (%) ⁽¹⁾ | Públicos | Privados | |
| Total España | 225 | 44 | 181 | 116.688 |
| Andalucía | 45 (20,0%) | 8 | 37 | 16.127 (13,8%) |
| Aragón | 7 (3,1%) | 1 | 6 | 2.680 (2,3%) |
| Asturias | 5 (2,2%) | 1 | 4 | 985 (0,8%) |
| Islas Baleares | 8 (3,6%) | 2 | 6 | 2.096 (1,8%) |
| País Vasco | 12 (5,3%) | 2 | 10 | 6.335 (5,4%) |
| Islas Canarias | 9 (4,0%) | 2 | 7 | 3.967 (3,4%) |
| Cantabria | 3 (1,3%) | 1 | 2 | 582 (0,5%) |
| Castilla-La Mancha | 6 (2,7%) | 2 | 4 | 1.660 (1,4%) |
| Castilla y León | 7 (3,1%) | 2 | 5 | 2.213 (1,9%) |
| Cataluña | 33 (14,7%) | 6 | 27 | 28.528 (24,4%) |
| Extremadura | 3 (1,3%) | 1 | 2 | 1.300 (1,1%) |
| Galicia | 9 (4,0%) | 2 | 7 | 3.631 (3,1%) |
| Madrid | 36 (16,0%) | 7 | 29 | 22.898 (19,6%) |
| Murcia | 10 (4,4%) | 1 | 9 | 3.156 (2,7%) |
| Navarra | 2 (0,9%) | 1 | 1 | 1.036 (0,9%) |
| La Rioja | 4 (1,8%) | 1 | 3 | 773 (0,7%) |
| Comunidad Valenciana | 25 (11,1%) | 4 | 21 | 18.662 (16,0%) |
| Melilla | 1 (0,4%) | 0 | 1 | 59 (0,1%) |

Tabla 3. Número de ciclos de reproducción asistida por centro y CCAA

Fuente: "Registro Nacional de Actividad 2014-Registro SEF". Elaboración propia.

Nos situamos como vemos ante dos contextos extremos en cuanto a población y a número de centros acreditados y tratamiento realizados. Sin embargo, en ambos contextos las experiencias de las mujeres y profesionales relacionados con las TRA nos aportarán visiones y realidades que completarán nuestro estudio etnográfico desde perspectivas muy diferentes: la de una comunidad muy poblada como Madrid y con una gran cantidad de recursos sanitarios y la de una población, Badajoz, con una gran dispersión geográfica y con un menor número de centros y recursos.

2.3.2. LA REPRODUCCIÓN EN MANOS DE LA MEDICINA

2.3.2.1. Medicalización de la vida.

Estamos en una época en la que la medicina progresa continuamente y cada vez hay un mayor número de posibilidades gracias al desarrollo de continuas investigaciones y también gracias al avance de las nuevas tecnologías, que contribuyen a la mejora en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades. En este apartado de nuestro trabajo, vamos a describir las características de la medicina moderna actual, intentando analizar el proceso de medicalización que está presente en nuestra sociedad, en la que el conocimiento de la medicina se está convirtiendo en una fuente de poder e incluso en una forma de control social que dirige los comportamientos y las concepciones de la salud y de la enfermedad.

La medicalización, cuyos inicios para Foucault se sitúan a partir del siglo XVIII (1990:122) considerada como una realidad que se maneja desde todos los sistemas médicos y por los conjuntos sociales en los que actúa, abarca tanto el campo de la enfermedad como el de la salud (Montes, 2007) y supera la demanda asistencial del enfermo. Menéndez explica el proceso de medicalización como un proceso que “implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente eran acontecimientos cotidianos” (Menéndez, 2005: 45). Implica además que los sujetos y grupos vayan asumiendo en términos de enfermedad estos sucesos y no lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y acontecimientos vitales, sino que pasen a ser explicados y atendidos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2005).

Con el fin de realizar un análisis del proceso de la medicalización desde la perspectiva social del fenómeno, acudiremos a dos autores a M. Foucault y a I. Illich, que consideramos importantes en el estudio de la relación del desarrollo del

conocimiento médico, los actores implicados y las consecuencias de la medicalización de la vida a nivel personal y social.

Foucault analiza la actuación de la medicina como estamento regulador dotado de “un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo (1990:76)”. Este poder está caracterizado por la vigilancia y el control: “vigilancia permanente sobre los individuos por alguien que ejerce sobre ellos un poder —maestro de escuela, jefe de oficina, médico, psiquiatra, director de prisión— y que, porque ejerce ese poder, tiene la posibilidad no sólo de vigilar sino también de constituir un saber sobre aquellos a quienes vigila” (Foucault, 1998:43). Considera que “los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad” (1990: 77). El médico y la medicina poseen una autoridad y un saber que les dota de un poder que no es cuestionado por los individuos y que contribuye a gestionar la vida de las personas. Esta relación de poder que establece las normas, será la base de la relación médico-paciente, sobre la que se construirán las subjetividades individuales a las que se impondrá el saber médico generalizado y en base al que se controlan tanto los cuerpos individuales como de las poblaciones sobre las que actúan (Martí, 2011).

Para Illich (1975:53-54), “la medicalización de la vida se manifiesta en hechos como la dependencia respecto de la atención profesional y el hábito de consumir medicamentos, así como en la existencia de una clasificación yatrogénica³⁴ de las edades del hombre, clasificación que forma parte de una cultura cuando la gente acepta como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, o están en su infancia, su climaterio o en edad avanzada. Cuando esto ocurre, la vida se convierte de una

³⁴ Clasificación yatrogénica: Illich considera en su obra *Némesis Médica* que una de las consecuencias de la medicalización es la epidemia de enfermedades producidas por los doctores, lo que describe como yatrogenia: “las enfermedades yatrogénicas son las que no se hubiesen presentado si no se hubiesen aplicado tratamientos profesionales. Son las producidas por los “remedios”, los médicos y los hospitales”(Illich, 1975:23).

sucesión de diferentes etapas de salud en una serie de períodos cada uno de los cuales requiere distintos tratamientos”.

Vemos por tanto, que la medicina actual desarrolla su actividad enmarcada en un proceso de medicalización basado en la normatividad impuesta en base al saber médico, el poder y la autoridad. Las consecuencias que tendrá para la vida de las personas serán “la pérdida de autonomía, la dependencia de los medicamentos y del modelo hospitalario, o la invención constante de nuevas enfermedades” (Rodríguez, 2008: 72). Esta realidad va asociada a la generación del poder del colectivo médico, cuyos conocimientos “con frecuencia se imponen al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 1990:75) y a la creación de nuevas enfermedades originadas por la actuación médica a lo que Illich denomina “la epidemia de la medicina moderna” por la que denuncia cómo “la medicina institucionalizada llega a ser una importante amenaza para la salud”(Illich,1987:9). La medicalización de la vida tiene importantes efectos negativos sobre las personas y la sociedad en general. El proceso reproductivo entra también en esta categoría a la que se refiere Foucault, y es objeto de intervención médica, aunque “ni para el sujeto ni para el médico, constituya una enfermedad” (Foucault,1990:76).

2.3.2.2. La utilización de las técnicas de reproducción

Medicalización de la reproducción

En el apartado anterior hemos descrito lo que para la vida de las personas supone el fenómeno de la actuación médica y su acción medicalizadora. Se trata de una relación basada en el saber científico³⁵ que justifica una relación médico-paciente que se establece en base a una jerarquía de poder que ejerce el sistema médico

³⁵ Saber Científico: la medicina basa su conocimiento y sus pautas de actuación en base a las conclusiones de estudios sobre todo experimentales situados en el marco de las instituciones sanitarias y en los laboratorios. Según Álvarez “ el objetivo de las ciencias de salud será obtener un mejor conocimiento biológico del ser humano y conseguir un mayor bienestar de la población en materia de salud. La experimentación será en laboratorios o sobre animales. La observación se realizará sobre los pacientes. En todo caso, se aplicará el método científico (Álvarez, 1995:22).

sobre los individuos legitimado por el conocimiento. Este poder es ejercido gracias a las políticas sanitarias que ejercen los Estados y también al fenómeno de la mercantilización de la vida, que genera una vivencia de la salud y la enfermedad orientada hacia el consumo de la medicina, respondiendo a la mercantilización existente en otros muchos ámbitos de nuestra realidad vital. Los intereses económicos de las industrias farmacéuticas que los producen, el desarrollo de los equipamientos tecnológicos y el gran auge de la medicina privada juegan un papel decisivo (Martí, 2011).

La salud se llega a contemplar como un bien de consumo, y diferentes actores liderados por las empresas farmacéuticas contribuirán a crear el denominado *disease mongering*³⁶, “término anglosajón difícil de traducir, que engloba aspectos como venta, invención y fabricación de enfermedades. La traducción que más se ajusta podría ser la de “mercantilización de las enfermedades”, refiriéndose a la idea de obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de medicinas para curarse” (Morell, 2009: 492). Las compañías farmacéuticas no son las únicas implicadas en esta realidad cotidiana en la actividad médica: “en el marketing de enfermedades intervienen distintos actores que contribuyen con distinto peso, pero que en conjunto multiplican los efectos. Hay alianzas informales entre la industria farmacéutica con grupos de médicos, líderes de opinión y grupos de pacientes, que utilizando los medios de comunicación, generan conciencia social de enfermedad acerca de un problema y, por tanto, necesidad de tratamientos” (Morell, 2009: 494).

Podemos enmarcar a las TRA en la medicalización de la vida en el ámbito de la reproducción, junto con el proceso medicalizador que está vigente en el embarazo, el parto y el resto de las etapas reproductivas de la mujer. Aunque en algunos casos requieran una intervención médica, en la actualidad se ha normalizado el uso abusivo de la medicina que estableciendo protocolos de actuación, intervine en muchas ocasiones para ejercer un control sobre los individuos. “En estos

³⁶ La periodista especializada en temas médicos Lynn Palmer (1992) acuña el término *disease mongering* en su obra: “*Disease mongers: how doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*”, describiendo cómo funciona la invención de enfermedades mediante la dilución de los límites de la normalidad hasta situaciones extremas (Morell, 2009).

protocolos están recogidas las pautas, controles y pruebas que se recomiendan a lo largo de todo el embarazo y el parto, así como las posibles diferencias o cambios que en cada mujer se pueden dar, y cómo y qué debe ser la actuación médica en todos los casos. Estos documentos son la “guía” obligatoria de actuación sobre las mujeres embarazadas y sus partos y los profesionales los identifican como tal” (Montes, 2007: 55), de tal manera que ha llegado a conseguirse que con el tiempo se acentúe la desconfianza en la mujer para dar a luz sin ayuda técnica (Taboada, 1986).

A partir de la definición del embarazo y el parto como procesos susceptibles de presentar alteraciones, las mujeres deben ponerse bajo control médico (Montes, 2007: 54). La atención tanto en el proceso del parto como durante el embarazo está sistematizada y recogida en los documentos públicos o protocolos. La atención al embarazo se considera desde el protocolo como el primer nivel de asistencia y se lleva a cabo en centros de atención primaria de salud o en los hospitales si es considerado *embarazo de riesgo*³⁷, y la atención al parto se centra en los hospitales, que se clasifican como hospitales de segundo o tercer nivel en función del nivel tecnológico de cada institución.

Modelos de atención sanitaria.

Con el fin de poder comprender la actuación que la medicina ejerce sobre la vida reproductiva de las mujeres, vamos a proceder a la descripción de los principales modelos de atención sanitaria en occidente. Si consideramos que los modelos médicos de atención son “constructos que, para actuar eficazmente, necesitan ser compartidos en un determinado espacio social e ideológico que les proporcione reconocimiento” (Montes, 2007: 78), el análisis de los principales modelos de atención nos permitirá contextualizar la realidad que estudiamos donde las

³⁷ Según la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) “La identificación de los factores de riesgo durante el embarazo tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna. Su existencia en un embarazo puede requerir una valoración adicional de la gestación, consultar con otros especialistas” (SEGO, 2002:575). Los factores que se identifican como “factores de riesgo” están especificados en los protocolos en los que se tiene en cuenta factores sociodemográficos (como la edad materna > a 35 años), antecedentes reproductivos y médicos de la mujer (como diabetes, la hipertensión o la esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años) y los derivados de la gestación en curso como el embarazo gemelar.

representaciones e imaginarios colectivos del ciclo reproductivo, se encuentran fuertemente condicionados por las actuaciones del sistema médico.

Davis-Floyd (2001) plantea que en la actualidad se distinguen tres modelos de atención de los cuidados sanitarios que afectan particularmente a las sociedades occidentales: el tecnocrático, el humanista y el holista. Estos modelos difieren entre ellos fundamentalmente en sus definiciones del cuerpo y la relación de los profesionales con las mujeres y, por lo tanto, en cómo se afrontan los cuidados de salud (Montes, 2007).

Las características que describe del primero, el tecnocrático, responden a las del modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1984); algunos de los rasgos estructurales que define en este modelo son: “el biologismo; eficacia pragmática; dominio de una orientación curativo-asistencial; relación médico-paciente asimétrica y subordinada; concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado; el paciente como consumidor pasivo; exclusión del paciente del saber médico; e identificación ideológica con la racionalidad” (Menéndez, 1984: 102). Según este autor, “aunque este modelo está en continua evolución y se le han planteado críticas, sigue en expansión” (Menéndez, 2005b).

El modelo humanista enfatizará la conexión mente/cuerpo y ve al paciente como sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el clínico. Este modelo “establece un equilibrio entre las necesidades de la institución y las del individuo; la ciencia y tecnología se complementan con el humanismo y se centra en la prevención” (Davis-Floyd, 2001:21). Para esta antropóloga “las bases ideológicas de este modelo están cerca del modelo tecnocrático o hegemónico por lo que se pueden introducir cambios desde dentro del propio sistema sin generar por ello gran rechazo” (21).

El modelo holista descrito por Davis-Floyd, parte de la unidad mente, cuerpo y espíritu. El cuerpo es visto como un sistema de energía que se interrelaciona con otros sistemas. Concibe a la persona en su totalidad y tiene en cuenta su contexto vital. La autoridad y responsabilidad sobre la salud es inherente a cada individuo.

Ciencia y tecnología se ponen al servicio de la persona y se establece una unidad entre profesional y paciente para la individualización de los cuidados (21).

Para Floyd la perspectiva humanista como modelo de cambio se plantea como una oportunidad en esta época en que la tecnología ha penetrado profundamente dentro de las prácticas médicas. Sugiere la combinación de varios elementos presentes en todos los modelos, utilizando la tecnología apropiada, los valores humanistas y la consideración de la individualidad de la persona y de su opinión. Los profesionales tienen la opción de crear un modelo de atención mejor, modificando las relaciones en el proceso de asistencia sanitaria que en la actualidad es controlado por el médico, para conseguir una mayor horizontalidad en la relación con las mujeres a las que atienden a lo largo de todo el proceso reproductivo (Montes, 2007).

La relación con el sistema sanitario.

