

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



“Un atraso de tiempo, un problema, una inseguridad” Infertilidad y construcción de  
identidad en mujeres peruanas de distintos grupos de edad

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Sociología presentado por:

Pacora Abanto, Lorena de las Nieves

Asesor:

Cavagnoud, Robin Thierry Florent


Lima, 2024

## Informe de Similitud

Yo, Cavagnoud, Robin Thierry Florent docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Un atraso de tiempo, un problema, una inseguridad” Infertilidad y construcción de identidad en mujeres peruanas de distintos grupos de edad del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Pacora Abanto, Lorena de las Nieves dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 7%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 12/12/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 13 de diciembre del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Cavagnoud, Robin Thierry Florent</u>	
DNI: 48857691	Firma 
ORCID: 0000-0002-0584-8620	

Quizás esperé demasiado. Pero ¿cuándo, si no ahora? Nunca había querido tener un hijo. Nunca había querido tener el hijo de alguien más. No hace falta hacer un repaso exhaustivo de amores fracasados, basta con mirarme a mí. La lista de metas personales que quería alcanzar antes de siquiera pensar en reproducirme era larga e incompatible con la maternidad. ¿Se puede ser egoísta con una misma?"  
Rosario Yori Infértil (2023)



## Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a todas las mujeres que accedieron a participar en este trabajo. Sin su tiempo y disposición para compartir conmigo sobre sus vivencias, esta investigación no habría sido posible. Cada una tiene una voz y experiencias que merecen ser escuchadas, en un entorno en el que poco se habla del tema. Asimismo, un agradecimiento especial al Dr. Aldo Calero por su amabilidad y apoyo para realizar esta investigación.

Agradezco a mis padres, por el constante apoyo que me han brindado durante todos estos años, especialmente por su amor y motivación en cada paso que he dado.

Quiero agradecer a todos mis amigos de la especialidad por sus consejos, sus palabras de aliento, y por esos momentos donde conversábamos o simplemente descargábamos frustraciones. También quiero agradecer a la profesora Fanni, quien estuvo dispuesta a escucharme y a brindarme bibliografía de apoyo.

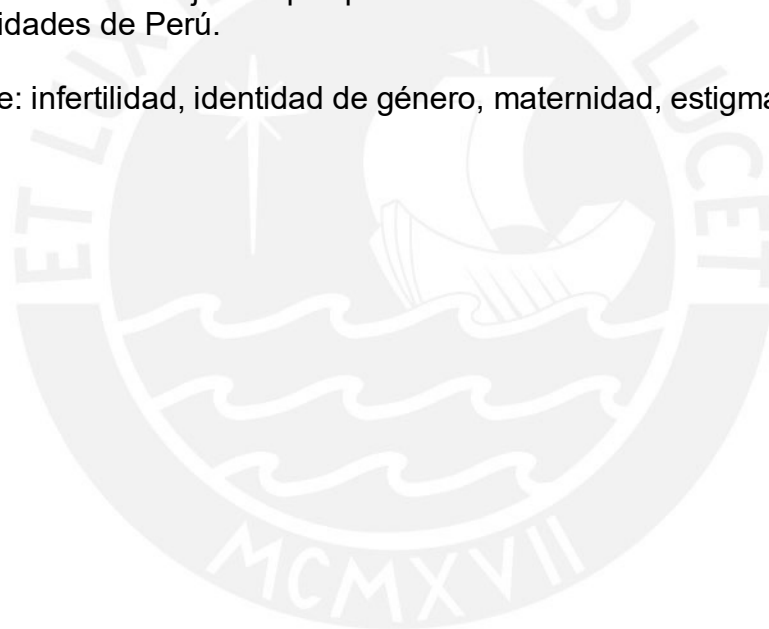
Finalmente, un especial agradecimiento a mi asesor Robin, quien siempre estuvo pendiente del proceso de este trabajo y de cualquier duda o problema que yo tuviera. Todos ellos han contribuido a que esta tesis sea posible.



## Resumen

La maternidad ha sido vista tradicionalmente como uno de los pilares fundamentales de la identidad femenina, relacionando el ser mujer con ser madre y con su transición principal hacia la adultez. Sin embargo, debido a diversos factores ambientales, socioculturales y biológicos, la condición de infertilidad ha comenzado a afectar de forma creciente a miles de personas en el mundo, lo cual la ha convertido en un problema de salud pública que tiene no sólo impactos físicos, sino también sociales en cómo las mujeres construyen su identidad al no poder concebir y cómo son percibidas. En el presente trabajo de investigación, mediante el uso de teorías de identidad, género y del estigma, se busca responder la siguiente pregunta: ¿De qué forma la condición de infertilidad influencia la construcción identitaria en las mujeres de distintos grupos de edad? Los objetivos que guían este trabajo pretenden identificar los significados que las mujeres con problemas de fertilidad le atribuyen a la misma, la construcción de su identidad femenina, y por último, se busca entender el impacto que tiene el entorno familiar y afectivo de las mujeres en esta construcción y cómo pueden generar o aliviar el estigma sentido. La investigación se fundamenta en los resultados de entrevistas semiestructuradas con mujeres que presentan una situación de infertilidad en distintas localidades de Perú.

Palabras clave: infertilidad, identidad de género, maternidad, estigma



## Abstract

Motherhood has traditionally been seen as one of the most important pillars of female identity, linking being a woman to being a mother, and with her main transition towards adulthood. However, due to various environmental, sociocultural and biological factors, infertility has begun to affect an increasing number of people worldwide, which had turned it into a public health problem that not only has physical impacts, but also social in how women construct their identities when they are unable to conceive. In this research paper, through the use of identity, gender and stigma theories, we aim to answer the following question: How does the condition of infertility influence the construction of identities in women of different age groups? The objectives that guide this study seek to identify the meanings that women with fertility problems attribute to infertility itself, the construction of female identity, and finally, understand the impact women's family and emotional environments have on their construction of identity and how it can cause or alleviate felt stigma. The research is based on the results of semi-structured interviews with women who experience infertility in different locations in Perú.

Keywords: infertility, gender identity, motherhood, stigma



## Índice de contenidos

Introducción	1
Capítulo 1: Planteamiento del problema	4
1.1. Justificación	4
1.2. Problema de investigación	6
1.2.1. Pregunta de investigación	6
1.2.2. Objetivos	6
1.3. Hipótesis	7
1.4. Estado de la cuestión	8
Capítulo 2. Marco Teórico	16
2.1. Identidad: Como construcción social y resultado de la interacción	16
2.1.1. Identidad femenina	18
2.1.2. Maternidad	20
2.2. Estigma	22
Capítulo 3: Diseño Metodológico	26
3.1. Enfoque	26
3.2. Ámbito de estudio	26
3.3. Población y muestra	27
3.4. Herramientas de recojo de información y estrategias empíricas	29
3.5. Criterios éticos	32
3.6. Limitaciones	32
Capítulo 4: Significados de la Infertilidad	34
4.1. Infertilidad como castigo	37
4.2. Infertilidad como problema físico, en el curso de vida y emocional	39
4.3. Infertilidad como vaivén de emociones y como enfermedad	43
4.4. Infertilidad como oportunidad	45
4.5. Resiliencia	46
4.5.1. Primera actitud: No rendirse y hacerlo hasta cansarse	47
4.5.2. Segunda actitud: Reponerse para continuar	50
4.6. Arrepentimiento que surge	52
4.7. Sistema de salud y vulnerabilidad ante la indiferencia	54
Capítulo 5: Identidades femeninas	60
5.1. Influencia de la religión	60
5.2. Roles de género y división del trabajo	65
5.3. Representaciones de la maternidad	68
5.3.1. Maternidad como guía, soporte y rectitud	68
5.3.2. Maternidad como etapa de la vida y evento de la adultez	70
5.4. Maternidad como realización femenina	73
5.4.1. Madre como dadora de vida	74
5.4.2. Maternidad como motivación para vivir y compañía	75
5.4.3. Maternidad en relación estable y con deseo bilateral	77
5.5. Maternidad y feminidad: negociación y conflictos	78
5.5.1. Trabajadoras y comprometidas: Realización con el trabajo	78
5.5.2. Balance entre objetivos profesionales y la maternidad	80
5.5.3. Trabajo y maternidad: Sacrificios a realizar	83
Capítulo 6: Influencia del entorno	88
6.1. Apoyo del entorno	88
6.1.1. Pareja	88
6.1.2. Familia	90

6.1.3. Grupos de pares y la importancia de los grupos de apoyo	92
6.2. Sociedad e infertilidad	94
6.2.1. Presión social “Se te está pasando el tren”	94
6.2.2. Entorno médico	97
6.3. Vergüenza, culpa y la práctica del silencio selectivo	100
6.3.1. Eventos sociales y grupo de pares con hijos	104
Conclusiones	106
Referencias Bibliográficas	113
Anexo: Guía de Entrevistas	123



Índice de Tablas

Tabla 1 Detalles de la muestra

29



## Introducción

El proceso de reproducción de los seres humanos es comúnmente pensado como un hecho natural y que forma parte de la biología de mujeres y hombres. Sin embargo, la fertilidad, especialmente en los últimos años, ha demostrado ser un proceso mucho más complejo, influenciado por factores físicos, ambientales, genéticos, entre otros. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infertilidad se ha incrementado y actualmente afecta a miles de personas en todo el mundo. La definición más aceptada de la infertilidad es la de una condición médica del sistema reproductivo, tanto masculino como femenino, en el que se falla en lograr un embarazo exitoso después de doce meses o más de relaciones sexuales sin protección (OMS, s.f).

No existe una sola causa de la infertilidad y los especialistas no siempre logran determinar o explicar las causas. Entre aquellas causas biológicas en el sistema reproductivo femenino están los problemas en las trompas de Falopio, enfermedades de transmisión sexual no tratadas o abortos inseguros, problemas en el útero u ovarios, o en el sistema endocrino (ASRM, 2017; Brugo-Olmedo et al., 2003; OMS, 2020). En el caso del sistema reproductor masculino, están las obstrucciones en el tracto reproductivo, desórdenes hormonales, fallos testiculares o función o calidad anormal espermática (ASRM, 2017; Brugo-Olmedo et al., 2003; Kopelman et al., 2005; OMS, 2020). Respecto a las causas en Perú, los especialistas en salud señalan que la baja calidad de los óvulos y esperma son las principales causas de infertilidad en las parejas (Gobierno del Perú, 2022). Asimismo, existen factores ambientales como la exposición a contaminantes como metales pesados, pesticidas, contaminación del aire, y químicos que afectan la fertilización y los niveles de implantación (Segal & Giudice, 2019), o el tipo de estilo de vida, como el consumo de drogas, alcoholismo o el tabaco (Rojas Quintana et al., 2011).

Por su parte, los factores socioculturales tienen influencia en el incremento de la infertilidad. Las sociedades han ido cambiando, y las mujeres han adquirido más acceso a educación superior, lo cual les permite incorporarse al mercado laboral y tener independencia económica. Gracias a esto, las mujeres tienen matrimonios más tardíos y retrasan la edad en la que tienen a su primer hijo. Al retrasar la edad de la procreación, las consultas para tratamientos de infertilidad aumentan (López Moratalla et al., 2011), pues la fertilidad del cuerpo disminuye

con los años.

Con el fin de lograr un embarazo, las personas que experimentan problemas de fertilidad en ocasiones se someten a técnicas de reproducción asistida (ART por sus siglas en inglés), procedimientos médicos cuya finalidad es lograr un embarazo. Las ART se pueden clasificar en dos grupos; por un lado, los métodos de baja complejidad, técnicas no invasivas que buscan facilitar la fertilización dentro del cuerpo de la paciente haciendo uso de distintos fármacos o procedimientos (Barrenetxea-Ziarrusta, 2013), o por medio de la Inseminación intrauterina artificial<sup>1</sup> (Manzur-Yanine, 2013). Por otro lado, están las Técnicas de Alta complejidad (TAC) son aquellas donde la fecundación ocurre fuera del cuerpo de la mujer; en otras palabras, *in vitro*. Estas son más complejas e invasivas, pues se deben extraer los óvulos del cuerpo para fertilizarlos. Dos de las técnicas de alta complejidad más utilizadas son la Fecundación in vitro convencional y la Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides<sup>2</sup> (ICSI) (Hernández, 2003; Villán & Navarro, 2011).

El tema de la infertilidad en el Perú es relativamente reciente, y se ha trabajado poco sobre las consecuencias sociales que esta puede tener en las mujeres que lo padecen; por lo tanto, esta investigación busca contribuir a generar información sobre las experiencias de las mujeres con problemas de infertilidad y cómo construyen su identidad, en un contexto en el que la maternidad es visto como fundamental en la identidad femenina. Por este motivo, el objetivo general de la investigación es conocer la forma en la que la condición de infertilidad configura la construcción identitaria femenina de las mujeres en el Perú. Para esto, se eligió trabajar con las experiencias de distintas mujeres adultas que se encuentran en una relación de pareja con un hombre, y que presenten la característica principal de la infertilidad: no haber podido concebir después de 12 meses o más.

Para este trabajo, se trabajará mediante tres marcos analíticos. El primero es el de la identidad, la cual no es unitaria ni fija, sino múltiple y que es construida mediante la interiorización de los significados, símbolos o normas adquiridas

---

<sup>1</sup> Esta consiste en “la colocación directa de una muestra seleccionada de espermatozoides en la cavidad uterina” (Manzur-Yanine, 2013, pp. 204–205)

<sup>2</sup> Es similar a la fecundación in vitro convencional, pero esta consiste en micro inyectar directamente un espermatozoide a un ovocito (Villán y Navarro 2011)

mediante la interacción social de las personas con su entorno. El segundo es el enfoque de género, en el que el género actúa como el elemento que estructura las relaciones sociales y de poder en base a la diferencia sexual, y por último, el estigma se entiende como una característica que desacredita que afecta a la persona que lo posee.

Este trabajo se divide en siete capítulos. El primero presenta el problema, la justificación y los objetivos que guían la investigación, al igual que la hipótesis y el estado de la cuestión respecto al tema de la identidad e infertilidad, el entorno y el estigma asociado a esta condición, así como también sobre la investigación sobre maternidades en el Perú. El segundo presenta el marco teórico que guía esta investigación, y el tercer capítulo presenta la metodología utilizada. En el cuarto capítulo se presentan los significados que las mujeres con infertilidad le asignan a esta condición, mientras que el quinto capítulo se presentan las formas en las que las mujeres con infertilidad construyen sus identidades, en la cual la maternidad toma un papel importante. Finalmente, el sexto capítulo presenta la influencia del entorno en la identidad de las mujeres, y se concluye con las conclusiones y algunas recomendaciones para otras investigaciones.

## Capítulo 1: Planteamiento del problema

### 1.1. Justificación

De acuerdo con las cifras de la (OMS, s.f), alrededor de 186 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de infertilidad y el caso del Perú no es la excepción. A pesar de no contar con una base de datos al respecto, se estima que casi un 15% de la población tiene problemas para concebir, atribuyéndose el 40% a factores masculinos, 40% a factores femeninos, y 20% a ambos (ANDINA, 2017; RPP, 2021).

El estudio de la infertilidad está cobrando importancia, pues está empezando a ser reconocida como un importante problema de salud pública desde distintas ramas de estudio como el derecho, la bioética y la medicina debido al aumento progresivo de casos a lo largo de los años (González & et al, 2021; Luna, 2013; Roa-Meggo, 2012) y la creciente demanda de atención a esta patología. Según cifras recogidas en establecimientos de salud del MINSA y los gobiernos regionales<sup>3</sup>, entre los años 2018 y 2022, los casos totales reportados se duplicaron en esos 5 años, pasaron de 4696 a 8724, y para mujeres limeñas de 18 a 59 años, estos incrementaron casi siete veces.

La cuestión de la infertilidad y su tratamiento son parte del campo de estudios de las ciencias sociales sobre los derechos sexuales y reproductivos (Bladillo et al., 2017; Luna, 2008). Estos están protegidos legalmente en el Perú, y señalan las personas tienen el derecho básico de “decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo” (Guevara Ríos, 2020, p. 7), lo cual se ve reflejado en leyes como la Ley N.º 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres, y la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, la cual dispone en el artículo 7 que “toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento de su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida” (Silverino-Bavio, 2012, p. 215).

Asimismo, la condición de infertilidad trae diversas consecuencias, tanto a nivel físico y mental de la persona, como económico y social. A nivel físico, los tratamientos de infertilidad pueden traer riesgos y complicaciones, como la

---

<sup>3</sup> Fuente: Establecimientos de salud del Minsa y los gobiernos regionales del país. Datos facilitados por la Oficina de Gestión de la Información del Minsa el 17 de mayo de 2023

fecundación de múltiples embriones, hemorragias, infecciones o embarazos ectópicos (Donoso & Sanhueza, 2010). Dentro del aspecto psicológico, la incidencia de depresión se eleva para mujeres infértiles, y existe un gran factor de estrés y frustración personal (Calero & Santana, 2006; Domínguez, 2002). Asimismo, se ha visto que existen diferencias de género en la calidad de vida relacionada a la salud, siendo esta peor en las mujeres que están realizando técnicas de reproducción asistida, pues obtienen peores resultados en las dimensiones emocionales y de cuerpo/mente. Por último, existen consecuencias y presiones negativas que afectan la sexualidad, el erotismo y los vínculos afectivos de las parejas (Álvarez-Díaz, 2007; Sañudo, 2014).

Respecto al aspecto económico, la infertilidad representa un impacto negativo en la calidad de vida y empobrecimiento de los pacientes por los altos costos de los tratamientos, e inclusive, puede tener un impacto económico negativo en el crecimiento y renovación de la población debido al envejecimiento de la misma (Roa- Meggo, 2012). Además, las mujeres con problemas de infertilidad pueden presentar una gran carga económica indirecta en forma del tiempo dedicado a sus tratamientos, a los alimentos extra consumidos y los costos médicos no cubiertos por sus seguros médicos (Martínez-Nuñez et al., 2012).

Respecto a lo más concerniente para la disciplina académica de la sociología, se encuentran las consecuencias sociales de la infertilidad, las cuales están muy relacionadas con creencias y las normas sociales y culturales de cada sociedad. Para Butler (1993), la experiencia de la infertilidad tiene género y es moldeada por discursos dominantes de feminidad y masculinidad (como se citó en Clarke et al., 2006). En las sociedades, existen patrones de conducta y mandatos dentro de los cuales mujeres y hombres se insertan y construyen cómo deben actuar. En el caso de las mujeres, la maternidad se presenta como “la cúspide de la realización femenina” (Sañudo 2014, p.12) y si esta no llega a realizarse, se genera una gran presión social, así como tiene un impacto en la forma en la que se perciben, y en las imágenes o identidades que crean de ellas mismas (Sañudo 2014).

Este es un tema que tiene gran relevancia dentro de la sociología, pues la infertilidad es un tema relativamente nuevo en el Perú, el cual se ha trabajado principalmente desde el ámbito biomédico, psicológico o desde la antropología de

la salud, por lo que mediante esta investigación, se buscaría contribuir a generar mayor conocimiento en cómo se negocian y desarrollan las identidades femeninas de las mujeres con problemas de fertilidad, a quienes se les designa roles y metas específicas por género, y en el caso de las mujeres, alcanzar la maternidad para ser 'mujer'.

Asimismo, al estudiar la infertilidad, podemos ver aspectos del cuidado de la salud, la relación entre la identidad y la salud, roles de género y variaciones sociales y culturales en procesos de medicalización (Greil et al., 2011), pues como señala Giddens (1998), lo que se entiende como una enfermedad, no sólo está mediado por factores físicos y biológicos, sino que “se ven afectados por influencias sociales y culturales” (p.417).

## 1.2. Problema de investigación

### 1.2.1. Pregunta de investigación

Ante lo expuesto, partiendo del tema de investigación, “La infertilidad en mujeres peruanas” la pregunta de este trabajo de investigación es ¿De qué forma la condición de infertilidad influencia la construcción de identidades en las mujeres de distintos grupos de edad?

Se va a analizar los significados que las mujeres con problemas de infertilidad le asignan a su condición, y cómo estos se relacionan con su construcción identitaria.

### 1.2.2. Objetivos

1. Conocer los significados que las mujeres le atribuyen a la condición de infertilidad.
2. Analizar las representaciones que las mujeres con problemas de infertilidad le atribuyen a la maternidad y a sus distintas formas de identidad.
3. Entender cómo el entorno de las mujeres ayuda a enfrentar el problema de la infertilidad y/o afecta su identidad.

### 1.3. Hipótesis

A partir de la pregunta y los objetivos planteados, se propone que en las mujeres peruanas con problemas de infertilidad de clase media que viven en medios urbanos, —sin distinguir entre edad, condición socioeconómica o residencia—, los significados que se le asignan a la infertilidad son principalmente negativos, debido a que es percibida como un impedimento para cumplir su proyecto de vida y deseo de maternidad, el cual es un aspecto importante de la construcción identitaria del sujeto femenino. Aquellas mujeres que busquen la maternidad se someten a tratamientos de fertilidad o de reproducción asistida con el fin de cumplir con ese deseo, incluso si estos implican sacrificios tanto físicos, como emocionales y económicos.

La construcción identitaria de las mujeres peruanas ha ido cambiando debido a que las relaciones de género han ido cambiando, por lo que las mujeres apuestan por relaciones más equitativas con sus parejas, así como también por tener más desarrollo profesional y económico; sin embargo, la maternidad se mantendrá como el centro de su identidad femenina debido a los diversos símbolos y expectativas que el entorno, como el grupo de pares o las instituciones, proporciona a las mujeres. De esta forma, la identidad de las mujeres con problemas de infertilidad se construye en un marco de tensión y negociación entre ser madre para sentirse realizada como mujer, o desarrollarse como mujeres por medio de la maternidad y buscar un balance con otros aspectos, como el trabajo.

Asimismo, en relación con lo anterior, se espera que alcanzar la maternidad sea visto como un aspecto importante en la transición a la adultez, aunque existan matices entre los subgrupos de edad. En el grupo de edad mayor (de 36 a 42 años), se espera que esta tenga un mayor peso, y que la transición a la adultez se caracteriza principalmente por encontrar pareja y entablar una relación estable, mientras que las mujeres del grupo de edad menor (de 31 a 35 años) considerarán otros aspectos, como el desarrollo profesional y la suficiente independencia económica para mantener una familia.

Por su parte, el entorno, entendido como la familia y los grupos pares, así como la sociedad, reproducen las expectativas sociales de la maternidad en las mujeres, lo cual generan un estigma tanto externo como interno, debido a que ellas tienen dificultades para poder concebir. Esto va a tener influencia en la forma en que las mujeres se identifican, especialmente en el sentimiento de no verse

realizadas como mujeres, lo cual inclusive las puede llevar a aislarse de eventos sociales.

#### 1.4. Estado de la cuestión

En esta sección me referiré principalmente a los estudios sobre infertilidad que fueron realizados desde las ciencias sociales en otros países y algunas otras ramas de estudio como la psicología social, las cuales se han enfocado principalmente alrededor de tres temáticas importantes, y al final, la situación de los estudios sobre maternidad en el Perú.

La primera se relaciona con las identidades. Ariza (2014) en un trabajo cualitativo donde entrevista a mujeres argentinas usuarias y no usuarias de tratamientos de fertilidad, señala la importancia de la narración, pues es de esa manera como la infertilidad es experimentada y por la cual las mujeres pueden construir una nueva identidad personal. Se presenta a la infertilidad como un momento disruptivo en la trayectoria 'natural' de una persona, como un quiebre en "la obviedad del futuro" (Ariza, 2014; Jennings, 2010), y citando a Garay (2008), se le describe como una amenaza a la feminidad ante la imposibilidad de cumplir su vocación de madres.

En relación con esta trayectoria personal percibida como 'natural' (Clarke et al., 2006) donde se realizaron entrevistas a hombres y mujeres canadienses con problemas de fertilidad, observaron que la mayoría de las mujeres canadienses tenían interiorizado un discurso médico sobre su cuerpo, y sentían hostilidad hacia estos, al percibirlo 'defectuoso'. La idea de que las mujeres sienten una amenaza directa a su autoidentidad se repite en varios trabajos, como en Bogino Larrambebere (2023), en el cual las mujeres españolas se sentían "aplastadas" o consideraban que era su deber el procrear y tener descendencia, o el de Johnson (2019), en el que las mujeres consideraban que la infertilidad tenía un impacto en su realización personal, su "objetivo máximo".

Trabajos como los de Mumford et al. (2022) exploran cómo la infertilidad también amenaza otros tipos de identidades, como es el caso de las *work identities* o identidades de trabajo. En este trabajo cualitativo, las mujeres sentían que el tratamiento tenía impactos físicos y mentales en ellas, como el sentimiento de niebla mental o sentirse enfermas constantemente, lo cual las hacía vulnerables a ser percibidas como 'poco colaboradoras' o 'poco confiables', pues sus

tratamientos requerían perder reuniones o reorganizar sus planes en el trabajo.

Algo importante a notar es que la autodefinición como 'infértil' juega un papel importante, y se puede ver algunas diferencias en los resultados obtenidos. Trabajos como el de Bartlam & Birch (1998) y White et al (2006), el cual fue un estudio con una muestra transversal de mujeres infértiles (como se citó en Greil et al, 2011), muestran que definirse o no como infértil influye bastante en la decisión de buscar tratamiento, pero no logró determinar si es que es la autodefinición la que lleva a buscar el tratamiento, o el tratamiento es el cual influye en la denominación como infértil. Por otro lado, trabajos como el de Bunting y Boivin (2007) (como se citó en Greil et al, 2011) muestran que, si las mujeres están preocupadas de ser percibidas como infértiles, hay menos probabilidades de que busquen un tratamiento.

Asimismo, algo importante que surge en la bibliografía, es cómo la experiencia de la infertilidad también se relaciona con una identidad étnica. Sin importar la clase social o la etnia, las mujeres están hasta cierto punto condicionadas a creer que la maternidad es la forma de llenar sus vidas (Stanworth, 1987, como se citó en Bartlam & Birch, 1998). Sin embargo, para culturas pronatalistas, especialmente en países en vías de desarrollo, el producir descendencia se vuelve un aspecto muy importante en la pareja (Greil et al, 2011). Según el trabajo de Szkupinski Quiroga (2002) se muestra cómo la etnia y la raza especialmente para mujeres negras e hispanas en Estados Unidos moldean la experiencia de la infertilidad, pues el tener hijo es un aspecto importante para ser miembros de su comunidad, y Howe et al (2020), en su trabajo con mujeres y hombres de Zambia, expresan que el engendrar hijos en su cultura se considera una forma de dejar un legado, así como de obtener el respeto de los demás al poder ser reconocidos como 'padre/madre de', algo que la infertilidad les niega.

Sin embargo, la bibliografía muestra que las mujeres tienen formas de mantener o preservar su identidad. Loftus & Namaste (2011) en un trabajo donde recogen las experiencias de 196 mujeres infértiles por medio de la perspectiva de la teoría de la identidad, proponen el concepto de *potential identity* o identidad potencial para hablar de la identidad potencial de volverse madres que tienen las mujeres de Estados Unidos. En esta, concluyen que, si esta identidad potencial tiene mucha prominencia, se realizan ciertos compromisos y comportamientos

extensos e intensivos con otras identidades con el fin de cumplir las expectativas de sus identidades potenciales.

También, de acuerdo con Bell (2019), otra forma de mantener viva la identidad potencial de ser madres es rechazando la noción de ser infértiles y construyendo para uno mismo una identidad distinta, pues citando a Snow & Anderson (1987), señala que las personas alcanzan sus auto concepciones deseadas distanciándose de las identidades sociales asignadas. Es decir, las mujeres se distancian de la identidad de alguien 'infértil' y utilizan otras identidades, como 'todavía no embarazada/ madre'. Similarmente, trabajos como el de Kohler Riessman (2002) muestran cómo las mujeres infértiles de la India construyen sus identidades por medio del discurso y de distintos posicionamientos tal como poner su edad como explicación a su infertilidad, el estrés, o se apoyan del reconocimiento que otras personas (como sus esposos) les dan para mantener una identidad de 'mujer completa', incluso sin tener hijos.

La segunda temática tiene que ver con el estigma. La relación de la infertilidad con el estigma no es nueva, es más, Goffman (1963) utilizó esta condición médica para describir lo que son los atributos desacreditantes (como se citó en Loftus & Namaste, 2011). Donkor & Sandall (2007) en un trabajo cuantitativo sobre estigma percibido en mujeres realizando tratamiento de fertilidad en Ghana, señalaron que 64% de las mujeres sufría de estigma moderada y severa. Para Greil (1991), en su análisis cualitativo a parejas infértiles de Estados Unidos, la infertilidad es un estigma secreto, el cual es sentido profundamente por las personas, pero no se puede ver, lo cual puede llevar a que otras personas ofendan sin saber al individuo. Sin embargo, el autor señala que, si bien algunas parejas sí habían experimentado discriminación, para la mayoría, su propia autoestigmatización pesaba más que el estigma externo. Según el estudio cualitativo en Irán de Taebi et al (2021), cuando las mujeres internalizan el estigma, se perciben como inferiores a otras mujeres, lo cual lleva a aislamiento social y sentimientos de inutilidad.

De esta manera, el estigma en la condición de infertilidad genera un sentimiento de culpa en las mujeres. Al no lograr un embarazo, "simbólicamente se vulnera la identidad, el rol, la autoestima, el proyecto de vida y el autoconcepto" (Carreño Meléndez, 2017, p. 34), y sin saberlo, como señala Mejía (2002), la mujer

siente una deuda por no cumplir estos mandatos sociales (como se citó en Carreño Meléndez, 2017). Algunos trabajos muestran que los sentimientos de culpa también guardan relación con la subjetividad religiosa o espiritual. Ormart (2020) y Ormart & Curado, (2022) analizaron foros *online* y señalan que los embarazos se perciben como una bendición y algo por lo que hay que sufrir para ser merecedora; si esto no se cumple, significa una falla en la persona y “sobreviene la culpa y el castigo de la infertilidad” (2020, p.72), pues se asocia a algún pecado.

Asimismo, algunas religiones o formas de espiritualidad pueden tener oposiciones o prohibiciones respecto a las ART, lo cual hace que las personas decidan realizar los procedimientos en secreto y se alejen de sus círculos sociales, pues recibirán desaprobación (Klitzman, 2018). Cabe mencionar, sin embargo, que algunos trabajos muestran que la espiritualidad, juega un papel en la vida de las personas con condiciones crónicas, como la infertilidad. Trabajos como el estudio de Casu et al (2018) con parejas infértiles en Brasil o Domar et al (2005) muestra una relación entre la espiritualidad y el estrés relacionado a la infertilidad, en el cual mientras más alto es la espiritualidad, menor es el impacto emocional.

El silencio y el secreto son otros aspectos importantes que resaltan en los trabajos relacionados a la infertilidad y el estigma. Luna (2002) indicó que, en el caso de Latinoamérica, a pesar del creciente uso y difusión de las técnicas de reproducción asistida, el secreto sigue siendo una parte fundamental, pues existen sentimientos de vergüenza que fuerzan a las parejas a vivir aisladas e incapaces de hablar sobre su condición con sus familiares (Zegers-Hochschild, como se citó en Luna 2002). Otros trabajos como los de Allison (2011) muestran cómo el silencio y el secreto tienen un rol en las estrategias de las familias irlandesas que están lidiando con la infertilidad, pues les permiten mantener su privacidad y actúa como un escudo social, y toman significados distintos en sus distintas narrativas; o los de Taebi et al (2021) que rescata que las mujeres sufren más estigma en temas de infertilidad que los hombres y resalta nuevamente el secreto y el silencio como mecanismos de defensa. Para Fu et al., (2015), el estigma lleva a las mujeres a ocultar su condición, lo que resulta en menos comunicación con la familia; aunque también, el silencio puede ser selectivo, y las mujeres eligen hablar solamente cuando es seguro que recibirán apoyo de esas personas (Sternke & Abrahamson, 2015).

El estigma que la infertilidad causa en los pacientes puede tener efectos diferenciados en relación con la intención de buscar tratamiento. Por un lado, para Cook & Dickens (2014), si una persona teme o está experimentando estigmatización, es más probable que evite buscar tratamiento, y como señala Fu et al (2015), como un tratamiento significa revelar la condición de infertilidad, esto puede hacer que las mujeres que estén realizando un tratamiento médico lo interrumpan prematuramente o no busquen. Por otro lado, el estudio mixto de Dyer et al. (2002) en Sudáfrica, señala que, al ser la infertilidad una gran causa de estigma social y estrés, esto representa una gran motivación para buscar tratamientos de fertilidad, ya sea para conseguir un hijo a toda costa o porque desean complacer a sus esposos, sin reservas del impacto económico.