La concepción de la esterilidad/infertilidad como una enfermedad implica que las mujeres que acude a las TRA sean susceptibles de ser consideradas potenciales pacientes que acuden al sistema médico, estableciendo con el personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos) una relación que englobamos en la categoría de la relación médico-paciente. La determinación del diagnóstico de infertilidad para cuyo único requisito en principio será la ausencia de embarazo tras un intento reiterado para conseguirlo, o la ausencia de un gameto masculino con el que completar la concepción (en el caso en el que la mujer desee ser madre en solitario o lo haga junto a otra mujer), supondrá la categorización de la mujer como “paciente” por el sistema médico, y por tanto será susceptible de ser considerada como demandante de atención médica basada en la pasividad, sometimiento y dominación simbólica (Martí, 2011).

La relación médico-paciente se inicia en el momento en el que el paciente escoge el profesional que desea (Bestard, 2003). En el caso del sistema público de salud español esta opción será limitada por el bajo número de centros y profesionales que están disponibles en las unidades de reproducción, para lo que deben soportar largas listas de espera hasta conseguir un primer contacto. Una vez que la paciente consigue realizar este primer acercamiento al sistema sanitario, las consultas

sucesivas las realizará con cualquier médico miembro del equipo que se le asigne; cada mujer puede ser tratada por un médico diferente en cada visita, por lo que establecer una relación de confianza resulta, a priori, complicado. En el caso de la medicina privada, sí suele establecerse una relación más estrecha médico-paciente y de manera más inmediata, sin listas de espera, estableciendo un contacto basado en las visitas frecuentes y con la asignación de un único médico que será la persona de referencia durante todo el proceso.

Una de las características de la relación que se forma entre profesionales y mujeres que acuden a la reproducción asistida es que se trata de *una relación asimétrica*, desde el punto de vista del conocimiento médico y desde la utilización de las técnicas reproductivas y los protocolos de actuación en los que se basan las actuaciones de los profesionales. El médico es el experto que posee el conocimiento necesario para que una mujer llegue a un tratamiento determinado u otro. Este saber le otorga respecto a los pacientes una situación de poder, control y autoridad. Coincidimos con Bestard (2003) en que este poder no siempre debe tener una connotación negativa y adjudica al profesional sanitario una responsabilidad que le posibilita prestar la ayuda necesaria a una persona que necesita de sus conocimientos y asistencia. Pero esa relación basada en el ejercicio excesivo de ese poder, contribuirá a que se produzca una relación más asimétrica en la que el paciente se convierta en un sujeto desprovisto de opinión y en el que se establezca “una relación de subordinación basada en la aceptación y el acatamiento de los discursos y procedimientos protagonizados y formulados por instancia médicas y sus administradores” (Montes,2007: 55).

En las fases descritas por Bestard (2003) en la relación médico paciente, en el caso de las TRA, que suelen ser de larga duración, se genera un proceso de negociación entre ambos: en primer lugar el paciente acude al sistema médico con una importante creencia en el sistema sanitario y una gran esperanza en el tratamiento propuesto. Después , tras algunos intentos no exitosos, comienza a experimentar sentimientos de ambivalencia y cuestionamiento de la capacidad del sistema médico, e incluso se inicia una fase de comparación entre varios profesionales y en ocasiones se acude a una información complementaria aportada por el grupo de

iguales (otras mujeres en la misma situación que ellas están viviendo), para lo que las redes informales como las asociaciones, grupos de ayuda, y otras informaciones que consultan en las páginas a las que tienen acceso en internet, contribuirán a poner en duda las capacidades del equipo médico elegido “*están enganchadas a internet, te cuestionan... hay un grupo de reproducción del GM... ahí están todas metidas ahí cada una se cuenta lo que le parece a ella*” (Testimonio de un médico del GM). Por último, la persona decide volver a actuar según el propio criterio, intentando negociar con el médico los criterios de los tratamientos y los pasos a seguir durante el proceso.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la relación de las mujeres con los servicios sanitarios es lo que Lain Entralgo (1964) denominó “*el momento afectivo de la relación médica*” definiéndolo como la vinculación afectiva que se crea durante el diagnóstico, tratamiento y la transferencia³⁸ que forman, “mutuamente implicados entre sí, conducen el originario fundamento específico de esa relación. Tal lazo afectivo posee una trama personal y cualitativamente heterogénea; une a dos personas, y estas se relacionan mutuamente desde dos situaciones muy diferentes entre sí” (Lain Entralgo, 1964: 24)

Además del peso del momento afectivo en la relación médico-paciente, tendrá un gran peso en el modo de pensar y actuar de los profesionales sanitarios el modelo de atención médica por el que se guíe el centro, así como las guías y protocolos de atención sanitaria. Si bien el modelo médico mayoritario de atención es similar al modelo tecnocrático descrito anteriormente en base a los trabajos de Davis- Floyd, otros factores como los económicos y el volumen de la demanda, sobre todo en el caso de la sanidad pública, condicionarán sin duda la posición del médico respecto al paciente a la hora de establecer una relación profesional.

El continuo progreso de los recursos diagnósticos y terapéuticos modifica, como es obvio, la apariencia más externa de la relación entre un médico y su paciente (Lain Entralgo, 1964). Esta relación basada en la tecnologización de la medicina en la

³⁸ Lain Entralgo utiliza el término “transferencia” para designar “*La peculiar afección que enlaza al médico y al enfermo; llámesela *philia* (amistad) con los antiguos griegos, o *transferencia*” (Lain Entralgo, 1964: 24)*

mayoría de los casos, ha provocado algunas iniciativas tanto de asociaciones de profesionales como de usuarios del sistema médico, que a partir de los 90 demandan una modificación de las prácticas médicas actuales. Iniciativas como las que puso en marcha la OMS en el año 1985 para humanizar la atención en la asistencia al parto y otros colectivos como el FINRRAGE³⁹ o asociaciones profesionales de obstetras y matronas expertos en medicina reproductiva, proponen que se valore la importancia de una atención basada en una relación médico-paciente más simétrica, e incluir “no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos. Por eso, parte de la mejora de la calidad de los servicios médicos está depositada justamente en la modificación de aspectos de la consulta” (Menéndez, 2005: 49).

2.3.2.3. La esterilidad como enfermedad y problema médico.

En el año 1994, en la *conferencia internacional sobre población y desarrollo de El Cairo*, se definió el término de “salud reproductiva” considerándola como el “estado general de bienestar físico, mental y social, y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Galdós, 2013: 457). Esta definición, legitimó la infertilidad como una enfermedad definida en base a las alteraciones emocionales que puede representar para los individuos, en especial para las mujeres, ya que como hemos visto aun se mantiene en muchos contextos la importancia social de la maternidad.

³⁹ FINRRAGE: (Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering)

La “I Conferencia Europea sobre Nuevas Tecnologías Reproductivas e Ingeniería Genética”, en España, fue organizada por FINRRAGE junto con la Asociación Mujeres para la Salud y dirigida por Leonor Taboada, autora del primer libro publicado en España, en noviembre de 1986, sobre el tema, desde una orientación feminista. “Con *La maternidad tecnológica*, da a conocer la posición de FINRRAGE y dibuja los principales temas objeto de investigación y reflexión que permiten encuadrar las nuevas tecnologías de reproducción y el análisis de sus implicaciones para las mujeres”. (Martí ,2011: 74-75)

Desde el punto de vista de la medicina, el concepto infertilidad corresponde a lo opuesto a la fertilidad, es decir, a la incapacidad de una pareja para tener hijos. Si bien en la terminología española hasta hace unos años se diferenciaba entre esterilidad (o dificultad para conseguir el embarazo) e infertilidad (dificultad para conseguir que los embarazos concluyeran en recién nacidos), en la actualidad el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española los considera como sinónimos (Matorras, 2011). La bibliografía médica anglosajona utiliza el término *infertility*⁴⁰ para englobar ambas entidades, y otros contextos contemplan distinciones entre la esterilidad, infertilidad y subfertilidad, conceptos todos ellos que si bien están contemplados en el sistema médico no están bien definidos.

Para Matorras et al (2011), la definición más comúnmente aceptada de esterilidad/infertilidad es la de la ausencia de consecución de embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales sin empleo de métodos anticonceptivos. “Habitualmente distinguimos entre esterilidad absoluta y subfertilidad. La esterilidad absoluta correspondería a las parejas en las que hay un impedimento total para la consecución del embarazo. Frente a ello se encuentra la subfertilidad o esterilidad relativa. Se trata de parejas en las que está presente un impedimento parcial en su fecundidad, en las que existe algún problema que determina que su fecundidad sea más baja de lo normal, pero no nula. Esta es la situación más común entre las parejas que consultan en la actualidad por problemas reproductivos” (Matorras, 2011: 31-32) Es en esta potencialidad, en este impedimento parcial, es donde actúan las técnicas de reproducción asistida.

Sin embargo, el estatus patológico de la infertilidad es ambiguo (Bestard, 2003), aunque esté definida como una enfermedad para el colectivo médico, las fronteras para delimitarla son inespecíficas, ya que aun se considera un producto de elecciones individuales paliadas por una llamada “medicina de la complacencia”. Los orígenes de la infertilidad están relacionados en muchas ocasiones por elecciones que conllevan consecuencias que desencadenan los problemas de la infertilidad (Fitó, 2010). La emancipación económica y el acceso a una educación superior por parte de las mujeres y las transformaciones sociales de las relaciones

⁴⁰ Infertility: término utilizado por la American Society for Reproductive Medicine (2008), sinónimo de la definición utilizada en España para definir la esterilidad.

afectivas y la construcción de nuevos modelos de familia, influyen en situaciones que pueden originar problemas para la concepción.

Las expectativas y demandas de la población en relación a su salud tienen distinto enfoque tanto en el proceso de atención, como en la búsqueda de soluciones (Morell: 2009). Si consideramos la esterilidad como una enfermedad y la enfermedad como desviación de la norma, se legitima de esta manera la intervención médica proporcionada por la acción terapéutica (Illich, 1975). Alimentando el concepto de esterilidad como enfermedad, la medicalización de la procreación que implican las TRA, logran la aceptación social y una gran facilidad para su difusión (Ballesta, 2013). “La enfermedad pasa así de ser considerada un fenómeno social (en el sentido de que cada cultura genera dolencias y males específicos)” (Pérez- Ciordia, 2011: 74) a convertirse en un proceso en el que la presión de los intereses científico-tecnocráticos ligados a las técnicas de reproducción asistida generan la necesidad del tratamiento para combatir la infertilidad.

En los contextos culturales en los que el orden social y simbólico sitúa en la capacidad reproductora de la mujer su principal fuente de valor y en la condición maternal el elemento central de la identidad femenina, ser estéril supone un menoscabo de primera magnitud, un estigma que marca a la mujer no sólo a los ojos de los demás sino también ante sí misma. Según el estudio de Fitó sobre las TRA en Cataluña, las mujeres no hablan de enfermedad al referirse a la infertilidad, si no de “sufrimiento y deseo frustrado al no tener hijos”. Este dolor es considerado por la autora como una aflicción por la pérdida de identidad que afecta a la noción de ellas mismas, que afecta gravemente al valor social que adjudican aun las mujeres a la fertilidad (Fitó, 2010).

La indefinición y el sufrimiento que genera la infertilidad podemos considerar que son los problemas culturales (Bestard,2003) más importantes en nuestro entorno social en relación a la capacidad reproductiva actual. Si bien la vida y la integridad física de los infértiles no corre peligro, las consecuencias en la vida de las personas sí deben ser tomadas en consideración. El deseo de tener hijos va ligado al de

pertenencia al grupo y al de conseguir la normalización social de los futuros padres y suele ser mayor en el caso de las mujeres. Por tanto, la indefinición de la infertilidad como problema de salud (entendida como bienestar físico y emocional)⁴¹ que afecta cada vez a más mujeres, conlleva a la ineficacia y escasez de políticas públicas que puedan solucionar el problema. El sufrimiento que genera la incapacidad para concebir hijos, supondrá también fuertes alteraciones emocionales en la vida de las mujeres e incluso a la alteración de su percepción como mujeres. La infertilidad, por tanto, podemos considerarla como un problema de salud que tiene un origen social para el que necesitamos la intervención de un sistema sanitario que afronte los problemas de las mujeres que deben poder elegir libremente cuando y como convertirse en madres.

2.3.3. LA MUJER Y LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

En este apartado, vamos a analizar las repercusiones que tiene la esterilidad en la vida de las mujeres y la influencia de la aplicación de las TRA en la construcción de la maternidad de las mujeres infértiles.

2.3.3.1. La edad materna, principal factor de esterilidad.

En nuestro país, la edad a la que las mujeres tienen el primer hijo ha ido en aumento como hemos expuesto en el inicio de este capítulo, situándose en los 31,78 años de media. El modelo de maternidad tardía se está erigiendo en nuestra sociedad como un modelo cada vez más numeroso (Fitó, 2010), que suele representar también el modelo de maternidad reflexiva y programada en nuestro entorno.

Para definir la maternidad tardía obtendremos diferentes perspectivas en función del contexto en el que realicemos nuestra reflexión y depende del contexto social y cultural en el que nos situemos. En términos biológicos, la medicina nos proporciona una frontera indicativa de lo que se entiende por tardío, considerando

⁴¹ La OMS define el concepto de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Esta definición no ha sido modificada desde 1948.

madres tardías (o primíparas añosas como se denominaban tradicionalmente), a las mujeres que tienen su primer hijo después de los 35 años. Esta edad es la frontera biológica a la que los científicos de la medicina consideran que comienza a disminuir la cantidad de ovocitos y los que aún existen, son de peor calidad⁴². En base a estos argumentos, a partir de esta edad el embarazo de la madre tardía será etiquetado como embarazo de riesgo, por lo que los controles médicos y las intervenciones tecnológicas serán mayores que para una mujer cronológicamente menor, sin ninguna otra patología. También los 35 años son la edad límite para ser donante de ovocitos, y es la edad a la que los expertos en reproducción consideran que disminuye la capacidad de lograr un embarazo espontáneo. Los 35 años son, por tanto, la frontera cronológica para plantearse la maternidad, pero a esta edad las mujeres no son necesariamente infértiles y de hecho muchas mujeres han tenido y tienen hijos tras haber superado esa frontera temporal (Martí, 2011). Sin embargo, este discurso médico está muy presente en el imaginario colectivo de hombres y mujeres, para las que el famoso “reloj biológico” ejerce una influencia muy importante a la hora de planificar su proyecto maternal.

Sampedro (2002), en su estudio sobre maternidad tardía realizado en la Comunidad de Madrid, mantiene que “las definiciones médicas de lo que es o no tardío no tienen porqué ser un referente para el análisis sociológico, ya que ellas mismas son en gran medida producto de una construcción social”. Coincidimos con esta autora en que una definición sociológica de maternidad tardía debe partir necesariamente de las propias pautas de comportamiento social en este terreno. Lo tardío, que en ocasiones tiene una connotación despectiva, debe tener un contenido meramente estadístico y que recoja el cambio social que se está produciendo en este ámbito (Sampedro, 2002). Así, la maternidad tardía tal como hemos visto desde los datos aportados al inicio de este capítulo estaría definida en nuestro país a partir de los 32 años, ya que la edad a la que la mayoría de las españolas, según el INE, tiene su primer hijo está cercana a ese dato.

⁴² Un grupo de investigadores de la Northwestern Feinberg School of Medicine de Chicago, ha concluido que la edad de la mujer está relacionada con la calidad de los óvulos, afirmando que infertilidad relacionada con la edad podría producirse por la cicatrización excesiva e inflamación de los ovarios (Duncan et al, 2016)

Alejándonos de los datos numéricos exactos, y teniendo en cuenta que lo que está claramente demostrado por la demografía es que las españolas tienen hijos cada vez más tarde, en este apartado nos proponemos contemplar, cuál es la causa por la que la maternidad tardía es cada vez más numerosa en nuestra realidad social y qué consecuencias tiene en la vida reproductiva de las mujeres.

Nancy Konvalinka citada por Corrochano (2016), en su investigación sobre familias tardías, afirma que la estructura temporal del curso de vida en España ha cambiado en las últimas décadas, alargándose los períodos en que, por ejemplo, una persona termina sus estudios y encuentra un empleo, retrasando a su vez la formación de su familia de procreación (Corrochano, 2016:88) . España presenta un modelo de inserción laboral rígido que no favorece en nada la compatibilización de la vida laboral y familiar, aunque de forma reciente se han puesto en marcha algunas medidas tendentes a hacer posible la conciliación de la esfera doméstica y la del trabajo, los problemas en materia de la conciliación siguen siendo solventados de forma individual (Sampedro, 2002). Según Konvalinka (2012), el mayor peso recae en la mujer. Una mujer que, a la vez que gestionar el cuidado de hijos y padres o bien llevar a cabo el cuidado directamente, está inmersa en un mercado laboral cuyas exigencias no puede dejar a un lado a pesar de la presión familiar que para ella implica en muchas ocasiones el cuidado de los hijos.

Si además de las dificultades laborales y familiares añadimos que el tiempo marca el límite fértil de las mujeres, encontrar el momento adecuado de la concepción, que coincide con el tiempo en el que se realizan como individuos en otros aspectos de la vida, resulta complicado. La respuesta a esta situación pasa cada vez más por retrasar la maternidad o no ser madre. “Entendemos que la maternidad después de los 35, se produce por el deseo explícito de aquellas mujeres que, anhelosas de cumplir con el mandato de la maternidad, se determinan como individuos con capacidad para gestionar sus cursos de vida. Unas mujeres que se han convertido en madres porque han querido, aunque también algunas lo hayan hecho cuando han podido” (Corrochano, 2015: 89-90).

Aunque como vemos la elección de la maternidad sea relativa si tenemos en cuenta las premisas descritas con anterioridad, y que se produce de manera voluntaria en la mayor parte de las mujeres, existe la posibilidad de la opción de la elección de la maternidad, apoyada en la expansión de los nuevos modelos de familia y las nuevas técnicas reproductivas (Branciforte, 2009). En este supuesto se sitúan las mujeres de nuestra muestra. La mayoría son madres después de los 35 años, y el “reloj biológico” fue el detonante para plantearse la maternidad. En el caso de las mujeres sin pareja este momento fue determinante, y aunque su proyecto de maternidad en principio se lo hubieran planteado en pareja, son la edad y los posibles problemas reproductivos que conlleva el retraso en su decisión lo que les hace acudir a las TRA para convertirse en madres.

Resulta interesante contemplar cómo la maternidad tardía será una aliada en la expansión de las TRA, cuyo discurso predominante en todas las unidades de reproducción, hace referencia a la edad de la mujer y su importancia a la hora de orientar, aconsejar y de definir el riesgo de padecer esterilidad, es una constante en la información médica (Martí, 2011). Incluso se está normalizando y ofreciendo la vitrificación de los ovocitos⁴³ como un recurso más en la opción de la decisión del momento vital en el que convertirse en madre, hasta el punto de que una conocida clínica española⁴⁴ ofrezca la vitrificación como un método anticonceptivo más de planificación familiar.

Cada vez más emergen voces dentro de la medicina que reconocen que la causa originaria de muchos casos de esterilidad asociados a la edad es de tipo social. Cuando el discurso médico incorpora el planteamiento acerca de los factores sociales, asumen como dato incuestionable las tendencias sociales en las prácticas reproductoras, pero orientan la solución de la infertilidad hacia la tecnología. Podemos considerar, siguiendo la propuesta del trabajo realizado por Martí (2011) en su tesis sobre maternidad y reproducción

⁴³ Vitrificación de ovocitos: proceso que consiste en congelar los gametos femeninos a -196° para conservar, así, toda la fertilidad de los óvulos jóvenes. *JANO.es* · 28 julio 2010.

⁴⁴ Estas declaraciones de uno de los responsables de IVI, han sido publicadas por el diario digital jano.es "animamos a todas las mujeres menores de 38 años con proyección laboral y con la idea de formar una familia en el futuro, a preservar su fertilidad con anterioridad y así evitar problemas de esterilidad", en el artículo titulado: "IVI apuesta por la vitrificación de ovocitos como un plazo más en la planificación familiar". <http://www.jano.es/noticia-el-ivi-apuesta-por-vitrificacion-10971#> Consultado el 13 de mayo de 2017.

asistida, “que las TRA emergen como una respuesta tecnomédica a una ‘realidad social’ y sitúan la acción resolutoria en el terreno de las opciones y decisiones de las mujeres individuales” (Martí, 2011: 164).

2.3.3.2. La esterilidad de la mujer: deseo insatisfecho de ser madre.

La vivencia de las personas que acuden a la reproducción asistida comienza con la toma de consciencia de que tienen un problema de infertilidad, es decir, cuando empieza la búsqueda de un hijo y se presenta alguna dificultad para conseguirlo, empieza la búsqueda de opciones para lograr el proyecto parental, que en muchos casos terminará con el acceso a las unidades de reproducción asistida.

En esta investigación nos hemos propuesto analizar la vivencia de las mujeres que acuden a la reproducción asistida, solas o en pareja y con una pareja homosexual o heterosexual, con el fin de analizar lo que hemos considerado la construcción de un tipo de maternidad (teniendo claro que no pretendemos construir una definición encorsetada en la que englobar a todas las madres que acuden a la reproducción asistida, puesto que sería además de pretencioso inútil e ineficaz para el análisis y la realidad social en la que vivimos) que precisa de las técnicas reproductivas para conseguir realizar su proyecto maternal.

Como apuntamos en el apartado en el que hemos abordado el concepto de esterilidad, una de las consecuencias que tiene para las mujeres la infertilidad es la *pérdida de identidad* que produce una anomalía de género y se expresa en la alteración de las emociones y la alteración de las relaciones sociales, llegando incluso a *vivir un duelo*, una pérdida de la posibilidad de ser madre de manera espontánea, viviendo una crisis de identidad de género (Fitó: 2010). Para muchas mujeres la maternidad continúa siendo un aspecto central en el desarrollo de su identidad como mujeres y el hecho de no poder conseguir su proyecto les genera un sentimiento de frustración que les hace cuestionarse los motivos de su infertilidad, e incluso llegan a sentirse diferentes a las demás mujeres, idealizando a las mujeres embarazadas y a las que ya se han convertido en madres.

El deseo de las mujeres infértiles de identificarse con las mujeres que son madres, se expresa en la construcción de dos categorías de mujeres: las que son madres y las que no son madres. Las mujeres-madre tienen un estatus simbólico superior a las que no lo son. Este estatus se expresa en términos de capital simbólico⁴⁵: conocimientos, transmisión de valores y acceso a determinadas relaciones sociales (Fitó, 2010: 187). Esta valoración de la maternidad como una propiedad femenina que otorga cierto valor y prestigio a las mujeres-madre, será puesta especialmente de manifiesto en el caso de las parejas lesbianas en el que su condición de madres les otorga un estatus social diferente al que poseen las lesbianas no madres y que ellas mismas verbalizan.

La infertilidad también supone para la mujer una experiencia de *soledad e incomprensión*. Es una realidad que suele vivirse en muchos casos con una máxima discreción e incluso con ocultismo, ya que la reproducción está asociada a la identidad, y las mujeres “muestran una necesidad de proteger sus fronteras personales ante la infertilidad y los tratamientos recibidos” (Bestard, 2003: 47). Temen no ser comprendidas ante la decisión tomada, y por ello aportan la información de una manera muy selectiva, algo absolutamente razonable si tenemos en cuenta que el proceso reproductivo que están viviendo ha pasado las fronteras de su intimidad y está en manos de la medicina. La soledad que viven las mujeres infértiles puede estar relacionada tanto con la manera de vivir el tratamiento en un pequeño círculo social sin compartirlo abiertamente, como porque las demandas tanto físicas como emocionales de las TRA llegan a absorber a algunas mujeres que poco a poco llegan a aislarse del resto de su vida personal y laboral para centrarse únicamente en este camino de conseguir quedarse embarazadas. Camino en el que se sienten todavía más solas si la relación de pareja llega a verse afectada durante el tratamiento.

Uno de los recursos que utilizan estas mujeres para paliar estos sentimientos de incomprensión y soledad son los grupos de ayuda de mujeres infértiles, mujeres solas o parejas de mujeres homosexuales. La comunidad de iguales, proporciona

⁴⁵ Consideramos *el capital simbólico* a “cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguirla) y reconocerla, conferirle algún valor” descrito por Bourdieu (1997:108) y que pueden ser: la autoridad, el prestigio, la fama y la notoriedad entre otros valores, siendo otorgados a unos agentes por otros agentes.

apoyo ante la crisis de identidad, compartiendo experiencias, información y criterios muy valorados por los componentes a la hora de tomar decisiones reproductivas. En ellas las mujeres comparten los mismos valores y significados culturales compartiendo experiencias. La comunidad de ayuda es una comunidad de sentido, basada en compartir experiencias y orientada a la reproducción asistida (Fitó, 2010). Sin embargo, la visibilización de la infertilidad no será igual para todos los grupos de mujeres. En los grupos de ayuda en el caso estudiado por Fitó en Cataluña, las mujeres no deseaban dar visibilidad a su problema de infertilidad “no se sentían orgullosas de ser infértiles, no deseaban participar en la lucha para conquistar un espacio social para la definición de la infertilidad” (Fitó, 2010: 142). Sin embargo, la comunidad de mujeres que son madres solas por elección estudiada por Moncó y su equipo, sí lo considera importante, además de ser un importante apoyo y referencia para el resto de las madres solas, considera que las nuevas tecnologías, y las asociaciones y grupos de iguales, aportan un espacio de información, aprendizaje, discusión y empoderamiento al tiempo que crean redes femeninas de solidaridad e intercambio y visibilización social de la maternidad en solitario por elección (Moncó, 2009).

2.3.3.3 El cuerpo de la mujer en el tratamiento de reproducción asistida.

El objetivo de este apartado es realizar un análisis de la vivencia de las mujeres respecto a su corporalidad en el proceso de la reproducción asistida. Partiremos de las premisas que aporta Thomas Csordas (1994) citado por Esteban (2004:22) con su concepto de *embodiment*, considerando el cuerpo como “un agente y lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social; asimismo el cuerpo es visto como un ser biológico pero también como una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora”. Esta es una perspectiva que busca la ruptura de las principales dicotomías del pensamiento occidental, mente/cuerpo, objetivo/subjetivo, pasivo/activo, donde la dimensión de agencia adquiere un sentido más amplio cuando el actor social es entendido como “agente encarnado”. “El cuerpo es portador de símbolos y representaciones que le asignan su condición dentro de la sociedad. Las formas de interpretar los sucesos biológicos del cuerpo,

las figuras que lo representan, hablan de una determinada manera de entender la realidad, dar sentido y reproducir el orden social establecido” (Montes, 2007: 175).

El esquema del cuerpo femenino implícito en los discursos médicos ha estado y está caracterizado por una concepción biologicista desde la que se concibe un cuerpo esencialmente preparado para la reproducción a la que “naturalmente” responde como si de una máquina se tratara. Este cuerpo-máquina está manejado por un código ordenado de señales que se emiten desde el cerebro al sistema hormonal, órgano que ordena y controla todo lo demás (Esteban, Citada por Montes: 2007: 176).

“El cuerpo biológicamente determinado sería como un obstáculo para los fines culturales e intelectuales estableciéndose una distinción absoluta entre la mente y el cuerpo, determinado y limitado” (Esteban, 2004: 3). La visión biomédica aísla al cuerpo y suspende al hombre, se confronta a una resistencia social y al cuestionamiento ético. Si el hombre no existe más que a través de las formas corporales que le traen al mundo, todas las modificaciones corporales suponen el riesgo de modificar su identidad personal (Le Breton, 1994).

Como hemos visto, la medicalización que implica el uso de las TRA en el proceso reproductivo, tiene como consecuencia la canalización de las soluciones hacia el sistema médico. El esquema del cuerpo femenino implícito en los discursos médicos está caracterizado por la concepción de un cuerpo esencialmente preparado para la reproducción en el que el embarazo se presenta como la consecuencia del buen funcionamiento del organismo (Montes, 2007).

Cuando una mujer no puede quedarse embarazada, las TRA responden al deseo de las mujeres con la intervención física en el cuerpo real. Estas operaciones se sustentan en base a los discursos sobre feminidad y maternidad (Tubert, 2010). Un problema complejo como es el de la reproducción, queda reducido a su dimensión orgánica, centrado en el proceso fisiológico de la fecundación. Se produce en primer lugar la *fragmentación* del proceso reproductor en distintas fases: del ovocito al gameto y del gameto al embrión. La fecundación se produce en el

laboratorio y la consecución de los óvulos en el quirófano rodeado de personal sanitario y material estéril. La aplicación de tratamientos hormonales que son inyectados en el cuerpo de la mujer, alterarán tanto sus emociones como su capacidad de percepción, su entidad como persona y su capacidad de acción intencional (Martí, 2011), que está condicionado por el tratamiento prescrito por los expertos en el lugar, modo y manera que ellos indican. Es en este punto, en el del tratamiento con fármacos que en ocasiones producen en su cuerpo efectos como la hiperestimulación ovárica, edemas o labilidad emocional, sobre el que las mujeres refieren el fenómeno de la *objetualización*⁴⁶ a la que el sistema médico somete a las mujeres durante el proceso. “El cuerpo de los pacientes, en especial de la mujer, desaparece sutilmente como centro de la escena. Ya no es que quede anulada su subjetividad, es que desaparece literalmente su cuerpo como entidad. Queda reducido a órganos y componentes” (Perrotta citada por Martí, 2011: 129). Perrotta concluye en su estudio realizado en una clínica de fertilidad italiana que la pérdida de subjetividad está presente en todo el proceso. Si la mujer llega a conseguir el embarazo, concluye la autora, es posible que la autopercepción de sujeto vuelva a prevalecer sobre ese proceso de objetualización (Martí: 2011).

En su obra *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Charis Thompson (2005) aborda extensamente la compleja situación que viven las mujeres en tratamiento de fertilidad respecto a su subjetividad y su capacidad de actuar como sujetos. Se aparta de la posición asumida por las críticas feministas que interpretan el sometimiento a los tratamientos como entradas en un mundo ajeno en el que las mujeres se convierten en objetos de la mirada, el saber y la práctica médica y, sobre todo, de la interpretación de que esta conversión signifique irremisiblemente su alienación, la pérdida de subjetividad y de la capacidad de agencia. “La relación entre objetivación, mantenimiento de la subjetividad y ejercicio de la agencia es de tensión durante todo el proceso de tratamiento y la evaluación que hagan de ella las mujeres, su manera de percibirse como más o menos alienadas o sujetos durante los momentos de objetivación es sensible al contexto desde el que se habla. El relato de las mujeres sobre un

⁴⁶ Thompson (2000), en su obra con el término “objetification” hace referencia a la “objetualización” de las mujeres para referirse a la conversión de objeto que experimentan durante los tratamientos de TRA.

procedimiento idéntico -incluso de la misma mujer- podrá variar si lo formula desde un resultado exitoso o uno fracasado o si lo hace mientras aún está en proceso. La confirmación o la esperanza de lograr el resultado esperado permiten mantener la sensación de agencia, de participar o haber participado activamente en el proceso” (Martí: 2011: 132).