El estigma en la infertilidad también tiene un impacto negativo en la socialización de la persona. Se crea una dificultad para estar con familiares y amigos, o en distintos eventos, especialmente cuando hay niños presentes, pues les recuerda su estatus, se vuelve una experiencia dolorosa y hace que se sientan 'fuera de lugar' (Fu et al, 2015, Greil 1991; Jennings, 2010; Sterneke & Abrahamson, 2015; Klitzman, 2018).

Finalmente, es importante mencionar que el estigma por infertilidad se presenta de manera distinta de acuerdo con la posición social de las mujeres que la experimentan, el estatus económico, el contexto en el que se encuentra y los recursos interpretativos que tenga (Kohler Riessman, 2000; Zhang et al., 2021). Según Kohler (2000) las mujeres en la India de distintas clases, a pesar de ser ambas cuestionadas por su situación, aquellas con más poder económico están más protegidas por su estatus educacional y ocupacional que les permite crear otras identidades, a diferencia de mujeres más pobres, para quien la vergüenza y el estrés es mayor.

La tercera temática consiste en la relación que tiene la persona infértil con su entorno, entendiendo este como su pareja, la familia, los amigos, y la comunidad. Respecto a las relaciones con la pareja, la infertilidad puede ser una causa de deterioro de esta. Esta puede traer una disminución en la afectividad, en la frecuencia de las relaciones sexuales o mantienen la relación solo por un sentimiento del deber, no porque lo desean (Onatra et al., 1992). La infertilidad es una crisis no transitoria que genera desorganización en la pareja, una repercusión

desfavorable en la misma y una baja adaptación a la condición (Fernández Ríos et al., 2002). Asimismo, estudios en Asia como los de Al-Neami (2008) y Unisa (1999) mientras que la infertilidad en la pareja se torna en una causa para experimentar violencia, amenazas de divorcio, e incluso abuso físico y verbal de la familia del esposo. Sin embargo, la infertilidad parece tener un efecto paradójico relacional, pues a pesar de que sí puede tener presión en la relación, trabajos cualitativos como los de Greil et al (1988), Schmidt (1996) y Tjørnhøj-Thomsen (1999) (como se citó en Schmidt, 2020), muestran que esta condición puede unir más a las parejas y fortalecer sus matrimonios, efecto conocido como beneficio marital.

Respecto a la relación con la familia y la comunidad, Schmidt (2020) señala que poco se ha investigado sobre el impacto de la infertilidad en las relaciones sociales de las parejas. Según Martins et al. (2013), en un estudio cuantitativo que buscaba determinar la interdependencia entre el apoyo social de la pareja, amigos y familia en el estrés por infertilidad, se encontró que mientras que para hombres y mujeres el apoyo de la pareja tiene significancia, en las mujeres también importaba el apoyo familiar, pues tienden a tener más implicación emocional con sus familias, por lo que movilizaban más apoyo. Sin embargo, el apoyo de la familia puede ser ambiguo. En Jennings (2010), se observó que mientras los padres sugerían la adopción como una forma de 'solucionar el problema', las madres no estaban seguras, y percibían la infertilidad como algo que les robó la oportunidad de formar un vínculo con su madre por la experiencia compartida de la maternidad.

El impacto más observado de la infertilidad en las mujeres es el sentimiento de aislamiento. Para autores como Greil (1991) y Unisa (1999), las mujeres experimentan dificultad para atender a reuniones sociales, especialmente cuando se relacionan con niños, pues les recuerdan lo que tienen negado o porque se habla a sus espaldas o utilizan apodosos contra ellas. Asimismo, Loftus & Andriot (2012) señalan que las mujeres experimentan exclusión en reuniones, pues las mujeres al juntarse inevitablemente hablan sobre la crianza de sus hijos, algo en lo que no pueden contribuir. Por esta razón, juntarse con otras personas con su misma condición, ya sea de manera online o en persona, tiene un rol importante en ayudar con los sentimientos de estrés, aislamiento (Hinton et al., 2010; Howe et al., 2020; Loftus, 2009).

Finalmente, están los estudios realizados sobre maternidades en el Perú. Esta ha sido ampliamente trabajada desde distintos enfoques. Fuller (1993), trabajando con mujeres de clase media y haciendo una distinción entre la generación del setenta y ochenta, señala que la maternidad es el rol más importante para las mujeres de esta clase social, aunque existen matices, pues también está la importancia del desarrollo profesional.

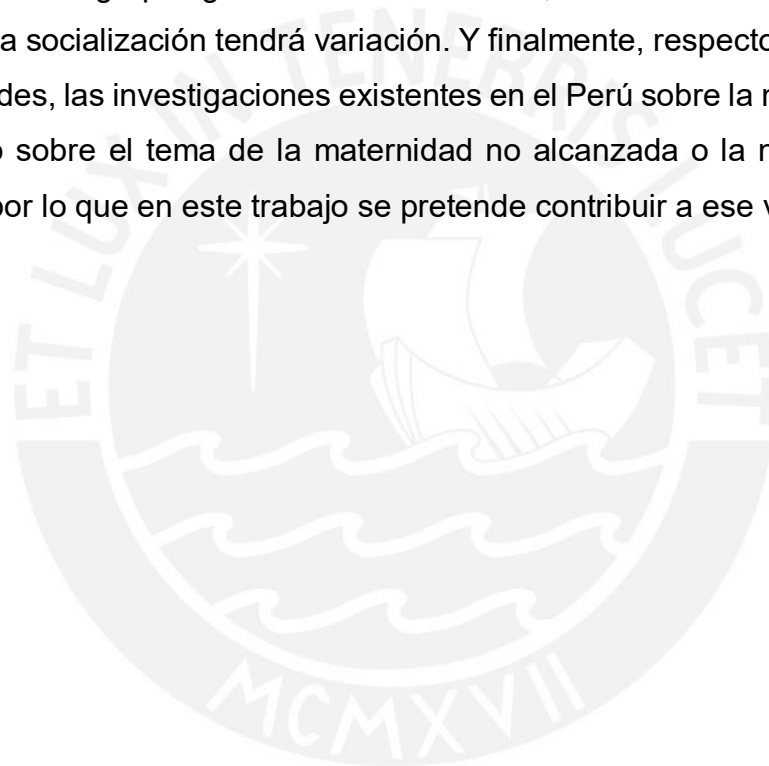
Por otro lado, están las representaciones de la maternidad que realizan las mujeres. Pariona Icochea (2019) muestra cómo la maternidad es concebida entre las mujeres profesionales en Lima, (mujeres de entre 28 a 38 años), como un sacrificio en la vida personal y profesional, y que se da una presión social por cumplir un 'cronograma establecido'. De forma similar, Cieza Guevara (2019) señala que entre mujeres jóvenes universitarias (15 a 29 años), el núcleo central de la representación de la maternidad es como una fuente de afecto y compañía, y sus elementos que la definen son como un sacrificio, una fuente de tensión entre el espacio público y doméstico, como un espacio propiamente femenino y como la idealización de la familia hegemónica.

La maternidad en el Perú también ha sido trabajada desde el embarazo y la maternidad adolescente. Se ha observado que estas tienen consecuencias negativas en las adolescentes, tanto en sus objetivos educativos y laborales (Sánchez, 2019). Como señala Guerra (2023) en algunos casos, las madres adolescentes que continúan estudiando deben renunciar a la etapa de su adolescencia por el cuidado de los hijos, pero también, es una motivación para continuar con sus metas. Asimismo, no siempre es un hecho indeseado, como el caso de las jóvenes de comunidades shipibas, cuya experiencia del embarazo se ve influenciada por factores sociales, pues la comunidad le otorga relevancia a convertirse en adulto al asumir roles femeninos, como la maternidad (Palacios Rojo, 2019).

Tras la revisión de literatura, se observa que la maternidad resalta como un punto importante en el proyecto de vida de las mujeres, pues marca un periodo de transición hacia la adultez y su estatus como mujer adulta. Cuando esta no se cumple, se percibe como una transición fallida. A pesar de que hubo varios trabajos que tuvieron lugar en países latinoamericanos, el vacío más importante es que no hay trabajos que se centren en la infertilidad y el impacto en la identidad en Perú,

pues los estudios de infertilidad que existen se centran en el ámbito médico o legal. De esta forma, el primer aporte de este trabajo sería introducir el tema de investigación desde las ciencias sociales al Perú, así como plantear la maternidad desde un acontecimiento no alcanzado, que se ha trabajado poco.

Asimismo, la mayoría de los trabajos realizados desde las ciencias sociales se han enfocado en realizar comparaciones por condición social, por condición de fertilidad y no fertilidad, o mujeres infértiles que también tienen parejas con la misma condición. Por lo tanto, este trabajo pretende contribuir a ver las experiencias diferenciadas de distintos grupos sociales por medio de la comparación de dos grupos generacionales distintos, en la cual se entiende que la interacción y la socialización tendrá variación. Y finalmente, respecto al estudio de las maternidades, las investigaciones existentes en el Perú sobre la maternidad no han trabajado sobre el tema de la maternidad no alcanzada o la no-maternidad involuntaria, por lo que en este trabajo se pretende contribuir a ese vacío.



## Capítulo 2: Marco Teórico

La idea de que los discursos sociales y de género que reciben las mujeres constantemente, especialmente sobre la sexualidad y la maternidad, tienen influencia en la identidad de las mujeres, y generan conflictos cuando alguna de estas expectativas no se cumple, o cuando son difíciles de cumplir, es central para esta investigación.

Dentro de la amplia discusión sobre la categoría de identidad, y distintos puntos desde los que se discute, especialmente el tema de la identidad y género, este trabajo se ubica en que no existe una sola identidad, sino que son múltiples y son influenciadas por construcciones culturales del entorno. Además, para este trabajo, se utilizan los aportes no sólo de la sociología, sino que también se nutre de otras disciplinas como los estudios culturales y de los estudios de género, pues se considera que enriquece más el análisis y se adecuan más a la reflexión de esta investigación, orientada a conocer cómo la infertilidad y el entorno pueden tener un efecto en la identidad de las mujeres y cómo perciben la maternidad.

### 2.1. Identidad: Como construcción social y resultado de la interacción

En primer lugar, para los motivos de este trabajo, partimos de que la identidad que las personas desarrollan sobre ellas mismas no es algo con lo que se nace, sino que se entiende como una construcción social que se genera en la interacción con otros. Para Gergen (1994) esto significa que las realidades ocurren por medio de las interacciones y prácticas culturales, así como también están situadas en contextos específicos.

De forma complementaria, Berger & Luckmann (1972) señalan que son los individuos quienes construyen la realidad social por medio de sus interacciones y de las instituciones que se forman por medio de procesos de internalización y objetivación de las normas y creencias. En otras palabras, lo subjetivo se torna algo objetivo por medio de la internalización, resultado de varios procesos de interacción con los demás, tanto en la socialización primaria como en la secundaria, donde se aprenden e internalizan conocimientos relacionados a roles sociales. De esta forma, se entiende que:

La identidad es un fenómeno de construcción social, el cual no solo tiene consecuencias simbólicas sino también materiales (...) La identidad no es natural ni una esencia fija, pero emerge a través de un proceso de tipificación y habituación, y se institucionaliza cuando los significados que le son propios son generalizados y reconocidos por una comunidad (Ángel & Alvarado, 2011, p. 30).

Para aproximarnos al concepto de identidad como producto de la interacción, partimos desde la perspectiva de George Mead. En su propuesta, Mead (1972) expone que uno no nace siendo *persona*, sino que esta debe construirse por medio de la socialización. Un aspecto esencial del desarrollo de la persona es la reflectividad, la cual consiste en tener una actitud crítica y la habilidad de “convertirse en un objeto para sí mismo justo como otros individuos son objetos para él o en su experiencia” (Mead 1972, p.138), lo cual solo es posible tomando las actitudes de otros individuos hacia sí mismo, dentro de un contexto social.

De esta forma, el acto reflexivo es lo que permite a la persona desarrollar el sentido del Sí mismo, o *self*, el cual permite ponerse en el lugar del otro y ver su acción desde afuera, así como también experimentarse a sí mismo. Es decir, uno se construye a sí mismo en el sentido de que adopta las actitudes de los otros individuos en su grupo o contexto social.

Para Mead, esto significa que las personas deben adoptar las actitudes del otro generalizado, que son “la comunidad o el grupo social organizados que le dan al individuo su unidad de *self*” (p. 154). La persona tendrá un *self* completo solo cuando haya interiorizado en sí mismo las normas, instituciones y actitudes del grupo social al que pertenece, y para que los elementos sociales externos sean incorporados en la construcción de uno mismo, Mead señala que el lenguaje es un elemento clave en la interacción simbólica, pues es por este medio que las personas comparten significados comunes que generan en uno la misma reacción que generan en otro. Y esto, solo es posible por medio de la interacción social.

Toledo (2012) también complementa esta idea al señalar que el sujeto “adquiere sentido cuando se concibe en el mundo del lenguaje” y “se construye en interacción dialéctica con el entorno donde tiene lugar su existencia” (p.45). Como señala la autora:

El sujeto crea significados sobre su entorno y se lo apropia, lo transforma o lo hace perdurar en el tiempo. El sujeto no se construye de una vez y para siempre. El sujeto está en permanente interacción con el entorno en el cual existe. Entonces, mediado por el lenguaje, el sujeto aprehende la realidad, que es el producto de la actividad humana objetivada, y produce la realidad (Aznar, 1992) (Toledo, 2012, p. 45).

Por lo tanto, una persona se desarrolla por medio de la reflexión y la interacción social con otros. A partir de estas propuestas, se plantea para este trabajo que la identidad proviene tanto de un proceso reflexivo en uno mismo, como

de la interacción con su entorno.

Asimismo, la identidad no es única, ni permanece fija o estable. Tomando de la propuesta de Stuart Hall (2003), la identidad o la “identificación”, es algo que siempre está “en proceso”. De la misma manera, el autor señala que las identidades no son únicas debido a que “nunca se unifican y, en los tiempos de la modernidad tardía, están cada vez más fragmentadas y fracturadas; nunca son singulares, sino construidas de múltiples maneras a través de discursos, prácticas y posiciones diferentes, a menudo cruzados y antagónicos” (p. 17). Ante esto, se entiende que la identidad no es la misma en todos los espacios sociales, sino que uno desarrolla identidades distintas en diversos espacios y tiempos que uno enfrenta.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Serpe & Stryker (1987), quienes utilizan la *Identity Theory* o Teoría de la Identidad, señalan que el *self* es estable cuando las interacciones sociales del individuo son estables con el tiempo; cuando los eventos de la vida alteran esos patrones de interacción, el *self* se abre al cambio (como se citó en Loftus & Androit, 2012, p.228), esto incluye movimientos en la estructura social, tanto por elección o por la fuerza de las circunstancias, incluyendo cambios normales del curso de vida (Serpe, 1987, p. 44). Para Stryker (1980), las identidades se entienden como parte del *self*, designaciones de posición internalizadas que existen mientras la persona participa en relaciones de rol (como se citó en Brenner et al., 2014).

#### 2.1.1. Identidad femenina

Dentro de la definición clásica, el sexo y el género están relacionados, pero no son sinónimos. El sexo usualmente refiere al aspecto biológico de la persona, mientras el género refiere al “conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000, p. 3). La autora señala que esta es una clasificación cultural y define no sólo la división del trabajo y el ejercicio del poder, sino también que se asignan características específicas, lo femenino o lo masculino, dependiendo del sexo.

Así, la forma en uno construye y transmite el género influye en cómo uno se percibe a sí mismo. Para Jayme (1999) es la forma en la que las sociedades entienden el género lo que “determina definiciones de masculinidad y feminidad

respectivamente, cuyo significado va a extenderse no sólo a los individuos sino a todo lo que existe en el seno de la sociedad” (p.7). Entonces, la autora continua que la identidad de género se entiende como un “cuidadoso proceso que tiene lugar a lo largo de la socialización y en el marco restrictivo que impone la tipificación antes mencionada, pero haciendo referencia a la subjetividad individual ya que implica haberse identificado en distinto grado con esos contenidos” (p.8). Para Jayme, la identidad de género, tanto femenina como masculina, termina formando parte de la identidad personal y refleja un autoconcepto, donde ser mujer u hombre toma un significado individual y colectivo.

Así, para Lamas (1995), la construcción ideológica de la feminidad y masculinidad comienza por el género, que marca el sexo, y la percepción de todo lo demás, y las diferencias anatómicas van a tomar “forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo” (p. 62).

Para entender la identidad femenina en este trabajo, es importante el concepto de género, pues, siguiendo la definición de Joan Scott (1996) este actúa como un “elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p.289). En primer lugar, como elemento que constituye las relaciones sociales basado en las diferencias sexuales, el género comprende cuatro elementos interrelacionados. El primero son los símbolos disponibles que evocan distintas representaciones, múltiples, e incluso contradictorias. El segundo se refiere a los conceptos normativos que van a limitar las interpretaciones de los significados de los símbolos. El tercero refiere a las nociones políticas y las referencias hacia las instituciones y organizaciones sociales. Por último, está la identidad subjetiva del género, es decir la identidad que cada uno tiene de sí mismo.

La segunda proposición de Scott refiere a que el género es una forma en la que se crean relaciones de poder, es decir “el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder” (1996, p. 292). Bourdieu (2000) ha señalado que el poder o la dominación masculina está sustentada por las diferencias anatómicas, y sean responsables de la “*deshistorización* y la *eternización relativa* de las estructuras de la división sexual” (p. 8), es decir,

permiten que se legitimen y se perciban como algo 'objetivo'. Según el autor, "el orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina" (2000, p.22) y se expresa principalmente en la división sexual del trabajo, que asigna actividades y espacios en base al sexo: para los hombres se reserva el espacio público o de reunión, y para las mujeres, el interior del hogar.

### 2.1.2. Maternidad

El género asigna mandatos tanto a hombres y mujeres, los cuales proveen de reglas y normas sociales que les indican cómo actuar. Leonardo-Loayza (2020) señala que:

La maternidad constituye un mandato clave de la femineidad, y a su vez se convierte en una condición que exige sus propios mandatos; es decir, las mujeres, cuando llegan a procrear, cargan con un conjunto de prescripciones que están sujetas a efectuar si quieren ser reconocidas como madres (p.153).

Riquelme (2006) señala que la maternidad no es solamente algo biológico, sino que está influenciado y determinado por condiciones culturales, valores, normas de la sociedad, el comportamiento reproductivo, la infertilidad, entre otros factores. La maternidad es un espacio aceptado y valorado socialmente, por lo que, como señala la autora, al orientar la subjetividad y expectativas hacia esta, las mujeres aseguran un lugar de existencia y pertenencia al grupo (Velásquez, 1987, como se citó en Riquelme, 2006).

De esta forma, todo lo que sea contrario a la maternidad, en un contexto sociocultural donde la estructura de significado señala que la maternidad es la norma y lo positivo, la menopausia, la negligencia materna, la infertilidad o la imagen de una mujer como un ser sexuado con deseos, es visto como algo negativo, y evaluada como marginal, rebeldía o enfermedad (Lozano, 2001).

Esto hace notar la importancia que tiene el cuerpo en la maternidad. Según Lagarde, "para la mujer, la vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal", pues son a las mujeres quienes se les asigna el papel de reproducción social, por lo que "el conjunto de acciones maternas es algo propio de las mujeres, no es exterior a ellas, lo han internalizado como parte de sí mismas, y constituye un núcleo fundamental de la identidad femenina" (como se citó en Sanhueza, 2005, pp. 152–153).

Finalmente, la maternidad tradicionalmente se entiende como un *life transition* o una un periodo de transición (Johns & Belsky, 2007). Una transición es definida como “un evento o no-evento que alterna la percepción del *self* y del mundo del individuo, que demanda un cambio en creencias o comportamiento y que puede llevar tanto a un crecimiento o a un deterioramiento” (Koropatnick et al., 1993, p. 164).

Asimismo, Oberman & Josselson (1996) señalan que la maternidad, además de ser asociada con sentimientos elevados de autoestima, es percibida como un marcador o un rol fundamental que sirve para transicionar hacia la adultez real. Por su parte, Andrew et al (2006)) explican que la transición a la adultez es un proceso construido culturalmente, y que a pesar de que los jóvenes la perciben como cambios internos e individualistas relacionados a la toma de decisiones autónomas, independencia económica y tomar responsabilidad por las acciones propias, los marcadores demográficos tradicionales como la maternidad o paternidad no quedan totalmente excluidos. Ellos señalan que los jóvenes perciben el tener hijos no como algo obligatorio para ser un adulto, pero sí como algo que impulsa la adultez, especialmente si el individuo maneja la situación con madurez.

Dykstra y Hagestad (2007) mantienen una postura similar, tener hijos es clave en una transición a la adultez, y Ryff et al (1996) añaden que la mater/paternidad no sólo indica un estatus de adulto, sino que también organiza el curso de vida de uno mismo y de los demás, como los padres, que miden su éxito dependiendo de los hitos que sus hijos alcanzan (como se citó en Loftus & Andriot, 2012). Para Loftus & Namaste (2011), cada estado del curso de la vida tiene roles e interacciones esperadas, en la cual la pater/maternidad es crucial para transicionar a la adultez. Sin embargo, la infertilidad se presenta como una transición fallida, y citan a Greil (1991) para señalar que, para las mujeres, la infertilidad es un estado de incertidumbre que las mantiene en dos mundos: ya no son niñas, pero tampoco alcanzan el requerimiento de la pater/maternidad para moverse a la adultez.

## 2.2. Estigma

Erving Goffman (2006) señala que el concepto de estigma se utiliza para hablar de “un atributo profundamente desacreditador” (p. 13). El autor propone tres tipos de estigmas: las deformidades físicas, los defectos de carácter y los estigmas tribales de la raza, nación y religión. Todos estos comparten el mismo rasgo: “un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos” (p.15). Más recientemente, Marichal & Quiles (2000) propusieron tres categorías más actualizadas que son los estigmas físicos, estigmas psicológicos, y los estigmas sociales, los cuales servirán de guía para este trabajo.

Pfeffer y Woollet (1983), argumentan que la infertilidad y la falta de hijos involuntaria son temas tabúes y condiciones estigmatizantes, que hacen que otras marcas de identificación no se vieran (como se citó en Letherby, 2002, p. 281). Para Whiteford & Gonzalez, 1995), la infertilidad se plantea de esta forma porque es la imposibilidad de proceder con las normas del curso de vida.

Según Bialakowsky et al. (2021), para que ciertos atributos sean considerados estigmas, se necesita que exista una discrepancia entre la forma identitaria esperada de una persona, y sus características reales. Los autores señalan que “este tipo de atributos se convierten en la característica principal de la conformación de la identidad social del individuo, por lo cual otras cualidades pasan a ser características secundarias” (Bialakowsky et al., 2021, p. 8).

Se proponen distintas formas de experimentar el estigma. El primero es el *enacted stigma*, o el estigma exterior, el cual Scambler (2004) describe como los episodios de discriminación en base a su inaceptabilidad social y cultural. El segundo es el *felt stigma*, o el estigma sentido o interior, el cual para el autor tiene dos referentes: la vergüenza de ser asociado a un atributo, y el miedo a sufrir de estigma exterior. Para Scambler (1989), el estigma sentido es la fuente de más sufrimiento personal y tristeza que el estigma exterior; es profundo y durable, es fuente de duda en uno mismo e interrumpe la vida de las personas (como se citó en Jacoby, 1994, p. 270).

Pescosolido & Martin (2015) presentan una clasificación de estigmas orientada a la acción. El primero es el auto estigma, en el cual la persona acepta

de forma interiorizada los estereotipos y el prejuicio; luego el estigma de cortesía, o el estigma “por asociación”, en el que las personas no presentan una marca, pero por su relación cercana a alguien que sí la posee, están sujetos a devaluación. El tercero es el estigma público, el cual es respaldado por la población general, y marca un contexto de tiempo y lugar del estigma. El cuarto es el estigma del proveedor, en el cual son usualmente los trabajadores de la salud que asisten a los estigmatizados quienes usan palabras estigmatizantes, mantienen estereotipos, etc. Finalmente, el estigma estructural es aquel en el que las instituciones generan políticas para restringir a ciertos grupos.

Link & Phelan (2001) señalan que el proceso de estigmatización posee cuatro componentes importantes. El primero consiste en distinguir y etiquetar diferencia, en el cual las diferencias se establecen por prominencia de una característica específica. El segundo se refiere a asociar diferencias humanas con atributos negativos. Este es el aspecto más resaltado en el trabajo de Goffman y refiere a que el estigma implica que una etiqueta asocia a una persona a un conjunto de características indeseables que forman un estereotipo (Link & Phelan 2001).

El tercer componente ocurre cuando las etiquetas sociales crean una separación entre un “nosotros” del “otro”. Este proceso tiene relevancia, pues cuando las personas son etiquetadas como diferentes, estereotipar se vuelve más fácil, y las mismas personas se perciben a sí mismas por medio de su estigma. Para Goffman, las personas estigmatizadas incorporan el punto de vista de los “normales”, adquiriendo así “las creencias relativas a la identidad propias del resto de la sociedad mayor” (2006, p. 46). Esto implica que es en la socialización donde se aprenden las estructuras sociales que indican qué es lo normal o no.

Algo importante que Goffman también menciona, y es relevante para el caso de mujeres con problemas de infertilidad, es que hay casos de personas quienes adquieren o se enteran de un estigma de forma posterior, usualmente un impedimento físico que irrumpe en su vida, lo cual hace que tengan problemas para “re-identificarse consigo mismos, y una especial facilidad para la autocensura” (p.48). Para el autor, la adquisición tardía de un estigma puede generar dificultades para entablar nuevas relaciones, pero también para mantener vínculos que ya tenían con su entorno. Según Bialakowsky et al (2021), esto lleva a las mujeres con

infertilidad a aislarse de eventos sociales y de no hablar sobre su condición médica, pues existe incertidumbre de cómo “va a ser recategorizada en cada interacción social” (p.9).

Por último, en el cuarto componente de Link & Phelan, las personas sufren de una pérdida de status y discriminación. Estar relacionado a ciertos rasgos indeseables hace que a los ojos de los estigmatizadores se reduzca el estatus. De acuerdo con los autores, los miembros de un grupo utilizan los estatus externos de una persona, como la raza o género, para crear expectativas de performatividad, lo cual es importante de considerar, pues muestra que tener un estatus devaluado lleva a formas de inequidad en otras interacciones sociales más pequeñas (Link & Phelan 2001). Para los autores, el estigma no sólo es algo individual, sino que afecta la estructura alrededor de la persona, se forma un estigma cultural, que la lleva a estar expuesta a circunstancias de discriminación.

Pescosolido & Martin (2015) presentan cuatro premisas de las cuales dependen los componentes previamente mencionados, de las cuales se rescatan tres. En primer lugar, Link & Phelan (2001) mencionan que el poder es esencial para la producción social de la estigmatización; el estigma necesita tener acceso al poder social, económico y político que es lo que genera creencias culturales dominantes que permiten crear diferencias, construir estereotipos y separar a las personas. La segunda premisa recuerda que la estigmatización sólo se puede dar por medio de relaciones sociales, y la tercera señala que los estigmas son moldeados en configuraciones culturales particulares que surgen de un contexto histórico.

Como cita Scambler (2004) a Berger y Luckmann, las personas construyen en sus contextos un marco simbólico de referencia para sus relaciones, pues es en la interacción donde se ordena la realidad social, y es en donde el estigma toma significado y valor, así como donde “se negocia y define el grado de desacreditación del atributo” (Bialakowsky et al., 2021, p.9). Inclusive, Scott (1972) señala que cierta desviación ayuda a preservar la estabilidad de esas creencias dominantes, pues dan claridad de los límites del universo simbólico (como se citó en Scambler 2004).

De acuerdo con Whiteford & González (1995), esto significa percibirse a uno mismo en el rol de una persona enferma, —pues va de la mano con la

percepción de que una mujer debe producir hijos, y se les estigmatiza cuando fallan en hacerlo—, y los tratamientos ofrecidos tienen la finalidad de corregir o controlar aquello ‘enfermo’. Por último, los autores señalan que mientras la infertilidad podría asociarse al tipo de estigma físico (deformidades físicas), el estigma asociado a la infertilidad se basa más en el sentimiento de haber roto una norma social.

Como se puede observar, la propuesta teórica de este trabajo parte de que la identidad se construye por medio de la interacción, y es el género, entendido como el aspecto que guía las relaciones sociales en la sociedad, por medio de mandatos sociales, valores, normas e instituciones, el que va a establecer las relaciones entre mujeres y hombres en base a diferencias sexuales, lo cual crea relaciones de poder.

Sin embargo, estas no son fijas y cambian a lo largo del tiempo, por lo que la identidad de género se construye social, cultural e históricamente. Uno de los mandatos de género clave en la feminidad es la maternidad. Esta es una expectativa del entorno que construye la maternidad como una expectativa sociocultural en las mujeres y quienes no la cumplen se enfrentan a estigmatización. La infertilidad actualmente se percibe como una condición que genera estigma al impedir a muchas mujeres cumplir con el mandato de género de la maternidad; asimismo, impacta en la identidad de género de las mujeres, pues se entiende que existen patrones de comportamiento y normas que han sido interiorizadas y causan estrés y angustia el no poder cumplirlas.

## Capítulo 3: Diseño Metodológico

### 3.1. Enfoque

Para responder el objetivo de investigación propuesta, este trabajo propone un diseño de tipo cualitativo en el cual se buscará la “interpretación de los significados atribuidos por los sujetos a sus acciones en una realidad socialmente construida” (Moreira 2002, como se citó en Valle, 2022). Es decir, se buscó enfocar la atención a la muestra de mujeres para obtener los conceptos, percepciones, experiencias y significados que las mujeres con problemas de infertilidad pueden tener y cómo ellas construyen su identidad femenina.

Asimismo, esta investigación es también un trabajo exploratorio que busca comprender de forma general el tema propuesto que es poco conocido, así como también buscará observar los significados más distintivos que las mujeres le atribuyen a la condición de infertilidad. Al buscar trabajar con dos subgrupos de edades distintas, la investigación propone ser comparativa, y por la misma razón, se propone que tenga un enfoque retrospectivo, pues se buscará conocer las experiencias ya vividas de las mujeres con la intención de describirlas y compararlas.

### 3.2. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio se extiende principalmente en la ciudad de Lima, tomando también en cuenta el Callao. Se decidió enfocar la atención en este ámbito geográfico, pues Lima es la ciudad más grande del Perú, en la cual, para inicios del 2023, Lima Metropolitana contenía más de 10 millones de personas (Gobierno del Perú, 2023). Asimismo, en Perú no se cuenta con una base de datos extensa y representativa sobre el tema de infertilidad, pero la mayoría de los datos sobre infertilidad femenina obtenidos de registros de consulta externa de establecimientos de salud del Minsa y los gobiernos regionales entre 2018 a 2022 se concentran en Lima. Estos datos muestran que del total de casos que pasaron de 4696 a 8724 en los últimos 5 años, para mujeres limeñas de 18 a 59 años, los casos reportaron fueron de 1611 a 7254.

Adicionalmente, se tuvo la oportunidad de entrevistar e incorporar a la muestra a mujeres que residen en provincia, específicamente Arequipa y Puno, pues el lugar de residencia no representa una variable explicativa con respecto al desarrollo de su identidad. Según los datos del Minsa, entre 2018 y 2022, Arequipa es el segundo departamento con más casos registrados de

consulta por infertilidad femenina para mujeres de 18 a 59 años, siendo estos 782 y 635 en el 2018 y 2019 respectivamente, antes de la pandemia, en los cuales se redujo a 162 y 79 entre 2020 y 2021, lo cual guarda relación con lo comentado por las entrevistas, en las cuales muchas hicieron una pausa en sus tratamientos o no lograron sacar citas en servicios de salud, y se volvió a elevar en el 2022 con 209 casos.<sup>4</sup> Respecto a Puno, existen muchos menos casos registrados en este departamento, entre el 2018 y el 2022, estos no han sobrepasado los 60 casos registrados<sup>5</sup>.

### 3.3. Población y muestra

La población con la que se trabajó son mujeres peruanas en edad fértil, a partir de los 20 años hasta los 49 años, que no han logrado concebir en los últimos 12 meses o más sin utilizar métodos anticonceptivos y que residen en Lima Metropolitana y el Callao, Arequipa y Puno, sin considerar etnia o condición social. Ellas se encontraban en relación con una pareja varón (ya sea casada o conviviente) al momento de la entrevista.

La muestra de esta investigación cualitativa se realizó por un muestreo intencional y se compone de trece mujeres de entre 31 a 42 años. Todas son mujeres de sectores medios y urbanos, la mayoría con estudios superiores - técnicos y universitarios- completos. Respecto a sus parejas, solamente uno de ellos presenta problemas para concebir al igual que ella. Tres mujeres de la muestra son de provincia: dos de Arequipa y una de Puno. De las 10 mujeres restantes, todas viven o vivían en Lima, siendo dos de ellas quienes se han mudado recientemente al extranjero.

La mayoría hasta ahora no ha logrado ser madre, sin embargo, se incorporaron tres entrevistadas que sí lograron concebir un hijo después de haber pasado el periodo de 12 meses o más. Solo una de ellas logró concebir como resultado de los tratamientos, mientras que las otras dos fueron de forma

---

<sup>4</sup> Fuente: Establecimientos de salud del Minsa y los gobiernos regionales del país. Datos facilitados por la Oficina de Gestión de la Información del Minsa el 17 de mayo de 2023

<sup>5</sup> Ello es consistente con los comentarios de la entrevistada de Puno, quien comenta que no solo hay pocos espacios para realizar diagnósticos, sino que tampoco existen espacios para realizar los tratamientos.

espontánea. Asimismo, son mujeres que no siguieron o culminaron procesos de adopción.

Con el fin de separar las experiencias de las mujeres de este rango de edad, se delimitaron dos subgrupos de edad, el primero se encuentra entre los 30-35 años, y el segundo entre los 36 a 42 años. Estos fueron delimitados de esta forma pensando en que, según los especialistas, después de los 35 años, la fertilidad disminuye considerablemente, y se presenta la posibilidad de mayores riesgos y complicaciones durante el embarazo, así como también de riesgo materno y perinatal (Donoso et al., 2014). Por este motivo, se decidió separar un subgrupo de mujeres jóvenes que, biológicamente, tienen más probabilidad de concebir que el subgrupo de edad mayor, quienes tienen menos probabilidad de quedar embarazadas, con el fin de observar si es que la edad es un determinante en la forma en que experimentan esta condición médica.



**Tabla 1**  
*Detalles de la muestra*

Seudónimo	Edad	Lugar de residencia	Estado civil	Grado de instrucción	Ocupación (oficio/puesto)	Tiempo intentando	Hijos
Génesis	36	Puno	Casada	Universitaria Completa	Arquitecta	3-5 años	No
Elena	41	SJL-Lima	Casada	Secundaria Completa	Costurera	4 años	No
Janet	39	SJL-Lima	Casada	Técnico completo	Técnica de enfermería (Ahora independiente)	5 años	No
Fernanda	31	La Victoria-Lima	Conviviente	Secundaria Completa	Costurera	5 años	No
Mariella	33	Ate-Lima	Conviviente	Técnico Completo	Administración (ahora Ama de casa)	3 años	No
Iris	35	SJL-Lima	Conviviente	Técnico completo	Auxiliar de inicial (Ahora venta Ambulatoria)	10 años	No
Jennifer	36	SJL-Lima (Ahora EEUU)	Casada	Universitaria Completa	Administración (ahora Lashing en EEUU)	2 años	Sí (embarazada)
Rene	39	Arequipa	Conviviente	Maestría en proceso	Educación	4 años	No
Rita	36	Villa El Salvador (Ahora Argentina)	Casada	Universitaria Completa	Bachiller de derecho (actualmente voluntariados)	5-6 años	No
Melinda	31	La Punta-Callao	Casada	Universitaria completa	Licenciada en Ciencias Marítimas	3 años	Sí (2 recién nacidos)
Kelly	38	Arequipa	Casada	Universitaria Completa	Ingeniera de sistemas	4 años	No
Cecy	42	SJL-Lima	Casada	Universitaria incompleta	Educación inicial (ahora Ventas)	Trató 3 años con el 1 hijo	Sí (1 hijo de 9 años)
Maritza	36	Villa El Salvador	Casada	Maestría en proceso	Derecho-empleadora pública	7-8 años	No

Fuente: Elaboración propia

#### 3.4. Herramientas de recojo de información y estrategias empíricas

Se eligió la entrevista a profundidad semiestructurada como técnica de análisis, pues esta permite obtener información más profunda sobre las experiencias de las mujeres y entender cómo construyen su identidad. Asimismo, esta técnica permite tener una relación más cercana con la persona entrevistada y generar más confianza.

Para identificar y entrar en contacto con mujeres que formen parte de la investigación, se realizó una búsqueda en distintos grupos online dedicados a la fertilidad o los tratamientos de fertilización in vitro en Facebook, de los cuales se logró contactar a algunas mujeres para la entrevista. Se pretendió utilizar la técnica

de “bola de nieve”, el cual se basa en buscar sujetos iniciales que puedan seguir reclutando personas con características similares a la muestra, pero sólo funcionó con un contacto que no entró a la entrevista. Sin embargo, ella me brindó acceso a un grupo de WhatsApp, en el que se compartió el objetivo de la investigación y las características de la muestra. Asimismo, gracias a un contacto médico, se comunicó con algunas pacientes a quienes él les comentó de la investigación. De aquellas mujeres que aceptaron tener un contacto posterior, se les contactó para comentarle de la investigación y si deseaban participar.

El instrumento está dividido en cuatro variables conceptuales principales. La primera consiste en tres subvariables de control: Edad, condición socioeconómica y Religión, las cuales permitirán crear un perfil de las entrevistadas al conocer a qué grupo generacional pertenecen, el grado de instrucción que han recibido y su ocupación actual.

La segunda variable es la Identidad de género, que cuenta con cuatro dimensiones: autoidentidad, roles asignados, maternidad y cuerpo. Dentro de este módulo, se busca conocer cómo las mujeres con problemas de infertilidad entienden la maternidad y se identifican como mujeres. De la misma forma, se busca entender qué representa para ellas ser mujer, los significados que le atribuyen a esta identidad, así como también la maternidad y su relación con la transición a la adultez.

La tercera variable es la condición de infertilidad, que cuenta con tres dimensiones: el tiempo de conocimiento, el acceso a alternativas y los significados atribuidos. Siguiendo esta variable, se busca conocer los significados que las mujeres le otorgan a la infertilidad, buscando saber lo que sintió en el momento en que tuvo un diagnóstico de su condición, y las alternativas que consideró seguir o está siguiendo para alcanzar la maternidad, tanto los tratamientos de fertilidad o la adopción. Respecto a la primera alternativa, se plantea entender lo que estos significan o significaron para ella, y respecto a la adopción, se busca describir y entender qué representa o representaba para ella este proceso y el por qué decidió no continuar con esta alternativa. Asimismo, con esta variable se busca entender la experiencia que tuvieron con los especialistas médicos, y cómo sus actitudes tuvieron alguna influencia en la forma en la que se percibían.

La cuarta variable es el impacto del entorno, el cual tiene tres dimensiones:

pareja, familia y amigos/grupos de pares. Esta dimensión ayuda a entender cómo el entorno de las mujeres con infertilidad puede influir en la forma en que construyen su identidad. Se busca entender las respuestas que tuvieron tanto la pareja, los amigos y la familia ante su diagnóstico, si es que mostraron apoyo, o, por el contrario, las mujeres buscaron ocultar la información por miedo al rechazo o a ser juzgadas. Asimismo, dentro de esta dimensión se plantean entender dos aspectos. La primera responde a la intención de entender si es que su diagnóstico tuvo un impacto en sus relaciones sociales; y la segunda, si es que las mujeres han asistido a grupos de apoyo o talleres donde conozcan más personas con su condición, y si esto les ha permitido sentirse parte de un grupo o por el contrario, sentirse más aislada.

Algunas preguntas de la guía de entrevista, especialmente aquellas orientadas a la experiencia médica y su relación con el entorno, fueron adaptadas de la guía de entrevista de la investigación de Greil (1991). Asimismo, algunas preguntas provienen de las categorías de autoidentificación de mujeres con problemas de fertilidad del trabajo de Leyser-Whalen et al. (2017), con la intención de identificar si es que las mujeres de la muestra construyen categorías similares sobre su identidad tras tener un contacto con especialistas de la salud.

La guía de entrevista cuenta con algunas preguntas que el presente trabajo de investigación entiende como condicionales, por lo que, a partir de la respuesta de la entrevistada, se despliegan ciertas preguntas referentes a la pregunta anterior que no se preguntarían si la respuesta de la entrevistada hubiera sido otra. A modo de ejemplo, las preguntas que se hacen a una entrevistada que sí buscó o consideró un tratamiento de fertilidad son distintas que las que se realizan a aquellas quienes respondieron que no lo consideraron. Tomando en cuenta todas las preguntas que se han elaborado para la guía de entrevista, se cuenta con 97 preguntas.

Para el recojo de la información, se trasladó la guía de entrevista a un formulario de *Google Form* en formato de texto. Este fue utilizado como una herramienta para recoger y registrar la información de manera más eficiente, dado que este contiene las preguntas ordenadas en las cuales se puede anotar puntos importantes de la entrevista e ir mostrando progresivamente las preguntas de acuerdo con las respuestas previas de las entrevistadas. La información fue luego

ordenada en una matriz en una hoja de cálculo para hacer una clasificación previa de la información obtenida, lo cual permitió visualizar las respuestas y facilitar el análisis. Con la información visible, se utilizó el programa *Atlas.ti* para clasificar las citas de acuerdo con ciertos códigos creados y observar similitudes en las respuestas de las entrevistadas.

### 3.5. Criterios éticos

Siguiendo los principios para una investigación ética, esta investigación buscó que las entrevistadas sepan que su participación en las entrevistas era voluntaria y podían retirarse de la misma en el momento que deseaban o evitar responder cualquier pregunta sin ninguna represalia. Toda la información obtenida será usada sólo para fines académicos, y se mantendrá de manera anónima, siendo presentada mediante un pseudónimo al momento de redactar la investigación.

Esta investigación se aseguró de obtener el consentimiento voluntario e informado de todas las participantes, con el fin de que las entrevistadas tengan conocimiento del motivo de las entrevistas. En el contacto inicial con todas las participantes, se les comunicó el motivo del contacto, el tema de la investigación, y el hecho de que era voluntaria, confidencial y anónima. Una vez en la entrevista, se les leyó nuevamente los criterios de esta y sólo se prosiguió tras una frase afirmativa. Asimismo, se les preguntó si es que consentía a la grabación de esta.

### 3.6. Limitaciones

Este diseño metodológico, a pesar de que se consideró que era el más adecuado para responder a los objetivos planteados, presenta algunas limitaciones. Respecto a la delimitación por ámbito geográfico, sólo se está trabajando con mujeres urbanas, y no se podría conocer las experiencias de mujeres en zonas rurales.

Asimismo, al buscar participantes a través de grupos de apoyo o contactos médicos, esto hace que la mayoría de las entrevistadas ya haya empezado o esté por empezar tratamientos de reproducción asistida. Esto hace difícil encontrar y conocer las experiencias de sujetos con alguna condición de infertilidad y que no hayan recurrido a tratamientos, pues esta se visibiliza mediante la búsqueda de un diagnóstico o un tratamiento. De la misma forma, como este trabajo tiene la intención de conocer las experiencias que configuran la identidad de las mujeres con

infertilidad, no pretende trabajar con las parejas de las mujeres, a pesar de que se reconoce que esto podría contribuir a construir una visión más amplia de la experiencia de las parejas que atraviesan por diagnósticos de infertilidad.



#### Capítulo 4: Significados de la Infertilidad

En primer lugar, de acuerdo con las entrevistas realizadas, todas las mujeres recibieron o están realizando un tratamiento de fertilidad, y existieron dos formas en las que se enteraron de su condición. Por un lado, algunas mujeres no consideraban que tuvieran un problema y atribuían el no poder quedar embarazadas a factores externos no relacionados a su fertilidad, mientras que otro grupo de mujeres, al momento de acudir al médico o al especialista, ya sospechaban que existía un factor limitante.

Las mujeres dentro del primer grupo señalan que no estaban conscientes o preocupadas por la posibilidad de no poder concebir en el primer momento en que lo intentaron, ya sea con sus parejas actuales, o con parejas anteriores, y se enteraron de su diagnóstico mucho después. Las razones por las que acudieron al médico se relacionan más con otros problemas de salud reproductiva como una menstruación irregular, efectos secundarios de los métodos anticonceptivos consumidos, o por temas de estrés.

No, yo fui por sangrados a la posta de mi zona. Menstruaba 7, 8 días, pero me vendía abundante, que me dejaba débil. Y cada vez que iba a la posta me decían que eran quistes... (...) (Fernanda, 31 años).

Yo quería tener hijos a los 34-35. Ese era el plan con mi esposo. Nos casamos y queríamos tener más tiempo. Pero me vi un pequeño sangrado porque a mí no me viene, bueno, no me venía la regla desde los 27, pensé que era normal por los anticonceptivos (Melinda, 31 años).

“(...) Ya, dijimos, de repente el estrés, como siempre estaba en turnos, en cosas, entonces lo dejé pasar porque tampoco no era algo que- que sí lo deseaba, pero no era algo que-que me había enfocado con el tiempo necesario para dedicar y saber qué estaba pasando, ¿no?” (Maritza, 36 años).

La mayoría de las mujeres, sin embargo, se encuentran en el segundo grupo, y acudieron al médico debido a que se dieron cuenta que, a pesar de sus intentos para quedar embarazadas, y por el tiempo que llevaban tratando, no lograban concebir, incluso sin utilizar métodos anticonceptivos.

Porque yo vi afectado mi flujo, yo no me cuidaba, nunca me he cuidado. Y ya comencé a caer en cuenta de que, si yo no me cuido, y hago todo lo posible para quedar embarazada, y no quedo embarazada, algún problema debo tener (Rene, 39 años).

Algo interesante a mencionar es que las mujeres en este grupo también expresan que, a pesar de que la razón principal por la cual acudieron al médico

fue para conocer por qué no lograban salir embarazadas, antes de eso, ellas tampoco creían que tendrían problemas para concebir, y utilizaban métodos anticonceptivos con normalidad para evitar embarazos no deseados, lo cual da a entender que lo esperado en las mujeres es que el cuerpo funcione de forma correcta, especialmente si no han escuchado de antecedentes en su familia, o si llevaban un estilo de vida sano.

O sea, como te digo yo-yo llevo 15 años con mi pareja. Y, o sea, nosotros habremos pasado por un proceso de que, al principio de que, ay, yo cuidarme, ver mis ciclos y todo eso, pero como que yo lo atinaba todo a la suerte [] Pero lo que llega hace, de los 15 años, pasó, o sea, hace unos 8 años, es que yo me daba, ya me di cuenta de que no pasaba nada (Génesis, 36 años)

Yo me consideraba que no era infértil porque yo no tengo familia que sufren de ese problema, todos han sido (...) más de todo el tiempo, no tengo descendencia o digo, anteriores parientes que hayan tenido ese problema (Janet, 39 años)

Algunas de las mujeres de esta categoría comentaban que, al inicio, el hecho de no concebir no representaba un problema, es más, estaban tranquilas con la situación, pues la maternidad todavía no era parte de su plan de vida, y tenían otros objetivos o metas que deseaban cumplir antes.

Y no me importó no salir embarazada. Yo estaba tranquila, ¿no? Pues como le digo, yo no deseaba todavía tener hijos de joven. Y ya cuando de verdad me nacían las ganas o ese deseo de tener hijos, para no estar sola, es lo que recién me doy cuenta de este problema que yo tenía, que no me podía embarazar tantos años teniendo una pareja, no era normal (Janet, 39 años).

En este caso, la búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento es motivada por el deseo de volverse madre, el cual las mujeres perciben como algo que es innato, que es propio de las mujeres en algún momento de sus vidas.

Entonces, como que no era una preocupación, no, es más, es como que estaba tranquila mientras yo no tuviese un embarazo. Pero ya después, hace unos tres años es que me empecé a preocupar ya y comencé a buscar algún especialista y todo eso (Génesis, 36 años)

Ya cuando me da ese deseo de ser madre, es lo que me doy cuenta de que debo tener un problema de fertilidad. Si fuera fértil, hace rato ya habría tenido hijos (Janet, 39 años).

Si bien todas las entrevistadas consideraron o empezaron tratamientos de fertilidad, la mayoría de las entrevistadas consideró que fue difícil tomar la decisión de seguir un tratamiento, principalmente por el elevado costo de este<sup>6</sup> Conseguir la cantidad necesaria de dinero para empezar un tratamiento de fertilización, ya sea una inseminación o una FIV, retrasa el inicio del tratamiento.

Lo conversamos. No fue rápido. Tomó su tiempo. Fueron como varios meses. De lo que habíamos decidido. Lo principal fue por lo económico, por el dinero. Porque ese procedimiento no es nada barato. Es muy alto. Y bueno, fue por eso que se demoró todos estos meses, ¿no? Y ahora ya se pudo conseguir el dinero y es por eso que ya se empezó (Elena, 41 años)

Adicionalmente al costo, las mujeres están al tanto que realizar un tratamiento no las hará madres inmediatamente, sino que, además de ser un procedimiento largo y tedioso, no asegura un resultado positivo, ni tampoco da la seguridad de que ellas podrán ser madres, lo cual describían como un esfuerzo que posiblemente sería en vano.

La decisión, creo, la parte de la dificultad más va por, en mi caso, por la parte económica, porque, o sea, es ponerme a pensar si es tanta inversión y quizás iba a ser por gusto (Génesis 36 años).

Una de las mujeres se enteró de su condición cuando todavía no tenía pareja, por lo que eso aumentaba la dificultad al comenzar los tratamientos, pues recibía menos apoyo y sostén emocional que las mujeres que lo empezaban o lo consideraban con una pareja al lado.

Fue difícil porque estaba sola. Porque esos tratamientos aparte de que son muy costosos, son muy sensibles. Porque nos estamos inyectando hormonas. Estamos todos los días. Es doloroso también. Es triste para una mujer que está sola. Porque yo...lba sola al hospital...a la clínica, mientras que otras estaban con su pareja. Y ese sentimiento...De, de querer que tu pareja esté ahí al lado. Yo no lo tenía (Jennifer, 36 años)

Por su parte, las mujeres que señalaron que iniciar el tratamiento no fue difícil refieren principalmente a dos razones. La primera es que realizar los tratamientos representaba la única forma en que iban a poder tener hijos, ya que

---

<sup>6</sup> De acuerdo a las experiencias de las mujeres, los tratamientos de fertilidad en el Perú que son realizados de forma particular, pues los seguros estatales no cubren estos procedimientos, están alrededor de los 15 000 soles al iniciar. Este tema se profundizará en la sección 4.7.

no los podían tener de forma 'natural', y lo veían como la única alternativa.

Porque deseamos ser padres, y porque de forma natural se ve, lo vemos que es difícil, consideramos que es difícil pero no imposible, todavía no hemos visto el imposible (Rene, 39 años).

En el caso de Cecy, quien es una mujer del grupo de edad mayor, quien tuvo un hijo después de realizarse tratamientos y actualmente está buscando tener un segundo bebé, la decisión fue fácil porque ya conoce cómo funcionan y se mostraba lista.

La segunda razón es porque investigaron lo que un tratamiento implicaba, y especialmente, porque tenían los medios económicos para solventar los tratamientos y la información necesaria para tomar la decisión.

No, porque investigamos mucho en respecto a cotizaciones, experiencias. Felizmente contábamos con los ahorros necesarios para hacer los análisis, el procedimiento. Y fuimos con la decisión. No fue muy difícil, lo hicimos muy rápido (Kelly, 38 años).

De esta forma, de acuerdo con las mujeres entrevistadas, sin importar la edad, la religión o la condición económica de las mujeres, se han identificado diversos significados comunes que se le asignan a la infertilidad y que tienen relación con su feminidad. De forma general y el común denominador entre las entrevistadas, los significados asignados se encuentran asociados a una perspectiva más negativa, donde la infertilidad se percibe principalmente como algo limitante en su vida, así como en su identidad. Sin embargo, también existen algunos significados que describen que, a pesar de que la infertilidad nunca deja de ser un aspecto doloroso, se busca negociar con esta para que no les afecte tanto, e incluso, puede servir como una oportunidad personal en la relación de pareja.

#### 4.1. La infertilidad como castigo

Algo que se puede observar en las entrevistadas es que todas comparten el aspecto del malestar y frustración ante la condición de infertilidad. Desde las perspectivas más negativas, la infertilidad se entiende como un castigo divino, específicamente, un castigo de Dios.

“En fin, mucha desdicha, infelicidad, castigo también, por Dios. Muchas sensaciones, depresión, Dios, depresión. Muchas sensaciones, todas muy tristes, en realidad” (Jennifer, 36 años)

“Me chocó, me chocó feo porque yo dije, Dios mío me está castigando, o porque de repente, o sea, ahí me entró como la ansiedad de no sé, de que no puedo ser mamá” (Iris, 35 años).

Esto está relacionado con la percepción de que la maternidad es un mandato o un regalo divino, en el que sólo las mujeres pueden concebir y es algo que ocurre de forma natural. El hecho de percibir como un castigo el no poder concebir implica que las mujeres sienten que han cometido algo malo en sus vidas para que no puedan cumplir ese mandato de ser madres cuando ellas lo deciden, y que, por ese motivo, están sufriendo las consecuencias. Esto las lleva a realizarse cuestionamientos sobre ellas mismas; no solo como personas, sino como mujeres, pues llegan a percibir que tanto ellas como sus cuerpos son un ‘problema’ que deben resolver y las motiva a buscar una solución.

Es algo que me ha hecho preguntarme, no sé, ¿qué he hecho? ¿He hecho algo malo? ¿Tengo algo de qué arrepentirme? (Mariella, 33 años).

(...) Tu esposo está bien, entonces tú eres el problema. Yo entro ahí y digo, ¿qué tendré yo? ¿Qué pasará conmigo? Empiezan a hacerme exámenes, los análisis, las ecografías ahí salen, ya algo extraño (Génesis, 36 años)

Sí, te cuestionas, personalmente te cuestionas qué estás haciendo mal, qué debes mejorar, o hasta incluso, ay, por qué me merezco esto (Kelly, 38 años)

Cuestionarse sobre una misma también lleva a las mujeres a compararse con otras mujeres que no presentan problemas para concebir, lo que incrementa el sentimiento de malestar y tristeza.

Y es triste también que tú necesites hacer eso, mientras que para otra mujer. Wow. Fácil. Te sientes como...Mal. Muy mal (Jennifer, 36 años)

Para mí sí. ¿Por qué? Porque a veces, bueno, a veces cuando yo entro, o sea...A veces hay ratos que tú entras en una depresión. ¿Por qué a mí? ¿Por qué habiendo tantas mujeres? ¿Por qué a mí? O sea, tú mismo te calificas (Fernanda, 31 años)

Para algunas mujeres entrevistadas, este castigo se percibe como una injusticia, pues consideran que hay algunas mujeres que no merecen ser madres, pero logran concebir, mientras que ellas sí lo desean, y no pueden. Para estas mujeres, tener un hijo es una bendición la cual debe ser aceptada

(responsablemente), sin embargo, hay quienes no cumplen correctamente su maternidad, por ejemplo, ejercen su derecho a un aborto o tienen muchos hijos sin los medios económicos para cuidar de ellos. A pesar de esto, estas mujeres irresponsables no son castigadas y pueden concebir, mientras que ellas no son capaces.

Para mí, yo digo, pero ¿por qué haces eso? No entiendo, por qué con ustedes Dios no es malo, que botan a sus angelitos, y yo que no hice nada, no me manda un ángel, una bendición (Iris, 35 años)

No lo tomes a mal, pero yo soy de las personas que miran las noticias y dicen “¡ay! que el Estado no me dio, que tengo mis cuatro hijitos, que soy madre soltera” Yo reniego con eso. Si puedes tener hijos, si no tienes condiciones ¿por qué sigues teniendo hijos? (...) Uno tiene que ser responsable y eso es irresponsabilidad (Rene, 39 años)

Este tema fue señalado también por Ariza (2014), en la cual las mujeres asocian “normativamente la capacidad de procrear con la buena conducta, el cuidado de sí, el merecimiento y la responsabilidad, contribuyendo a la performatización narrativa de la mujer que merece ser madre” (p. 59), y, por tanto, le atribuyen a ese fallo de su cuerpo a causas divinas. Se entiende que las mujeres perciben que la maternidad es innata, pero no la romantizan, pues debe ser tomada con responsabilidad.

#### 4.2. La infertilidad como problema físico, en el curso de vida, y emocional

La infertilidad también aparece como malestar en ambos grupos de edad al ser descrita como un problema en tres diferentes ámbitos. Primero como un problema físico, un defecto o un fallo en el funcionamiento de su cuerpo; también, como un problema en su vida, pues sus planes de vida no van acordes a lo que ellas pensaron, y finalmente, como un problema en el ámbito emocional.

O sea, ese es el momento en que te... te da miedo, llega a darte un miedo, una preocupación, un sentimiento feo de que algo hay en ti que está mal y que no te está ayudando (Janet, 39 años)

En el caso de Janet, ella se había sometido a una operación para que los médicos pudieran determinar la causa de su infertilidad, pero no la encontraron, lo cual fue un golpe muy duro para ella. La condición de infertilidad la percibe como algo indeseable, y espera que nadie tenga que pasar por la misma. El mismo

problema en el cuerpo se puede extender a las relaciones de pareja y la familia de la pareja.

Problemas de fertilidad, o sea, es muy horrible. (...) Es algo, es algo feo. No le deseo a ninguna mujer. Porque a veces también tiene problemas, o a veces la pareja te deja. Entonces también hay problemas con la familia de la pareja, y todo. Es feo (Janet, 39 años)

El problema de infertilidad se siente también como algo que crece y presiona en la relación de pareja, al ser un problema que depende mucho de la fortaleza de esa relación para que se pueda sobrellevar.

Pero sí, o sea, definitivamente es un gran, o sea, nos está ocasionando cada vez con el tiempo, un poquito más, un poquito más, es como que la bolita se va agrandando, se va agrandando... (Génesis, 36 años)

Un proceso largo un tratamiento es cansado, agota mental y físicamente, si no está tu matrimonio bien cimentado es bien complicado (Rita, 36 años)

Al ser un problema del cuerpo, existe el sentimiento de que es el mismo cuerpo que les recuerda que no pueden concebir, por medio de su ciclo menstrual, y eso hace que sean las mujeres, a diferencia de los hombres, quienes sientan más el problema debido a cómo el cuerpo lo exterioriza.

Porque es como que yo tengo el anhelo, lo siento, yo sé mis días, mi ciclo, y es como que todo eso hace que me lo recuerde, y es como que siempre paro pensando en eso, Entonces, en cambio él no, porque el hombre, pues, el cuerpo mismo no se lo recuerda, entonces, siento que él lo lleva más ligero (Génesis, 36 años)

De esta forma, el tratamiento de fertilidad en sus diversas formas que las mujeres han experimentado: la inyección de hormonas, vitaminas, inseminaciones y fertilizaciones in vitro, aparecen como la única forma de poder tener un hijo biológico y cumplir la búsqueda de la maternidad. Lo opuesto a realizarse un tratamiento es concebir de forma natural, por lo que estar pasando por un problema de fertilidad, y, por lo tanto, asistir a un tratamiento, también son acciones no naturales.

Me chocó, en el momento, me chocó bastante el tema de que ya no vas a poder ser mamá naturalmente. Todo va a ser mediante un tratamiento (Fernanda, 31 años)

Ahora estoy tratándome en otra clínica, ya viendo fertilización in vitro porque ya es lo único que me queda para poder ser mamá (Génesis, 36 años)

Por su parte, la infertilidad aparece como un problema en el curso de vida, pues muchas de las mujeres consideran que la maternidad es un hito en la vida que sigue tras los estudios o el trabajo, y, por lo tanto, no poder concebir cuando una lo planifica, se percibe como un 'atraso'<sup>7</sup>

Es un atraso de tiempo, un problema que bien lo resuelves o bien no, es una inseguridad, ¿no? Aparte de que estás tratándote, pero hasta la fecundación que te llega, te gastas mucho dinero, un gasto económico también, y no llegas a la realidad, a concebir" (Génesis, 36 años).

Un problema de fertilidad sería un... atraso en tu vida por el momento, porque pierdes tiempo buscando la forma de embarazarte (Génesis, 36 años)

Génesis lleva con su pareja ya quince años, y el no poder concebir, le genera un sentimiento de inseguridad. El hecho de estar un largo tiempo con su esposo y no haber tenido un hijo juntos aparece, para ella como para las otras mujeres como algo que interrumpe sus planes de vida y la formación de su familia.

Asimismo, la infertilidad puede representar un atraso no sólo en el plan de maternidad, sino también en otras metas u objetivos que las mujeres tengan en la vida, pues el gasto que representan los tratamientos de fertilidad implica no poder invertir en emprendimientos que tenían pendiente.

Mi proyecto es, como decía, ya con mi amiga, la que soy este...es abrir nuestro propio taller de confección. De acá a unos años tener nuestro propio taller. Pero como a mí me retrasó un año prácticamente, prácticamente nos retrasó la pandemia. Un año casi mi tratamiento, me retrasó bastante. Porque yo ya tenía casi un capital. Pero como me sobregiré en los gastos que hice el tratamiento. Y a veces ya perdí esa oportunidad de formar mi taller. Volver a empezar otra vuelta (Fernanda, 31 años)

La tercera forma en la que la infertilidad representa un problema en la vida de las mujeres es como un problema en el aspecto emocional. Como se señaló en el punto anterior, la infertilidad y el empezar tratamientos con el objetivo de ser madre, es descrito como un golpe emocional que resalta por ser un fuerte desgaste emocional. Este no solo es por el impacto físico que tienen los tratamientos en el cuerpo ya que son extremadamente dolorosos y pesados en el cuerpo de las mujeres, que incluso crea cambios de humor y perjudica su desenvolvimiento en el trabajo, sino que también los constantes negativos y fallas

---

<sup>7</sup> La maternidad y la infertilidad se desarrollarán a profundidad en el Capítulo 5

en los tratamientos llegan a ser una carga emocional para las mujeres con infertilidad. Asimismo, cabe mencionar que el desgaste emocional se incrementa por el alto gasto que están realizando para lograr concebir, y esto es una constante en todas las mujeres entrevistadas.

Entonces ese fue un golpe muy fuerte, nos desgastó emocionalmente, nos tratamos de dar fuerzas, pero es desgastante, el proceso para ser padre, para ser madre, es desgastante, es doloroso, porque hay momentos en los que te ilusionas inevitablemente, y cuando no pasa caes al suelo (Rene, 39 años)

Es difícil porque, uno que es lo económico, y lo otro que es el estado emocional de la persona. Porque es un desgaste emocional. Uno, por las inyecciones, las hormonas que te inyectas, las pastillas que tomas, los óvulos que te pones, diario, tres veces al día, es un desgaste emocional. Y cuando te dicen, te van a hacer la transferencia, y sale negativo, es un desgaste más. Es algo como, desgastaste, hiciste el intento todo, para juntar tu plata todo, y tener como resultado un negativo... (Fernanda, 31 años)

El desgaste físico también se expresa en cómo las mujeres sienten que sus cuerpos son constantemente examinados y juzgados cuando acuden a consultas con los especialistas. Someterse a tratamientos de infertilidad implica una revisión constante y experimentar vulnerabilidad ante los médicos.

Creo que la in vitro sí, sobre todo porque ya había pasado por el otro y ya no quería que me... que me revisaran tanto, porque cada proceso es que te vean, que te expongan y todo, entonces eso sí fue lo difícil (Rita, 36 años)

Al principio es una invasión a mis-mis cositas internas. O sea, operarme fue una decisión muy difícil para mí (Janet, 39 años)

La frustración es otra forma en la que las mujeres describen la infertilidad como un problema en el aspecto emocional. El no lograr tener hijos crea sentimientos de frustración muy grandes en las mujeres. Inclusive, este sentimiento estuvo presente en las mujeres que sí lograron concebir.

Lloré creo que el hecho de que te digan que no iba a ser fácil y que iba a ser un proceso largo llena de impotencia, frustración, como que, y te ensaña bastante, ¿no? (Rita, 36 años).

Frustrada, mal, lloré, me deprimí. Eso, eso sentí (Elena, 41 años)

Hubo el caso de una de las mujeres, Melinda, en la que el sentimiento de frustración por no lograr un tratamiento positivo no proviene directamente del hecho de no poder lograr la maternidad, sino porque cuestionaba e iba en contra de

su propia naturaleza como persona, al ser ella una mujer que le gusta demostrar que puede realizar lo que se proponga, incluso cuando es cuestionada.<sup>8</sup>

Me sentía frustrada porque era algo que no podía tener, cuando a mí me gusta tener todo (Melinda, 31 años)

La depresión es otra de las formas más recurrentes en las que la infertilidad se presenta como problema en el aspecto emocional. Es importante notar que el tema de la infertilidad en las mujeres ha sido principalmente vista desde la rama de la psicología y la psicología social, debido a que no solo es una condición que afecta a las mujeres en el aspecto social, sino que también al tema de su autoestima, de la imagen que crean de ellas mismas, y su estado mental. Respecto a este aspecto, mencionaron que existe la posibilidad de que el no poder concebir, genere en algunas mujeres síntomas de depresión y ansiedad.