Nos parece interesante aportar también una visión no victimista de la vida de las mujeres que describe Esteban (2004) del estudio de las subculturas femeninas de Dolores Juliano, en la que describe la capacidad de las mujeres como sujetos capaces de generar propuestas alternativas para compensar su situación de desventaja, desarrollando estrategias que en muchos casos son invisibles incluso para las propias mujeres. Debemos analizar las vivencias del cuerpo de las mujeres en el tratamiento de las TRA, mirando a las mujeres sin homogeneizarlas, sin convertirlas en seres pasivos (Esteban, 2004), presas de su cuerpo y de la concepción de sujeto dependiente de un sistema sanitario al que acuden por voluntad propia, con el firme propósito de convertirse en madres.

2.3.4. PERSPECTIVA LEGAL.

La aparición de las técnicas de reproducción asistida y los posteriores avances científicos en este campo generan una gran polémica y un amplio debate social. El constante temor a una mala utilización de las nuevas técnicas que surgen y el desorden social que puede conllevar, hace imprescindible la implantación de sistemas de regulación en la aplicación de todos estos avances y también la revisión periódica de las regulaciones. No todos los países de nuestro entorno cuentan con una ley nacional en TRA que regule estrictamente su actividad. “Existen países, como EE.UU, Australia o India, en los que sencillamente se rigen por recomendaciones de tipo médico-ético emitidas por grupos de profesionales médicos cuyo propósito es facilitar la toma habitual de decisiones que acompañan a los ciclos de RA. En otros países, principalmente de Latinoamérica y Asia, no cuentan todavía ni con legislación ni con recomendaciones que regulen o controlen la actividad en el país” (Mínguez 2011: 97).

2.3.4.1. Legislación vigente en España.

La regulación en España de las técnicas de reproducción humana asistida tiene como máximo exponente la *Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*, “uno de los textos legales más permisivos de los promulgados hasta ahora en los países de nuestro entorno cultural europeo. Una prueba de ello es el fenómeno conocido como “turismo reproductivo” que se viene produciendo hacia nuestro país desde naciones vecinas, fundamentalmente Italia, pero también otras como Francia, Alemania o Reino Unido” (Abellán,2011:85).

Alguno de los aspectos destacables de este documento son:

- Sobre la cobertura de las TRA: “reconoce el derecho de toda mujer mayor de 18 años, con plena capacidad de obrar, independientemente de su estado y orientación sexual a ser receptora o usuaria de la técnicas reguladas en la ley”
- En cuanto a la posibilidad de utilizar gametos o embriones procedentes de donante, consagra como principios básicos los del anonimato del donante y la gratuidad de la donación (admitiéndose tan solo en el plano teórico una compensación resarcitoria para los donantes).
- En cuanto al DGP (diagnóstico preimplantacional), prevé la autorización de esta técnica directamente en el caso de enfermedades hereditarias graves y en el caso de situaciones que comprometen la viabilidad del embrión.

Otra norma importante de cara a la TRA es la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Esta ley se manifiesta que “en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afecten a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la constitución y por las leyes”. Estas previsiones legales no modifican directamente la ley de reproducción asistida, pero al reforzar la

autonomía de los usuarios en el campo de la reproducción, facilitan una interpretación más flexible de la citada norma en ciertas prácticas como la congelación de ovocitos para posponer la maternidad, o la FIV compartida entre matrimonios de lesbianas (Abellán,2011).

2.3.4.2. Madres solas y parejas lesbianas

Madres solas.

Respecto a la maternidad en solitario, las normas aplicables actualmente en vigor son:

Ley 14/2006: “la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas por la ley con independencia de su estado civil y su orientación sexual”.

Comunicado de Prensa de la Comunidad de Madrid sobre la cartera de servicios (2015): 17 de noviembre de 2015.- “La Comunidad de Madrid regulará, a través de un Decreto del Consejo de Gobierno, la inclusión de la reproducción asistida de mujeres sin pareja masculina en una próxima Cartera de Servicios Complementarios del Servicio Madrileño de Salud”. Este decreto asegurará el libre acceso a las TRA de todas las mujeres que deseen convertirse en madre en la Comunidad de Madrid.

Parejas lesbianas.

Las normas más representativas que afectan a las parejas lesbianas en materia de filiación y respecto a las técnicas de reproducción asistida son:

La ley 14/2006 no reconoce la filiación de las hijas y/o los hijos nacidos por estas técnicas cuyas madres no estén casadas, manteniendo la vinculación entre matrimonio y filiación.

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio: “El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean del mismo o de diferente sexo”. Este punto de partida fue fundamental a la hora de legalizar y visibilizar las uniones del mismo sexo y constituye una de las claves para legitimar el modelo de familia homoparental. La justificación del legislador es clara a favor de la diversidad de elección : “la Historia evidencia una larga trayectoria de discriminación basada en la orientación sexual, discriminación que el legislador ha decidido remover. El establecimiento de un marco de realización personal que permita que aquellos que libremente adoptan una opción sexual y afectiva por personas de su mismo sexo puedan desarrollar su personalidad y sus derechos en condiciones de igualdad se ha convertido en exigencia de los ciudadanos de nuestro tiempo, una exigencia a la que esta ley trata de dar respuesta”.

La Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, subsana la situación de discriminación de la referida Ley 14/2006 en el artículo 7 apartado 3: “Cuando la mujer estuviere casada, y no separada legalmente o de hecho, con otra mujer, esta última podrá manifestar ante el Encargado del Registro Civil del domicilio conyugal, que consiente en que cuando nazca el hijo de su cónyuge, se determine a su favor la filiación respecto del nacido”.

El acceso a la filiación automática de la recién nacida o el recién nacido en el seno de un matrimonio de dos mujeres, constituye otro paso fundamental. Se reconoce así la posibilidad de la filiación compartida que permite que las dos madres puedan inscribirse conjuntamente en el registro civil como progenitoras tras el nacimiento de su hija o hijo, sin necesidad de que este vínculo deba establecerse a través de la posterior adopción, y siendo esta situación equiparable a la de aquellas parejas en las que el hombre, aunque no sea el padre biológico de la nacida o el nacido, lo reconoce como tal (Donoso, 2012). Lo que no se especifica en esta ley, es la necesidad del certificado expedido por parte de la clínica de reproducción en la que se realizó el tratamiento de fertilidad al que se somete la pareja, junto al libro de familia, para la inscripción de su hijo en el Registro Civil. Este requisito

exclusivo para las parejas del mismo sexo, no es necesario para parejas heterosexuales casadas que se han sometido a técnicas de reproducción para conseguir su embarazo.

Informe positivo emitido por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida en diciembre de 2008. Este órgano consultivo del Ministerio de Sanidad, permitió solventar, a través de este informe favorable (no vinculante) un vacío legal existente, por el que la ley prohíbe la gestación a través de terceros. Este documento que dio su visto bueno por primera vez a una pareja de lesbianas a ceder su óvulo fecundado a la otra, equiparó los derechos de las mujeres homosexuales a la donación de gametos de donante conocido e hizo posible que igual que la pareja heterosexual puede recibir el gameto masculino de su cónyuge, una mujer pueda recibirlo de su mujer.

2.3.4.3. Maternidad Subrogada

La ley 14/2006 no admite la gestación por sustitución (madres de alquiler), considerando nulo de pleno derecho el contrato por el que se pudiera convenir la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero. Consecuentemente, la ley deja claro que la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada siempre por el parto, esto es, que lo serán de la madre que los haya dado a luz.

La Dirección General de los Registros y el Notariado, impulsó una instrucción en 2010 con la que inscribir en el Registro Civil a los niños y niñas hijos e hijas de un español nacidos mediante gestación por sustitución en un país donde la técnica esté regulada y exista una resolución que garantice los derechos de la gestante, contribuyendo a la regulación legal de la inscripción estos menores en nuestro país.

Actualmente, distintos grupos políticos están demandando la regulación de la gestación por sustitución para lo que el Grupo de Ética y Nueva Práctica Clínica de

la Sociedad Española de Fertilidad, ha elaborado una propuesta para la regulación de la gestación por sustitución. Los autores de la propuesta han trabajado en este tema conscientes de que en este momento este tipo de maternidad “constituye una posibilidad técnica a la que recurren numerosos ciudadanos españoles con recursos económicos en otros países donde sí está permitida” (Grupo SEF, Citado por la Vanguardia⁴⁷).

En mayo de 2017, *el Comité de Bioética de España*, “como órgano colegiado independiente y de carácter consultivo sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud” (López, 2017), ha publicado un informe sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada analizando cuestiones éticas y legales, con el fin de aportar argumentos favorables y contrarios a la gestación por sustitución, repasando las posiciones de los organismos intergubernamentales que se han ocupado de la cuestión. Este documento, aporta una amplia documentación y un interesante exposición de principios y razones en los que sustentar una posición crítica y fundamentada acerca de la realidad de la maternidad subrogada en nuestro país.

⁴⁷ <http://www.lavanguardia.com/vida/20161214/412602666192/espana-prepara-ley-vientres-alquiler.html>

5. CONCLUSIONES._____

La maternidad como fenómeno social ha sido ampliamente estudiada por una gran cantidad de autores (Firestone, 1976; Badinter, 1981; Rich, 1996; Esteban, 2000; Knibiehler, 2001; Palacio, 2003; Oiberman, 2005; Imaz, 2007; Montes, 2007; Moore, 2009; Bolufer, 2010; Jociles, 2010; Martí, 2011; Donoso, 2012) que han contemplado esta realidad social desde diversas perspectivas. La deconstrucción del instinto reproductivo como hecho universal presente en todas las mujeres, ha sido el punto de partida de las críticas elaboradas desde el pensamiento feminista que ha puesto en tela de juicio la universalidad maternal como destino predeterminado de la mujer en el que se sustentan las bases de las limitaciones en la vida de las mujeres. Aunque diversas voces feministas, como la de Adrienne Rich (1996), consideran que la maternidad debe ser contemplada como una fuente de poder y realización personal, lo cierto es que sigue condicionando la vida de las mujeres a todos los niveles.

El desarrollo tecnológico en el mundo de la medicina reproductiva ha supuesto un importante avance y una imparable expansión en las técnicas de reproducción asistida, hasta el punto de poder plantearnos la posibilidad de considerar que se está articulando un “escenario reproductor normalizado” (Martí, 2011: 466). Este escenario supera el recurso que ofrece el sistema médico ante la solución de problemas de salud, constituyendo una elección más en la vida de las mujeres que deciden convertirse en madres después de los 35 años e incluso posponer su maternidad vitrificando ovocitos, o que desean ser madres solas o en pareja pero sin contar con una figura masculina que forme parte de su proyecto reproductivo.

En este contexto, el de la maternidad como fenómeno social condicionado por el momento y el contexto histórico en el que se desarrolla y el avance de las técnicas de reproducción asistida que aportan nuevas opciones reproductivas, hemos elaborado el marco teórico de nuestro estudio. El análisis de las representaciones, los discursos y las aportaciones de la observación a las mujeres y los profesionales en los diferentes contextos en que se desarrolla el mundo de la reproducción asistida, nos permite asegurar que hay variaciones significativas que construyen diferentes vivencias entre los grupos estudiados, tanto entre las mujeres como entre los profesionales, pero también hemos encontrado puntos de encuentro

entre las mujeres que acuden a la reproducción asistida para completar su proyecto maternal, por lo que podríamos hablar de un modelo de maternidad emergente que denominaríamos “maternidad tecnológica⁴⁸”, en el que la maternidad se construye en el ámbito de la tecnología reproductiva.

A continuación, partiendo del objetivo principal de esta investigación, el análisis de la maternidad en el ámbito de la reproducción asistida, vamos a proceder al análisis de los objetivos propuestos y a la elaboración de las conclusiones que hemos obtenido a partir de los datos que ha proporcionado la interacción con nuestros informantes. Posteriormente, puesto que todo estudio realizado en el marco de la antropología aplicada debe estar dirigido a la solución de problemas sociales, proponemos un ámbito concreto de la aplicación del estudio partiendo de las conclusiones obtenidas.

Algunos de los problemas reproductivos por los que aparecieron las TRA, no están identificados como problemas médicos, sino que podríamos considerar que existen diversos factores sociales implicados, que hemos pretendido identificar con el fin de poder realizar un análisis de su influencia en el proceso reproductivo estudiado.

El marco social en el que se presenta el fenómeno de la reproducción asistida está fuertemente condicionado por el momento político y económico en el que se desarrolla. La extensión de la mercantilización de la vida llega también al ámbito de la salud. En este sentido, la reproducción asistida es un interesante campo de desarrollo en el ámbito de la ginecología, la andrología, la biología, la tecnología biomédica y la industria farmacéutica que condiciona el gran desarrollo de estas técnicas. La demanda de los tratamientos ha ido en aumento y en consecuencia la oferta aumenta y se diversifica. Por otro lado, la cultura del consumismo, el hedonismo y la inmediatez en la satisfacción de las necesidades (Badinter, 2011), ha propiciado que el consumo de la salud aumente, incluyendo el de las técnicas reproductivas. Esta opción, que implica la elección del momento y la manera de concebir a los hijos, será una de las premisas a la hora de decantarse por el uso de

⁴⁸ Utilizamos el término “maternidad tecnológica” que empleó Taboada (1986) en su estudio sobre la medicalización de la maternidad, aplicando una conceptualización más amplia que esta autora, y con una perspectiva elaborada desde la antropología y el análisis social del fenómeno, con el fin de describir un modelo maternal emergente en nuestro contexto social actual.

las TRA. La alternativa de la adopción suele quedar descartada para las mujeres que acuden a la maternidad en un momento de sus vidas en el que la edad será un importante hándicap para formar una familia.

La dimensión temporal, representada fundamentalmente en la edad de la mujer que desea convertirse en madre, se ha establecido en el discurso médico como uno de los principales factores de riesgo de padecer infertilidad. Esta afirmación está ampliamente argumentada y publicitada en las comunicaciones médicas y las páginas web analizadas. La transmisión de esta información está interiorizada en el discurso de las mujeres y de los profesionales entrevistados, así como en los datos ofrecidos por los centros relativos a los principales perfiles de las mujeres usuarias de las técnicas.

La definición de la infertilidad como enfermedad constituye la legitimación social que llevará a la medicina a actuar sobre el proceso reproductivo. Las TRA se presentan como la alternativa a un problema de salud enmarcada en el ámbito de la reproducción, que afectará sobre todo a la mujer, si tenemos en cuenta que es la principal protagonista del proceso y a la que se suele presuponer como “culpable” ante las dificultades reproductivas. Este sentimiento de culpabilidad será reiteradamente verbalizado en el caso de las mujeres que acuden a las TRA con una pareja masculina. En este punto resulta interesante, aunque no se presenta como uno de los objetivos de nuestro estudio, conocer las diferencias en los roles de género que existen en la vivencia de los tratamientos.