Hay personas que los hombres le tratan mal, ¿no? 'Es que no sirves para eso', y a veces le da la depresión o la ansiedad de comer, o la ansiedad de...matarse, suicidarse. Porque es algo horrible (Fernanda, 31 años)

En esa depresión me quise como, matar. Después fui al psicólogo y me ayudaron bastante (Rita, 36 años)

Asimismo, los pensamientos y deseos de suicidarse fueron mencionados ocasionalmente, lo que muestra que el tema de fertilidad no es solamente un tema de importancia social, sino de salud pública, tanto en el aspecto reproductivo como en la salud mental de las mujeres. El acompañamiento psicológico en el tratamiento de fertilidad resulta esencial para las mujeres entrevistadas, pues les ayuda a enfrentar la situación.

#### 4.3. Infertilidad como un vaivén de emociones y como enfermedad

A pesar del sentimiento general de malestar y frustración, donde la condición de infertilidad sí genera sentimientos negativos en las mujeres hacia ellas mismas, y que puede traer problemas tanto emocionales, como problemas en sus relaciones de pareja, también hay dos formas en que son descritas que muestran que la infertilidad no existe como el centro de la vida de las mujeres, y

---

<sup>8</sup> El tema sobre la identidad será profundizado en el capítulo 5.

buscan formas de negociar con esta. Una de ellas es que describen la infertilidad como algo que, si bien genera sentimientos negativos, esta aparece en ciertos momentos y ocasionalmente, y no está presente en la mente de las mujeres todo el día.

Uy, ha sido un altibajo de emociones, cuando me dijeron que tenía todo esto, eran ya no voy a poder ser mamá...o sea, hay episodios que yo me pongo fuerte y digo, bueno, ya si no soy mamá, no soy mamá, pues disfruto mi vida... (...) Pero hay otros momentos también que digo, pero yo quiero tener un hijo, yo quiero llevarlo aquí a jugar, lo quiero llevar de paseo, entonces es un vaivén de emociones (Rene, 39 años)

El altibajo o vaivén de emociones que Rene describe es un primer intento que tienen las mujeres para poder negociar con esta condición. Desean ser madres y el sentimiento se hace presente en ocasiones, pero al mismo tiempo tratan de aceptar que puede no llegar a ser una posibilidad en sus vidas, y por lo tanto, evitan pensar o hacerse ilusiones al respecto, pues esto implicaría un estrés adicional que los médicos no les recomiendan tener.

La segunda forma en que se entiende la infertilidad es como una enfermedad, como cualquier otra, con la que se nace o 'le toca a uno'. Esto implica que las mujeres sienten que, a pesar de que existe algo que está pasando dentro de sus cuerpos, la medicina y los tratamientos de reproducción asistida les ofrecen la posibilidad de encontrar una solución, como se haría con cualquier otra enfermedad. Como señala Garay (2008), los tratamientos médicos se convierten en un instrumento para revertir esa anomalía, que es la falta de hijos.

No sé, pero, por otra parte, también digo, o sea, no sé, es algo natural. Y digo, este, es como que, no sé, si a alguna persona le tocó nacer con labio leporino o no sé, tienes diabetes, es una enfermedad más, ¿no? (Génesis, 36 años)

Esa forma de pensar también la podemos observar con otra de las mujeres, quienes afirman que el problema de infertilidad puede tener múltiples factores y causas que lo originan, pero finalmente, todas tiene una raíz en un problema en el cuerpo que puede tratarse para ya no tener el problema. Inclusive, han llegado a describir su situación no como infertilidad sino como un 'no he podido embarazarme' que simplemente requiere de pasos adicionales para conseguir el objetivo de la maternidad.

Bueno, para mí era la única opción que tenía para poder saber el motivo, la razón por qué no funciona mi sistema reproductor, por qué, qué tiene, algo, para darme cuenta. Y según eso, tratar de resolver el problema y ver si puedo embarazarme (Janet, 39 años).

Pero la palabra sí, problemas de infertilidad, que es lo que es, nunca lo he tomado como tal, sino lo he tomado como que no puedo embarazarme, no he podido embarazarme, no logré embarazarme y bueno... Y ahora tengo que hacer un paso adicional de lo que... normalmente una persona se puede embarazarse, ¿no? y que también requiere un curso adicional, una preparación adicional, tiempo y dedicación para ello, ¿no? (Maritza, 36 años)

#### 4.4. Infertilidad como oportunidad

Esta no es la forma más común en la que se describe la condición de infertilidad, pues la mayoría se concentra en el extremo negativo y el punto que busca superar o negociar con esta, pero hubo algunas opiniones que sí cabe mencionar. Una de las formas en que se describe la infertilidad como oportunidad es que se entiende que esta condición ha favorecido su relación de pareja, que esta trae algunas enseñanzas. También, estar asociados a un estilo de espiritualidad, sea o no alguna religión, influye mucho en cómo la relación de pareja se sostiene y puede o no fortalecerse.

Gracias a Dios no, nos ha hecho más unidos. Creo que como tenemos este estudio espiritual todos los días nos ayuda a-a comprender que es una situación que debemos afrontar porque algún aprendizaje debe traer (Kelly, 38 años)

Pero nunca lo creyó así. Nos mantuvimos en oración con él. Nunca lo sentí así y él me hizo sentir que yo estoy bien, que yo no tengo nada. (Jennifer, 36 años)

En el caso de Maritza, ella considera que su condición influyó en su relación de pareja y los unió más. Sin embargo, cabe notar que, en su caso, ella es la única de las mujeres que tiene una pareja que también tiene problemas de fertilidad. Para ella, algo importante que ha influido en la forma en tomó la condición de infertilidad, es el tiempo que lleva con su pareja. Ella ya lleva alrededor de trece años con él, y ha permitido que se conozcan y sepan cómo actuar.

Nos unió más creo, porque juntos hemos tenido que tocar ese tema, hablarlo... Hemos llorado juntos de nuevo, nos hemos reído porque [esposo] salió también que él no podía, entonces hemos llorado, después nos hemos reído (Maritza, 36 años)

Algo adicional que mencionó Kelly, es que el hecho de no poder concebir puede representar para algunas personas una oportunidad para que puedan desenvolverse y ayudar mediante otras acciones. Ella mencionó el caso de un actor de una película que, junto con su esposa, no podían tener hijos, por lo cual adoptaron, y el hecho de haber vivido esa experiencia fue lo que lo motivó a participar en la película. Respecto a sí misma ella considera que si no lograra concebir, esto le permitiría desenvolverse de otra forma. Kelly mencionó que junto a su esposo consideraron apoyar en el cuidado de sus sobrinos, o enseñar programación a niños, o incluso ella se planteó la adopción como posibilidad.

Yo confío mucho en Dios, que, si Dios me da la oportunidad de ser madre, le estoy muy agradecida. Y si no me la da, también le voy a agradecer. Pero, porque creo que puedo ser madre de diferentes formas. Puedo ser madre de mis sobrinos, puedo ser madre, no sé, de niños que realmente lo necesiten, ayudar, enseñar, usar mis habilidades. Pero como si se da de forma natural, si yo voy a tener a mis hijos de forma natural, sería ¡Wow! Como un premio mayor (Kelly, 38 años)

Es así como se puede observar que en esta asignación de significados la condición de infertilidad está asociada principalmente a aspectos negativos para todas las mujeres, sin importar su condición económica, su edad o su lugar de residencia, pues para todas implica un impedimento en sus planes de volverse madre. Sin embargo, algunas de las mujeres que comparten estos significados negativos, también presentaron significados más positivos en relación con su condición de infertilidad, o al menos, significados que las ayudaban a entenderla, y aceptarla para poder enfrentarla.

#### 4.5. Resiliencia

Ante la disrupción que representa la infertilidad en el curso de vida de las entrevistadas, y los sentimientos negativamente asociados a esta condición, las mujeres presentan dos estrategias generales de resiliencia ante cuál es el camino que deben tomar para alcanzar la maternidad, y, por lo tanto, cómo enfrentar la condición de infertilidad por la que están pasando. Se entiende resiliencia al igual que Serrano et al. (2019) y Luthar et al. (2000), como una serie de estrategias que pueden ser individuales, con el fin de adaptarse a alguna adversidad y salir con bienestar.

La primera es 'No rendirse', actitud en la que las mujeres consideran que, hasta no agotar todas las posibilidades, no detendrán sus intentos para concebir. El

segundo es 'Reponerse para continuar', el cual es una actitud relacionada con la primera, y consiste en realizar cierta pausa en el tratamiento para poder continuar.

#### 4.5.1. Primera actitud: "Ahí vamos". No rendirse e intentarlo hasta cansarse

Esta es una de las actitudes más resaltantes ante el diagnóstico de infertilidad, sin importar si la decisión de empezar un tratamiento de fertilidad fue difícil de tomar o no. La condición de infertilidad se percibe como una lucha y un viaje que ellas tienen que atravesar. Al ser una lucha, se utilizan palabras como ser fuerte, o ser valiente para poder enfrentar la situación. El costo para realizar el tratamiento en Perú puede llevar a las mujeres, en su lucha contra la infertilidad, a realizar viajes a otros países con seguros o con costo social que les permitan realizar los tratamientos necesarios, como es el caso de Rita, quien viajó a Argentina para continuar allá su tratamiento.

Asimismo, se busca hacer todo lo posible, hasta cansarse y hasta agotar todas las posibilidades, pues se considera que es allí, en esos momentos, donde las mujeres logran un tratamiento exitoso y logran salir embarazadas. Al ser una lucha, también se entiende que las mujeres harían cualquier cosa, incluso los procedimientos largos, tediosos y dolorosos, con tal de obtener su resultado y ganar en esta lucha.

No, espero no. Hasta el punto en que pierde la fe y dice, ya me cansé, ya no puedo más, y lo dejo. Y sé muchos testimonios de mujeres que ahí es cuando lograron tener su positivo, ¿no? (...) -porque siento yo que lo estoy tomando de una forma, la forma más consciente posible, ¿no? Y sigo siendo positiva (Génesis, 36 años)

Exacto, es que todo por eso. Pero con los días, con la idea de quedar embarazada, me motivó a seguir intentando seguir. Asistiendo a los controles, a los chequeos, a todo lo que me pidiera el doctor con tal de que pueda solucionar mi problema (Janet, 39 años)

La espiritualidad toma bastante importancia para poder continuar y no rendirse en la lucha, como fue el caso de Génesis que no quería perder la fe, o Kelly, quien mostró bastante confianza y aceptación en la voluntad de Dios. En el caso de Jennifer, ella se mantuvo en oración junto a su pareja y eventualmente, se embarazó. Sin embargo, ella no se embarazó por medio de un tratamiento, sino de forma 'natural', lo cual ella percibe como un 'milagro'.

Otra de las formas en las que las mujeres muestran esta actitud de

resiliencia y lucha contra la condición de infertilidad, es al señalar que ellas ya están realizando diversos sacrificios, físicos, mentales, emocionales, para poder obtener un tratamiento positivo, por lo que no quieren y no van a derrumbarse 'a la primera'.

Mi pareja se derrumbó, 'No ya no quiero nada, habrá que vivir así, estamos bien', pero yo ya he avanzado tanto, le digo, he sido fuerte para soportar inyecciones, he sido fuerte para hacer todo el tratamiento, yo no me voy a derrumbar a la primera que salga un negativo. (...) Le digo, la plata la podemos hacer trabajando, yo ya empecé un tratamiento, y a la primera no me voy a derrumbar (Fernanda, 31 años)

No, no, no. No, como siempre les he dicho, una cosa que comienza, lo terminas. Y yo tengo esa manía, ¿no? Yo le había comentado...te pones a pensar...que tantas agujas, tantas cosas que tienes, que llevas, no es fácil. [ ]. Porque imagínate dejar un tratamiento en mitad. Te acuerdas de lo que has hecho, con los exámenes, las cosas, la ecografía, ¡Un montón que te hacen! Y le digo, ¡Ay no, no! Ya no voy a pasar por gusto por eso (Cecy, 42 años)

En el caso de Fernanda, ella comenta cómo su pareja se vio muy afectado por el resultado negativo de la transferencia del procedimiento de fertilización in vitro. Su pareja se lamentaba, y creía que era el destino, sin embargo, Fernanda señala que ella conversó con él y le hizo entender días después. El médico dijo que ella estaba bien, y no se explicaba por qué el tratamiento no funcionó, sin embargo, ella seguiría intentándolo. El tema económico en ese caso pasó a segundo plano, pues señaló que el dinero puede obtenerse trabajando, pero que ella no quería rendirse.

Respecto a Cecy, ella ya conoce lo que implica seguir un tratamiento, pues también realizó uno para tener su primer hijo con su pareja. Ella comenta que tuvo la misma actitud al realizar el tratamiento para concebir a su primer hijo, pero para este segundo tratamiento tiene una determinación aún más grande, porque recuerda lo que este conllevó. Su médico también le ha señalado que está bien para realizar un tratamiento, lo cual indica que la actitud de los especialistas tiene cierta influencia en la resiliencia de las mujeres al realizar sus tratamientos.

Otro aspecto importante que sale a la luz dentro de la actitud de no rendirse es que algunas mujeres expresan que prefieren utilizar todos los recursos que puedan, hacer un esfuerzo, nuevamente, para enfrentarse a esta lucha, para cubrir y tratar de conseguir un resultado positivo, pues existe el miedo a arrepentirse en un futuro, a tener el sentimiento de que no dieron todo de sí mismas para poder

alcanzar la maternidad.

No me puedo cerrar a la idea de algo que me está lastimando, tenemos que aprender a soltar, pero tampoco me quiero quedar con la sensación o el sentimiento de 'pude hacer esto y no lo hice', porque eso duele más, haber podido hacer algo y no hacerlo" (Rene, 39 años). "En algún momento también lo hablamos, pero dijimos de que no vaya a ser que después nos arrepintamos, estemos, genere en el tiempo y nos vamos a dar cuenta porque no lo hicimos ¿No? Entonces eh, si es una decisión que siempre hemos querido y querer lograr, entonces hay que hacer el esfuerzo de-de poder cubrirlo ¿No? (Maritza, 36 años).

Algo interesante que salió en las mujeres entrevistadas es el tema de la ovodonación. Este procedimiento consiste en realizar un tratamiento de fertilización in vitro con óvulos de una donante, y espermatozoides de la pareja de la mujer en tratamiento. La opción de la ovodonación aparece como una siguiente alternativa para algunas de las mujeres para que puedan seguir intentando y no rendirse en su proceso de ser madres, a pesar de reconocer que su material genético no estará presente en ese bebé.

(...) Si no funciona, ella [la doctora] va a ver la posibilidad de hacer este mismo tratamiento, pero ya no serían con mis propios óvulos, sería con óvulos donados, que sería menos costoso, pero sería con los espermatozoides de mi pareja, así que serían sus hijos de sangre y aun así su mamá y su familia tendrían lo que quieren, ¿no? Sus nietos de sangre (Mariella, 33 años)

Primero, el problema es que de repente lo podemos hacer con un in vitro, ya no con mis óvulos, pero de repente sí con el esperma de mi pareja, ya, por lo menos (Rene, 39 años)

La ovodonación aparece como una alternativa para continuar tratando de tener un resultado positivo, y cumplir con el mandato de la maternidad, pero también, con la expectativa de darle a su pareja y a su familia un hijo que sí esté genéticamente relacionado con ellos. Esto es interesante porque a diferencia de lo señalado por Hammond (2018), en el cual las mujeres canadienses con las que trabajó expresaron tristeza por la pérdida de una continuidad generacional genética con su propia familia al emplear la ovodonación, en el caso de mujeres como Mariella, sienten cierto alivio de que 'por lo menos' la continuidad genética asegurada es la de su pareja.

Algo importante a añadir sobre este tema es que las mujeres quienes lo han considerado como opción todavía no son madres, y mientras ellas ven en la ovodonación una alternativa más e incluso positiva para cumplir con el mandato de

la maternidad, en el caso de Melinda, que logró concebir a sus bebés mellizos recientemente, y sí llegó a atravesar por una transferencia por ovodonación (que resultó fallida), ella comenta que fue una de las decisiones más difíciles que tuvo que asumir, específicamente por el hecho de aceptar la gestación y la maternidad de un bebé que genéticamente sólo es de su pareja, al sentir que era como un 'engaño' por parte de su esposo con otra mujer. Al final, su embarazo ocurrió sin tratamientos meses después, y en realidad, ella se mostraba aliviada de que el tratamiento no hubiese tenido éxito.

#### 4.5.2. Segunda actitud: Reponerse para continuar

Enfrentarse a la 'lucha' contra la condición de infertilidad, sin embargo, no ocurre indefinidamente, y no es nada fácil. Las mujeres mostraron la necesidad de tomar pausas o descansos en sus tratamientos o procedimientos antes de poder continuar. Una de las razones por las que eran necesarios los descansos era el tema económico. Los tratamientos de fertilidad en el Perú son muy costosos y muchas de las mujeres comentan que excedían sus presupuestos o debían pedir préstamos. Cuando ya no tenían forma de continuar con estos, debían realizar una pausa entre tratamientos o antes de iniciar uno, para reunir el dinero necesario.

Entonces, y bueno, estoy agarrando fuerzas ahorita, tanto en el aspecto económico, porque lo que hemos decidido ahora con mi esposo... (Génesis, 36 años).

Y ya descansé el año pasado hasta volver a juntar los 15 000 soles. Para volver a hacer una segunda transferencia (Fernanda, 31 años)

Reponerse, sin embargo, aparece más necesario en el aspecto emocional. La condición de infertilidad causa que las mujeres sufran de condiciones psicológicas como la depresión, y es necesario para ellas tomar un tiempo antes de retomar sus tratamientos. Como lo describe una de ellas, necesitan sanar su mente.

Volví a intentarlo acá en Arequipa y volvimos a intentar otro procedimiento y tampoco pegó y otra vez medio que me deprimí y todo eso, y eso fue el año pasado y ahora estoy pues otra vez en proceso de alzar vuelo, de agarrar fuerzas para volver a intentarlo (Génesis, 36 años).

Porque era una lucha mental, en cuanto a los negativos, la examinación, ya me habían revisado mucho. Quería como que, parar, sanar mi mente un poco y agarrar valor para retomar (Rita, 36 años).

Inclusive, además de tomar fuerza para reponerse económica y emocionalmente, algunas de las mujeres reconocen la importancia del acompañamiento psicológico en estos casos, lo cual es una ayuda adicional para enfrentarse al impacto físico que los tratamientos representan en sus cuerpos, poder entender esta condición, y así continuar.

Y claro, en el momento aún sí, me entré un poco en depresión, pero de ahí yo también, con mi pareja tuvimos un, como dice, nos chocó a los dos, que también ahí pedí ayuda a un psicólogo y como dice, superó, tenía que superar lo que me había pasado. Y empezar a juntar, como dice, para empezar a hacer mi tratamiento (Fernanda, 31 años)

Cabe mencionar que, dentro de esta actitud de resiliencia, el motivo por el que las mujeres decidieron retomar con el tratamiento fue porque experimentaron algún tipo de confianza, o creían que, con este nuevo intento, tendrían un resultado distinto y podrían quedar embarazadas.

El año pasado me he operado y hasta ahora recién he empezado de nuevo. Ha pasado casi un año y estoy volviendo de nuevo. Lo dejé porque dije, no sé, me desanimé en realidad. Pero de nuevo tuve la idea de que ya de repente esta vez sí lo va a encontrar el problema. Y estoy en eso (Janet, 39 años)

La tecnología médica también aparece como un aliado para confiar y continuar con el tratamiento a pesar de las dificultades. Por ejemplo, en el caso de Rene, ella experimentaba un vaivén de emociones con relación a su condición de infertilidad (como fue descrito anteriormente). Tenía episodios en los que quería rendía, inclusive quería separarse de su pareja para que él pueda tener hijos con otra mujer. Sin embargo, en otros momentos recuperaba la confianza, pues la ciencia de la tecnología de reproducción asistida le brindaría esa ayuda.

De esta forma, se puede apreciar que las estrategias que las mujeres despliegan, —no rendirse en los tratamientos y tomar un descanso para tomar fuerzas, inclusive la consideración de utilizar la ovodonación como una salida para cumplir su deseo de volverse madres y cumplir con las expectativas de las familias de sus parejas—, las ayudan a enfrentar la condición de infertilidad. Como señalan Herrmann et al. (2011), la resiliencia en las parejas con infertilidad las ayuda a protegerse del estrés específico que causa la infertilidad.

Algo interesante es que estas actitudes de resiliencia son más visibles en

las mujeres que le otorgan a la infertilidad un significado intermedio, es decir, en el que reconocen que este impacta negativamente en su vida, pero buscan negociar con este para poder aceptarlo, y, por lo tanto, enfrentarlo y buscar una solución. Mujeres como Rene (39 años), Génesis (36 años), y Maritza (36 años), las tres de clase media y con educación superior, percibían la infertilidad como un 'vaivén de emociones', tenían momentos de mucha tristeza y negatividad, pero otros en los que sentían que podrían superarlo y, por lo tanto, presentan más estas herramientas de resiliencia que las otras mujeres de la muestra.

#### 4.6. Arrepentimiento que surge.

Algo importante a notar, sin embargo, sin importar el motivo por el que acudieron a su primera consulta, y si guardaban sospechas o no de su condición, es que varias de las entrevistadas mostraron arrepentimiento por no haberse realizado revisiones con anterioridad o análisis más a profundidad, además de sus revisiones médicas cotidianas, lo que hizo que no se dieran cuenta de su condición antes de que sea 'demasiado tarde'.

Sí, porque no...Solamente hacía mis chequeos, como toda mujer. Pero... Como te dije, no tenía en mente tener hijos. Entonces, no me hice otro tipo de tratamientos (Elena, 41 años).

Me arrepentí en ese momento cuando yo decidí... Me arrepentí el no haber tratado, haberme dado cuenta que eso no era normal. Y poderme haber hecho estudios con tiempo y evitar tantos años de estar tratándome, ya prácticamente pasándome el tiempo de tener hijos (Janet, 39 años).

Inclusive, a pesar de haber acudido al médico con anterioridad, el sentimiento de arrepentimiento proviene por no haber 'hecho más' y confiar en los primeros diagnósticos de los doctores, en lugar de seguir tratando, como en el caso de Mariella, quien tuvo dos embarazos que no llegaron a término, pero sus médicos le indicaron que no tenía ningún problema, inclusive, que le podía pasar a cualquier mujer.

Y yo me dejé guiar, no investigué más porque había tenido la pérdida, me embaracé otra vez, pensando si esta vez va a salir bien el embarazo, lo voy a tener. Y en la segunda recién se dieron cuenta los doctores que tenía el problema del tabique (Mariella, 33 años).

Y bueno, pospuse los análisis, porque no estoy con una persona con la que realmente se va a formar una familia. Es más, estaba separándome todavía.

Entonces dije, bueno, será más adelante que vea ese tema. Y ese es un gran error (Kelly, 38 años).

En el caso de Kelly, el arrepentimiento proviene por la causa por la que pospuso el análisis, la cual fue que todavía no tenía una pareja estable con la que tener un bebé, por lo tanto, no lo consideraba necesario ya que el deseo de maternidad todavía no surgía. Es a partir de aquí en la que ocurre la reflexión de que, sin importar el deseo de la maternidad o la situación de pareja, las mujeres deben realizar exámenes para ver su salud reproductiva, pues es la única forma de demostrar amor propio, sin importar la futura intención o no de ser madres.

O sea, como te dije, tengamos o no tengamos pareja, queramos ser madres o no queramos ser madres, tenemos que hacernos esos chequeos necesarios, los que tenemos que hacernos anualmente, desde el Papanicolaou, desde cómo, ver cómo está tu antimulleriana, como... si es que no tienes miomas... (Kelly, 38 años)

Esto lleva a las mujeres a tener una actitud de 'consejeras' sobre la salud reproductiva tomando su caso como ejemplo, y realizan recomendaciones hacia la salud de las mujeres. Una de las recomendaciones que ellas brindan es en el entorno, cuando escuchan a otras mujeres que todavía no desean ser madres. En ese momento, se brinda el consejo de hacerse revisiones por una posibilidad de tener problemas de fertilidad posteriormente.

Bueno, en parte les digo mi caso por mi edad, por esperar tanto, tienes esa posibilidad de no poder hacerlo naturalmente. Tienes que recurrir a otros tratamientos. Entonces, sí les digo, y sí les digo. Les aconsejo que lo piensen. No de que ya se embaracen, sino de que vayan a hacerse sus chequeos hormonales y todo eso. Y vean, pues no, para más adelante (Elena, 41 años).

Otra forma en la que las mujeres expresan la importancia de la salud reproductiva es al hablar sobre la prevención y expansión el conocimiento sobre la educación sexual y reproductiva, en el cual se entiende que si ellas, o las niñas y las adolescentes de manera general, supieran que se pueden presentar estas condiciones, se harían revisiones mucho antes, y el problema de fertilidad se podría tratar antes.

Y si las niñas o en una edad en la que se podría hablar sobre el pensamiento de ser mamá o la posibilidad de ser mamá deberían de informarnos sobre todas estas cosas que las mujeres más adelante podríamos pasar y ellas tendrían mejores posibilidades para que hagan un tratamiento oportuno con mejores posibilidades

(Mariella, 33 años).

Las recomendaciones, asimismo, se centran en corregir el error que ellas sienten que han cometido, y consideran que todas las mujeres deberían velar por su salud reproductiva, sin importar el deseo de ser madre a futuro o no.

Entonces no hay no hay la conciencia de que oye, debo de... Porque creo que al final todas estas alteraciones son como llamadas de atención para mejorar tu estilo de vida, comer más sano, descansar mejor, hacer ejercicio y-y no estamos escuchando (...) Si tuviera que darles un consejo a las nuevas generaciones es, hazte los análisis necesarios. Estés o no estés con pareja, busque ser mamá o no busque ser mamá porque es una cuestión de salud, de tu salud reproductiva (Kelly, 38 años)

#### 4.7. “¿Quieres ser madre? Pues te va a costar”: Sistema de salud y vulnerabilidad ante la indiferencia

Finalmente, el sistema de salud en el Perú y el impacto que este tiene en las mujeres con problemas de fertilidad resultó ser un tema bastante relevante en sus experiencias.

El primer tema en el que existe un consenso entre las mujeres es que el costo para realizar un tratamiento de fertilidad en el Perú es sumamente elevado. El gasto que las mujeres deben afrontar empieza no sólo al iniciar un tratamiento de fertilidad, sino mucho antes, con las primeras consultas con el médico. Las mujeres señalan que, solamente el costo de una consulta se encuentra entre los 200 a 500 soles. Las consultas médicas no ocurren una sola vez, sino que muchas necesitan o buscan consultar más de un médico para tener distintas opiniones. Finalmente, para recoger los resultados, se debe volver a pagar.

Imagínate, solo consulta, 200 y pico. Para volver a entrar y ver los resultados de lo que ella te mandó, nuevamente. Más los resultados que gastas, son miles. Ya, buscando resultados, ¿cuántos son? 300, 400, 500, no sé qué. Ya te gastaste mil, mil y pico. Y aparte, para que te lea esto, tienes que pagar nuevamente la consulta (Jennifer, 36 años)

Después de las consultas, empiezan los análisis y luego los tratamientos de fertilidad. Las mujeres comentan que existe una ‘escalera’ de tratamientos por las que deben atravesar, los cuales van de los tratamientos de baja complejidad, como las inyecciones, estimulación ovárica, y el coito programado, a los tratamientos más complejos, como las inseminaciones artificiales y las fertilizaciones in vitro. Es decir, a pesar de que al final tienen la libertad de elegir si

seguir o no con esta serie de pasos, por ejemplo, Génesis señaló que ella y su pareja decidieron optar por iniciar de frente una fertilización in vitro, inicialmente siguen las recomendaciones de los médicos por confiar en ellos como autoridades de la salud y empiezan con los métodos menos complejos.

Asimismo, estos costos que las mujeres consideran excesivos pueden ser tanto un motivo de desánimo para realizar tratamientos de fertilidad, o los terminan aceptando porque los tratamientos son su única opción para tener un hijo. Sin embargo, para realizarlos, deben juntar mucho dinero e incluso endeudarse o pedir préstamos a instituciones financieras o a familiares que se ofrecen a apoyarlas económicamente.

Pero el in vitro me costaba como 20 mil soles, pero yo le dije que ya, yo podría pagar, o sea sacándome plata del banco, endeudándome, pero siempre y cuando me dicen que es 100% seguro, pero como no me decían, yo dije que voy a botar la plata al agua, sí, por eso que me desanimé (Iris, 35 años)

También había un tiempo que yo no trabajaba. Él solito trabajaba. Sacamos, a veces juntamos una plata. Como nos faltó préstamo, él también lo pagaba porque yo no trabajaba (Fernanda, 31 años).

La perspectiva de las mujeres es que el tema de la infertilidad es obviado e ignorado por el Estado peruano. Los seguros de salud público como el SIS o ESSALUD no cubren los tratamientos de fertilidad, sólo algunos diagnósticos y análisis. Además, hay pocos hospitales dedicados a esto, no tienen la maquinaria para detectar los problemas, y los tratamientos más complejos como las fertilizaciones deben realizarse de forma particular en clínicas privadas o en los pocos hospitales que tienen áreas de fertilidad.

Por este motivo, la mayoría de las mujeres decidió optar por realizar tratamientos en clínicas privadas, a pesar de los elevados costos de estos, la ausencia de cobertura de seguros y la falta de seguridad de obtener un resultado positivo, principalmente porque el tiempo de espera para realizar un procedimiento médico es menor que realizarlo por medio del estado. De esta forma, la capacidad económica es un fuerte determinante en la experiencia de las mujeres que atraviesan por un problema de infertilidad, no solo porque determina los intentos y la variedad de tratamientos a los que pueden acceder, sino también el tiempo que les tome conseguir un resultado positivo.

Pero acuérdate, es Perú, ir a un hospital es estar todo el día, lista de espera... algo que, wow. Entonces, si vas a una clínica te atienden, pero cuesta 40.000 soles. 40.000 soles...Sí, 40.000 soles te costarían hacerte dos in vitro, si el uno, el primero no te resultó (Jennifer, 36 años)

Nos opta a decidir por una clínica especializada (...) La espera puede ser de tres meses, seis meses, y en el tema de fertilidad no puedes tomarte tanto tiempo, porque incluso cuando ya llegas a hacerte tu tratamiento y falla y tienes que volver a hacerlo, te dicen, ah, mira, tus análisis ya tienen más de seis meses, lo tienes que volver a hacer (Kelly, 38 años).

Entonces, la capacidad económica y el esfuerzo que puedas realizar influye mucho en el tema de los plazos. (...) -y si por ejemplo, si yo tuviera 42, 43 años que tuviera mínima reserva ovárica, hasta que me den la fecha ya no tendría óvulos, tendría que buscar un donante de óvulos y no lograría hacer eso (Maritza, 36 años)

Las mujeres con problemas de infertilidad se encuentran entonces con una disyuntiva: Ir a un hospital nacional en el que el precio pueda ser menor, pero el tiempo de espera entre consultas y tratamientos es elevado, o elegir ir a una clínica privada en el que el tiempo se reduce considerablemente, pero que los precios no bajan de, como mínimo, los 30 mil soles. Debido a esto, las mujeres consideran que las clínicas lucran con sus sentimientos, lo cual las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad (además de los problemas emocionales que ya están experimentando), al buscar la forma de cómo solventar el tratamiento. Este sentimiento aparece en todas las mujeres, incluso aquellas que tienen mayor solvencia económica.

El no poder pagar por un tratamiento de fertilidad y el tiempo que toma contribuyen a los sentimientos de vulnerabilidad de las mujeres ante el sistema de salud, que no las apoya, y les da largos plazos de espera para una condición que no puede esperar, y que ellas mismas describen en ocasiones como 'una carrera contra el tiempo'. A las mujeres les genera tristeza la vulnerabilidad de las mujeres que están pasando por la misma condición de ellas, pero que no pueden pagar un tratamiento de fertilidad y, por lo tanto, no tienen la oportunidad de intentar ser madres. Por lo tanto, se entiende que la clase socioeconómica de las mujeres influye mucho en cómo la infertilidad puede afectarles, porque algunas tienen la capacidad de intentarlo, mientras que otras no pueden.