Aceptando el discurso médico legitimado en el que la edad de la mujer es la causa mayoritaria de la infertilidad, debemos cuestionarnos cuáles serán los factores que provocan esta esterilidad femenina que catalogaremos como un tipo de “infertilidad social”, puesto que está, como veremos, originada por diferentes condicionantes sociales en la vida de las mujeres. ¿Cuáles son los factores que provocan que las mujeres tengan hijos cada vez más tarde y que tengan cada vez menos hijos? La incorporación mayoritaria de la mujer al mundo laboral y a la educación formal en el contexto occidental actual, que ha logrado la emancipación del colectivo femenino, y la transformaciones en las relaciones afectivas que dejan de estar representadas por la unión del matrimonio heterosexual como base de la

familia contemporánea, son sólo el punto de partida de las transformaciones en el modelo de maternidad actual. La subsistencia de la injusticia doméstica, que siempre ha tenido un coste social y cultural para las mujeres, respecto al reparto de tareas domésticas y la educación de los hijos y como condicionante para el desarrollo de sus carreras profesionales, teniendo en cuenta que la llegada de los hijos incrementa notablemente las horas de dedicación doméstica de la mujer, tiene también un importante peso en la toma de decisiones del momento ideal para convertirse en madre. El momento de convertirse en madre, como vemos, estará fuertemente condicionado por distintos factores sociales que provocarán un retraso en el momento de la elección de los hijos, y en consecuencia en el número de hijos, ya que las condiciones laborales y personales que las mujeres consideran “ideales” para convertirse en madres, en ocasiones llegan pasados los 35 años, edad en la que el popular “reloj biológico” comienza a pesar sobre sus conciencias y en la que se replantean el deseo maternal.

Las TRA se presentarán también como una solución ante otro de los factores que influirá en la generación de esa “infertilidad social”, generados por los cambios en las relaciones afectivas y con ellos en la diversidad en los modelos de familia que analizaremos posteriormente. El deseo de maternidad en el que una mujer que decide formar en solitario una familia, por no haber encontrado una pareja con la que completar su proyecto maternal, genera un tipo de infertilidad social cuyo problema estará constituido por la falta de un gameto masculino con el que poder convertirse en madres. También el tipo de relaciones afectivas homosexuales que desean formar una familia en pareja, cuyos hijos posean una relación biogenética con uno de los miembros, será otro de los tipos de infertilidad social para los que las TRA serán una opción mayoritaria a la hora de formar una familia.

Para identificar los condicionantes sociales que construyen la identidad femenina entorno a la maternidad, nos hemos planteado conocer los motivos por los que la maternidad se convierte en un eje central en la vida de las mujeres que utilizan la reproducción asistida. La diversidad de opciones y de realidades sociales es una característica del mundo en el que vivimos y forma parte de la construcción de las subjetividades individuales construidas en base a las experiencias que se desarrollan en un contexto y grupo social determinado. Estas subjetividades

formarán parte del posicionamiento individual y colectivo y de la generación de identidades como una parte fluctuante y en constante evolución de la vida de las personas. Al hablar de la construcción de las identidades femeninas contemporáneas ineludiblemente el tema de la maternidad se hace presente. Bien para aceptarla como una opción más dentro del proyecto vital o para considerarla una limitación a la libertad de las mujeres, la maternidad como parte de la definición de los roles de género está presente en las representaciones culturales, transmitiendo valores y posicionamientos sociales en torno a la vida de las mujeres.

Uno de los destinos *naturalmente predeterminados* para las mujeres es la *predisposición* que todas poseen en forma de instinto maternal. A lo largo de la historia, este argumento ha sido utilizado por los sistemas de poder y por los saberes legitimados socialmente para mantener a las mujeres en el ámbito doméstico donde se garantizaría la crianza de la prole y el cuidado de la familia. Sin embargo, aunque la capacidad de las mujeres para engendrar, ya no se presente como destino predeterminado y universal gracias a las transformaciones sociales que generan nuevas concepciones maternas y femeninas, la noción del instinto como justificación para explicar que el deseo maternal está muy presente en el discurso de la mayoría de nuestras informantes. En esta concepción biologicista del fenómeno maternal, se sitúan las TRA al garantizar la vinculación biológica entre la madre y el hijo, bien a través de la experiencia del embarazo y el parto, bien posibilitando la concepción de un hijo con el compartir parte del material genético materno.

Otra de las dimensiones sociales de la maternidad en la vida de las mujeres consiste en que la misma está presente como un importante elemento para asegurar el paso a la vida adulta, gracias al que se adquiere un estatus distinto en la escala social. Este tránsito a una nueva categoría social, que no es puntual sino que perdura en el tiempo, culmina con el reconocimiento como madre por la misma mujer, y con la aceptación y el reconocimiento del hijo como propio (Imaz, 2010). Cuando una mujer desea completar este proceso y encuentra dificultades de tipo social (infertilidad social) o físico, aparece en ella un sentimiento de frustración que verbalizan en expresiones como “yo solo quiero ser como las

demás”, aludiendo a la necesidad de identificarse dentro del grupo social con el resto de las mujeres que se han convertido en madres, y por ende, en sujetos adultos socialmente reconocidos. Aparece en este momento la parte más gris del camino de las TRA cuando, después de reiterados tratamientos, no consiguen el objetivo deseado. Entran entonces en una etapa caracterizada por la obsesión en la que el proyecto maternal pasa a convertirse en el eje central de sus vidas, descuidando incluso otros de sus aspectos vitales y viviendo una situación que será el origen del sufrimiento y del camino duro de la infertilidad, que Bestard (2003) define como una “indefinición de estatus”.

Los avances de la investigación médica y tecnológica han contribuido a generar multitud de posibilidades a la hora de planificar el momento y el modo de tener hijos. El nacimiento de la píldora anticonceptiva en 1956, supuso un gran cambio en el ámbito de la reproducción y en la manera de vivir la sexualidad. Estos avances han propiciado una revolución para el ámbito de los estudios de parentesco generando importantes transformaciones en la definición de distintos conceptos básicos (como el de maternidad y el de filiación) que se elaboran en función de los distintos tipos de familia que surgen gracias a la utilización de estas técnicas. El desarrollo de las TRA y el cambio en las ideas y en las prácticas de la concepción y procreación tienen lugar en un contexto de profundas transformaciones en la familia, siendo además uno de los motores de ese cambio, generando nuevas realidades familiares antes impensables.

La disociación de la sexualidad y la reproducción serán el punto de partida de las modificaciones del parentesco que se producen en el contexto de las TRA. Las técnicas de laboratorio suplirán la fecundación sexual, propiciando la intervención de personas ajenas a la pareja que invadiendo su intimidad, proceden a la implantación del semen en la vagina de la mujer a través de una cánula en el caso de la IA, o a la unión del óvulo y el espermatozoide en un medio de laboratorio en el caso de la FIV, desmontando la clásica concepción de que la cópula sexual es la base de las relaciones de parentesco. El testimonio de algunas informantes a este respecto nos confirma que es una parte complicada del tratamiento, convirtiendo la concepción de su futuro hijo en algo *“frío, de lo que casi no te enteras”* (E 27).

Con la donación de gametos, se generan nuevos conceptos de maternidad y paternidad, contemplando las categorías de madre social y madre genética; padre social y padre genético. En el caso de la maternidad existe también la posibilidad de la figura de la madre gestante; en una FIV podrá coincidir la madre gestante y social pero no la genética. En el caso de la subrogación estas tres figuras maternas pueden estar representadas por tres mujeres: una será la madre social, la que proporcionará el cuidado del hijo, otra la madre gestante que donará su útero en el que se formará el embrión y otra la madre genética que aportará el material cromosómico. Aunque la fragmentación de estos conceptos no es algo exclusivo de las TRA, existe también en los procesos de adopción y en las familias reconstituidas, los progenitores se convierten en padres y madres sociales que son los que proporcionarán el cuidado de los hijos. Los donantes de espermatozoides o de óvulos serán los padres genéticos y lo harán de una manera anónima generando una paternidad genética sin filiación. Los participantes en el proceso de la concepción deben redefinir su ubicación social y asumir el nuevo universo social generado (Rivas, 2009).

Ante esta disociación de la figura materna y paterna aparece el conflicto de la revelación de los orígenes a las criaturas, es decir, los padres y madres sociales se enfrentan al dilema de comunicar o no a los hijos la procedencia de sus genes y con ello la existencia de un padre o madre biológico. En esta investigación, aunque no ha sido uno de los objetivos fundamentales de nuestro estudio, sí hemos constatado, igual que otros investigadores, diferencias importantes respecto a esta cuestión en los grupos de madres estudiados. En el caso de las madres con pareja heterosexual, coincidimos con Rivas y Jociles (2015), en que en nuestro país suelen ser más reticentes a la revelación de los orígenes, posiblemente por el miedo al rechazo del niño por parte de su entorno y a la reacción de las criaturas. Las mujeres solas poseen una amplia narrativa para hablar a sus hijos acerca de su donante, claramente diferenciado de la figura paterna. En caso de las mujeres lesbianas, al tener dos madres no deben suplir la ausencia del otro progenitor, pero también se refieren al donante cuando deben explicar a sus hijos su modelo de familia sin asociarlo a la paternidad biológica.

Las TRA tienen una especial relevancia en la creación de lo que hemos denominado

(en base a la concepción de del Valle (2002)) modelos emergentes de familia. Gracias a las técnicas reproductivas las mujeres no necesitan la práctica de relaciones heterosexuales reproductivas para completar su deseo maternal. Las mujeres solas y las parejas lesbianas tendrán la posibilidad de tener hijos genéticamente propios y la posibilidad de vivir un embarazo, que en muchos casos será el motivo para descartar otra manera de formar una familia con la adopción o la coparentalidad.

Centrándonos en el modelo de monoparentalidad por elección, la característica definitoria de este modelo de familia será la intencionalidad y la construcción de una relación maternofilial en el que no existe una pareja con la que construir el proyecto. La ausencia de la figura paterna, es una de las principales preocupaciones para estas mujeres respecto a la vivencia de los hijos, y desarrollan diversas estrategias con el fin de normalizar su modelo familiar. En el caso de nuestras informantes, la figura paterna está exenta de contenido, desaparece, sin existir un padre genético o social. La figura del donante aparece como parte de la explicación y legitimación de su modelo familiar a la hora de hablar a sus hijos de sus orígenes. Además buscan en la vida de los pequeños algunos referentes masculinos con el fin de conseguir el “doble referente” (masculino y femenino) para el correcto desarrollo del niño.

En el caso de las familias lesboparentales, la voluntad y el deseo en el que se basaban la construcción de las familias homosexuales, crean expresiones de afinidad humanas previamente desprovistas de reconocimiento parental. Las TRA separan la reproducción de las categorías de la experiencia heterosexual, posibilitando la intervención sobre los procesos biológicos, contrastando con una ideología de la familia que sitúa la reproducción biológica dentro del marco natural de las relaciones heterosexuales. La creación de la familia lesboparental transforma la concepción de la maternidad, colocando a las mujeres en un espacio social particular principalmente habitado por otras madres heterosexuales, donde parecen diluirse las diferencias que genera una diferente orientación sexual. Las posibilidades y la realidad vivida no cuentan siempre con la aprobación social enfrentándose a una ideología de la familia que sitúa la reproducción biológica dentro del marco natural de las relaciones heterosexuales.

La maternidad lesbiana aportará a las mujeres homosexuales un acercamiento al ideal de mujer y un mayor estatus social en un contexto en el que la maternidad continúa siendo una parte muy significativa de la identidad femenina actual. La presencia de dos mujeres que cuidan de un hijo en común, será la característica definitoria de este tipo de maternidad en el que se produce un desdoblamiento de la figura materna. A pesar de que ambas mujeres se denominan madres y que las tareas de crianza y domésticas se plantean de forma compartida sin referencias a la distribución en función de género, las funciones maternas y las relaciones materno-filiales no se fundamentan en la naturaleza biológica del vínculo, sino en el cuidado y el amor hacia sus hijos.

En el análisis de los discursos de nuestras informantes, al contemplar los distintos modelos de maternidad que surgen con la aplicación de las técnicas reproductivas, hemos encontrado algunos puntos en los que convergen las distintas maternidades estudiadas:

- Por un lado la intencionalidad: las mujeres que acceden a la reproducción asistida inician la construcción de su proyecto maternal desde la reflexión y la voluntad firme. Se trata de una maternidad planificada y deseada que en algunas ocasiones se convertirá en el eje central de sus vidas.
- Los tratamientos de reproducción asistida están centrados en el cuerpo de las mujeres: las pruebas diagnósticas intentan descartar problemas en la biología femenina en primer lugar, asumiendo que es la causa más frecuente de esterilidad. En la aplicación de los tratamientos hormonales y las frecuentes visitas al sistema médico elegido, la mujer es la que asume la despersonalización incluso de su propio cuerpo que pasa a ser manipulado por el sistema médico con el fin de conseguir el embarazo deseado. Los costes físicos y emocionales son vividos con diferente intensidad pero todas ellas coinciden en señalar el peso que han cobrado los problemas emocionales a lo largo del tratamiento y la influencia que han tenido en sus vidas.
- La marginalidad social que viven los usuarios de las técnicas de reproducción asistida por no conseguir su proyecto reproductivo y la frustración que verbalizan

y sienten los informantes entrevistados, llegando incluso a la emoción durante las conversaciones mantenidas con ellos, nos hacen pensar que el camino de la reproducción asistida en ocasiones es duro, está lleno de incertidumbres y que los fallos reiterados en los tratamientos desplazan a la mujer que deja de sentirse un miembro del grupo social al que pertenece.

Además de estos puntos comunes, hemos encontrado ciertas similitudes entre algunas mujeres que teniendo distinta situación de partida, confluyen con otros grupos que utilizan estas técnicas. En el caso de las familias lesboparentales, igual que en las familias heteroparentales, dos adultos deciden en común ser responsables de la crianza de un menor para llegar a realizar su proyecto parental. En ambos casos la relación de pareja se verá afectada durante el tratamiento: reforzada o debilitada ya que uno de los progenitores puede sentirse desplazado. En el caso de la donación de gametos se necesitará reafirmar y construir su relación paterno o maternofilial en el cuidado y la intencionalidad de tener a su hijo, en un proceso en el que la filiación no estará basada en el vínculo genético, sino en la intencionalidad de la concepción y en el proceso del cuidado y la crianza de los hijos.

Respecto a las mujeres solas, las madres lesbianas tampoco tendrán la figura paterna en sus familias, deberán legitimar ante sus hijos y ante el resto de su entorno la ausencia de la figura masculina en su proyecto parental. Ambos grupos de mujeres establecen nuevas relaciones de parentesco alejadas de la heteronormatividad que impera en nuestra sociedad contemporánea, buscando distintas estrategias con el fin de normalizar sus modelos de familia.

La configuración social de las TRA está condicionada por las representaciones elaboradas por el discurso del colectivo médico. Si nos planteamos que gran parte de los problemas que las técnicas reproductivas se pueden afrontar y resolver partiendo del análisis de los factores sociales que los originan, como es el caso del aumento en la edad a la que las mujeres se plantean la maternidad, podemos considerar que estas técnicas surgen como una respuesta tecnomédica ante un problema social y sitúan la solución de esos problemas en el ámbito de la medicina, efectuando un auténtico proceso de medicalización reproductiva.

El modelo tecnocrático de atención sanitaria presente de manera mayoritaria en los centros médicos públicos y privados, que relega a las mujeres al papel de pacientes dependientes del sistema médico, es uno de los factores que contribuyen a generar malestar entre las futuras madres. En el caso de las TRA adquiere unas connotaciones especiales, puesto que el ámbito reproductivo es especialmente significativo, como hemos comentado, en la generación de las subjetividades en especial en las de las mujeres.

La relación con los profesionales estará condicionada por diversos factores. La experiencia en el caso de nuestras informantes ha sido evocada de manera retrospectiva y en todos los casos se consiguió formar la familia deseada. Sin embargo, la vivencia con las TRA difiere de unas mujeres a otras en función del tiempo de tratamiento y del tipo de relación que establecieron con el personal médico. Las interacciones serán percibidas por las mujeres en el caso del sistema sanitario público como distantes y mecánicas con un marcado tinte de impersonalidad. En el caso de la sanidad privada, las experiencias difieren según las clínicas y las personas, pero en general la cercanía se evoca como un importante factor a valorar de manera positiva y también la fácil accesibilidad y la rapidez en las distintas pruebas y en los tratamientos. Por parte de los profesionales, la percepción que tienen sobre las mujeres que acuden a las TRA parte desde el punto de vista del análisis de las pacientes, a las que deben ayudar en sus problemas de esterilidad. Las perciben como pacientes especiales, frágiles y obsesivas en ocasiones sobre- informadas por la amplia red de páginas web y foros existentes. Sin embargo, la mayoría de los profesionales entrevistados refiere haber elegido la especialidad de la “repro” (término que utilizan para referirse a la especialidad de la reproducción asistida) porque les resulta un mundo “apasionante” y se sienten muy satisfechos de su trabajo al ayudar a las mujeres a lograr conseguir su maternidad.

5.1. LA MATERNIDAD TECNOLÓGICA

Partiendo del cuestionamiento de la visión totalizadora de la cultura, basada en el supuesto de la homogeneidad y la existencia de repertorios fijos interiorizados por todos los miembros de una sociedad (del Valle, 2002:33), hemos realizado un análisis de los modelos emergentes de maternidad construidos en torno a la aplicación de las TRA como una estrategia de investigación, que nos ha permitido acceder a diferentes aspectos de una realidad sociocultural que independientemente de su importancia cuantitativa, cuenta con una significativa influencia en el conjunto de la población por su valor referencial que puede constituir un referente normativo. Desde estas premisas, vamos a proceder a desarrollar una propuesta sobre lo que hemos considerado el “modelo de maternidad tecnológica”, entendida como un conjunto de prácticas, valores y modos de percibir la maternidad que comparten el conjunto de mujeres que acceden a las TRA para convertirse en madres, independientemente de su orientación sexual y el contexto familiar del que parte el planteamiento maternal.

Con el fin de realizar la exposición del modelo maternal propuesto, utilizaremos el análisis de totalidades sociales propuesto por Yanagisako y Collier (2007) para poder constatar cómo los procesos sociales y simbólicos relacionados con las técnicas reproductivas llegan a tener consecuencias y significados, partiendo de la premisa de que los sistemas sociales son, por definición, sistemas de desigualdad. Esta premisa de partida es descrita por las autoras como fuente de tres ventajas inmediatas: si una sociedad es un sistema de relaciones y valores sociales, debemos cuestionarnos en primer lugar por qué las personas tienen los valores que tienen y en el caso de la maternidad, por qué es un elemento valorado en la generación identitaria femenina. En segundo lugar, ante la concepción de una sociedad como sistema de desigualdad, podemos separar los conceptos de igualdad y justicia, pudiendo analizar los sistemas culturales de valoración con el fin de analizar si satisfacen o no nuestros criterios ante estos conceptos. Por último si suponemos que todas las sociedades son sistemas de desigualdad, estamos obligados a explicar las razones por las que ese grupo social asume formas cualitativamente distintas. En el caso de la maternidad, nos planteamos explicar

por qué la sociedad asume distintas formas de expresión y vivencias maternas, explicando de qué manera las diferencias adquieren significados culturales y consecuencias sociales.

El sistema de análisis propuesto por Yanagisako y Collier, partiendo de la idea explicada de los sistemas de desigualdad, tiene una secuencia con tres apartados : a) el análisis cultural del significado, b) los modelos sistemáticos de desigualdad y c) el análisis histórico. Utilizaremos estas herramientas para realizar el análisis del fenómeno social de la maternidad tecnológica.

a) El análisis cultural del significado

El fenómeno de la maternidad contribuye al mantenimiento, reproducción y transformación de valores, actitudes y creencias, haciendo posible que la relación materno-filial condicione la subjetividad de los individuos. El discurso específico occidental acerca de la maternidad como finalidad única de las mujeres, apoyado en la biología como deber social, continúa presente en el imaginario individual y colectivo de hombres y mujeres, contribuyendo a la perpetuación de la dualidad mujer- madre que ha sido mantenida durante siglos por el poder político y las instituciones, y todavía es en la vida de las mujeres una importante forma de realización femenina.

La potencialidad reproductiva de las mujeres continúa afectando a su existencia y la elección de la maternidad sigue condicionada por el momento vital de cada mujer. El control de la reproducción ha supuesto también la libertad de elección, los derechos esenciales y la igualdad de oportunidades respecto a los hombres. Esta posibilidad de elegir debe ser conciliada con la maternidad. Sin embargo, el aumento de obligaciones en el ámbito doméstico y el deseo de desarrollo profesional generará un conflicto en la mayoría de las mujeres en su conciliación con sus obligaciones maternas, que contribuirá al retraso en el proyecto reproductivo y con ello en muchas ocasiones a tener que enfrentarse a la aparición de problemas en la concepción.

Ante esta realidad en la que la maternidad continúa pesando en la generación de la subjetividad femenina como parte importante de su proyecto vital, las dificultades a las que se enfrentan las mujeres que no pueden tener hijos constituyen una importante fuente de frustraciones y vivencias negativas, que deben superar. Las TRA aparecen como la solución ante los problemas reproductivos, pero no de una manera accesible e inocua, sino afectando a la concepción de la maternidad y las relaciones materno filiales que deben redefinirse a lo largo de los tratamientos.

La maternidad tecnológica tendrá un coste en la vida de las mujeres, asociada al sufrimiento y a la marginalidad que supone no ser un miembro del grupo social como el resto, para ellas el embarazo no es algo inesperado y fácil enmarcado en el contexto de una relación sexual placentera, se convierte en un largo camino en el que la intervención de extraños conseguirá en algunos casos, la fecundación en el laboratorio de las células necesarias que darán lugar al embrión que se convertirá en su hijo. Sin embargo, la vivencia del proceso estará condicionada por el éxito del tratamiento y la relación con el sistema médico que pasa a formar parte de su deseo maternal adquiriendo un importante protagonismo. Las TRA se convierten en la solución y en la manipulación del fenómeno de la reproducción, y para las mujeres, que acuden a ellas como agentes activos ante los problemas conceptivos, generarán una manera de concebir la maternidad en el contexto reproductivo de la tecnología por la que ellas abogan, pero en su opinión debería realizarse de una manera más humanizada y que se ajuste más al especial momento que supone en su vidas.

b) Modelos sistemáticos de desigualdad

Al cuestionarnos los motivos por los que las mujeres acuden a las TRA para convertirse en madres ante la imposibilidad de tener un hijo, muchas de nuestras informantes nos afirmaban que querían tener un “hijo propio” aludiendo al vínculo biológico construido desde la vinculación genética y desde la experiencia del embarazo. Esta realidad podemos enmarcarla en la intención de contribuir a la reproducción de un modelo de familia tradicional compuesta por padre, madre e hijo, cuya vinculación se presupone por las sustancias biológicas. Los sistemas de

desigualdad que se generan en el modelo de maternidad tecnológica, se producen a partir de la donación de gametos y la fragmentación de la filiación. La existencia de una madre social y una genética precisa de estrategias por las que la madre establece el vínculo con el niño que pretende normalizar el modelo de familia. La revelación de los orígenes formará parte de este entramado familiar que en nuestro país aun no goza de una estandarización ni aceptación social entre las parejas de padres heterosexuales.

En el caso de las madres solas por reproducción asistida, la ausencia de un gameto masculino con el que compartir la filiación genera un cuestionamiento social que pone en entredicho su modelo de familia. Ante esta realidad, las mujeres apoyadas por su grupo de iguales, desarrollan estrategias de legitimación de sus familias intentando normalizar ante sus hijos su elección. Las familias lesboparentales pertenecen también a este entramado de modelos de familia alternativos al de la familia tradicional, con unas características específicas como el desdoblamiento de la figura materna y la ausencia de un padre social en la unidad familiar.

Como vemos, la maternidad tecnológica, generará modelos sistemáticos de desigualdad en el ámbito familiar, cuya base de la filiación se constituye gracias a la intencionalidad, el amor y el cuidado de los niños, surgiendo nuevas figuras maternas y nuevas concepciones en las relaciones de parentesco. Si consideramos que los modelos de acción se basan en el supuesto de que las estructuras sociales son realizadas por personas que tratan de conseguir sus propios fines subjetivos en estos modelos de desigualdad (Yanagisako y Collier, 2007), el potencial cambio que surge en este modelo maternal, será inherente a la acción de las mujeres que la protagonizan.

c) Análisis histórico

Las transformaciones en los modelos maternas que algunos autores han denominado “nuevas formas de expresión de maternidad”, son esenciales en la configuración de la maternidad tecnológica. La revolución anticonceptiva y la emancipación femenina junto con la aparición del movimiento feminista han

contribuido a que las mujeres comiencen a cuestionarse el papel predeterminado en el sistema social de esposas y madres. La maternidad ya no es un destino ineludible en la vida de las mujeres, de hecho han surgido las no madres: mujeres que deciden no acceder al mundo de la maternidad por convicciones personales o por circunstancias sociales. También es interesante contemplar el arrepentimiento en el fenómeno maternal verbalizado en algunos grupos de mujeres cuya experiencia ha contribuido a analizar el papel de la maternidad y su influencia en la vida de las mujeres, alejándolo de la idealización del amor maternal como incondicional e inalterable.

A pesar de que estas realidades están significativamente presentes en nuestro entorno y que se están convirtiendo en objeto de estudio de las ciencias sociales, lo cierto es que el fenómeno maternal actual está fuertemente condicionado por la trayectoria histórica del mito de la buena madre. En base a esta concepción de mujer-madre ante todo, que antepone los intereses del niño a los suyos como prioridad vital, aparece lo que Hays (1998) denominó el modelo de maternidad intensiva, que continúa siendo el modelo maternal mayoritario. Si para convertirse en madre se necesita todo el tiempo del mundo y encontrar por tanto el momento y las circunstancias adecuadas, tanto económicas como afectivas, las mujeres, de manera premeditada o inercial, posponen su maternidad. El deseo maternal aparece cuando la presión social o el reloj biológico les empujan a la toma de la decisión, que en algunos casos se producirá en un momento en el que pueden surgir problemas reproductivos o bien deben formar su familia en solitario. Las mujeres que forman parte de este modelo de maternidad tecnológica, pertenecen a una generación en la que la elección del proceso maternal estará condicionada por múltiples factores sociales, tanto a nivel de relaciones afectivas como laborales y de realización personal. Son mujeres que en otros ámbitos de la vida también eligen y se planifican, pero a la hora de tener hijos la imprevista infertilidad les hará acceder a un mundo que cambiará por completo su proyecto parental.

A lo largo de este trabajo hemos pretendido analizar la vivencia y el sistema de representaciones que construyen y comparten las mujeres con problemas reproductivos con el fin de conseguir gestionar las dificultades que les impiden

conseguir convertirse en madres. La maternidad en el contexto de la reproducción asistida se produce en el seno de profundas transformaciones en el ámbito de la familia y la reproducción, y en un punto de máximo desarrollo en el campo tecnológico y en el de la medicina. Ser madre por reproducción asistida es una realidad cada vez más frecuente, e incluso cuenta con la legitimidad necesaria para normalizarse como un modelo emergente de maternidad en nuestro entorno social.

Nuestro análisis nos ha llevado a proponer un modelo de maternidad (partiendo de la premisa de la heterogeneidad de las experiencias y las subjetividades de las mujeres que forman parte de ella) que forma parte del escenario reproductor normalizado y en el que las estrategias individuales y familiares de estas madres buscan optimizar los recursos necesarios para adaptarse a las constricciones del medio social en el que se desarrolla. Estas mujeres que se convierten en madres en un contexto social que todavía les predispone a ello como mandato ineludible del instinto maternal, lo hacen desde la intencionalidad y enfrentándose al estigma social de la infertilidad (social o biológica), que les afectará como mujeres y como miembros adultos del grupo social al que pertenecen, condicionadas por una subjetividad femenina construida en torno al binomio mujer-madre.

El acceso a las TRA supondrá la disociación de la sexualidad y la reproducción, que en el caso de mujeres solas y familias lesboparentales, permitirá el acceso a la vinculación biológica y a la formación de familias creadas en base a la experiencia biológica del embarazo y el parto. La experiencia de la reproducción asistida está asociada al sufrimiento y al dolor, a la sensación de tener que recorrer un camino largo para conseguir lo que otros consiguen de manera fácil y placentera, y esta realidad condicionará la experiencia marcada en algunas ocasiones por continuas decepciones que en muchos casos afectan a la vida de sus protagonistas y a la de sus parejas a nivel emocional y relacional.

La maternidad tecnológica, está definida también por la despersonalización del proceso reproductivo y condicionada por la intervención de la ciencia y la tecnología. La implicación en el proyecto personal de otros actores que

intervendrán a partir de la incorporación de la medicina, legitimados por el poder del conocimiento experto, supondrá el control del cuerpo de la mujer sobre el que se realizarán las intervenciones necesarias para conseguir el esperado embarazo. La interacción con el sistema médico condicionará la experiencia del tratamiento, que habrá merecido la pena si se consigue el fin buscado, pero que generará vivencias positivas o negativas en base a las relaciones establecidas entre las mujeres, sus parejas si las hay, y los profesionales que les atienden.

Los modelos sistemáticos de desigualdad que la maternidad tecnológica genera en el ámbito familiar, se producen por la fragmentación de las figuras maternas y paternas y por la transformación de la filiación, que se construye en base a la intencionalidad y el deseo del hijo como punto de partida, y el afecto y el cuidado como generación del vínculo materno filial. Como vemos, este modelo de maternidad, afectará también a las relaciones familiares constituyendo un elemento importante en la transformación de las relaciones de parentesco.

5.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO

Este trabajo de investigación ha pretendido conseguir dar voz a las mujeres que han acudido a la reproducción asistida con el fin de alcanzar su proyecto maternal. Ellas son las protagonistas de nuestro análisis y para ellas y para otras mujeres que decidan seguir este camino proponemos distintas líneas de actuación que contribuyan a prevenir y/o mejorar el acceso a las TRA. Partiendo de la premisa de que el retraso en la concepción de los hijos afecta sobre todo a las mujeres y lo que esto supone en su vida reproductiva debido al lastre que supone la maternidad en su vida profesional, consideramos imprescindible que los poderes públicos reconozcan el valor social de la reproducción y con ese fin proponemos las siguientes medidas de actuación.

- La creación de políticas efectivas que favorezcan la igualdad de acceso al mundo laboral de hombres y mujeres sería la base sobre la que luchar para conseguir que las mujeres desarrollaran una vida personal y familiar plena.