Lo estás diciendo a una mujer... Una mujer que tiene un esposo. De un...No sé, que viven tal vez en un barrio. Y que tienen un nivel de vida medio, medio-bajo. Para ellos va a ser imposible pagar un tratamiento. Ni de 15000 soles van a poder pagar. Y si lo pueden pagar...No te aseguran el 100% que vas a tener el bebé. Son industrias que corren mucho dinero (Jennifer, 36 años).

Una de las razones principales por las que las mujeres consideran que en el Perú el tema de la infertilidad no es considerado relevante, es debido a que las tasas de fecundidad en el país no son bajas, y por lo tanto, las mujeres con problemas de fertilidad, así como las medidas o políticas sociales que las apoyan, pasan a un plano secundario.

No es un tema principal. Se ve acá en Perú como que no es un tema tan crucial como una enfermedad. se dice, no. Es algo pequeño, está a un lado no más (Cecy, 42 años)

Como las tasas de fertilidad no son tan bajas, tampoco el gobierno le ha prestado importancia (Kelly, 38 años)

Debido a este desinterés por parte del Estado en el tema de salud de las mujeres, el cual se expresa desde el desinterés de los médicos que genera repetidos diagnósticos fallidos (como en el caso de Fernanda, quien se enteró de la crecida infección que ella tenía en sus trompas después varias consultas y que si hubiese sido detectada a tiempo, no tendrían que haberla operado), al desánimo de los directores de los hospitales en la parte de fertilidad, y la burocracia, las mujeres demandan apoyo desde el Estado para enfrentar la infertilidad y cubrir los tratamientos, con el fin de asegurar y garantizar su derecho a la familia.

Cubren los exámenes, pero no tratamientos. y no debería ser ¿no? Debería- debería también cubrir los tratamientos, sobre todo para las personas que no tienen ninguno porque no van a cubrir tratamiento para alguien que de repente tiene problemas, pero ya tiene dos tres hijos o uno (Rene, 39 años)

Si no hay capacidad económica eh, no se puede. Ese derecho a la familia no estaría cubierto por el Estado ¿No? Que tiene el deber de garantizar de brindar de alguna manera de forma equitativa (Maritza, 36 años)

Ante eso, se realizan comparaciones con otros países latinoamericanos que tienen el tema de la infertilidad mucho más presente, como Argentina, y consideran que el Perú debería tener políticas o leyes similares.

Sí, mira. En Perú, No hay, no te, no es como en Argentina, que hay una ley que te, que te debería, que es para que el gobierno te costee en clínicas privadas el tratamiento, pero no es así en Perú. En Perú solamente hay tratamiento en [Hospital público de fertilidad] y [el hospital] por el COVID se detuvo los tratamientos (Melinda, 31 años)

Tengo entendido, sé que hay en otros países como Argentina, como, hay dos países más de acá de América del Sur donde el seguro social te cubre las oportunidades

de poder realizarte una in vitro, ¿no? Entonces tengo entendido que puedes optar por dos veces o tres veces, que el seguro te cubre. En cambio acá en el Perú, no hay esa posibilidad, el seguro social no lo visualiza como un problema y si yo sé que soy de una condición económica media o sea no me quiero imaginar las personas, las mujeres que no tienen acceso a poder pagar un tratamiento o sea... qué tristeza y llevarte o sea...(Génesis, 36 años)

En el caso de Rita, ella viajó a Argentina para continuar con sus tratamientos. Ella comentaba que estaba realizando los tratamientos de forma particular, pero que, aun así, era más económico que hacerlo de forma particular en el Perú. Asimismo, tiene la posibilidad de inscribirse a una obra social por si no funciona mediante el procedimiento particular.

Asimismo, hace falta mencionar que existen vacíos legales en la ley peruana respecto a varios aspectos relacionados al tratamiento de fertilidad, como lo son la donación de óvulos o el vientre de alquiler, que consiste en una práctica de gestión subrogada en la que una mujer brinda su útero para gestar un embrión con el material genético de la pareja con problemas para concebir. En el caso de una de las mujeres que sí logró concebir, por ejemplo, y que cuenta con más solvencia económica, comentó que, si su tratamiento no hubiese funcionado, hubiese viajado a Brasil o México, pues allí sí podría.

Finalmente, es importante resaltar que las experiencias de las mujeres con el sistema de salud en Lima y en provincia presentan algunas diferencias en cuanto al acceso a tratamientos y generan una dificultad adicional en cuanto a la condición de infertilidad. En el caso de Génesis, que vive en Puno, ella señala que en su ciudad no hay especialistas de fertilidad, por lo que tuvo que viajar a Cusco para realizarse exámenes y sus primeros tratamientos. Al final, decidió continuarlos en Arequipa, pues le resultaba más cerca. En el caso de Kelly y Rene que son de Arequipa, ambas señalaron que empezaron realizando algunos exámenes en Lima, pero al final optaron por regresar y continuarlos en Arequipa.

Entonces, se puede observar que las mujeres que viven en provincia deben realizar viajes para poder empezar con sus tratamientos de fertilidad. Incluso si ellas deciden realizarlo en sus lugares de origen, admiten que allí existen muchos menos especialistas de fertilidad, lo cual incrementa el costo general para tener un hijo, pues deben movilizarse, y limita su rango de elección de médicos con los que tratarse.

Si tú te acercas a algún seguro nacional no hay áreas de fertilidad. Tienes que buscar hospitales dedicados a fertilidad y solo existen en Lima y creo que solo

existen dos, ¿no? El hospital de [Hospital público de fertilidad M] y [Hospital público DM]. En algunas ciudades, acá en Arequipa también existe, hay como, un hospital de maternidad. No lo conozco todavía, ¿no? Pero sí, existen muy poquitos en diferentes ciudades. Entonces, nos opta a llevar a, nos opta a decidir por una clínica especializada (Kelly, 38 años)

Lo que Kelly retrata es una expresión de la centralización de la salud que existe en el Perú, en este caso, con hospitales especializados en fertilidad que existen principalmente en Lima, mientras que estos son reducidos en otras ciudades fuera de la capital. Esto fue una de las razones que la llevó a elegir continuar su tratamiento en una de las pocas clínicas particulares que existen en Arequipa. Asimismo, vivir en provincia cuando en tu ciudad no existe la opción de realizar tratamientos de fertilidad implica una dificultad adicional del costo, en cuando a conseguir permisos en el trabajo para la movilización de una ciudad a otra, un acompañante para el procedimiento, los medicamentos, y la coordinación de los tiempos propios y de la pareja.

Para una persona de provincia es mucho más complicado porque este tratamiento además de que no es, como digamos, te vas y te vas a hacer ver con el doctor. No. Hay que hacerse ver, los procedimientos de los exámenes y te vas a hacer, digamos, el tratamiento, hay que hacer acompañamiento en la parte de medicación. Después cuando se hace ya en la punción, tiene que estar también tu pareja...yendo y todo eso, acordar con los tiempos de trabajo, ya no sólo es de una persona, son el trabajo, la disponibilidad de tiempo de mi esposo, de mí, entonces como que, ir a hacerlo a Lima hay mucha más variedad de posibilidades, pero este...no se me va a ajustar a mi tiempo por la distancia...O sea...Ya, en vuelo lo hago, pero ¿cuánto me cuesta? Además, también el vuelo, porque tendría que estar yendo constantemente, a menos de que me vaya a quedar allá y es muchos más factores, ¿no? (Génesis, 36 edad)

## Capítulo 5: Identidades femeninas

En este capítulo, se observa cómo las mujeres con problemas de fertilidad construyen sus identidades. Se entiende que las identidades son múltiples y son influenciadas por distintos aspectos de su vida, como lo son la religión y el aspecto laboral y profesional, pero finalmente, todas están relacionadas con la construcción de su feminidad, y especialmente, con el aspecto de la maternidad, el cual siempre se mantiene como algo que prima en su construcción identitaria, incluso cuando existe una valoración del trabajo o una búsqueda por roles de género más iguales.

### 5.1. Influencia de la religión

En primer lugar, es importante poner atención al aspecto espiritual de las mujeres entrevistadas, pues a pesar de que se muestran en desacuerdo con algunas de estas posturas, algunas de ellas incorporan algunas de las enseñanzas que las religiones proporcionan sobre cómo ser mujer y el cómo es una madre.

La religión que más predominó entre las mujeres fue la religión católica, aunque también se mencionó la religión cristiana. Solamente una de ellas mencionó que ella se veía más como alguien espiritual y se identificaba con todas. Asimismo, a pesar de denominarse católicas o cristianas, ellas no se consideran practicantes de las mismas, debido a que, a su parecer, para ser practicante ellas deben seguir todas las reglas que les brindan, como ir a la iglesia cada domingo, y muchas veces, no lo hacen.

Soy católica, pero no...hace bastante tiempo que no voy de manera muy frecuente, voy esporádicamente (Maritza, 36 años)

Lo que más reflejan las mujeres dentro de su identidad religiosa es que, a pesar de utilizar el término 'no practicante', ellas reflejan sus creencias a su manera, principalmente en su conexión o acercamiento con su Dios, no alejarse de la fe, y en practicar los sacramentos y enseñanzas establecidas en su religión para reflejarlos en su vida diaria.

Sí, a mi modo. No voy a misa todos los domingos, pero sí estoy confirmada, creo. ¿No? Católica a mi modo. No me doy por el pecho por nadie, pero creo (Melinda, 31 años)

Pertenezco a un grupo católico...Pero no, desde mi vida personal, reflejo mis creencias, ¿no? Sin necesidad de estar en la iglesia. Yo pienso que muchas personas que están en la iglesia no son lo que dicen que son (Rene, 39 años)

A partir de esto, se entiende que la forma en la que las mujeres experimentan y se identifican con la religión se acerca a lo expresado por Quesada (2018), en la que la mayoría de las personas en América Latina, y en este caso en Perú, son católicas, pero esto ocurre más por un moldeamiento cultural, en la que existe una cosmovisión presente, y no tanto por seguir las doctrinas y prácticas voluntaria y conscientemente. Como vemos con las mujeres, ellas viven y practican algunas de las creencias, pero las prácticas que realizan, como ir a misa, no son sostenidas.

Respecto a las enseñanzas de su religión sobre la feminidad y maternidad, se observa que las mujeres en general concuerdan en que, en la religión, la mujer se establece como un núcleo importante en la familia, y tiene una relación importante con la procreación, pues tiene la ventaja, la fortuna o la bendición de poder concebir y tener hijos.

Entonces, en la religión católica sí sabemos que la familia y la, la procreación, ¿no? Es muy importante como núcleo, ¿no? Al igual que en la sociedad (...) Yo digo que será una experiencia, por religión, que la mujer puede procrear. La mujer tiene la dicha de procrear y creo que esa es la ventaja que nos dio a nosotros (Génesis, 36 años)

Le comentaba que de alguna manera las religiones establecen a la mujer como un hecho fundamental o lo que permite que la familia crezca, que la familia se... que se reproduzca y genere, la hacienda, ¿no? Son los hijos que el Señor de alguna manera te da o te bendice en tu hogar, la forma como lo ven. (...) Pero sí recalcan o señalan de forma muy importante de alguna manera el rol de ser madre ¿No? (Maritza, 36 años)

Asimismo, se observa que existe la perspectiva de que, la mujer que es madre debe amar a sus hijos más que nada, inclusive por encima de una misma, es decir que las mujeres deben colocar la maternidad y la crianza de los niños por encima de su ser como mujeres.

Se supone que en sí la Biblia dice las reglas, cómo uno debe ser, ¿no? [ ] Amar a su prójimo, como usted mismo. Con mucha más razón una madre debe amar a sus hijos más todavía ¿No? (Janet, 39 años)

O sea, más, como dice ella, más amar a tu hijo o a tu hija, lo que te mande, que a ti misma, pues, como es (Iris, 35 años)

Las mujeres se muestran de acuerdo con esta enseñanza, la cual se complementa con la percepción de que la madre es el soporte más importante de los hijos, incluso por encima de los hombres, cuyo rol no es considerado con la misma importancia.

Y siempre nos decían que la mujer vive para los hijos, tienen que estar, es la, el empuje a los hijos de enseñar, quedarse ahí, sacrificarse. (...) Pero yo creo que en cierta parte es verdad que sí, la mujer es el empuje de los hijos. Porque a veces los hombres, bueno, mi esposo no es machista ni nada, ¿no? Pero me doy cuenta. Y en verdad los hombres, no son lo mismo un papá con una mamá. Sí (Melinda, 31 años)

Asimismo, se puede ver que las mujeres están conscientes y concuerdan en que en algunas religiones como la católica o cristiana, existe una visión de sumisión de las mujeres hacia los hombres, así como también, la idea de que las mujeres deben dedicarse al trabajo reproductivo, como lo es el cuidado de los hijos o la realización de las labores domésticas.

Mira, para mí, respecto a lo que yo pienso, es que, como dicen, a veces una religión es más machista, que la mujer para la casa, que no trabaja (Fernanda, 31 años)

Bueno, se supone que una mamá debe estar debajo del hombre, de la pareja. Porque se supone que el hombre es como la cabeza, la mujer debajo, y los hijos ya vienen responsabilidad de la mujer (Mariella, 33 años)

Sin embargo, las mujeres entrevistadas no compartían esas visiones, y consideraban que así no funcionaba 'en el mundo cotidiano'. Para ellas, la situación en las dinámicas de pareja actualmente ha cambiado y tanto hombres como mujeres son iguales y tienen los mismos deberes y derechos. Las únicas diferencias que hay entre ellos se encuentran en la biología, al tener aparatos reproductores distintos, pero más allá de eso, tienen las mismas responsabilidades y capacidades. Inclusive, se llega a percibir que lo retratado en estas religiones, y algunas otras religiones cristianas, presenta un contenido machista.

"No sé, en la Biblia dice algo de que la mujer tiene que someterse al hombre o algo así dice. Es lo que leo. Pero en la vida, en la vida real cotidiana es ambos, ¿no? Comprenderse, conectarse, entenderse. Ni uno más ni uno menos" (Janet, 39 años).

(...) La Biblia es un poco machista, yo la veo así. Dicen que la mujer tiene que tener hijos, estar con su esposo, sagrados, como si fuera eso, pero de ahí otra cosa no sé... (...) No, no estoy de acuerdo" (Melinda, 31 años)

La diferencia es que tenemos diferentes aparatos reproductivos, nada más. (...) Que son para la casa y sirven para tener hijos, nada más. Hay religiones así, porque yo tengo familias que están en religiones cristianas que se llenan de hijos porque no aceptan el anticonceptivo, o son muy cerrados, que la mujer solamente es para la casa, para traer hijos al mundo. Yo tampoco estoy de acuerdo con esas creencias (Fernanda, 31 años)

Algo interesante es que Fernanda --una mujer que se identifica como católica no practicante--, identifica no solo la presencia de desigualdades de género en algunas religiones, las cuales describe como 'cerradas', sino que también señala que esto afecta la forma de actuar de estas personas, como, por ejemplo, no practicar la planificación familiar.

Por su parte, a pesar de no ser mencionado directamente entre todas las mujeres, se puede observar que la condición de infertilidad tuvo un impacto en la identidad religiosa de las mujeres de dos formas. En la primera, llevó a algunas mujeres a fortalecer sus creencias, mientras que, para otras, la infertilidad fue motivo para dejar de lado su fe. Para quienes les ayudó a fortalecer su identidad religiosa, ellas consideran que fue su fe y su conexión constante con Dios lo que les ha ayudado a enfrentar la condición de infertilidad y les permitió tener un hijo, lo cual ven como un milagro.

El milagro es que, a pesar de que, en ciencia, con los doctores, me dijeron que yo no voy a poder ser mamá de forma natural, solamente con un in vitro yo puedo lograr un embarazo. Y lo dijeron como tres doctores especialistas en fertilidad. Donde yo ya había aceptado eso. Pero desde que yo ya ingresé a la iglesia y puse en mi fe en Cristo, de que sí, y tengo oraciones y todo, ¡Oh! Estoy embarazada (Jennifer, 36 años)

Para Jennifer, la religión es algo divino y no le gusta llamarlo religión, sino más una 'relación con Cristo', en la cual, al confiar y creer en Dios, a los miembros de la iglesia se les cumplirá sus promesas, en el caso de las mujeres, la promesa de ser madre. En el caso de Melinda, quien también logró quedar embarazada de manera natural, considera que su fe también ha aumentado por una razón similar: los médicos le dijeron que no podría embarazarse y, aun así, ella logró concebir.

Yo creo que sí, porque los médicos, siete médicos me dijeron que era imposible que quede embarazada. Quedé embarazada. Por eso ya estoy creyendo, estoy creyendo cada día más (Melinda, 31 años).

De forma contraria, en el caso de Mariella, debido a su condición de infertilidad, ella ha llegado a separarse de sus creencias. Según lo que ella comenta, ella era católica hasta que perdió su primer embarazo, y cambió de iglesia, siempre con el pensamiento de que podía ser un castigo de Dios<sup>9</sup>. Ella participó un tiempo en otras iglesias, incluso con otras doctrinas como la mormona, hasta que dejó de ir tras la pérdida del segundo embarazo.

Creo que la religión...A veces pienso que la religión...A veces he llegado a pensar que Dios no existe. A veces pienso que sí existe, pero ahorita no sé qué creer. No sé si Dios existe, no existe, no sé por qué pasan las cosas (Mariella, 33 años).

Cabe mencionar que las mujeres que comentan que la infertilidad influyó en su identidad religiosa son mujeres que en algún momento de sus vidas lograron embarazos, aunque no necesariamente todas llegaron a término.

Por último, la mayoría de las mujeres desconoce cuál es la postura de su religión respecto a los tratamientos de fertilidad, ya sea porque nunca lo han preguntado o nunca lo han hablado con gente de la iglesia. De aquellas que sí conocen, solamente una de ellas creía que podrían tener una actitud positiva, mientras las demás, sostienen que la religión no está de acuerdo con realizar procedimientos de fertilidad.

En el caso de Rita, por ejemplo, ella comenta que la religión se muestra en contra principalmente con el tema de la fecundación in vitro, en el cual se genera un embrión fuera del cuerpo y luego es implantado en el útero. Ella cree que el desacuerdo es principalmente por un tema de ignorancia de cómo operan los procedimientos médicos, pues asocian este tratamiento al asesinato y el aborto. En su opinión, las personas creen que, al extraer óvulos para el procedimiento, los médicos fecundan todos los óvulos y luego los tiran, o descartan. Sin embargo, Rita comenta que no todos los óvulos se llegan a fecundar, logran formarse, o trasplantarse al útero y, por lo tanto, no hay vida.

Según las mujeres, otro motivo por el que la religión está en desacuerdo con los tratamientos de fertilidad es porque percibe esta concepción como antinatural, y según sus doctrinas, esto va en contra de cómo las parejas deberían procrear, pues incluso algunas posturas se muestran en contra del uso de los

---

<sup>9</sup>La infertilidad vista como un castigo de Dios fue vista en el Capítulo 5

métodos anticonceptivos.

De acuerdo con Schenker (2005), según la Iglesia Católica, los tratamientos de reproducción asistida no deben ser aceptados por ser procedimientos artificiales e inmorales, que separan la procreación humana de las relaciones sexuales. Procedimientos como la fertilización in vitro, la donación de óvulos o esperma, o procedimientos de fertilización artificial a mujeres no casadas o viudas, tampoco son justificados moralmente. Solamente se pueden aceptar las prácticas como la inseminación artificial entre esposos, que respeten 'la unidad del matrimonio' y sirvan para facilitar la concepción, no para reemplazarla.

Ah ya, por ejemplo, la religión católica no está de acuerdo con los tratamientos de fertilidad, porque su forma de concepción es totalmente distinta, entonces en los casos, por ejemplo, de la fecundación in vitro, la fecundación se realiza fuera y ahí se hace traslado, para que se pueda anidar. Entonces, de alguna manera, va contra (Maritza, 36 años).

Creo que no están de acuerdo y tampoco... con los métodos anticonceptivos para que procreemos siempre de forma natural todas las veces que se den (Kelly, 38 años)

No, religión no está de acuerdo y menos la donación (...) -en colectivos en grupos, tú ves los que ponen pro-familia y todos los que marchan y este...o entrevistas, busca en YouTube y te va a salir de que...no son, no-no están de acuerdo con nada, con el tema de la donación de óvulos, este, vientre de alquiler, ni nada, el tema de infertilidad. Porque no es algo natural (Melinda, 31 años).

Algo interesante es que, de las mujeres entrevistadas, hay cuatro mujeres que son convivientes y que buscan realizar tratamientos de fertilidad con sus parejas, lo cual nuevamente muestra que, a pesar de que las mujeres comparten y toman algunas enseñanzas de la religión, no siguen todas las enseñanzas.

## 5.2. Roles de género y división del trabajo

Como se observó anteriormente, las mujeres entrevistadas de ambos grupos de edad no comparten las representaciones de sumisión de mujeres hacia los hombres que las religiones promueven. Para muchas de ellas, las relaciones de género han cambiado y comparten la perspectiva de que tanto mujeres como hombres tienen los mismos derechos y deberes, tanto en sociedad, y especialmente, en el hogar. Las mujeres señalan que existe comunicación entre ellas y sus parejas para que las tareas domésticas se realicen en conjunto y existe una percepción generalizada de que las labores en casa son compartidas.

Bueno, con mi pareja...En casa ayudamos, hacemos las cosas los dos. Si salimos, salimos los dos. Siempre conversamos, hablamos. Si no puedo, él va hasta una cierta hora, claro. Igual yo lo mismo. Pero creo que mientras podamos conversar, dialogar y nos llevemos bien, creo que en una relación va a ir bien. La confianza (Elena, 41 años)

Yo creo que las mujeres y los hombres deben cumplir los mismos roles. No es que yo como mujer voy a cumplir un rol. Los dos, todos, hombres y mujeres deben ser responsables, emprendedores, honestos... (Melinda, 31 años)

Esto es interesante, pues entre los dos grupos de edad de mujeres que tienen problemas de fertilidad, está presente esta idea de distribución igualitaria de las labores domésticas, e inclusive, en la mayoría de sus hogares se pone en práctica esta forma de organización, lo cual no se refleja en lo estudiado respecto a la doble jornada laboral que las mujeres experimentan, es decir, el tiempo dedicado al trabajo y al hogar. Se podría pensar en esta situación que, dado que la mayoría de ellas todavía no tiene hijos, el tiempo dedicado a labores de cuidado todavía no recae sobre ellas.

Cabe resaltar, además, que, a pesar de que ellas buscan establecer estas formas de división en el hogar, las entrevistadas reconocen que son las mujeres quienes hacen más en relación con el mantenimiento del hogar, que conocen más de cómo manejar las responsabilidades del hogar y el cuidado de la familia, e inclusive, que es algo que “naturalmente” asumen. Esto muestra que a pesar de que existe una transición en el pensamiento de las mujeres para buscar roles más equitativos, todavía persiste la división sexual del trabajo, donde a las mujeres, incluso de forma natural, se les asigna los roles domésticos.

Creo que como mujeres cargamos muchas responsabilidades porque siempre naturalmente asumimos muchas tareas, desde las casas, las compras, la familia, las actividades que tiene que hacer el esposo, las actividades que a veces que tienen que hacer los padres. Sí, creo que asumimos muchas cargas y a veces creo que se deja algunas actividades que tiene uno mismo, las relega digamos (Kelly, 38 años)

Por ejemplo, en el caso de Mariella, ella mencionó que comparte ciertas actividades domésticas con su pareja y busca organizarse de forma más equitativa con su pareja. Sin embargo, todavía asigna a las mujeres las responsabilidades principales en el hogar.

Yo...Yo como mujer, pienso que las mujeres debemos de...debemos de mantener la casa...la casa siempre presentable. Si van a venir visitas, la casa tiene que estar ordenada, la cocina limpia. Al menos yo, por el momento que no estoy trabajando, mantengo la casa limpia, voy a hacer compras, cocino. Y el día que yo trabaje ya será diferente, ¿no? Ya mi pareja hará las cosas conmigo, ¿no? (Mariella, 33 años)

De esta forma, se observa que las mujeres entrevistadas buscan tener relaciones más equitativas con sus parejas, pues como mujeres, su identidad no se asocia al cuidado o roles domésticos y rechazan esas nociones, a pesar de que siguen persistiendo ciertas representaciones tradicionales en algunas de ellas. Algunas de las mujeres provienen de hogares donde les enseñaron sobre la repartición igualitaria de roles y la independencia económica, mientras que otras sí crecieron con modelos de familia donde se promovieron roles más tradicionales. Esto da a entender que ese modelo tradicional en el que a las mujeres se les asigna exclusivamente el espacio privado y a los hombres el rol de proveer, ya no se sostiene.

Por ejemplo, en el caso de Génesis, ella describe su experiencia al crecer como “no típica”, pues su madre trabajaba, mientras su padre se encargaba de ella y sus hermanos en casa, lo cual tuvo después un impacto en su relación, y la ha forzado a buscar formas de “adaptar” su hogar para que el cambio no sea tan repentino para su pareja, quien proviene de un torno más machista.

Entonces, quizás, yo he crecido con ese, con esa imagen que, que hoy en día, pues, hace también que en mi hogar haya un choque de, de formas, ¿no? Porque mi esposo viene de un hogar en el que, en el que más es un patriarcado donde la mujer le hace todo a los hijos, ¿no? Y, y yo no estoy acostumbrada, yo estaba acostumbrada a que mi papá nos haga las cosas (Génesis, 36 años)

En el caso de Melinda, ella comenta que su madre tuvo mucho impacto en la forma en que ella se percibe actualmente. Ella la califica como una mujer feminista, que les enseñó a ser independientes, especialmente en el aspecto económico. Con esta perspectiva, Melinda comenta que, a pesar de que su esposo creció en un hogar machista, ella dejó en claro que las mujeres y hombres tienen roles compartidos, y que nadie la puede obligar a hacer algo que ella no desea.

Mira, mi mamá era igual que yo. Mi mamá era una persona feminista también, no machista. Mi mamá siempre fue independiente, siempre nos enseñó a valernos por nosotras mismas, a trabajar, a ser emprendedoras, y siempre nos hacía lo mismo. El día que yo no esté, yo les doy todo para que ustedes sean alguien en la vida, ¿por qué? porque si un día se consiguen un hombre que no es bueno, ustedes no

van a estar ahí siempre detrás de ellos para que les den dinero, ustedes tienen que valerse por sí mismas para que las personas que les hacen mal, les tiran una patada y se van (Melinda, 31 años)

Otras mujeres entrevistadas sí crecieron en hogares con roles más tradicionales, en la que aprendieron ciertos comportamientos y roles de género, sin embargo, esto no significa que hayan vivido en modelos hegemónicos de familia, o que sólo hayan aprendido de roles de género relacionados con el trabajo de reproducción. Por ejemplo, Rene creció con su madre y sus abuelos y señala que mientras su abuela se dedicaba a “atender a su abuelo” y a limpiar, tanto su abuela como su madre trabajaban, lo cual le enseñó a Rene la idea de independencia femenina, nuevamente, con el énfasis en lo económico.

Eso es lo que aprendí. De ahí nació la idea o el pensamiento de que debemos de valernos por nosotras mismas, sin esperar que nadie nos dé algo, sin esperar nada de nadie. Debemos mantenernos, trabajar, ser profesionales, ser nuestro propio sustento para lograr nuestras metas y hacer lo que nosotros nos hemos propuesto en la vida (Rene, 39 años)

De esta forma, se observa que las mujeres con problemas de infertilidad practican y exigen en sus parejas relaciones de género y una división del trabajo doméstico más equitativo, a pesar de que trabajo reproductivo y doméstico sigue siendo algo que recae más en las mujeres. Es importante tomar en cuenta que la mayoría todavía no cuenta con hijos, por lo que el uso de tiempo y la división de responsabilidades podría cambiar (como en el caso de Cecy, quien es la principal cuidadora de su hijo).

### 5.3. Representaciones de la maternidad

Entre las mujeres de ambos grupos de edad la maternidad nunca deja de ser parte de sus proyectos de vida, ya sea en mayor o menor medida. Asimismo, entre ellas comparten ciertas representaciones de cómo debe ser una madre, o de la maternidad. A pesar de que algunas mujeres entrevistadas ya eran madres, o estaban embarazadas, estas perspectivas no han cambiado.

#### 5.3.1. Maternidad como guía, soporte y rectitud

Una de las formas más comunes en las que las mujeres con problemas de fertilidad, tanto por las mujeres que ya son madres, como aquellas que todavía no lo son, perciben la maternidad como una guía y soporte, específicamente de los

hijos. La madre (y no el padre) es vista como esa figura principal en la vida de los niños, aquella que les va a brindar el apoyo necesario para el futuro, la educación, su educación, y principalmente, la enseñanza de los valores.

Más que nada enseñar los valores, las cosas malas, decir lo que es blanco, lo que es negro, y amarlo (Iris, 35 años)

Me gustaría cumplir con su alimentación. Me gustaría, en sus valores, sobre todo los valores de ellos. La frecuencia de ver, la televisión, celular, cosas así. Creo que no lo permitiría. Me gustaría que mi niño se gane lo que tenga. Que tenga muchos valores (Jennifer, 36 años)

Para algunas, el ejemplo de cómo deben ser proviene de su propia madre, que les enseñaron no sólo a buscar la independencia económica y a ser trabajadoras, sino que también les impartieron valores, a cumplir metas, y fueron sus soportes y apoyos a lo largo de su vida.

Yo, la mejor referencia que tengo es mi mamá, ¿no? Mi mamá siempre me apoya. Siempre está conmigo. Siempre ha estado de mis penas y mis alegrías. Siempre ha sido protectora, trabajadora. Y siempre ha sido mamá antes que mujer, que hasta hija, ¿no? (Mariella, 33 años)

La maternidad que guía, sin embargo, se asocia con la rectitud. La guía, el amor y el soporte es acompañado por la idea de que las madres no siempre pueden ser 'amigas' de sus hijos, y deben brindar disciplina y ser estrictas para una buena crianza, lo cual implica también la regulación del uso de la tecnología. Esta perspectiva es más común en las mujeres del grupo de edad mayor, pero también fue mencionado por una de las mujeres del grupo menor, sobre cómo la maternidad para ella implica estar al tanto de la educación de sus hijos para que no sean irresponsables.

Una madre debe ser, debe brindar amor, pero sin dejar de ser estricta, ¿no? Sin dejar de... sin dejar de guiar, de formar, ¿no? De inculcar respeto, de inculcar valores, para que se pueda desarrollar de forma correcta, ¿no? O de la forma más adecuada que pueda tener empatía con los demás, ¿no? Sí, sin permitir que sea muy permisivo, ni tampoco una persona egocéntrica, ¿no? Llegar a un punto de equilibrio, y eso es una tarea muy ardua (Maritza, 36 años)

Bueno, yo también soy una persona muy... ¿Cómo te explico? Mis hijos van a estudiar. Voy a estar ahí detrás. Soy una persona muy... Que le gusta que todo salga bien. Me desespera ver algo que no... No aguanto las personas que no estudian, no sé. Irresponsables. Me desespera, me desespera (Melinda, 31 años)

### 5.3.2. Maternidad como etapa de la vida y evento de la adultez

En primer lugar, se puede observar que las mujeres identifican que las personas atraviesan por diferentes etapas lineales a lo largo de la vida, que corresponden primero a la escuela, después los estudios superiores, como las carreras universitarias o las carreras técnicas, luego el trabajo y después la maternidad. Para las mujeres de ambos grupos de edad, cada una de estas etapas deben ser vividas sin ser saltadas, con el fin de vivir y disfrutar lo que corresponde a cada edad.

Pero para darte un margen de tiempo para que puedas, este, de repente disfrutar de tu juventud, disfrutar de tu, de vivir todas las emociones que quieres vivir sin dejar nada atrás y poder concentrarte luego en un hijo, es a los 30. Si eres antes, a veces por ser madre dejas de vivir muchas cosas, ¿no? Con tu entorno. Y después cuando resultas siendo madre, entonces no terminas de madurar porque te quedaste estancada en la etapa anterior. Entonces no hay que quemar etapas, hay que vivir (Rene, 39 años)

Se percibe que el saltarse etapas y convertirse en madre muy joven hace que las mujeres se sientan reprimidas, porque no han alcanzado el suficiente desarrollo emocional para ver a los hijos como una prioridad, y por lo tanto, todavía tienen en mente otros objetivos, metas o desean salir o viajar. Asimismo, la gente de su entorno realiza actividades que ella no puede hacer debido a la exigencia de la crianza, y cuando acaba esa labor, sus grupos de pares recién están empezando esa etapa de su vida, lo cual crea frustración y causa que las mujeres descuiden a sus hijos o los dejen al cuidado de otras personas.

Esto va acompañado con la percepción de que el peso del trabajo reproductivo afecta principalmente a las mujeres, pues las mujeres y hombres no tienen las mismas responsabilidades en la crianza de los hijos. Las mujeres deben renunciar a esas salidas o eventos sociales con grupos de amigos por la crianza y el estar en el hogar, mientras que los hombres, no, lo cual implica un grado de madurez para poder asumir estas responsabilidades y poner a los hijos antes que uno misma.

Entonces ya no tienes con qué. Y la mujer se siente frustrada porque finalmente la que se queda en casa dándole lactar, se queda atendiendo, es la mujer. Así no lo queremos ver, así nos sentimos muy modernas, es la verdad. Entonces, ¿qué pasa? Ella se ve sola, ¿con quién salgo? Y es ahí cuando percibe el mundo de diversión de otra forma y empieza a cometer errores. Descuida al hijo porque dice, ahora sí voy a disfrutar. Entonces ya no le da la debida atención. En cambio, cuando tú quemas, cuando tú ya vives esa etapa, no te la saltas...Entonces vas viviendo las etapas conforme a tu desarrollo emocional. Porque emocionalmente, mentalmente, psicológicamente, tú estás, cuando eres joven, tu atención está puesta en otra cosa.

Pero vamos madurando y nuestras prioridades van cambiando. Por eso es importante vivir nuestras etapas” (Rene, 39 años)

Es por este motivo que una de las representaciones más importantes que se rescatan de las entrevistadas es cómo la maternidad y la crianza de un hijo son un hito en la vida de las mujeres, pero que esta pertenece a la etapa específica de la adultez. Las mujeres caracterizan la adultez como una etapa de la vida con mucha responsabilidad. La persona adulta es descrita como alguien que ya es independiente, que posee madurez la cual se materializa en la forma de estabilidad emocional y en enfocarse en la carrera y el futuro, que es responsable tanto de su vida como de sus acciones y errores, y que posee cierta estabilidad económica.

Esto tiene una relación muy estrecha con la forma en que caracterizan a la maternidad, pues la estabilidad económica y emocional que caracteriza la adultez son dos condiciones muy fuertes que las mujeres entrevistadas identifican como necesarias para que una esté lista para ser madre.

Creo que eso implica muchas responsabilidades, desde la parte económica, emocional, afectiva, ¿no? Entonces, una mujer para ser madre tiene que estar bien en todos esos aspectos, ¿no? Para poder brindar una buena crianza, responsable. Entonces, pienso que tiene que ver mucho la salud de una mujer para poder criar bien, para ser una buena madre (Génesis, 36 años)

Para mí es ser, o sea, tomar la decisión de ser madre, es una responsabilidad. O sea, traerlo ya con algo seguro que tú tienes. O sea, algo que tú ya estás, como dice...No, es que estoy- tengo mi hijo y estoy endeudada acá, no tengo esto, puedo carecer varias cosas. Para mí, ser mamá es que tienes que traerlo pensando, ser responsable (Fernanda, 31 años)

A pesar de que hay un reconocimiento de que no es posible determinar exactamente cuándo una debe ser madre, las mujeres identifican que la edad en la que es más probable que estas condiciones se cumplan se encuentran entre los 30 o 35 años, debido a que las mujeres en ese rango de edad están terminando sus estudios, están empezando a trabajar, y están saliendo de la etapa de la juventud para enfocarse en otras prioridades, como lo es la formación de la familia.

Bueno, según lo que yo he estudiado, hay una edad adecuada, ¿no? Para ser madre, ¿no? De los 25, creo, aproximadamente, hasta los 35, buena edad, ¿no? (Janet, 39 años)

Bueno, yo siempre pensé que tendría mis hijos a los treinta. ¿Y por qué a los treinta? Porque pensaba que los veinte eran para estudiar, para salir, para divertirse, para emprender algo, para juntar tu dinero. Yo pensé que, desde los veinte, diez años que experimentas y vives y trabajas diez años, y en diez años juntabas toda la plata y toda la experiencia para poder ser mamá a los treinta. Esa era mi forma de pensar (Mariella, 33 años)

Entonces, para las mujeres de ambos grupos de edad, la maternidad no es algo que piensen dejar de lado en sus vidas, pero sí está condicionada a tener estabilidad emocional y económica, así como también, debe ser posterior a la culminación de sus metas, proyectos y sus objetivos. Esto alude al tema del sacrificio y de la dificultad que hay para compaginar la maternidad con el aspecto laboral, ya que la maternidad requiere disponer de mucho tiempo para la crianza de los niños, por lo que algunas mujeres consideran que primero deben acabar sus proyectos personales antes de dedicarse a ser madres.

Para mí es cuando ya hicieron todos sus proyectos. Porque tener un hijo es tener un espacio en tu vida, porque vas a tener que dejar de trabajar. Vas a tener que dejar muchas cosas que hacer. Porque también es darle un tiempo, porque no es traer el hijo, uy, tengo que trabajar acá, ya, y dejarlo que alguien lo cuide. No, para mí no. Cuando tú te sientas bien, que terminaste todo tu proyecto, o tus metas, ya cumpliste tus metas, tus proyectos, traer tu hijo. Cuando te veas tú, ya te culminaste y tienes tu espacio para ser mamá (Fernanda, 31 años)

Sí, ya a estas alturas sí me considero lista, creo que he alcanzado, he esperado tanto porque quería cumplir algunos objetivos que ya los he cumplido, y ahora lo que estoy esperando es ser madre, ¿no? (Génesis, 36 años)

El rango de edad ideal identificado por las mujeres con problemas de infertilidad también es identificado como adecuado debido al funcionamiento biológico del cuerpo de las mujeres y su fertilidad. Ellas saben que la fertilidad disminuye con el tiempo, y que es entre ese rango que las mujeres tienen más posibilidad de poder embarazarse.

Yo creo que los 28 años, para mí es la mejor edad, creo. ¿Por qué? Porque a los 28 años, ahora que es un poco el tema de la infertilidad, en los 28 años, la gran mayoría de mujeres está, también en nuestro país, en la flor de su juventud, de su esplendor, ¿no? Entonces, a esa edad todavía tienen un grado de ovulación casi perfecta, unos óvulos sanos, saludables, fuertes. ¿Me entiendes? (Jennifer, 36 años)

Sin embargo, ninguna de las mujeres entrevistadas, considera que convertirse en madre sea una condición para transicionar a la adultez. Mientras que esta sí es un hito que ocurre dentro de esta etapa, consideran que las personas son adultos por las responsabilidades y la madurez que asumen, no por la maternidad asumida. Se mencionan dos casos en particular: aquellas mujeres que son adultas y se sienten o se han realizado sin la necesidad de tener hijos, y los casos de maternidad adolescente.

Yo pienso que es de cada uno, su pensamiento es de cada uno o como quiere tener su vida. Hay mujeres que no tienen hijos y se sienten felices, se sienten plenas. Y están bien. Hay otras que bueno que no, que sí desean ser mamás para poderse sentir plenamente felices (...) Bueno, yo no es de que quiera tener un hijo y que ahí recién me voy a convertir en una mujer adulta. No" (Elena, 41 años).

No necesariamente, porque tienes 40 años y no puedes tener hijos y eres percibido como un adulto por las acciones que haces, por las responsabilidades que tú asumes, por cómo eres como persona. Puede ser que a los 40 años puedas ser papá, como mi papá, y eres un inmaduro y pareces un niño, no eres una persona adulta (Melinda, 31 años)

Creo que no tiene nada que ver el hecho de que eres madre, porque se ven madres adolescentes e igual padres adolescentes. Que seas padre no te hace adulto (Mariella, 31 años)

Se reconoce que, para algunas mujeres la maternidad les permite realizarse, mientras que otras señalan que tener hijos no es necesario para que ellas sean mujeres y el trabajo también resulta importante.

Con estas representaciones de la maternidad, en este capítulo se observan dos formas en las que se desarrolla la construcción identitaria femenina: la primera, en la que la realización como mujer proviene de volverse madre; y la segunda, en la que la maternidad guarda importancia en su construcción identitaria como mujer, pero también existen otros aspectos en su identidad con la que negocian, como el trabajo.

Estas no son excluyentes, sino que son complementarias e inclusive a veces contradictorias, pues la maternidad puede ser el objetivo final y el ideal a alcanzar, pero también entra en conflicto con sus otras metas y objetivos.

#### 5.4. Maternidad como realización femenina

La primera forma de construcción de identidad es aquella en la que las mujeres con problemas de infertilidad asocian la maternidad como el elemento clave para la realización femenina, y por ese motivo, la condición de infertilidad y el

tener problemas para concebir, es algo que afecta directamente a la construcción identitaria de las mujeres.

#### 5.4.1. Mujer como 'dadora' de vida

Para mujeres de ambos grupos de edad ser mujer es descrito por medio de la biología, es decir, por el hecho de poder gestar y dar a luz. Esto es acompañado en varias ocasiones por menciones al cuerpo, de un cuerpo que tiene un funcionamiento particular, es decir, que puede gestar.

Para mí, definitivamente también, o sea, la mujer es una dadora de vida, pues, ¿no? Dentro de sus principales objetivos, no sé si objetivos, pero dentro de sus principales, bueno, sí podría ser, sus principales objetivos en esta vida, pues, ¿no? (Génesis, 36 años)

De esta forma, la infertilidad resulta algo muy difícil de enfrentar para las mujeres que tienen la maternidad como un aspecto importante para su construcción identitaria y para sentirse como mujeres completas. Algunas de las mujeres reconocen que las feminidades no son las mismas en todas las mujeres, y no consideran que la maternidad sea necesaria para que todas las mujeres puedan sentirse realizadas, pero sí señalan que, para algunas, ellas incluidas, volverse madre sí es algo importante.

Para mí ser mujer hace un tiempo era...Procrear. Yo creo que...Los años que me dijeron que yo no podía ser mamá, era como que... ¿Para qué ser mujer? O sea, yo creo que (...) estamos en un ciclo donde a muchas no le importa. Pero creo que a la gran mayoría todavía les importa ser mamá. Entonces, ser mujer es esa...Ese milagro, ese don que Dios nos ha dado para poder procrear. Un hombre no lo puede hacer, un homosexual no lo puede hacer. Dios creo el hombre y a la mujer para procrear (Jennifer, 36 años)

La capacidad de dar a luz no sólo es un determinante biológico, sino que también, se describe como un mandato divino, o un regalo que Dios brinda. Por ese motivo, la infertilidad fue descrita con anterioridad como un castigo, el no poder realizar algo que las mujeres perciben que otras pueden hacer de forma 'natural'.

Yo sé que la mujer también a veces se deprime por una enfermedad que tienes o por lo que sea, por la fertilidad, decirte que no vas a poder tener un hijo por la forma natural, también es algo chocante para una mujer. A veces uno se deprime, pero ¿por qué a mí? ¿Por qué me sucedió? (Fernanda, 31 años)

Asimismo, surgen las menciones al cuerpo, un cuerpo que debe tener un

funcionamiento específico. No solo existe una relación entre la feminidad y ser fértil, sino que la etapa de la mayor fertilidad femenina es percibida como el mejor periodo de vida que tiene una mujer, mostrando que algunas de las mujeres perciben que el valor de las mujeres se concentra principalmente en su fertilidad.

Porque a los 28 años, ahora que es un poco el tema de la infertilidad, en los 28 años, la gran mayoría de mujeres está, también en nuestro país, en la flor de su juventud, de su esplendor, ¿no? Entonces, a esa edad todavía tienen un grado de ovulación casi perfecta, unos óvulos sanos, saludables, fuertes. ¿Me entiendes? (Jennifer, 36 años)

Así como la maternidad se ve como un elemento clave en la construcción identitaria femenina, y que esta puede incluso llegar a ser un mandato divino, para algunas de las mujeres, esta se entiende como algo que es innato, es decir, que es propio de las mujeres el desearlo o que sea su ideal. Cabe mencionar que el deseo innato no siempre surge cuando las mujeres son niñas, sino que se considera que el deseo y la conciencia materna surgen en cierta etapa de la vida, la adultez.

Pero a veces de joven dicen, no para qué, estoy bien así, trabajando o salgo, no tengo presión de nada y todo eso ¿no? pero ya cuando uno va a madurando y tienes tu pareja...este... sí te da ese instinto materno (Elena, 41 años)

Era muy importante. A partir de los 29 ya tienes ese deseo (...) que quería ser madre (Jennifer, 36 años)

#### 5.4.2. Maternidad como motivación para vivir y compañía

La maternidad aparece como algo importante para las mujeres sin importar el grupo de edad, por dos motivos resaltantes. El primero es que la maternidad, y por lo tanto, tener hijos y criarlos, aparece como una motivación para la vida, e incluso para el trabajo de las mujeres. Ellas consideran que el valor del trabajo se encuentra en que brinda soporte económico a la maternidad, y todo el esfuerzo del trabajo es depositado en sus hijos, quienes son descritos como una motivación para vivir. Entonces, el esfuerzo del trabajo no tiene como objetivo sentirse realizadas consigo mismas, sino que se realiza con la intención de dedicárselo a alguien más. Esto guarda relación con la percepción de que la maternidad es un sacrificio, en el que los hijos se vuelven centrales en la vida de la mujer.

Bueno, que ya nos aburríamos ambos. (...) Parecía que... Y no había ni esa impulsión, ¿no? O sea, queriendo trabajar. Porque no hay pleno motivo, decíamos,

¿no? Estamos en eso. ¿Para qué trabajamos? No hay nada. ¿Para quién? (Janet, 39 años)

La verdad es que no sé si soy anticuada o...bueno, se supone que tú trabajas y te sacas la michi para conseguir las cosas para tus hijos, para darle lo mejor a tus hijos, para darle mejor educación, para darle las mejores cosas, comprarles las mejores cosas, la mejor ropa, llevarlos a pasear...Yo no sé si no soy mamá, no sé si... lucharía por, no sabría por qué objetivo trabajar y luchar, si no tendría para quién (Mariella, 33 años)

En esta cuestión, también salta a la vista que la maternidad está asociada a la etapa de la adultez, como un hito dentro la trayectoria de vida, pues dentro de esta perspectiva de que la vida sigue etapas lineales, “lo que sigue” es seguir con la maternidad, es “lo que toca” en la vida.

O sea, me pongo a pensar y digo, o sea, ya, qué más, qué más sentido tendría la vida, ¿no? Ya estamos tantos años de, de novios, ahora de esposos, pero es como que el ciclo de la vida, ¿no? Y lo que sigue es ser padres, pues, ¿no? Porque ya tienes una razón de vivir (Génesis, 36 años).

La segunda forma en la que la maternidad es descrita es como una fuente que les va a brindar afecto y compañía incondicional, lo cual es muy similar a lo encontrado por Cieza Guevara (2019), a pesar de que las mujeres con las que ella trabajó eran jóvenes universitarias de 20 a 27 años, un grupo edad incluso menor al de esta investigación, lo cual da a entender que esta forma de ver la maternidad en la identidad femenina es algo que se comparte a lo largo de varios rangos de edad.

Para las mujeres entrevistadas, un motivo importante para tener hijos, tanto el primer como el segundo, en el caso de Cecy que busca embarazarse de nuevo, es para que no se sientan solas, pues sienten que hay mucha soledad cuando la pareja no tiene hijos, mientras que amigos o familiares ya estaban teniendo hijos propios. Asimismo, los hijos se ven como un complemento a la familia, y existe la percepción de que esto representa tener asegurado a alguien que las pueda cuidar y los acompañe en el futuro, para su vejez, así como también hacerlas sentir completas, o realizadas.

Yo creo que ya al pasar los años, a tus amistades contemporáneas, ser mamá, a las amistades casarse, tener hijos, y empiezo sentirme sola, soledad, sentir mucha soledad mientras muchas se realizaban en ese sentido. Yo me estaba realizando en la universidad mientras ellas tenían hijos y yo me sentía sola (Jennifer, 36 años)

Para mí sí significa bastante, porque me gustaría tener a mi hijo, porque estoy bien con mi pareja, complementar mi familia (Fernanda, 31 años)

#### 5.4.3. Maternidad en relación estable y con deseo bilateral

Finalmente, algunas de las mujeres entrevistadas señalaron que encontrarse en una relación de pareja fue uno de los factores principales por el que surgió en ellas el deseo de maternidad y por el que ahora desean tener hijos. Esta relación de pareja puede ser tanto como convivientes o estar casadas, y ellas perciben una relación estable cuando encuentran a 'la persona correcta' o indicada, y con quien hayan tenido una relación durante un tiempo relativamente largo.

Bueno, antes no. Y por otras razones. Y bueno, hasta que conocí a mi actual pareja. Lo conocí mejor y bueno, pasaron tiempo, me llevaba bien con él, me llevo bien con él hasta ahora, y pues decidimos tener (Elena, 41 años)

No, porque no, todavía no, porque siempre mi proyecto ha sido más adelante, siempre han sido los hijos. Y ya con los problemas que tuve de enfermedad, allá cuando tuve veinticinco años, ya empecé a querer ser mamá porque ya tenía mi pareja (Fernanda, 31 años)

Para la mayoría de las mujeres, el estar en una relación de pareja estable se ve como un momento ideal en el tener hijos, y guarda relación con su perspectiva de cómo la maternidad debe darse cuando las mujeres estén en una etapa adulta de su vida, con estabilidad económica y emocional. Es interesante este aspecto, pues a pesar de que también fue mencionado por Cieza (2019), en esa investigación, para las jóvenes universitarias el contexto ideal para la maternidad ocurre dentro de una relación estable de pareja y el matrimonio. Sin embargo, en el caso de las mujeres entrevistadas, tanto casadas como convivientes, las condiciones ideales para la maternidad son principalmente la fertilidad (que es algo que deben superar), la relación estable de pareja, y el deseo bilateral, en el que el hombre también tenga el deseo de ser padre.

Por ejemplo, Cecy comentaba que ella tenía una pareja anterior a su actual esposo y en algún momento se planteó tener hijos con él, sin embargo, tenían discusiones constantes y no era la persona apropiada con la que ella quería formar una familia. Ante esto, ella estaba contenta de que no ocurriera un embarazo, porque no está de acuerdo con la idea de criar hijos en un hogar monoparental, donde los niños solamente vean a su padre una vez.

Si tuviera un hijo, sería estar compartiéndolo, mandándolo al papá los fines de semana, toda una jarana. Por un lado, le digo, bien que no se haya dado ese tipo de cosas, le digo. No, no me gustaría, la verdad. No me gustaría. Entonces, siempre

he tenido en claro eso, ¿no? (Cecy, 42 años)

Otro caso es el de Kelly y Rene, quienes también tuvieron una pareja de varios años con anterioridad a la actual, y ellas comentaron que mientras ellas sentían el deseo de ser madre, sus parejas no pensaban lo mismo. Esto incluso las llevó a postergar sus análisis y tratamientos de fertilidad, lo cual Kelly enfatiza que fue un gran error poner esa cuestión de salud en los deseos de una pareja.

Y bueno, pospuse los análisis, porque no estoy con una persona con la que realmente se va a formar familia. Es más, estaba separándome todavía. Entonces dije, bueno, será más adelante que vea ese tema. Y ese es un gran error (Kelly, 38 años)

Sí, acudí a un médico del seguro, que me envió a hacer unos análisis, me parece que la antimulleriana fue la que me hicieron, pero nunca recogí los resultados. (...) Lo dejé ahí porque no había, era un deseo unilateral, solamente de una parte. Entonces ya me desanimé, pues, por completo, ya no los recogí (Rene, 39 años)

## 5.5 Maternidad y feminidad: negociación y conflictos

La segunda forma de construcción identitaria femenina es aquella en la que la maternidad aparece como un elemento clave en la identidad, pero las mujeres también tienen otros elementos con los que negocian este aspecto, como el trabajo, percibido principalmente como una fuente de ingresos para poder solventar sus gastos personales, para vivir, para ciertas emergencias que puedan surgir, o para poder darse ciertos gustos. El trabajo también representa para ellas una forma de ganar dinero para sus tratamientos de fertilidad.

Esto quiere decir que a pesar de que muchas mujeres tenían el aspecto laboral como parte importante de sus identidades femeninas, ninguna de ellas tenía el deseo de no ser madres; algunas de ellas pensaron en la maternidad en un punto específico de sus vidas tras cumplir con una serie de requisitos (como la estabilidad económica, de pareja, etc.), o lo pensaron ocasionalmente, como algo no central, donde el éxito profesional primaba, pero no lo descartaban.

### 5.5.1. Trabajadoras y comprometidas: Realización con el trabajo

Las mujeres se describen como personas muy trabajadoras, que son comprometidas o dedicadas en su totalidad a las actividades que tienen que realizar en sus trabajos, y se observa que existe un sentimiento de realización al completarlas correcta y satisfactoriamente, en todas las mujeres sin importar la

edad, no sólo porque logran completar una meta, sino porque su trabajo puede brindar ayuda a otros y porque trabajar es una parte de su vida que les da felicidad

Cuando trabajo me dedico al 100% a mi trabajo (...) Yo trato de que mi trabajo sea divertido y me ayude a servir a otras personas. Entonces, como parte de mi hobby es investigar cosas que necesito para ese trabajo, y a la vez que con mi trabajo pueda ayudar a otras personas. Ese es mi motor, ¿no? El servicio (Kelly, 38 años). Yo soy feliz yendo a trabajar. Para mí mi trabajo ahorita no es un trabajo así, ¿no? Sino que soy feliz yendo a trabajar. Me levanto contenta y me voy a trabajar feliz. Y regreso de la misma manera a mi casa, ¿no? Es una parte de mi vida (Rene, 39 años)

Soy trabajadora, soy...Soy este...Sobre todo soy lo que mi mamá me ha enseñado. Ser fuerte a pesar de todas las cosas que me pasan. Trabajadora, hacendosa. No me gusta estar sin hacer nada. Siempre estoy haciendo algo porque siempre hay algo que hacer en la casa (Mariella, 33 años).

Es importante notar que, en el caso de Mariella, a pesar de que ella vive en Lima actualmente, ella comentaba que su madre tomó la decisión de migrar en el pasado con el fin de criarlos mejor y brindarles una mejor educación y buscar mayores oportunidades, lo cual tuvo influencia en cómo ella se identifica con respecto al trabajo.

En relación con este punto, a pesar de que, para ambos grupos de mujeres, la responsabilidad y el compromiso es algo importante, para algunas mujeres del grupo mayor, es importante que el trabajo no sea lo único que realizan, es decir, que no les consuma tanto en tiempo o energía para poder tener una vida personal y poder realizar otras actividades.

Trabajo, sí, dentro de mi horario y aparte de ello, le dedico horas después del trabajo, ¿no? Pero no es algo que me absorba, ¿no? Que esté todo el tiempo pensando en el trabajo y en qué hacer, no. Porque estudio, estoy estudiando una carrera técnica para especializarme y aparte tengo mi vida personal, ¿no? (Rene, 39 años)

Quiero tener una ocupación que me permita tener mi estilo de vida, digamos, tranquilo. Que me permita hacer ejercicio, que me permita tomar mi tiempo libre, que me permita viajar y que dé una entrada adicional en lo económico, ¿no? Para no que mi esposo no cargue todo ese tema (Kelly, 38 años)

Esta perspectiva se diferencia de lo que Melinda, una de las mujeres del grupo de edad más joven, señaló, pues su trabajo y su éxito profesional era lo más importante para ella y para su realización personal. Entre sus planes nunca estuvo la maternidad o entablar una relación de pareja (aunque no lo rechazaba), sino

desarrollarse como una mujer profesional.

Mira, yo ni pensaba en casarme. Yo de verdad no sé cómo me he casado. Lo conocí a mi esposo y supe que era él y nos casamos. Pero no estaba dentro de mis planes. Si pasaba bien, pero si no pasaba, me da igual, ¿no? Así que no-no fue algo planeado, algo que fue mi ilusión de que 'me quiero casar, quiero ser la esposa de alguien, quiero tener una familia, quiero tener hijos'. No. Yo quería viajar, pasear, tener mi dinero, ser profesional, hacer lo que yo quisiera (Melinda, 31 años).

#### 5.5.2. Balance entre objetivos profesionales y la maternidad

Entre los planes en el mediano plazo de las mujeres de ambos grupos de edad, se observa que el lograr un resultado positivo en sus tratamientos y volverse madre en los próximos cinco años es una de sus prioridades, muchas comentan que se ven con su hijo o hijos en brazos, o ya criando a un bebé. Sin embargo, destaca que muchas de ellas también mencionaron futuros planes laborales o profesionales. Algunas de las mujeres hablaron específicamente de su situación laboral, y se proyectan en emprender y formar negocios, o retomar sus carreras que dejaron debido a los tratamientos de fertilidad o el cuidado de familiares enfermos.

Mi proyecto es, como decía, ya con mi amiga, la que soy este...es abrir nuestro propio taller de confección. De acá unos años tener nuestro propio taller (Fernanda, 31 años)

Sí. He estado pensando, he retrasado un poco el tema profesional para atender, digamos, acompañar a mi esposo durante los problemas de salud que tuvo mi suegra, para evitar también el tema de estrés laboral, coger trabajos más sencillos, no tan recargados. Pero en cinco años quiero recuperar mi... Quiero tener una ocupación que me permita tener mi estilo de vida, digamos, tranquilo (Kelly, 38 años)

Asimismo, se observa que, en sus planes a futuro, algunas mujeres buscan integrar tanto el aspecto de alcanzar la maternidad (o en el caso de quienes ya son madres, criar correctamente a sus hijos), y su desarrollo tanto personal profesional y seguir complementando su nivel educativo. Como detalló Fuller (s/f), se observa que, en las mujeres, el ideal femenino actual es el de una 'mujer de carrera', pues "el trabajo ha cobrado una enorme importancia en su percepción de sí mismas" (p.6)

¿En cinco años? Me veo madre. Me veo siendo madre, trabajando, pero como siempre, no veo otra forma (Janet, 39 años)

Sí, mi maestría. Y cuidar a mis hijos, que crezcan bien, que estén sanos. Encaminarlos para que entren al colegio (Melinda, 31 años)

En cinco años, ya ahora en mi mente, ya está mi hijo, ¿no? En cinco años quiero tratar de ser una buena madre. Una madre y también quiero, obviamente, no descuidarme como mujer, ¿sabes? Que yo tengo que hacer cosas personales, lo que estoy haciendo, abrir un pequeño salón, no sé, algo que, sustentarme (Jennifer, 36 años)

Sin embargo, para algunas de las mujeres, especialmente para las mujeres del grupo de edad mayor, el trabajo a veces es algo que consume mucho de su tiempo para desenvolverse en su vida diaria.

Es parte muy importante, creo que doy más horas al trabajo que sea en mi vida personal (Maritza, 36 años)

Una, casi el mayor tiempo, no, es que el trabajo se ocupa el mayor tiempo de-de mi día, de mi vida (Génesis, 36 años)

Sí. Mi trabajo me consume bastante (Fernanda, 31 años)

En el caso de Cecy, ella comenta que se dedica mucho al trabajo, inclusive le cuesta delegar responsabilidades y no confía en que otras personas lo hagan correctamente. Esto hace que le dedique mucho tiempo al trabajo, e inclusive, la ha llevado recientemente a poner su salud en segundo plano. Esto fue uno de los motivos por el que retrasó sus chequeos médicos y el consultar si podía iniciar un tratamiento para tener un segundo bebé.

Dedicada sí, me dedico al 100% hasta que me olvido de mi salud, me olvido, a veces no tenía tiempo es dependiendo el trabajo a que me dedique porque en ese tiempo cuando estaba en la lencería, en la renta de ropa tenía un horario más flexible, era más relajado, pero... En el último trabajo donde he estado haciendo, lo que es el área de comida es muy sacrificado y matado (Cecy, 42 años)

Inclusive, su trabajo, un negocio de comida que antes manejaba, era tan sacrificado en su vida diaria, que no le daba tiempo de estar con su hijo y ayudarlo en lo que él necesitara, algo que ella describe como 'desatenderlo'. Esto resulta interesante, pues muestra cómo las mujeres en el Perú, a pesar de haber entrado al espacio público por medio de sus trabajos, siguen siendo ellas quienes asumen las responsabilidades en el ámbito privado, es decir, en el cuidado de los hijos, y sienten un conflicto al salir a trabajar.

Como describe Fuller (s.f), la perspectiva que algunas mujeres guardan sobre la maternidad es que pueden trabajar, siempre y cuando no sea un obstáculo

para poder ser madres, y que no lo vivan de forma conflictiva. Por ejemplo, Elena, que vive en Lima y es del grupo de edad mayor, señala que las mujeres no tienen que quedarse en casa con los hijos, siempre y cuando tengan un apoyo adicional que pueda cuidar a sus hijos, porque si no, nuevamente se les estaría 'descuidando'.

Tal vez el que a veces no trabaje esté en casa 100% con el hijo. Pero yo creo que ahora eso ya no es, ¿no? Salvo que sea necesario, bueno, al menos los primeros años. Sí, ¿no? Estar ahí con el hijo. Y más si no tienes a alguien que, si tienes a alguien que te ayude, claro. Puedes trabajar, pero si no tienes a nadie que te pueda ayudar, sí tienes que estar ahí con el bebé, ¿no? (...) Pero si hay alguien que te puede dar la mano mientras tú vas a trabajar y estás segura de que esa persona puede cuidar a tu bebé, trabajas tranquila. Pero si no, no (Elena, 41 años)

Integrar estos dos aspectos también implica para algunas mujeres reducir el tiempo dedicado al trabajo con el fin de tener más tiempo libre para la crianza de sus hijos y la maternidad.

En cinco años debo ya ver concluir mi tratamiento de fecundación. A ver, bueno, probablemente ya reincorporado a un trabajo un poco más liviano, tal vez a medio tiempo, la docencia, algo que pueda darme mayor libertad si se concreta el tema del bebé y poder dedicarle más tiempo al hogar, digamos... por ese periodo, el tema de la infancia (Maritza, 36 años)

Ante esto, llama la atención cómo algunas de las mujeres resaltan la importancia que la flexibilidad del horario laboral tiene para ellas. Para algunas, la flexibilidad que un trabajo de medio tiempo o un trabajo independiente les puede brindar les facilita el control de sus actividades diarias, de sus tiempos de ocio, así como también, facilita la realización de tratamientos de fertilidad y el cuidado de los hijos.

Pero ya es independiente, mío ya. Yo salgo los días que quiero, los días que no quiero, descanso. Me puedo ir por ahí a pasear. Entonces no es como que un trabajo, tú sí o sí tienes que trabajar. Como dice, así sea 24 horas, así sea 8 horas tienes que trabajar, pero no es para ti mismo, es para la gente o para la empresa (Iris, 35 años)

En el caso de Elena, ella comenta que realizarse un tratamiento de fertilidad implica realizarse varios estudios y exámenes, y a veces hay puestos de trabajo que no otorgan los permisos necesarios para poder ir a realizarse estos estudios. En su caso, ella señala que prefiere realizar ciertos trabajos antes que otros, trabajos en los que ella no esté en planilla o tenga beneficios laborales, pero que

sí le otorguen el tiempo suficiente para salir y hacer sus tratamientos.

O bien estás en un...en un lugar en donde no puedas recibir, digamos, este...Que no estés en planilla. Digamos, un taller. A que estés en una fábrica. Porque si estás en una fábrica, no te dan ese beneficio de los permisos. [ ] Así que decidí estar en un taller en donde no tengo los beneficios, pero sí tengo accesibilidad a poder salir (Elena, 41 años)

Para el caso de Cecy, quien ya tiene hijos, y para Maritza, quien todavía no los tiene, pero espera tenerlos pronto, la flexibilidad del horario es importante porque permite el cuidado de los hijos, el cual el asumido principalmente por las mujeres, y ambas consideran que un trabajo que no tenga tantas responsabilidades es lo ideal para poder manejar tanto su desarrollo profesional como la maternidad.

Como que, lo veía el horario más flexible, ya podía acceder a otras cosas, salir, hacer más cosas, dedicarme un poco más a mi bebé, pues, ¿no? Que estaba bien descuidado. Y ahora, porque mi esposo me dijo a ver consulta si se puede todavía intentar tener un hijo, porque naturalmente no puede, no podemos, o cuál es el problema. Entonces por eso lo que ya este año decidimos, pues, ¿no? (Cecy, 42 años)

O mínimo un año para poder darle el tiempo necesario y de ahí cambiar de trabajo a uno que tenga menos estrés, menos presiones, y ahí sí puede desarrollar mi rol con mayor capacidad, ¿no? Con mayor tiempo. (...) Y tomaría por lo menos los primeros 7 años de vida, un tiempo necesario para quedarme estancada en mi trabajo y después ya poder pensar en avanzar (...) y después ya lograr un punto de equilibrio entre el trabajo y el, y el hogar (Maritza, 36 años)

### 5.5.3. Trabajo y maternidad: Sacrificios a realizar

Algo que se debe resaltar entre las mujeres entrevistadas es que su identidad femenina atraviesa todos los aspectos de su vida, y no es posible hablar de estas de forma separada. A pesar de que se menciona la realización que sienten en su trabajo, y cómo este representa un ingreso económico y una parte de su vida que buscan realizar a la par con su deseo de maternidad o la crianza de sus hijos, su identidad como mujer siempre está en conflicto y reconocen que hay sacrificios en sus vidas que deben realizar. Ante esto, se identificaron dos posturas respecto al sacrificio que, a pesar de ser opuestas, guardan relación entre sí.