- La reforma de las políticas de conciliación dirigidas fundamentalmente a las mujeres (para las que continúa existiendo la doble jornada laboral) implicando a todos los miembros de la familia, flexibilizando las jornadas laborales, ampliando y homogeneizando los permisos paternos y maternos, conseguiría una inclusión plena de las mujeres en el mundo laboral y favorecería la corresponsabilidad doméstica como base para lograr la igualdad de género.

- Teniendo en cuenta la importancia de las redes sociales y la gran cantidad de información a la que da acceso internet, existen una gran cantidad de foros, páginas web y clínicas que publicitan la atención y aconsejan a muchas mujeres que acceden al mundo de la reproducción asistida. En este sentido consideramos necesaria la creación de herramientas virtuales fomentadas desde el ámbito de las instituciones públicas por grupos multidisciplinares que aporten información veraz y profesional sobre los centros, los tratamientos y los profesionales a los que deben dirigirse las mujeres que acuden a las TRA.

- Desde el posicionamiento biomédico, los aspectos culturales suelen estar excluidos en la praxis habitual. En el ámbito de la esterilidad, considerando que las TRA surgen a menudo para solucionar factores sociales, como el aumento en la edad materna, la realización de estudios que analicen los factores sociales relacionados con las dificultades reproductivas, puede ser el punto de partida para conseguir elaborar programas de salud que tengan en cuenta los condicionantes sociales que afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

- Partiendo del análisis de las transformaciones sociales que han generado la necesidad del acceso a las TRA a grupos de mujeres solas y parejas lesbianas, hemos visto que las nuevas realidades sociales originan debates y aportan constantes cambios y transformaciones en nuestros sistemas simbólicos y culturales que deberían tener una influencia a nivel legislativo y político con el fin de conseguir una diversidad real, garantizando el acceso a estas técnicas a todas las mujeres, independientemente de su orientación sexual o su situación afectiva, con el fin de que puedan convivir los diferentes modelos de familia en una igualdad real, lejos de la discriminación y los prejuicios sociales.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLÁN, F (2011): "Situación jurídica de la especialidad: regulación y normativa nacional y autonómica". *Libro blanco sociosanitario. La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*, Madrid, Ed MatorrasWeining..

AGUSTÍN, S. (2013): *Familias homoparentales en España: integración social, necesidades y derechos*. Departamento Interfacultativo de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Autónoma de Madrid.

ALBERDI, I. (1984): "Actitudes de las mujeres hacia el cambio familiar". *Reis. Revista española de investigaciones sociológicas*, nº27, pp. 41-60.

ALBERDI, I. ESCARIO y P. MATAS, N. (2000): *Las mujeres jóvenes en España*. Barcelona, Fundació «La Caixa».

ALCAÑIZ, M. (2004): "Conciliación entre las esferas pública y privada ¿Hacia un nuevo modelo en el sistema de géneros?" *Sociología. Problemas e Prácticas*, nº 44, pp. 47-70.

ÁLVAREZ, B. (2013): "La maternidad: entre la decisión individual y/o la obligatoriedad social", in López, C., Marre, D. y Bestard, J. (eds) *Maternidades, procreación y crianza en transformación*. Barcelona, Bellaterra, pp. 221-245.

ÁLVAREZ, C. (2013) "Una línea delgada en el parentesco: los padres/abuelos y las madres/abuelas" *Revista de Antropología Social*, nº22, pp. 355-368

- (2014). "La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada". *IM-Pertinente*, nº 2, vol 1, pp. 17-43.

ÁLVAREZ, R (1985):"El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica". Madrid, Díaz Santos, pp 1-26.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (2013). *Edad y fertilidad guía para pacientes*. Alabama, Montgomery Highway Birmingham,

AVILÉS M. y SÁNCHEZ, A. (2015): "¡Quiero ser madre! las técnicas de reproducción asistida como vía de acceso a la maternidad en solitario." *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, nº10, pp. 258-282

ANZORENA, C. y YÁÑEZ, S. (2013) "Narrar la ambivalencia desde el cuerpo: diálogo sobre nuestras propias experiencias en torno a la "no-maternidad", *Investigaciones Feministas*, nº 4, pp. 221-239.

ARANZADI, J. (2003): *Introducción y guía al estudio de la antropología del parentesco*. Madrid, Universitaria Ramón Areces, pp. 151-167.

ÁVILA, Y. (2005): "Mujeres frente a los espejos de la maternidad: las que eligen no ser madres", *Desacatos. Revista de Antropología Social*, nº 17, pp. 107-126.

BACCINO, G. (2008) "¿Debe el niño nacido de una donación de gametos conocer su origen? Qué sugerimos como profesionales y por qué" *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, nº 25 vol 1, pp 55-59.

BADINTER, E. (1981): *¿Existe el amor maternal?. Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona, Paidós.

- (2011). *La mujer y la madre*. Madrid, La Esfera de los Libros.

BAUMAN, Z. (2003): *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid. Fondo de cultura económica.

BALLESTA, F.J (2011): "El equívoco de la esterilidad: ¿enfermedad o manipulación?" *Revista de Bioética y Derecho*, nº 23, pp 21-34.

BEN-ARI, A. y WEINBERG-KURNIK, G. (2007): "The Dialectics Between the Personal and the Interpersonal in the Experiences of Adoptive Single Mothers by Choice", *Sex roles*, nº56, pp. 823-833.

BESTARD, J. (1998): *Parentesco y Modernidad*. Barcelona: Paidós.

- (2003): Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones, Barcelona, Universidad de Barcelona
- (2004): Tras la biología : la moralidad del parentesco y las nuevas tecnologías de reproducción. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- (2009): Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Revista de Antropología Social*, nº18, pp. 83-95.
- (2011): "Familia y transformaciones en el parentesco". *Familias. Historia de la sociedad española (del final de la edad media a nuestros días)*. Madrid, Cátedra, pp. 977-1000.

BEAUVOIR, S. (2011): *El segundo sexo*. Madrid, Cátedra-feminismos.

BLAZQUEZ, M. y MONTES, M.J. (2010): "Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres". *Ankulegi*, nº 14, pp. 81-92.

BOCK, J. (2000): "Doing the Right Thing? Single Mothers by Choice and the Struggle for Legitimacy", *Gender & Society*, nº 1, vol. 14, pp. 62-86.

BOGINO, M. (2016): "No-maternidades: entre la distancia y la reciprocidad en las relaciones de parentesco". *Quaderns-e*, nº 21, vol 2, pp. 60-76

BOLUFER, M. - (1995): "La construcción de la identidad femenina: Reformismo e Ilustración". *Estudis: Revista de historia moderna*, nº 21, pp. 249-265.

- (2006): "Formas de ser madre: los modelos de maternidad y sus transformaciones (siglos XVI-XIX)" en Méndez, J (ed). *Maternidad, familia y trabajo. de la invisibilidad histórica de las mujeres a la igualdad contemporánea: I Jornadas de Estudios Históricos: Cátedra Sánchez-Albornoz, 2006*. Ávila, Fundación Sánchez Albornoz, pp. 61-79.

- (2007). "Mujeres e Ilustración: una perspectiva europea". *Cuadernos de Historia Moderna. Anejos*, vol 6, pp.181-201.

- (2010): "Madres, maternidades: nuevas miradas desde la historiografía". *Debates sobre la maternidad desde una perspectivas histórica (siglos XVI-XX)*, en Gloria Franco (ed). Barcelona, Icaria, pp. 51-81.

BOON, J. (1974): "Anthropology and nannies". *Man*, nº 9, pp. 137-140.

BOURDIEU, P. (1997): *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona. Anagrama

BRANCIFORTE, L. (2009) "La maternidad: el tránsito desde la tradición a la elección en la edad contemporánea", *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de Género*, nº 1, pp 41-52.

BRASSESCO-JULIO, C. et al (2015): "Nuevas demandas sociales en tratamientos de reproducción asistida". *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*, nº2, pp. 17-22.

BRUNA, I. COLLADO, O. PRADOS F, PÉREZ-BERMEJO, G. (2007): "El estudio básico de esterilidad desde el punto de vista de la medicina basada en evidencia". *Revista iberoamericana de fertilidad*, nº 24, vol. 3, pp 145-150.

BURIN, M (2010): "Género y Salud Mental: construcción de subjetividad femenina y masculina". Material teórico elaborado para una clase de Género y Salud Mental, dictada en Mayo de 2010, Fac. Psicología UBA. Recuperado el 26 Mayo 2017 en http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1.

CALLEJO, J., DEL VAL, C., GUTIÉRREZ, J., VIEDMA, A. (2010): *Introducción a las técnicas de investigación social*. Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces S.A.

CARRASQUER, P (2012): "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, nº 91, pp. 91-113.

CARSTEN, J. (2007): "La sustancia del parentesco y el calor del hogar: alimentación, condición de persona y modos de vinculación (relatedness) entre los Malayos de Pulau Langkawi", en R. Parkin y L. Stone (eds.), *Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid: Ed. Universitaria, Ramón Areces, pp. 515-542.

CASTÓN, P. (1996): "La sociología de Pierre Bourdieu". Universidad de Granada. *Reis*, nº76, pp.75-97.

CASTRO, T y SEIZ, M. (2014): "La transformación de la familia en España desde una perspectiva socio-demográfica". Instituto de Economía, Geografía y Demografía, CSIC. VII informe sobre la exclusión y desarrollo social en España. Foessa.

CID, R. (2009): "Simone de Beauvoir y la historia de las mujeres. Notas sobre *El Segundo Sexo*". *Investigaciones Feministas*, pp. 65-76.

CORROCHANO, E. (2012). Familias tardías: ¿nuevos retos para la sociedad del bienestar? En *Modos y maneras de hacer familia. Las familias tardías, una modalidad emergente*. N. Konvalinka, Ed. Madrid: Biblioteca Nueva.

- (2016): "La maternidad después de... Estudio etnográfico de la maternidad primípara "tardía" en España". *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, nº1, vol 11, pp. 79-103.

DAVIS-FLOYD, R. (2000): "Protocolos o riesgos añadidos". *Libro oficial de ponencias del I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Tenerife: Edit. Ob Stare, pp. 117-119.-

- (2001) "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, nº 75, pp. 5-23.

DE BEAUVOIR, S. (2011). *El segundo sexo*. Madrid. Cátedra

DE MIGUEL, A. (2014): "La dialéctica de la Teoría Feminista: lo que nos une, lo que nos separa, lo que nos hace avanzar". *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, nº63, pp.191-204.

DEL VALLE, T. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid, Narcea.

DONATH, O. (2016): *#madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Barcelona, Penguin Random House.

DONOSO, S (2012): "La familia lesboparental: ¿Reinvención de la familia?". Universitat de Barcelona. Barcelona. Tesis Doctoral.

. (2013): "Superando la unicidad de la madre. La familia lesboparental". *Maternidades, procreación y crianza en transformación*. Barcelona, Bellatera, pp 185-201.

DUNCAN, F et al (2016): "Reproductive age-associated fibrosis in the stroma of the mammalian ovary. Reproduction"; disponible en <http://www.reproduction-online.org/content/152/3/245.abstract>. Consultado el 13 Mayo de 2017.

ENRIZ, N. (2010): "Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guaraní". *Anthropologica*, nº 28, pp. 117-137.

ESTEBAN, M.L. (2000): "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna". En: Perdiguero y Comelles, *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, pp. 207-226.

- (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, Bellatera

FIRESTONE, S. (1976): *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Barcelona, Kairós.

FITÓ, C. (2010): *Identidad, cuerpo y parentesco. Etnografía sobre la experiencia de la infertilidad y la reproducción asistida en Cataluña*, Barcelona, Bellaterra.

FOUCAULT, M (1978): *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI.

- (1990): *La vida de los hombres infames*. Madrid, La Piqueta.

FRANKLIN, S. (2013). *Biological Relatives IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*. London. Duke University Press.

GALDÓS S (2013). “La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. nº 30, vol, 3, pp. 455-60.

GOLOMBOK, S., SMITH, V y FREEMAN, T. (2016): “Single Mothers by Choice: Mother–Child Relationships and Children’s Psychological Adjustment”. *Journal of Family Psychology*, nº30, vol 4, pp. 409–418.

GONZÁLEZ, M. JIMÉNEZ I, MORGADO, B., y DÍEZ, M. (2008): “Madres solteras por elección. Análisis de la monoparentalidad emergente”. Madrid: Instituto de la Mujer.

GONZÁLEZ, M. SÁNCHEZ, A. (2003): “las familias homoparentales y sus redes de apoyo social “. *Portularia*, nº3, pp. 207-220.

GRAU, C. FERNANDEZ, M. (2015). “Relaciones de parentesco en las nuevas familias. Disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social”. *Gazeta de Antropología*, 31.

GRAU, J. (2005): *Procreación, género e identidad. Debates actuales sobre parentesco y familia en clave transcultural*. Barcelona. Bellaterra.

GUTIÉRREZ, J. (2010): “La observación participante y visual”. En *Introducción a las técnicas de investigación social*. Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces S.A, pp 45-59.

HAYS, S. (1998): *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona, Paidós.

HALL. S. (1997): “Representation: Cultural Representations and Signifying Practices”. Sage Publications, London, pp. 13-74.

HERTZ, R. (2002): "The Father as an Idea: A Challenge to Kinship Boundaries by Single Mothers", *Symbolic Interaction*, vol. 25 , pp. 1-31.

- (2006), *Single by Chance, Mothers by Choice: How Women Are Choosing Parenthood without Marriage and Creating the New American Family*, Nueva York, Oxford University Press.

IGAREDA, N. (2016) "La donación anónima de gametos para reproducción humana asistida en España: problemas y retos". *Rev Bio y Der*, nº 38, pp. 71-86.

ILLICH, I (1975) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.

IMAZ, E. - (2004) "Maternidades lesbianas, nuevas formas familiares y derecho a elegir". *Grafo working papers*, 03/02.

-(2006): "La maternidad en el seno de las parejas lesbianas: cambios, continuidades y rupturas respecto a los modelos familiares y maternales", *Arxius des ciències socials* , nº15, pp. 89-100.

- (2007): "Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas". Universidad del País Vasco. San Sebastián. Tesis Doctoral.

- (2010): *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid, Cátedra-Feminismos.

- (2014): "Maternidades lesbianas nuevas formas de familiares y el derecho a elegir". *Grafo working papers*, nº3, pp. 7-17.

- (2016): "'Igualmente madres". Sentidos atribuidos a lo biológico, lo jurídico y lo cotidiano en las maternidades lesbianas". *Quaderns-e*, nº 21, vol 2, pp. 76-87.

- (2016 b): "¿Rebiologización en las familias de elección? Lesbomaternidad y uso de tecnologías reproductivas". *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* nº 11, vol 3, pp. 405 – 418.

INE (2015), Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores demográficos básicos. Año 2014. Datos provisionales.

INE (2015). Encuesta Continua de hogares. Año 2014.

<http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>. Consultado el 20 de Mayo de 2017.

INE (2014). Boletín informativo 7/2014. Las formas de la convivencia.

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259944407896&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout. Consultado el 20 de Mayo de 2017.

JOCILES, M.I., RIVAS, A.M., MONCÓ, B., VILLAMI, F. y DÍAZ, P. (2008): “Una reflexión crítica sobre la monoparentalidad : el caso de las madres solteras por elección”. *Portularia*, nº 3, vol 1, pp. 265-274.