#### Postura uno: Sacrificas el trabajo

La primera es que las mujeres reconocen que la maternidad muchas veces hace que ellas dejen su trabajo y hace que deban sacrificar otros aspectos de su

vida para poder dedicarse a la crianza de los hijos.

Porque tener un hijo es tener un espacio en tu vida, porque vas a tener que dejar de trabajar. Vas a tener que dejar muchas cosas que hacer. Porque también es darle un tiempo, porque no es traer el hijo, uy, tengo que trabajar acá, ya, y dejarlo que alguien lo cuide. No, para mí no (Fernanda, 31 años)

Asimismo, es importante enfatizar en lo comentado por Maritza. A esta postura, ella le coloca que las mujeres que tienen problemas para concebir y están llevando tratamientos de fertilidad presentan una dificultad adicional para regresar a trabajar. Como se ha visto, los tratamientos de fertilidad son difíciles, tanto en el aspecto económico, emocional, y mental de las mujeres, y para ella, es más difícil regresar a trabajar inmediatamente después de dar a luz, como lo hicieron sus amigas que no tuvieron problemas de fertilidad, debido al esfuerzo adicional que tener al bebé implicaría en su vida a diferencia de otras mujeres. Además, ella considera que el tiempo brindado por el permiso de maternidad<sup>10</sup> no es suficiente.

Antes yo pensaba, si te hablo a lo- de los 20 a los 25, 28, yo pensaba, sería mamá y continuaría, seguiría con mis cosas y continuaré, como la mayoría de mis amigas (...), pero en medida que va pasando el tiempo, me parece más difícil tomar esa decisión... Si voy a ser mamá hay tanto esfuerzo que me va a llevar el poder concebir y el poder lograr un embarazo a término (...) dejarlo en tres meses en el periodo que dan de licencia y tanto...Me cuesta, entonces yo sé que el día que pase eso, voy a tener que renunciar a mi trabajo porque por el régimen que estoy no me permite tener licencia por el tiempo que quisiera, entonces y voy a tener que poner en pausa mi vida profesional para poder tener y después de nuevo regresar a la vida laboral y de repente no va a ser al mismo nivel que lo he dejado así no voy a tener que volver a bajar y de ahí a seguir a desarrollar (Maritza, 36 años).

Algo interesante que Melinda mencionó es que, tras recibir su diagnóstico de infertilidad y considerar la posibilidad de que no podría ser madre, generó tal presión que hizo que coloque su trabajo (algo con lo que ella se sentía muy realizada, pues estaba motivada por alcanzar siempre el éxito profesional) en un segundo plano y decidió dedicarse a lograr un tratamiento positivo antes de regresar a trabajar.

Mira, nunca tuve la emoción de ser mamá. (...) entonces con todo ese tema de la, de la infertilidad, mi mundo dio un giro de 180 grados. Al pensar que no iba a poder tener hijos, mi vida cambió, entonces puse en prioridad mi tratamiento para poder lograr obtener eso ¿no? (Melinda, 31 años)

---

<sup>10</sup> En el Perú al 2023, la licencia por maternidad otorga 98 días a las mujeres, y sólo 10 días a los hombres, lo cual ya es una desigualdad en las labores de cuidado de un recién nacido.

La búsqueda de la maternidad en la forma del tratamiento, sin embargo, puede afectar el desenvolvimiento de las mujeres en sus trabajos. Para algunas, los tratamientos de fertilidad significan perder horas de trabajo, y para otras, significa cambios de humor que las perjudican anímicamente y afectan sus labores.

Bueno, al principio fue difícil. Al inicio, claro, como estaba pasando el trabajo, me estaba perdiendo tiempo, perdía el trabajo, algunos días. (Janet, 39 años)

El hecho de mi desenvolvimiento porque también te ponen o te ponen hormonas entonces te cambia el ánimo, te enoja, te pone más irritable, las hormonas te cambian, ¿no? Y en cuanto a lo que yo hacía, tenía que estar de buena disponibilidad para escuchar. Y si estaba irritable, no servía, ¿no? (Rita, 36 años)

Esto permite observar que, para las mujeres con problemas de infertilidad, existe una desigualdad adicional en cuanto a la reproducción y al cuidado, que los hombres no comparten. Muchas de las mujeres, de ambos grupos de edad, de distintos lugares de residencia y de distinto nivel de educación alcanzado, saben que la maternidad y la paternidad están altamente diferenciadas.

Las mujeres identifican que la maternidad, especialmente para mujeres en tratamientos de fertilidad, es mucho más difícil, no solamente por el tema emocional, sino que también son ellas las que tienen que llevar toda la carga del tratamiento, el esfuerzo y dolores físicos, algo que los hombres no tienen que hacer, incluso cuando el factor de infertilidad también puede provenir de él. Como señala Stolcke (2018), en el caso de la infertilidad masculina, el cuerpo de las mujeres se vuelve el espacio para innovar y realizar el deseo de paternidad mediante la tecnologización de la maternidad.

Como dice, él está bien todo, ok, con su cuerpo. Él, no es el desgaste. Porque él solamente va a depositar... Sacan análisis de sangre solamente para ver el VIH, esas cosas. Y de ahí deposita el esperma en un frasco. Y nada más es el tratamiento del hombre (Fernanda, 31 años)

Y-y no solamente tengo problemas yo, de fertilidad, sino también mi pareja, mi esposo también tiene problemas de fertilidad entonces es...no porque cuando ya [] primero yo me realicé el examen y el doctor [ ] me dice ya, y vamos a descartar a él por si acaso. Mira y resulta que también, los dos, entonces, si yo estuviera bien, igual tendría que hacer por una fecundación de in vitro por su caso, ¿no? (Maritza, 36 años)

Respecto a la crianza, también se perciben diferencias grandes entre la

maternidad y la paternidad. Algunas de ellas consideran que mientras las mujeres deben colocar sus vidas o crecimiento profesional en pausa, como se observó en las secciones previas, los hombres no requieren realizar ese sacrificio adicional en sus vidas o sus carreras cuando se está realizando un tratamiento de fertilidad, ni a la hora de la crianza.

Pero no va a ser con la misma- de la misma forma que puede tener por ejemplo... mi pareja, él va a seguir trabajando, va a continuar y no va a afectar sus ingresos ni su desarrollo profesional (Maritza, 36 años)

Entonces todo lo que he avanzado es de nuevo retroceder, a diferencia del hombre, si el hombre decide ser papá, puede continuar con su vida laboral de una forma normal, ¿no? De repente, con responsabilidades del hogar que conlleva, pero no afecta el desenvolvimiento de sus funciones a diferencia de una mujer (Maritza, 36 años)

En el caso de Kelly, el esfuerzo para alcanzar la maternidad y paternidad cuando existe un problema de fertilidad es diferente, pero ella señala que, mientras las mujeres cargan con el aspecto físico del tratamiento de fertilidad, ella considera que los hombres asumen principalmente la carga económica <sup>11</sup>.

Sí claro, pienso que los dos nos esforzamos de forma diferente, mi esposo al estar laburando asume mucha carga, la carga económica y también carga mucho estrés (...) y tiene que, cuando estoy yo con periodos de descanso, él tiene que atenderme. Pero, y yo también asumo algunas cargas, porque soy la persona que le hace más análisis, más ecografías, más pastillas. Entonces no es la misma, pero ambos afrontamos de diferente manera (Kelly, 38 años)

#### Postura dos: Sacrificas la maternidad

La segunda postura que se observó entre algunas de las mujeres es que consideran que, por dedicarse mucho al trabajo, las mujeres se confían en que podrán ser madres en cualquier momento, y por ese motivo, ignoran o dejan de lado la maternidad hasta que es demasiado tarde, pues descubren o empiezan a presentar problemas de fertilidad. Se entiende que muchas mujeres consideran que el deseo de maternidad es algo que ocurre de forma natural y el trabajo hace que lo dejen pasar.

Porque ya a veces una mujer, cuando espera tanto, se centra en otros objetivos que dejan de lado ese aspecto de una conciencia materna (Génesis, 36 años)

---

<sup>11</sup> El apoyo y la relación de pareja se profundizará en el Capítulo 6

Me aferré bastante al trabajo y me...O sea, perdí la noción de los años, ¿no? Me confié (...) A los años de que normal podía, por más que pasaran los años, igual podía quedar embarazada, pero no es así, ¿no? (Elena, 41 años).

Inclusive, se considera que el deseo o, conciencia materna, no siempre está presente en las mujeres, pero que este se va desarrollando con el tiempo y que una mujer que es madura, es decir, una adulta, piensa en tener hijos, y los necesita, mientras que las mujeres que son más jóvenes no están conscientes de su futuro y la compañía que los hijos le van a brindar.

Quizás yo en algún momento también pensé así, pero como te digo, fui madurando y me di cuenta de que uno necesita, pues, todo mi trabajo, ¿a quién se lo voy a descargar? Y también porque creo que la mujer de hoy, las jóvenes, porque la de hoy, de mi edad, muchas piensan como yo, la mayoría. Pero las más jóvenes no es así, piensan que la vida es breve y hay que vivirla (Rene, 39 años)

Algo interesante que sólo fue mencionado por una de las mujeres, pero que une las dos posturas principales en esta sección es el tema de la congelación de óvulos. Este procedimiento, también llamado vitrificación de ovocitos, es una técnica de preservación de fertilidad y consiste en la extracción y congelación de óvulos para una futura inseminación e implementación. Fernanda comenta que conoció a distintas mujeres profesionales, doctoras, abogadas, que por sus estudios congelaron sus óvulos para el futuro.

Es interesante la mención de este procedimiento porque en las clínicas privadas de fertilidad de Lima, esta es promovida como un procedimiento ideal para que las mujeres no tengan que decidir<sup>12</sup> Giddens (1998), señaló que actualmente “la biología de un individuo ya no determina de manera absoluta si podrá tener hijos. Ahora, factores sociales como el nivel de ingresos y la disponibilidad y accesibilidad a instalaciones especializadas para la FIV determinan si la infertilidad biológica es realmente un obstáculo” (p. 639). De esta forma esto les permite a las mujeres enfocarse en su presente, su realización personal, sin dejar de lado sus objetivos, pero les permite tener asegurada su futura maternidad al tener óvulos de buena calidad cuando su fertilidad haya disminuido, siempre y cuando tengan los recursos económicos para eso.

---

<sup>12</sup> Algunas de las páginas web revisadas fueron de las clínicas en Lima Inmater, Procrear, y Concebir

## Capítulo 6: Influencia del Entorno

En este capítulo se describe y explica cómo el entorno —entendido como la familia, la pareja y los grupos de pares— tiene influencia en la identidad de las mujeres con infertilidad, por medio de las expectativas sociales que pone sobre ellas el hecho de ser madres, y cómo esto genera presiones y estigmas que afectan su identidad femenina. Asimismo, se observa que el apoyo del entorno, tanto los padres, la pareja y los grupos de pares, son importantes para contrarrestar estos sentimientos.

### 6.1 Apoyo del entorno

Para las mujeres entrevistadas, tener una red de soporte durante su diagnóstico y tratamiento de fertilidad es sumamente importante. A pesar de esto, tanto la pareja, la familia y los grupos de pares guardan distintos niveles de participación e importancia.

#### 6.1.1. Pareja

El apoyo de la pareja de las mujeres con problemas de fertilidad es el más importante de todos. La forma en que este apoyo principalmente se manifestó fue por medio del apoyo emocional a las mujeres, lo cual las motivaba a intentar realizar los tratamientos o continuarlos, considerando que estos son difíciles de llevar, ya sea por el impacto físico o mental, por lo que la presencia de sus parejas resulta importante.

Bueno, me animaba a seguir en los tratamientos, me acompañaba en los tratamientos, en las citas, en las consultas. Me acompañaba hasta ahora. Siempre está conmigo. Tenemos la misma idea (Janet, 39 años)

Moralmente, bueno, él estuvo siempre ahí dándome aliento para que no deje el tratamiento (Melinda, 31 años)

Además del apoyo moral y la ‘fuerza’ que las parejas les brindaban, ellos también apoyaban en el aspecto económico para cubrir los costos de los tratamientos cuando ellas no trabajaban, y también brindaban apoyo en el tratamiento mismo, pues cuando ellas no podían ponerse las inyecciones del tratamiento, ellos lo hacían.

Sí claro, pienso que los dos nos esforzamos de forma diferente, mi esposo al estar laburando asume mucha carga, la carga económica y también carga mucho estrés y a veces tiene que acompañarme a las consultas y tiene que, cuando estoy yo con periodos de descanso, él tiene que atenderme” (Kelly, 38 años)

Emocionalmente. O sea, yendo a los consultorios. Yo digo más emocionalmente porque te sacan sangre a la semana dos veces. Durante más de un mes. Te están sacando sangre, te están haciendo transvaginales. Y a veces me pinchaba él también. Yo no aguantaba los pinchados en el estómago. Él me apoyaba, me decía, Fernanda...O él traía las cosas. O sea, con palabras, emocionalmente (Fernanda, 31 años)

Este apoyo va relacionado con la idea de que el tratamiento es algo que realizan en conjunto, porque el volverse padres es un deseo en conjunto, no es un deseo unilateral, ni que está siendo forzado. Saber que la búsqueda de la maternidad y la paternidad es compartida, hace que las mujeres se sientan apoyadas.

Es mucho, porque es una persona que, bueno, que tú sientes que sí quiere también hacer lo mismo que tú, ¿no? Que no le estás obligando, porque si sientes eso, tú te sientes mal (Elena, 41 años)

No, sí, bastante. Como te digo, me dice, 'Mira, yo te elegí a ti como la madre de mis hijos' (Cecy, 42 años)

Asimismo, para las mujeres con problemas de infertilidad, el apoyo de la pareja resulta importante, porque a pesar de que los tratamientos pueden representar su deseo de ser madres, son difíciles de enfrentar (como ya se vio con anterioridad), tanto física, como emocional y económicamente, y el apoyo constante de sus parejas les ayuda a sentir que es posible que puedan concebir, a no desanimarse y mantenerse con pensamientos positivos, e inclusive, les ayuda a sentir que no tienen problemas.

Él no quiere que hablemos de malas cosas [sic]. Él me dice, no pienses en que no va a pasar. Tú piensa en que sí, ten la mente positiva y va a pasar. Piensa que ya estás embarazada, piensa que ya tienes a tu hijo (Mariella, 33 años)

Él nunca me vio como una persona infértil. Siempre sintió que yo estaba sana. Para él yo estaba sana. Si la voluntad de Dios es que yo tenga un bebé, lo íbamos a tener. Siempre estuvo así (Jennifer, 36 años)

Así, la pareja de las mujeres resulta importante para las mujeres que atraviesan problemas de fertilidad. Ellos tienen una función económica, pero principalmente moral que las ayudan a reducir el estigma de la infertilidad y las motiva a superar su condición.

### 6.1.2. Familia

La familia es el otro espacio con el que cuentan las mujeres con problemas de fertilidad para recibir apoyo ante la condición de infertilidad y los tratamientos a los que se someten. La mayoría de las familias de las mujeres entrevistadas muestran bastante interés en su 'problema' y buscan ayudarlas a que puedan resolverlo. Quienes principalmente se involucran son los padres de las mujeres y las hermanas/os, y las mujeres sienten que existe bastante apoyo y seguimiento de su parte, principalmente moral, pero en ocasiones también es económico, pues les ofrecen ayudarlas a pagar los tratamientos.

A una la hacen sentir, o sea, aparte de que me siento que son como que, una motivación más, ¿no? Porque a ratos ya como que, no sé, dije ya... Yo soy a veces muy negativa, entonces como que ellos me dan ese empujoncito de positivismo, porque yo soy negativa, porque yo ya me estoy poniendo a pensar y que si no va a pegar y volver a invertir otra vez el dinero, entonces ya, y mi hermana me dice, no, no te pongas a pensar así, o sea, ya, y si no ya la plata se consigue, ya veremos cómo y así...Entonces es un punto muy importante también su apoyo (Génesis, 36 años)

La familia toma la condición de infertilidad de la mujer como si fuera una condición no individual, que afecta solamente a las mujeres entrevistadas, sino que se percibe como algo colectivo, que toda la familia asume como propia, y busca que se resuelva ya que tiene el deseo, o el anhelo de que las mujeres entrevistadas logren el objetivo de la maternidad. Para algunas mujeres, que sus familias estén involucradas las hace sentir apoyadas, inclusive, al igual que con la pareja, los miembros de su familia le hacen sentir que no tiene algún problema. En el caso de Jennifer, que estaba embarazada en el momento de la entrevista, ella comenta que su madre siempre confió en que podría tener hijos.

Me apoyó en....De que... Ella nunca creyó en los diagnósticos. Ella siempre creía que yo iba a poder salir embarazada en forma natural. Y hasta hace un par de días me decía que tome esto, porque ella se acaba de enterar (Jennifer, 36 años)

Para otras, sin embargo, a pesar de que agradecen su presencia, les puede resultar cansado o tedioso que ellos traten su condición como algo familiar. Por ejemplo, en el caso de Kelly, ella recibió apoyo moral de su familia, e incluso le ofrecieron apoyarla económicamente, lo cual agradece, pero ella considera que las personas no pueden tratar la infertilidad como un problema familiar, ya que lo ve como algo muy íntimo que solo le corresponde a ella y a su pareja enfrentar o resolver.

No es un diagnóstico familiar, entonces no debería afectarles a ellos. Cada quien tiene sus propias metas, sus propios problemas. Cada quien tiene que usar su tiempo, su dedicación, su corazón, sus fuerzas para lidiar con sus propios problemas. No puedo, sería muy desgastante que... que todos estemos lidiando con los problemas de todos (...) Y hay que respetar si lo resuelve bien o mal, porque es parte de su crecimiento, de su madurez (Kelly, 38 años)

La familia de la pareja también muestra interés en que se supere la condición de infertilidad, pero las experiencias de las mujeres han sido variadas. Son pocas las que han recibido apoyo de parte de la familia de su pareja, como sus suegros, por ejemplo, pero para la mayoría, la experiencia con las familias de sus parejas ha sido más bien negativa.

Y mi suegra quiere ser abuela, mi pareja es hijo único, mi pareja es clase media. Y bueno, mi suegra dice que, sus casas, tiene dos casas, tiene propiedades. Y piensa que, si yo no puedo ser mamá, ¿para quién se van a quedar todas sus cosas? Siento que me presiona (Mariella, 33 años)

Las mujeres entrevistadas han sentido rechazo, o estigma exterior visible, por parte de las familias de sus parejas por el hecho de no poder concebir, pues las familias de las parejas consideran que es algo que debería ocurrir naturalmente. Ellas sienten presión y exclusión por no poder tener hijos y darles nietos a sus suegros, y, por lo tanto, esto genera en las mujeres un estigma interior, donde sienten que no están alcanzando los estándares que las familias de sus parejas tienen sobre lo que es normal, tanto como pareja, y como mujer.

Muy importante, porque yo ya tengo mi pareja, yo ya tengo 35 años, y a veces todos me dicen 'Uy, tu hijo puede nacer enfermo'. Y aparte también porque mi pareja quiere, y aparte también porque ahorita tenemos un problema de que su familia no quiere que esté con una persona que no le pueda dar sobrinos, nietos, y todo eso (Iris, 35 años)

Para algunas de las mujeres, además, las familias de sus parejas tendrían cierta oposición ante la idea de volverse padres por medio de la adopción. La principal razón es porque quieren que sea de su sangre, es decir, que sea una descendencia biológica. Asimismo, algunas mujeres entrevistadas conocen la adopción de forma cercana, pues tienen familiares que fueron adoptados, y consideran que la familia es capaz de mostrar oposición por medio de actitudes de rechazo o discriminación al niño o niña.

Pero en el hecho, ahorita, no sé si su mamá aceptaría, creo que no, porque ya lo hemos hablado y dijo que no, antes de convivir dijo que no, no quería un nieto adoptado (Mariella, 33 años)

Pero... la familia extensa, ya, digamos no siempre, entonces va a haber comentarios, va a haber situaciones entonces...y ponerle en una situación donde lo pongan en riesgo le puede afectar emocionalmente o se sienta discriminado entonces dijimos, no. [...] porque hemos visto unos familiares que, sus primas de él, que son dos primas que tienen que son adoptadas y a veces, siempre se salen los comentarios (Maritza, 36 años)

Algo interesante que mencionó Génesis fue que ella percibe que el apoyo o el interés que su propia familia muestra, comparada al interés de la familia de su pareja, es bastante distinta. Mientras el apoyo de su familia se dirige hacia ella, a que pueda cumplir sus metas, ayudarla a mantenerse fuerte y brindarle el apoyo emocional necesario, el interés de la familia de su pareja se centra en la posibilidad de brindarles un nieto, y no necesariamente parte de un interés por el bienestar de la mujer. Mariella retrató muy bien esta situación:

Su mamá es la mayor, como que, ella quiere su nieto, no importa conmigo o sin mí (Mariella, 33 años)

Finalmente, algo común entre la experiencia con las familias propias y las familias de las parejas, es que existe poco conocimiento entre los familiares sobre la condición de infertilidad, y a pesar de que los familiares se comprometen y buscan ayudar a las mujeres a volverse madres, desconocen cómo funciona, y cómo esta puede impactar negativamente en las mujeres. Ambas familias, al involucrarse, hacen preguntas o comentarios que inconscientemente lastiman a las mujeres entrevistadas, pues les recuerda su incapacidad de ser madres, y sienten la presión constante de tener que educarlos al respecto.

Entonces, creo que después de dos años ahí les compartí tranquilamente y aun así, mi mamá no comprendía la gravedad porque como ella tuvo muchas hijas y mis hermanas también, es como que 'no es posible que Rita tenga eso' (Rita, 36 años)

Y en la familia de mi esposo he encontrado muchas preguntas, preguntas, preguntas, y yo no quiero responderlas porque, como te digo, tengo que educarlas mucho al respecto (Kelly, 38 años)

### 6.1.3. Grupos de pares y la importancia de los grupos de apoyo

El apoyo de su grupo de pares, como amigos, o compañeros del trabajo también es importante, aunque en menor medida cuando se compara con la importancia de la pareja y la familia. El apoyo es principalmente moral o emocional, en el que las amistades buscan que las mujeres con infertilidad no se centren o

se preocupen tanto por la condición de infertilidad, o, en todo caso, las motivan y aseguran que los tratamientos van a funcionar.

A mis amigas, a mis amigos, y me han dicho 'no te preocupes, pídele bastante a Dios, llora a Dios, ruega, es lo único que te puede bendecir, es el único que puede hacer (...) nada es imposible. Y trata de investigar' (Iris, 35 años)

Yo trabajo con ella, emocionalmente, me cubría en el trabajo. Cuando yo tenía que salir y salir, citas de hospitales, me cubría en el trabajo. Me visitaba cuando estaba mal (Fernanda, 31 años)

Como se puede observar, a pesar de que el apoyo principalmente es por medio de palabras (inclusive, algunos les recomendaban mantener la fe durante el procedimiento), otros de sus amigos o compañeros también las ayudaban en el trabajo o las visitaban cuando se sentían mal.

A pesar del apoyo en estos tres espacios, algunas mujeres sentían que era difícil que ellos pudieran entender la situación por la que estaban pasando. Por ejemplo, Génesis comentaba que tenía el apoyo de su pareja, de sus padres, inclusive de la familia de su esposo a pesar de que realizaban muchas preguntas al respecto, pero al final, no terminaba de comunicar todos sus sentimientos con ellos, pues le resultaba muy difícil hacerlo.

Entonces, la verdad que el sentimiento, todos los sentimientos que se revolotean, o sea, como que yo los converso conmigo misma [risa]. Porque la verdad es que ni siquiera, o sea, lo hablo con mi esposo, pero siento que, y por muchos casos que he visto, de que el varón no lo considera un problema como el punto de vista de una mujer (Génesis, 36 años)

Mis hermanas tienen sus hijos, siento que ellas no me entienden del todo, no me entienden, no entienden mi problema, no entienden mis estados de ánimo, no entienden mi-no entienden de repente hasta el tratamiento que llevo (Mariella, 33 años)

Debido a esto, para ellas resultaba importante contar con el espacio de los grupos de apoyo. En estos espacios, los cuales fueron en su totalidad virtuales, las mujeres podían escuchar testimonios o comentarios de mujeres que estaban pasando por situaciones similares a las de ellas, podían informarse con mayor detalle del tema de la infertilidad, y especialmente, les permitía ponerse en contacto con las mujeres en esos espacios.

Y...nada más, pero he tenido oportunidad de hablar con otras chicas que sí han estado en el mismo camino que yo y solamente allí te entienden (Génesis, 36 años)

Sí, porque a veces te ayuda bastante, a veces las experiencias de otras personas, para tu caso. A veces las experiencias o una ayuda adicional que otro te haya dicho. Te ayuda bastante (Fernanda, 31 años)

Te das cuenta que no eres la única persona-uno sabe, ¿No? Que no es la única. Pero te das cuenta que es más frecuente de lo que de lo que parece” (Cecy, 42 años)

Entonces, el contacto con estos grupos les ayudaba a saber que no eran las únicas que estaban atravesando por eso, y que existen otras personas que pueden entender sus emociones y frustraciones al no poder concebir. De esta forma, estos espacios cobran importancia porque permiten reducir el estigma interno de la infertilidad, pues lo normaliza, les permite a las mujeres saber que no están solas, escuchar voces similares a las de ellas y saber que sus sentimientos son normales y no están mal.

## 6.2 Sociedad e infertilidad

Como se observó en el capítulo anterior, las mujeres entrevistadas consideran la maternidad como un elemento clave en su identidad femenina, ya sea como algo necesario para su realización, o como parte clave de su construcción como mujer. En la interacción con su entorno, tanto en su socialización primaria como secundaria, por medio de la educación brindada por sus padres, por los juegos que realizaban, las enseñanzas en el colegio o los medios de comunicación que mostraban la familia como el ideal a alcanzar, ellas aprendieron sobre los roles que cumple una mujer, y cómo debe ser una madre.

Cuando se da la condición de infertilidad, estas expectativas sociales no se cumplen, y las mujeres experimentan no sólo un estigma interno por no poder cumplir con este mandato, sino que ven esa etapa de su vida y su identidad como interrumpida. Además, los diferentes espacios sociales en los que ellas se insertan, por medio de comentarios e incluso en formas de burlas, les recuerdan que la infertilidad no es lo ‘normal’.

### 6.2.1. Presión social: “Se te está pasando el tren”

Las parejas de las mujeres no realizan ese tipo de comentarios hacia ellas, pero estos sí provienen de sus compañeros, amigos, e inclusive de su familia, ya sea de su núcleo familiar o lejano. El entorno ejerce presión en las mujeres, pues existe la expectativa en el Perú de que, a cierta edad, —para la mayoría de ellas empieza al inicio de los 30 años—, las mujeres hayan cumplido una serie de hitos,

es decir, tener pareja e hijos, y quiénes no han tenido hijos en ese tiempo, se las percibe como atrasadas en esa etapa de la vida, e inclusive, se la asocia a la flojera.

O sea, para una mujer que llega a cierta edad y no tiene hijos, la presión social es fuerte, porque todo el mundo te pregunta '¿Y para cuándo, y para cuándo, y para cuándo los hijos?' (Génesis, 36 años)

Ya, como te digo, pasando ya los 30, ya como que, te dicen, ¿no? '¿Cuándo vas a tener tu hijo? ¿Cuándo vas a tener tu hijo? Y uno como que... ya, ya llegará, ya llegará... Ya teníamos como 3, 4 años ya con mi esposo actual, entonces me dije, ya es hora, hay que buscar (Cecy, 42 años)

Me decían '¿para cuándo vas a tener un hijo?', 'ya se te está pasando el tren', 'ya estás vieja', 'ya vas a padecer la abuela', 'qué floja', y todos esos tipos de comentarios (Rene, 39 años)

Asimismo, esta presión y exigencia social expresada en comentarios y bromas hostiles lastiman y causan molestia tanto a las mujeres como a sus parejas, pues es un recordatorio constante de algo que no pueden conseguir, y que ellas consideran que muchas veces, los otros no toman en cuenta sus sentimientos cuando lo mencionan.

Yo me sentí mal, lloré. Lloré mucho. Me sentí mal conmigo misma, ¿no? Porque la sociedad te juzga a veces. Cuando tienes hijos, mayormente cuando te casas, todo mundo te pregunta "¿cuándo vienen los hijos? ¿Cuándo vas a tener hijos? Oye, se está pasando el tren" ¿no? Son los estereotipos que siempre te dicen. Entonces me sentía mal, ¿no? (Melinda, 31 años)

Mira, por ejemplo, alguna vez a mi esposo, o sea, en una reunión familiar, bueno, alguien, un tío lejano, le dijo, ¿no? Yo escuché que le dijeron, este... 'Ay, le dicen, este, árbol de Navidad. ¿Por qué? Porque tiene las bolas de adorno' [risa] Entonces, cosas así. Entonces, o sea, todos 'Ja ja' ¿no? Pero yo, dentro de mí, yo me molesté, pues, y ahí me daba ganas, o sea, dije, 'pero ¿cómo les digo de que es una broma horrible, pues, ¿no?' Y ya me puse a pensar, y digo, o sea, en sí, es una broma, ¿no? Pero cuando uno está con toda esa carga, entonces, lo tomas, pues, no es, no es broma, ¿no?" (Génesis, 36 años)

En algunos casos, de acuerdo con las mujeres entrevistadas, esta presión es hasta cierto punto sutil, pero en otros casos, los comentarios explícitamente relacionan la habilidad de tener hijos con el valor y la realización de una mujer. Las mujeres caracterizan estos comentarios como pensamientos machistas, incluso cuando ellas directamente no han recibido esos comentarios, saben de su existencia porque han escuchado que les ocurre a otras mujeres.

A veces, yo siento que algunas personas machistas, que dicen, 'no sirves como mujer porque no tienes hijo'. He conocido personas así, 'que no sirve como mujer porque no tienes hijo' (Fernanda, 31 años)

"Las discriminan, o nos dicen que, bueno, depende de cada uno, ¿no? Hay personas que son machistas que dicen 'Ay, como una mujer, no es una mujer completa porque no puede tener hijos' Y otros te miran 'pobrecita, que no puede tener hijos', y otros 'ah, normal', ¿no? O sea, depende de uno" (Melinda, 31 años)

En relación con este pensamiento machista, las mujeres entrevistadas también señalan que, cuando una mujer no puede tener hijos, corre el riesgo de que su pareja la deje, por no poder cumplir con este rol. Que la relación termine por una condición de infertilidad sí ha sido observado por otros autores, y a pesar de que a ninguna de las mujeres entrevistadas les ha pasado esto, sí han escuchado que es algo que ocurre. Además, la presión ha llevado a algunas mujeres a desanimarse, y comentaron que llegaron a decirle a sus parejas que busquen a una mujer que sí pueda cumplir con esta función 'natural' de concebir.

Le dije que se consiguiera otra mujer, que consiguiera otra mujer para formar una familia y él me dijo 'No, no, todavía tenemos posibilidades y en último caso podríamos adoptar' (Mariella, 33 años)

Ha habido momentos, tengo episodios, tengo momentos donde digo 'yo no puedo tener hijos, soy infértil, no voy a ser mamá nunca, nunca te voy a poder dar esto-'. Incluso he llegado al episodio de decir 'Sepárate de mí, para que tú puedas tener un hijo, y no te arrastre yo con mi problema' (Rene, 39 años)

De esta forma, se puede observar que el deseo de la maternidad y su gran importancia en la construcción identitaria en las mujeres en el Perú no necesariamente parte de un deseo biológico, innato, o en todo caso, lógico y razonado en el que deciden conscientemente ser madres, sino que se trata de una construcción sociocultural que se plasma en las normas sociales, las presiones que ellas sienten que deben cumplir y las constantes expectativas, lo cual ha sido interiorizado como parte de la feminidad.