JOCILES, M.I. Y RIVAS, A.M. (2010) ¿Es la ausencia del padre un problema? La disociación de los roles paternos entre las madres solteras por elección. *Gazeta de Antropología*, nº 26.

- (2010b): “Motivaciones genéticas y experienciales: el discurso de las MSPE sobre la fecundación asistida como vía de acceso a la maternidad”. *Alteridades*, nº 20, vol 39, pp. 107-124.

JOCILES, M.I. y VILLAAMIL, F.(2012): “Madres solteras por elección: representaciones sobre la fecundación sexual como vía de acceso a la maternidad”. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, nº 44, vol 4, pp. 717-731.

JOCILES, M.I, RIVAS, A.M, y POVEDA-BICKNELL, D. (2014): “Monoparentalidad por elección y revelación de orígenes a los hijos nacidos por donación de gametos. El caso de España”. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. nº65, pp 65-92.

JORDANA, O. (2007): “La maternidad voluntariamente sola en Barcelona: una aproximación antropológica”. Tesis doctoral inédita. Departamento de Antropología Social. Universidad de Barcelona.

KLEINMAN, A (2011): “The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine”. *The Lancet* nº 377, pp. 804-805.

KNIBIEHLER, Y (2001): *Historia de las madres y de la maternidad en occidente*. Buenos Aires, Nueva Visión Argentina.

KONVALINKA, N. (2012): "Relaciones de cuidado y redes de parentesco en los nuevos modelos familias: las familias tardías". En *Modos y maneras de hacer familia. Las familias tardías, una modalidad emergente*. N. Konvalinka, Ed. Madrid: Biblioteca Nueva.

LAÍN ENTRALGO P (1964): "La relación médico-enfermo" *Madrid: Revista de Occidente*; vol 1, pp.15-26.

LAMM, E. (2013). *Gestación por sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Barcelona. Universitat de Barcelona.

LE BRETON, D (1994). "Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia". *REIS*, nº 68, pp. 197-210.

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, publicada en el BOE nº 157.

Ley 14/2006 del 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida, publicada en el BOE nº 126.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, publicada en el BOE nº 65.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, publicada en el BOE nº 55.

LEÓN, L.S. (2012): "¿Hacia un nuevo concepto de maternidad?: una mirada desde la perspectiva feminista". en Nancy Konvalinka (ed.). *Modos y maneras de hacer familia. Las familias tardías, una modalidad emergente*. Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 107-116.

LÓPEZ, A. (2016) "España es el país de Europa donde se realizan más fecundaciones in vitro". El Mundo. <http://www.elmundo.es/salud/2016/05/19/573dad05468aeb627d8b4694.html>
Consultado el 25 abril de 2017.

LÓPEZ, J. y APARISI, A. (2012): "Aproximación a la problemática ética y jurídica de la maternidad subrogada". *Cuadernos de Bioética*, nº23, vol 2, pp. 253-267

LÓPEZ, T. (2017). "Trabajo remunerado y vida familiar en la generación del Milenio: un equilibrio necesario". Cátedra Extraordinaria de Políticas de Familia. Universidad Complutense-AFA.

LÓPEZ, T, DE MONTALVO, F. ALONSO, C. BELLVER, F. et al (2017): "Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada". Comité de bioética de España. http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf. Consultado el 12 de junio de 2017.

MANNIS, S. (1999) "Single Mothers by Choice". *Family relations*. nº 48, pp. 121-128.

MATORRAS, R. CRISOL, L. et al (2011). "Fertilidad e infertilidad humanas". *Libro blanco Sociosanitario. La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*. Ed Matorras Weining. Madrid.

MARTÍ, A. (2011): *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*. Universitat Jaume I. Castellón. Tesis Doctoral.

MARTÍN CASARES, A. (2006): *Antropología de Género*. Cátedra. Madrid.

MARIÑO, M. (2013). "Cuando hablo de mi mujer no reivindico nada, lo hago igual que otras hablan de sus maridos"

<http://www.20minutos.es/noticia/1813334/0/familiashomoparentales/testimonios/hijos/#xtor=AD-15&xts=467263>. (Consultado en Abril 2017)

MAUSS, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid. Tecnos. pp. 341-350.

MATORRAS y R. CRISOL, L. (2011). "Fertilidad e infertilidad humanas". *Libro blanco Sociosanitario. La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*. Matorras Weining.

MENÉNDEZ, E. (1984): "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud". *Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata*, nº 86, pp.97-113.

- (2005) "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos" *Revista de Antropología Social* nº 14, pp. 33-69.

- (2005b). "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" *Salud Colectiva*, vol. 1, pp. 9-32.

MEÑACA, A (2006): "La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas". En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, pp. 93-108.

MÍNGUEZ, Y. y GARCÍA-VELASCO, J.A. (2011). "Situación jurídica: comparación con países del entorno". *Libro blanco Sociosanitario. La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*. Madrid, Ed Matorras Weining, pp: 97-109.

MONCÓ, B. (2009). "La maternidad en la red: el caso de las madres solteras por elección". *Feminismo/s* nº14, pp. 123-142.

MONCÓ, B. JOCILES, M.I. y RIVAS, A.M. (2011): "Madres solteras por elección: representaciones sociales y modelos de legitimación". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, nº24, vol 74, pp. 73-92.

MONTEROS, S. (2014). "Maternidad subrogada: no es tan sencillo descartarla como

posibilidad" *AFIN*, nº 66, pp 1-11.

MONTES M. J. (2007): *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Universitat Rovira y Virgili. Tarragona. Tesis Doctoral.

MORANT, I. y BOLUFER, M. (2009): "El matrimonio en el corazón de la sociedad :introducción historiográfica". *Tiempos Modernos: Revista Electrónica de Historia Moderna*, vol 6, nº18, pp. 1-15.

MORELL, M.E, MARTÍNEZ , C, y QUINTANA, J.L. (2009): "Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades". *Rev Pediatr Aten Primaria*, nº 11, pp.491-512.

MOORE, H.L.(2009): *Antropología y feminismo*. Serie Feminismos. Madrid, Cátedra - Feminismos.

MORENO, L. (2002): "Bienestar mediterráneo y 'Supermujeres'", *RES*, no 2, pp. 41-57.

MORENO, A ET AL. (2008). "Importancia de los aspectos emocionales en los tratamientos de reproducción asistida". SEF. Mayo.

NASH, M. (2010): "Maternidad y construcción identitaria: debates del siglo XX" *Debates sobre la maternidad desde una perspectivas histórica (siglos XVI-XX)*, en Gloria Franco (ed). Barcelona, Icaria, pp.23-49 .

- (2006). "Identidades de género, mecanismos de subalteridad y procesos de emancipación femenina". *Revista CIDOB d'afers internacionals*, nº 73-74, pp 39-57.

OIBERMAN, A. (2005) "Historia de la madres en occidente: repensar la maternidad". *Psicodebate 5. Psicología, cultura y sociedad*. pp. 115-129.

OMS. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Consultado el 10 Mayo de 2017.

ORTNER, S. (1979): "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?", en Harris, O y Kate, Y. (comp.): *Antropología y feminismo*. Barcelona, Anagrama, pp. 109-131.

OSORIO CARRANZA, Rosa María. (2001): *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS, INAH,INI. México, pp 21-49.

PALACIO, I.(2003): *Mujeres ignorantes. Madres culpables: adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*. Universidad de Valencia, Valencia, pp.1-28.

PARKIN, R. Y STONE, L (2007): *Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid, Ed. Universitaria, Ramón Areces.

PASTOR, R. (2005): "Mujeres en los linajes y en las familias. Las madres, las nodrizas, las estériles". *Arenal*, nº 12, vol 2, pp. 311-339.

PÉREZ-CIORDIA, I. (2011): "Las "no enfermedades" y la medicalización". www.jano.es. Consultado 25 de abril de 2017.

PICHARDO, J.I. (2009) "Homosexualidad y familia: cambios y continuidades al inicio del tercer milenio". *Política y Sociedad*, nº 46, vol 1 y 2, pp. 143-160.

POVEDA, D. JOCILES, M.I. , RIVAS, A.M. (2011): Monoparentalidad por elección: procesos de socialización de los hijos/as en un modelo familiar no convencional. *Athenea Digital* , nº11, vol 2, pp. 133-154.

PULEO, A. (2004). "Perfiles filosóficos de la maternidad". En Ángeles de la Concha y Raquel Osborne (cord) . *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*. Icaria, Barcelona, pp 32-45.

RAGONÉ, H (2007). "Maternidad Subrogada y parentesco americano". *Antropología*

del parentesco y de la familia. Madrid, Ed. Universitaria, Ramón Areces, pp. 559-589.

RICH, A (1996): *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Cátedra. Madrid.

RIVAS, A.M., JOCILES, M.I., MONCÓ, B. (2011): “Las madres solteras por elección ¿ciudadanas de primera y madres de segunda?”. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, nº 69 , pp. 121-142.

RIVAS, A.M. (2008): “ Las nuevas formas de *vivir en familia*: el caso de las familias reconstituidas”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* nº26, pp. 151-178.

(2009): “Pluriparentalidades y parentescos electivos. Presentación del volumen monográfico”. *Revista de Antropología Social* nº 7, pp. 7-19.

RIVAS, AM y JOCILES, MI. (2015). “La revelación de los orígenes según los modelos familiares en los casos de donación de gametos (un estado de la cuestión)”. En *Herminia Gonzalvez. Diversidad familiar, cuidados y migración: nuevos enfoques y viejos dilemas*. Santiago de Chile. Ediciones de la Universidad Alberto Hurtado.

ROQUE, M. A. (1998). “El viento y la Covada. Mitos y ritos de las Baleares”. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, nº 3, pp. 55-80.

RUIZ DE LA CUESTA, S. y BAJO, I. (2006). “Conciliación de la vida laboral y familiar”. *Feminismos*. 8, pp. 131-142.

SAMPEDRO, R., GÓMEZ, M. y MONTERO, M. (2002): “Maternidad tardía: incidencia, perfiles y discursos”. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, nº 5, pp. 11-36.

SANZ, J., PONT, MJ., ALVAREZ, G. et al. (2013) :“Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social”, *Revista de Treball Social*, nº198, pp. 30-40.

SALAZAR, C (2004) "Repensando la consanguinidad" en Marre, D. y Bestard, J. *La adopción y el acogimiento. Presente y perspectivas*. Barcelona: Ed Universidad de Barcelona, , pp. 313-337.

SALETTI, L. (2008): "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad". *Clepsydra*, nº7, pp 169-183.

SAU, V. (1995): *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que una*. Icaria, Barcelona.

SABATER, MC. (2014). "La interacción trabajo y familia. la mujer y la dificultad de la conciliación laboral" *Lan Harremanak*, nº 30, pp.161-198.

SCHNEIDER, D. (1980). *American Kinship. A cultural Account*. Chicago: The University of Chicago Press.

- (2007). *¿De qué va el parentesco?. Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid, Ed. Universitaria, Ramón Areces, pp. 423-459.

SCHUTTENBERG, M. (2007): "Identidad y globalización. Elementos para repensar el concepto y la utilización en ciencias sociales". *Cuadernos de H ideas*, vol .1 nº. 1.

SERRA, C. (2007): "Síndrome de *la couvade*". *Medicina Balear*, nº 22, pp 45-46.

SEF (2014). Registro Nacional de Actividad Registro Nacional de Actividad 2014. *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014*. <http://www.cnrha.msssi.gob.es/registros/pdf/InformeRegistroNacionalActividadRegistroSEF2014.pdf>. Consultado el 27 de Abril de 2017.

SEF (2012). "Registro de la Sociedad Española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Año 2012 . Informe estadístico final".

SEGO (2002). "Protocolos SEGO". *Prog Obstet Ginecol*, nº 45, vol 12, pp. 575-83

SOLÉ, C. y PARELLA, S. (2004): “Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales “exitosas””. *RES*, nº 4, pp. 67-92.

SOUTO, B. (2005): “Aproximación al estudio de la gestación de sustitución desde la perspectiva del bioderecho”. *Foro, Nueva época*, nº 1, pp.275-292

STRAUSS, A. Y CORBIN, J. (2002): *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Universidad de Antioquía.

TABOADA, L. (1986). *La maternidad tecnológica*. . Barcelona, Icaria.

TEMAN, E. (2008): “The social construction of surrogacy research: An anthropological critique of the psychosocial scholarship on surrogate motherhood”. *Social Science and Medicine*, nº 67, pp. 1104–1112.

- (2010) “My bun, her oven”. *Antropology now*, nº 2, pp. 33–41

THOMPSON, C. (2005): *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. MIT Press. Cambridge, MA.

TRUJILLO, G y BURGALETA, E. (2014): “¿Queerizando la institución familiar? Entre los discursos bio-sociales y las múltiples resistencias”. *Feminismo/s*, nº 23, pp 159-179.

TUBERT, S. (2010): “Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres”. *Quaderns de Psicologia*. nº 12, vol 2, pp. 161-174.

TURNER, V. (1988) *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid, Taurus Alfaguara.

VAN GENNEP, A (2008). *Los ritos de paso*. Madrid. Alianza Editorial.

VALLADARES, B. (1994): "Revisión teórica sobre los mitos de la maternidad". *Ciencias sociales* nº 65, pp. 67-74.

VARELA, N. (2008): *Feminismo para principiantes*. Barcelona. Ediciones B, S.A.

VELASCO, H. y DÍAZ DE LA RADA, A. (2009): *La Lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*. Madrid, Totta, S.A.

VERGARA, F. (1999): "Concepto de pareja estéril". *Prog Obstet Ginecol*, nº42, pp. 9089-95.

WESTON, K. (2003): *Las familias que elegimos*. Barcelona, Bellaterra.

YANAGISAKO, S. Y COLLIER, F. (2007): "Hacia un análisis unificado del género y al parentesco". En *Antropología del parentesco y de la familia*. Madrid, Ed. Ramón Areces, pp. 461-491.

YIN, R. K. (1989): *Case Study Research. Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, Sage Publications, London, pp. 1-12

ZAMORA, S. (2014): "Resultados registro SEF 2012. Una comparativa con Europa. VI Workshop del Comité de Registro de la SEF". Madrid.

6. 1. PÁGINAS WEB CONSULTADAS

<http://www.laligadelaleche.es>. Consultada el 20 de Abril de 2017.

<https://www.elpartoesnuestro.es>. Consultada el 20 de Abril de 2017.

<https://clubdemalasmadres.com>. Consultada el 12 de Mayo de 2017.

<http://www.nacerencasa.org/que-queremos/>. Consultada el 11 de julio de 2016.

<http://madressolterasporeleccion.org/> Consultado el 22 Mayo de 2017.

<http://www.galehi.org> Consultado el 28 Abril de 2017

FOROS:

www.invitra.es. Ovodonación y tratamientos. Consultado 8 de Enero 2017.

<http://madremspe.multiply.com>. Consultado 15 Junio 2012.

<http://mamasolteraxeleccion.forosactivos.com>. Consultado 15 Abril 2017.

<http://reproduccionasistida.org>, Consultado el 23 de Mayo 2017.

mamaslesbianasybebe.com, Consultado el 14 de Abril del 2017.

mamaymami.com, Consultado el 19 de Febrero del 2017.

lesmaternity.com, Consultado el 21 de Marzo de 2017.

la- letra- escarlata.com, Consultado el 21 de Marzo de 2017.