Pasas a los 27, 28 y te dicen "oye ya debes de tener bebés", llegas a los 30 y te dicen "oye se te está pasando el tren para tener bebés", llegas a los 34 y te dicen '¿por qué no te has puesto atenta más antes para tener bebés'... O sea que yo tenía ese deseo. Después se volvió presión por parte de la familia, de los amigos y ya le quita lo divertido, ¿no? al deseo porque ahora es una tarea que tienes que cumplir" (Kelly, 38 años)

Estos comentarios del entorno refuerzan el estigma que significa para una mujer tener problemas de fertilidad y por eso, tiene influencia en la toma de decisión de las mujeres con respecto a empezar tratamientos de reproducción asistida. La familia presiona, ya sea consciente o inconscientemente a las mujeres para que resuelvan su 'problema' y puedan tener hijos, ofreciendo incluso apoyo económico. Esto se puede interpretar como una ayuda, pero también como presión, pues finalmente hace que las mujeres continúen tratándose y se sometan a los tratamientos de fertilidad.

Además, las familias no sólo buscan que las mujeres cumplan el ideal de una familia heteronormativa —madre, padre, hijos—, sino que también, estas refuerzan para las mujeres el significado de tener hijos como una fuente de compañía y como futuro cuidador.

No, porque ellos fueron parte importante también de mi decisión, más que todo mi padre, mi madre, que siempre tenía la idea de que una pareja no puede estar solos. Siempre decía que, '¿solos quién las va a ver', dice, ¿no? '-quiero a mis nietos. Todas mis hermanas tienen mis nietos solo faltan los tuyos', me decía, ¿no? (Janet, 39 años)

#### 6.2.2. Entorno médico

Las mujeres entrevistadas tuvieron experiencias bastante variadas durante sus tratamientos de fertilidad en los centros médicos. Algunas tuvieron buenas relaciones con sus doctores, quienes les brindaron la información correspondiente, fueron comunicativos y tuvieron la sensibilidad necesaria para apoyarlas en sus tratamientos. Sin embargo, otras mujeres tuvieron malas experiencias con los especialistas. En primer lugar, las mujeres son muy conscientes respecto a la forma en la que se lucra en esta industria, y sentían que la actitud de los médicos reflejaba más interés en generar ingresos que en ellas. Por ejemplo, en el caso de Iris, ella realizó la mayoría de sus exámenes y tratamientos en hospitales públicos, y tuvo consultas con médicos que no mostraban sensibilidad ante su condición, e inclusive, le recomendaron que vaya a una consulta privada a sus clínicas privadas, lo cual es un costo elevado que el médico no toma en cuenta.

Algunos no piensan en uno, simplemente piensan en la plata. ¿Por qué? Porque a mí me tocó doctores que me decían... 'Pero... ¿Pero por qué no vas a mi clínica, yo te puedo hacer el in vitro, te lo puedo dejar a 10000 soles'...Y después otros me decían... ¿No, pero, mejor adopta? O sea, no se ponían en el lugar de uno mismo. Y eso yo no...O sea, no pueden tener esa solidaridad, de no poder tener hijos.

Simplemente les importaba la plata (Iris, 35 años)

Algunas de las mujeres señalaron que la relación que tenían con los médicos era fría, la situación era tratada como un procedimiento objetivo, lo cual, para ellas, no permitía que los médicos puedan entender el efecto que la infertilidad tenía en ellas. De acuerdo con Becker & Nachtigall (1991), cuando los médicos fallan en reconocer la experiencia emocional de los pacientes, o incluso usan términos muy 'objetivos', pierden la confianza y el respeto de las pacientes.

Eh...No, es que son tan... los médicos... son tan... no sé, tan...¿Qué son esos términos? ¿Medicinales? [risa] O sea, ellos usan términos...Ah, ok, fíjese esto, que lo dicen tan natural, tan profesionales como son, ¿verdad? Pero tan fríos a la vez, que de repente la están matando a la chica en vida. Mira, pues la verdad que, 'es que tienes problemas de fertilidad y esto, esto, esto. Una extraordinariedad y bueno, hay que hacer fertilización in vitro' O sea, literal, te está diciendo 'Puede tener un bebé, pero... quizás como unos 25 000 soles' (Jennifer, 36 años)

Además, los profesionales de la salud no están exentos de reproducir estereotipos o estigmas sobre las mujeres con problemas de fertilidad. Dentro de las malas experiencias que tuvieron las entrevistadas, algunas comentaron que tanto los médicos como las enfermeras de los establecimientos, utilizaron calificativos negativos al referirse a ellas, asociando su valor como mujer a su capacidad de concebir, o las menospreciaban por la edad que tenían, lo cual según Pescosolido & Martin (2015), es el *provider stigma*, o estigma del proveedor: todas las actitudes y creencias negativas que los proveedores de salud tienen sobre sus clientes, incluso sin saberlo o sutiles.

Mira, un médico en Essalud, me dijo, yo le llevé el examen de la antimulleriana que me hicieron un médico particular y me dijo...y era muy baja y me dijo el médico de salud, y me dijo... 'Tú ya no sirves' Literal me lo dijo así. 'Tú no sirves. Tú no vas a poder tener hijos nunca, tienes que hacerte una in vitro o adoptar o una ovodonación' Y yo decía 'Pero doctor, no hay ninguna otra forma...' 'No, no, no, eres como un carro con el motor malogrado entonces, no. Hay que cambiar. No sirves, para qué estás acá, estás perdiendo el tiempo' Me habló tan feo, tan mal, que yo salí llorando del hospital" (Rene, 39 años)

Las enfermeras son como que más bruscas, más chocantes, más... '¡Ah! Tú tienes 30. Como que más despreciativas (...) En el hecho de que una ya va lastimada con la noticia y continuar es una cuestión de valor, ¿no? Y que alguien te trate mal en un proceso tan delicado es como que no ayuda a percibirse de la mejor manera (Rita, 36 años)

En el caso de Kelly, ella comenta que tuvo la 'suerte' de tener un médico que fue sensible y la apoyó en su tratamiento, lo cual da a entender que es un privilegio tener un trato amable con el especialista, y no un derecho el no sufrir comentarios hostiles en los consultorios que dañan la auto percepción de las mujeres. Ante esto, ella comenta, al igual que las otras, que conoce de casos similares donde las interacciones con los doctores refuerzan el estigma de la infertilidad en las mujeres lo cual 'destroza' a las mujeres al salir del consultorio, y no solo eso, sino que también ella considera que los especialistas realizan juicios de valor sobre las mujeres, y juzgan no haber tomado la decisión de acudir a tratamiento en otro momento.

Sí, sí porque-porque en mi caso, por ejemplo, yo llevo como cuatro años tratando de intentar, tratando de tener un bebé. Y si yo fuera un médico nuevo ahorita me dirían, '¿Y por qué recién vienes?' Y yo digo, el médico no sabe que yo estoy mucho tiempo. Pero lo primero que dicen es, '¿y por qué recién vienes? ¿Cuánto tiempo vas a esperar? ¿Por qué? Pero ya tienes que hacerte' Y sí, es incómodo, digamos, lo fácil que te juzga una persona (Kelly, 38 años)

Por lo tanto, malas interacciones con los especialistas no sólo incrementan el estigma externo por no poder concebir debido a la autoridad que poseen los médicos en la relación médico-paciente, sino que también influencia el estigma interno, pues las mujeres sentían que la vulnerabilidad con la que asistían a esas consultas se incrementaba con los malos tratos. Además, el mismo establecimiento médico, empezando por el hecho que sus anuncios dicen "problemas de", tienen la habilidad de reproducir los estigmas, e inclusive, hacer que las mujeres, sin importar edad o clase social, creen etiquetas hacia ellas mismas.

Las propagandas, ¿no? Las propagandas que dicen, o sea, tú no ves una mujer normal que vaya a esos centros para hacerse un chequeo. Todas las mujeres que tienen problemas de fertilidad van exclusivamente a esos centros. Y cuando tú ves a personas que están, o mujeres que están sentadas, sabes que todas, todas las que estamos ahí, tenemos esa, esa condición, esa etiqueta, que no podemos concebir de forma natural. Hay mujeres de todas las clases sociales. He visto mujeres súper pitucas. He visto mujeres más humildes que yo. Y he visto de clase media, clase baja, clase alta (Mariella, 33 años)

### 6.3. Vergüenza, culpa y la práctica del silencio selectivo

El estigma de poseer una condición de infertilidad, en una sociedad en la cual la maternidad, tanto para el entorno, como para las mujeres, resulta una pieza clave para la identidad femenina, genera sentimientos de culpa y vergüenza en las mujeres entrevistadas. Como se vio en el capítulo 4, la infertilidad tiene distintos significados para las mujeres, y a pesar de que algunos buscan enmarcarla como una enfermedad que se puede resolver, o que sólo afecta por momentos, finalmente, la mayoría de los sentimientos asociados son negativos.

El cuerpo aparece como un elemento importante que causa los sentimientos de culpa y la vergüenza que las mujeres pueden experimentar. El no poder concebir porque sus cuerpos no tienen un funcionamiento 'normal', como el de otras mujeres, genera que las mujeres entrevistadas sientan culpa porque hay algo en su cuerpo que no funciona bien, porque no logra concebir, o porque no logra mantener un embarazo. Este sentimiento viene acompañado, asimismo, con la idea de que son ellas las responsables de este mal funcionamiento de su cuerpo.

Sentí culpa, sentí culpa porque era mi propio cuerpo el que hizo que tuviera los abortos, sentí que debí de haber ido a más doctores, no sé, me sentía culpable (Mariella, 33 años)

Algo interesante a destacar son los casos de Kelly y Jennifer. Kelly ha estado con su esposo alrededor de 5 años, y ella comenta que llevó una vida saludable, mientras que Jennifer ha estado alrededor de 2 años con su esposo actual, y según ella, tuvo malos hábitos en su juventud. A pesar del cuidado diferenciado de sus cuerpos, ambas mujeres al final mostraron culpa y sentimientos negativos por poseer la condición de infertilidad, con el sentimiento de que pudieron haber hecho algo mal.

Me siento mal. Porque yo llevo una vida muy sana. Incluso, se puede decir, basada en plantas, ya desde hace años. La mayor parte del tiempo soy vegetariana, de vez en cuando como carne, cuando era más joven hacía mucho ejercicio, hago actividades al aire libre, yoga...Entonces me he cuidado tanto para estar preparada cuando llegara el momento (...) y no lograrlo... es como en algún momento dices, '¿qué falta hacer o qué hice mal?' (Kelly, 38 años)

La culpa sentida no sólo es personal, sino que también está dirigida en respuesta a su pareja. Para la mayoría de las mujeres entrevistadas, el tener hijos es un evento importante, tanto para ellas como para las parejas, pues es una forma

de compañía, una fuente para depositar el esfuerzo de su trabajo y sus conocimientos, y de complemento a la familia. Las parejas desean ser padres, y es algo que las mujeres sienten que no pueden otorgarles, lo cual las hace sentir culpables por 'negarles' su paternidad.

Creo que al inicio uno tiene más culpa, ¿no? Porque como que, por la otra persona que también quiere ser papá, ¿no? Entonces, te sientes culpable de no poder hacerlo. Y vergüenza sí, también al inicio, porque la gente te pregunta mucho, te insiste, porque lo normal que cuando te cases a los años salgas embarazada, ¿no? (Rita, 36 años)

Tenía culpa de que mi esposo, le truncara el sueño y que nunca pudiera y que él no fuera papá (Melinda, 31 años)

Inclusive, las mujeres han sentido la necesidad de decirle a sus parejas que se separen de ellas, con el fin de que puedan encontrar una mujer que sí pueda darle hijos.

Otra forma en la que el estigma interno se expresa es la vergüenza, tal como señaló Scambler (2004). A pesar de que las mujeres compartían su condición de infertilidad con sus parejas, y algunos familiares y amigos cercanos, también era muy común entre ellas el desear que otras personas más alejadas de su entorno no se enterasen.

No, pero ...no quería que se sepa que no podía tener hijos de forma natural y espontánea como las otras personas, y lo ocultaba, y me decían, '¿para cuándo vas a tener un hijo?', ya se te está pasando el tren, ya estás vieja, ya vas a padecer la abuela, qué floja' Y todos esos tipos de comentarios, y yo respondía 'Sí, ya, más adelante, sí, ya después, al próximo año, mañana lo hago' Era mi respuesta. 'Mañana lo hago, no te preocupes' Era porque no quería decir que no podía, y eso me mataba, porque cuando llegaba a la casa, lloraba... (Rene, 39 años)

Las personas tienen entonces una influencia en la forma en la que las mujeres lidian con la condición de infertilidad, lo cual las puede llevar a experimentar sentimientos de vergüenza por no cumplir con las expectativas que el entorno tiene sobre volverse madres a cierta edad. Sin embargo, a pesar de que muchas de las mujeres sentían una gran presión por parte de su entorno de volverse madres, el silencio y el secreto aparecieron como herramientas que las mujeres entrevistadas emplearon para enfrentar y aliviar la presión de las expectativas sociales puestas sobre ellas. Como señala Allison (2011), el silencio es un aspecto universal de la experiencia de la infertilidad y funciona para las

mujeres como una herramienta de protección.

Además de mantener su condición en secreto para protegerse del estigma de la infertilidad, también llama la atención cómo las mujeres consideraban necesario guardar silencio sobre tener un hijo que no es biológicamente de ellas. Por ejemplo, en el caso de Melinda, ella consideraba que, si tenía un hijo por medio de la ovodonación, un hijo que no tuviera relación sanguínea con ella, su familia iba a tener actitudes negativas hacia él.

Sí, no quería que nadie se enterara. Y sobre todo por la donación, porque la gente es mala. ¿Qué pasa si tenía un niño de donación? ¿Qué pasa si un día un niño malo o parte de la familia decía a mi hijo 'ella no es tu mamá'. Ese era mi miedo (Melinda, 31 años)

De acuerdo con Tarducci (2008), existe una relación fuerte entre lo que se considera una 'verdadera familia', con la heteronormatividad y los hijos biológicos, por lo que la idea de tener un hijo adoptado, o concebido por medio de donación de óvulos, llega a ser algo de lo que las mujeres dudan para su maternidad, ya sea por una decisión personal, o por el rechazo del entorno en el que se encuentran.

La familia de mi pareja está como incómoda, ¿no? Porque ella ya es mayor, mayor que mis padres todavía, y ella quiere ser abuela ya, pero quiere que sea abuela ya de su hijo, ¿no? No quiere adoptar, no quiere que adoptemos (Mariella, 33 años)

En el caso de la adopción, se refleja comúnmente la percepción de que este es un 'acto de amor' hacia niños que han sido abandonados, pero para muchas de ellas, la adopción aparece como la última alternativa, cuando todas las opciones para concebir un hijo biológico ya fueron tomadas.

No, no, no, no nos iniciaron ningún proceso porque decidimos eh... primero eh, el proceso de FIV. Si esto no, no fuera favorable, ya se iniciaría con el tema de adopción, o decidir no tener bebés (Maritza, 36 años)

Inclusive, el mismo sistema de adopción en el país da la impresión de no alentar la adopción, poniendo largos procesos burocráticos, que según Tarducci (2008), se ven como humillantes y problemáticos. Solamente una de las mujeres entrevistadas, Rita de 36 años, y su esposo iniciaron un proceso de adopción, pero fueron rechazados. A pesar de que la razón que les dieron fue porque su vivienda no tenía una salida a la calle (pues vivían en el segundo piso de una casa, y

compartían salida con los padres), al hablar por interno con amigas que trabajan en ese rubro, le dijeron que, en ocasiones, descalifican a los adoptantes por la edad.

Pero en sí otras asistentas me dijeron que era por mi edad, porque en Perú te consideran a partir de los 38, 39, 40 años para adoptar. (...) Sí, sí, no, en Perú lo único que me dijeron era la resolución, y que teníamos que intentar quedar embarazados una, o sea, hacer un in vitro, porque como que estaba esa posibilidad y como que teníamos que agotar todas las posibilidades (Rita, 36 años)

De esta forma, el silencio y el secreto aparecieron como herramientas que las mujeres usaban para aliviar esa presión de las expectativas sociales que causan sentimientos de culpa y vergüenza. Las mujeres entrevistadas comentan que practicaban un silencio selectivo, en el cual solamente compartían la información del diagnóstico con personas que ellas sabían que no las juzgarían, pues eso les permite recibir más apoyo y reducir el impacto del estigma.

Comento a las personas cercanas, que son mis cercanas mías, que puedo confiar, y a veces lo puedo comentar, porque a veces te preguntan: 'Oh, ya tienes tu edad, no tienes tu hijo' O ¿por qué no tienes tu hijo, ya tienes tu pareja años' Y a algunas personas no lo contesto porque son amigas lejanas. Pero cuando son, a veces, mis familias cercanas a ellas sí lo comento: '¿Sabes qué? No. Tengo problemas de esto' (Fernanda, 31 años)

No sé, porque a veces uno está triste y quiere expresar sus sentimientos. A veces no dices nada...y yo sentía que debía contar. A las que sentía que yo le importaba (Jennifer, 36 años)

Cabe mencionar que Cecy, la mayor de las mujeres entrevistadas y quien ya tiene un hijo, reconoce el estigma exterior impuesto en las mujeres por la sociedad cuando ellas no logran concebir, y cómo esto afecta la auto percepción de las mujeres. Sin embargo, ella no considera, ni para ella, ni para otras mujeres, que no poder concebir deba ser algo por el cual sentir culpa, pues su condición como mujer no está unida a su capacidad de tener hijos.

Hay personas que realmente se sienten menos...porque a veces las personas que están a su alrededor les hacen sentir menos. Ellas pueden servir y otras pueden ver otras opciones. (...) No porque no puedan concebir o no puedan dar a luz a un hijo, no son mujeres, ¿no? Somos mujeres (Cecy, 42 años)

### 6.3.1. Eventos sociales y grupo de pares con hijos

A pesar de cómo las mujeres emplean el silencio selectivo para evitar situaciones de vergüenza o incomodidad con personas que pueden no mostrar su apoyo, para la mayoría de ellas, su condición de infertilidad no es un impedimento para interactuar en distintos eventos sociales, ni siquiera en aquellos que impliquen o tengan niños presentes, como cumpleaños, o *baby showers*.

En el caso de Maritza, ella reconoce que este tipo de eventos sociales siempre serán espacios en el que las personas hagan preguntas relacionadas a tener hijos, y esto genera cierta presión en ella y su pareja. Por lo tanto, para poder asistir a estos eventos y cumplir con quién los ha invitado, ella comenta que requieren de cierta preparación mental previa para ir a este tipo de eventos.

Eh, pero sí sabemos, los dos sabemos que va a ser materia de conversación, ¿No? 'Y tú cuando', ¿No? 'Y ustedes cuando', ¿No? Eh sí, sí hay cierta presión, pero igual eh, bañados en aceite, nosotros vamos porque la persona que nos ha invitado es alguien que estimamos (Maritza, 36 años)

Solamente en el caso de dos mujeres, Mariella y Rita, la infertilidad sí les generó dificultad para asistir a eventos sociales, y reconocen que esto les ha generado cierto aislamiento de su entorno. Ellas comentan que es difícil estar en estas reuniones, especialmente porque ven a sus grupos de pares, como sus amigas o sus primas, que ya tienen hijos, y les recuerda que ellas no lo pueden realizar. Asimismo, el hecho de no tener hijos, en ocasiones es un factor para no ser invitados a ciertos eventos.

Tampoco, no nos invitan porque nos hemos distanciado de ellos, ¿no? Porque preferimos no estar en, bueno, al menos yo no, para que no nos pregunten (...) ¿Para cuándo los bebés? Ya deberías darles hijos, ya deberían tener hijitos' Todos esos comentarios molestan, frustran (Mariella, 33 años)

Finalmente, para las mujeres entrevistadas, el hecho de que sus grupos de pares ya tengan hijos, al igual que otros familiares como sus primas o hermanas, cuando ellas no pueden, genera en las mujeres sentimientos de tristeza porque se comparan con aquellas mujeres que sí pueden alcanzar la maternidad de forma natural, lo cual afecta su percepción que tienen de ellas mismas como mujeres. Ante esto, las mujeres entrevistadas describen que experimentan lo que describen como 'una envidia sana'.

O sea, como que, qué sé yo, llamar a eso envidia sana, ¿no? Que los demás puedan tener hijos, yo no, que yo estoy haciéndome cosas que nunca hubiera pensado en mi vida hacerlas, y más que todo eso. El no poder, esa impotencia del no poder, no saber qué lo causa, qué es lo que provoca, y por qué no puedo solucionarlo hasta ahora (Janet, 39 años)

Mira, a mí me chocó un poco el tratamiento porque justo cuando hice ese tratamiento, mi hermana salió embarazada (...) Entonces sí me afectó un poco, ¿no? (Melinda, 31 años)

Ese sentimiento de comparación con otras sigue presente incluso cuando se sienten contentas por sus amigas que sí tienen hijos, pues la infertilidad genera sentimientos bastante diversos en las mujeres, y como se vio en capítulos anteriores, es un vaivén de emociones, en el cual pueden sentirse bien, y al mismo tiempo estar tristes o angustiadas por su condición.

No, es como que... Te digo que hace poquito me enteré de mi [amiga], que vino y nos contó. Y que yo ya suponía por todo lo que me contaba. Entonces es como que... Ahora sí me alegro y es sincero mi alegría. Causa un como... 'Uy...', pero ya no hay otra cosa que hacer (Rita, 36 años)

También, cabe resaltar que, para algunas mujeres, el experimentar sentimientos de tristeza por la incapacidad de concebir, al ver que su entorno cercano de personas de la misma edad ya tuviera hijos, solo comenzó cuando ellas activamente estaban buscando volverse madres. Antes de eso, no sentían la presión o la necesidad de compararse con otras mujeres porque todavía no era parte de su plan de vida el volverse madres.

Bueno, antes no. Antes no, pero yo siento que cuando nuestra edad avanza, vemos a nuestro entorno, a su familia, a sus primos, a sus amigos, con hijos, y yo siento que él es ahora, el que quiere ser papá. Yo siento que a veces digo, a veces no sé si va a pasar, no sé si voy a ser mamá, y no me quiero ilusionar con algo que no estoy segura de que va a pasar. Pero yo siento que él es el que ahora está ilusionado en ser papá (Mariella, 33 años)

## Conclusiones

La presente investigación ha permitido obtener las siguientes reflexiones respecto a cómo se experimenta la condición de infertilidad en el Perú y cómo esta tiene influencia en la construcción de la identidad de las mujeres afectadas por dicha condición.

En primer lugar, se observa que las mujeres entrevistadas, sin importar la edad, la condición socioeconómica o el lugar de residencia, le asignan a la condición de infertilidad significados principalmente negativos, especialmente relacionados al castigo divino, porque existe la percepción de que la habilidad de concebir y ser madre es un regalo de Dios, y la infertilidad se torna en un castigo por algo erróneo que hayan hecho. Además, la infertilidad es vista como un problema no sólo físico, es decir, consideran que hay algo mal en el funcionamiento normal de sus cuerpos, sino que también este un problema en el aspecto emocional, ya que es algo difícil de enfrentar y puede generar emociones intensas como la tristeza, e inclusive la depresión, y es un problema en el desarrollo del curso de vida, pues interrumpe y retrasa sus planes para formar una familia con su pareja.

Otro significado asignado a la infertilidad es como enfermedad, lo cual hace referencia al proceso en el que las experiencias humanas se redefinen como problemas médicos. Como señalaron Becker & Nachtigall (1992), el proceso ocurre cuando hay un estatus social que no encaja con las expectativas sociales, y el cuidado médico se ve como una forma para manejar el problema. Las mujeres entrevistadas en esta investigación mantenían esta perspectiva sobre la infertilidad, pues al considerarla como una enfermedad, la veían como cualquier otro problema médico que alguien puede tener, y por lo tanto, es algo tratable y sobre todo, curable.

Ante el descubrimiento de su condición, sin importar la forma en la que lo descubrieron, surgieron sentimientos de arrepentimiento por no haberse dado cuenta y por no tratarlo antes. El arrepentimiento estuvo especialmente presente cuando el motivo del retraso se debió a considerarlo no relevante por no tener una pareja o porque todavía no deseaban ser madres. El cuidado y la expansión del conocimiento

sobre la salud reproductiva de las mujeres es algo que se destaca bastante entre las mujeres entrevistadas.

Un hallazgo interesante fue que las mujeres no tienen una actitud pasiva ante la condición de infertilidad, sino que varias desarrollaron herramientas de resiliencia para enfrentar la infertilidad. Someterse a tratamientos de reproducción asistida sirve como la primera estrategia general para cumplir con el deseo de maternidad, incluso si estos implican riesgos o sacrificios físicos, emocionales o económicos, pues las mujeres buscan continuar con los procedimientos sin rendirse y hasta agotar todas las posibilidades. Complementado esta estrategia, está el realizar una pausa con el fin de reponerse emocional y económicamente antes de continuar, con el objetivo de alcanzar la maternidad. Asimismo, esta resiliencia tiene su base en el apoyo que el entorno, principalmente la pareja, familiares cercanos y amigos, les brindan para enfrentar la condición.

En segundo lugar, desde el enfoque de género como lo entiende Scott (1998), este trabajo permite observar que en el Perú hubo un cambio en cuanto a las expectativas sociales de las mujeres y la organización social. La identidad relacionada al ámbito puramente doméstico o privado ya no es lo principal, pues las mujeres demandan relaciones más equitativas con sus parejas en la que la que esperan que las tareas del hogar sean compartidas. Asimismo, el trabajo y la independencia económica surgieron como un elemento importante en su identidad como mujeres. Mediante este, buscan sentirse realizadas, tener objetivos y metas profesionales, se comprometen con su trabajo, y sienten que es un medio que les permite servir y ayudar a los demás, más allá del ámbito doméstico y el cuidado de los hijos.

Sin embargo, se puede apreciar que, dentro de este grupo de mujeres peruanas de entre 30 y 40 años, la mayoría con educación superior universitaria o técnica, y que viven en zonas urbanas, la percepción de que una mujer se vuelve tal cuando es madre, y que es un hito importante en su vida, todavía se mantiene presente, pues resalta mucho el hecho de que las mujeres entrevistadas relacionen la feminidad con la capacidad biológica de poder gestar y dar a luz. De esta forma, el deseo de tener hijos no desaparece de lo que se concibe como un rol de las mujeres, pues todavía existen asociaciones aparentemente innatas de mujer=madre.

Esto demuestra que todavía se mantiene interiorizado la construcción cultural de que la feminidad está relacionada con el poder concebir, y esto genera muchos sentimientos negativos hacia una misma cuando no se pueden cumplir estos mandatos sociales. La maternidad es algo que el entorno espera de ellas, por lo que las acciones de las mujeres para resolver su condición de infertilidad, por ejemplo, los tratamientos de fertilidad están principalmente orientados a cumplir esas expectativas.

En concordancia con lo que señalaba Fuller (s.f), el proyecto de vida de las mujeres ya no gira exclusivamente alrededor de la maternidad, pero sí sigue siendo clave, y la forma en que relacionen el trabajo con el comportamiento reproductivo será mediado por el peso que le den a la maternidad. En esta investigación se ha podido ver lo descrito por la autora, en el que hay algunas mujeres que consideran fundamental el desarrollo de su trabajo y compartir responsabilidades del hogar con el esposo (aunque siguen siendo ellas quienes asumen la mayoría de las responsabilidades), y otras que ven el trabajo como un complemento al hogar siempre que no interfiera con su maternidad.

Algo interesante a notar es que las representaciones que las mujeres peruanas le asignan a la maternidad son similares a través de varias generaciones. Cieza (2019) observó que las representaciones de la maternidad que tienen las mujeres universitarias de alrededor de 20 años son principalmente como algo único de las mujeres, como fuente de compañía, como sacrificio y como idealización del modelo de familia hegemónica, y para esta investigación, estas mismas representaciones estuvieron presentes en el grupo de mujeres entrevistadas de 30 a 40 años. Esto podría indicar que, a pesar de que las identidades femeninas en Perú se han ido alejando del cuidado del hogar y el ámbito privado, la maternidad todavía es algo clave en la construcción de la identidad, tanto en grupos de edad jóvenes como mayores.

Por este motivo, existen dificultades para conciliar este aspecto de la identidad con otras identidades, por ejemplo, su identidad como mujeres trabajadoras. Se reconoce que es complicado mantener equilibrado el trabajo con la maternidad, pues la carga de las labores de cuidado sigue siendo principalmente el rol de las mujeres, y una vez se alcanza la maternidad, las mujeres reconocen que se deben realizar sacrificios en uno de los siguientes

aspectos: o eres madre y renuncias/ retrasas el aspecto laboral o sacrificas la maternidad por dedicarte a trabajar y alejarte del periodo en el que hay más fertilidad. Ante esto, se resalta la importancia que tiene para muchas de ellas tener un horario de trabajo flexible que les permita hacer ambas cosas, incluso si esto significa detener el crecimiento como profesional.

Por su parte, a diferencia de lo planteado en otras investigaciones, las mujeres de ambos subgrupos de edad, tanto de 31-35 años como de 36 a 42 años, consideraron que la transición a la adultez no depende de tener hijo, sino del desarrollo de una suficiente madurez emocional para tomar responsabilidades, y poseer una suficiente estabilidad emocional y económica para la crianza de un hijo. Sin embargo, de acuerdo con las mujeres entrevistadas, la maternidad sí es un hito en la vida que pertenece a la etapa de la adultez, que debe suceder una vez las mujeres hayan cumplido sus metas y objetivos personales y profesionales, y dentro de una relación estable heteronormativa, pero no necesariamente por medio del matrimonio. A pesar de esto, volverse madre no es un aspecto fundamental para ser percibido como adulto, sino un evento que ocurre en esta etapa de la vida.

Finalmente, la investigación permitió observar que las mujeres peruanas se insertan en un entorno social que refuerza la idea de que la maternidad forma parte de la construcción identitaria femenina y no cumplir con esta expectativa social lleva a presión social y un fuerte estigma interno.

Partiendo desde el enfoque de identidad como resultado de la interacción social, así como de la teoría de la identidad propuesta por Stets y Serpe (2013), en el cual la identidad es un conjunto de significados relacionados a roles individuales y formas en que uno se ve a sí mismo, se puede ver que las mujeres con infertilidad construyen su identidad femenina por medio de la interacción con el entorno y las enseñanzas brindadas. Desde la socialización primaria, fueron principalmente las madres de las participantes quienes tuvieron bastante impacto en la forma en que ellas se perciben, pues les enseñaron a ser mujeres que cuidan de su familia, pero que también que pueden 'valerse por sí mismas', y que nunca dependan de nadie. Desde la socialización secundaria, como la escuela, libros y medios de comunicación, que describían como entornos más conservadores, se brindaron expectativas del modelo familiar y las formas en que una mujer peruana debe ser o debe aspirar a ser, en este caso, volverse madres.

La expectativa y presión para volverse madres se da por medio del entorno familiar principalmente, particularmente con la familia de la pareja, quienes no desean que sus hijos estén en una relación con una mujer que no puede concebir, pero también se da a través de conocidos de la mujer, e inclusive, en el entorno médico, por medio de comentarios hostiles que juzgan y cuestionan a las mujeres sobre el por qué todavía no tienen hijos, o por qué demoraron en tenerlos.

El estigma externo se expresa entonces de forma principalmente verbal y sutil, y es interiorizado por las mujeres, quienes se ven afectadas porque no logran alcanzar la maternidad, lo cual finalmente causa vergüenza y sentimientos de culpa por no poder realizarse como mujeres. Esto las lleva a mantener en secreto su condición para evitar comentarios de su entorno que las pueden lastimar, y solo lo comparten con las personas que ellas saben que las apoyarán, lo que se entiende como un silencio selectivo.

A pesar de todo, la condición de infertilidad todavía representa un fuerte estigma, el cual sí tiene influencia en la identidad de las mujeres, inclusive en aquellas mujeres con estudios superiores o que se realizan por medio del trabajo, pues las lleva a sentir presión, culpa y vergüenza de no cumplir con lo que dicen las reglas sociales sobre cómo es una mujer, es decir, que sea madre a cierta edad y que su cuerpo sea capaz de concebir. Debido a que la identidad se va construyendo por medio de la interacción social, es el entorno (tanto cercano como lejano, así como el médico) el que reproduce este estigma sobre las mujeres que no pueden concebir. La forma en que esta toma forma es principalmente verbal, por medio de bromas sobre la situación de las parejas, o en forma de comentarios que las presionan a tomar una decisión y juzgan el tiempo que han demorado. Este trabajo ha permitido ver que el estigma principalmente se reproduce de forma sutil, y son pocas las mujeres que han escuchado de comentarios que directamente ataquen su identidad como mujer por no poder concebir.

Sin embargo, el entorno no sólo es el espacio donde se reproducen los estigmas, sino que también permite que las mujeres creen redes de soporte con sus parejas, sus familiares y amigos, quienes les brindan tanto apoyo moral como económico para enfrentar, aceptar la situación de infertilidad e incluso no desanimarse de los tratamientos de fertilidad. De esta forma, vemos que la resiliencia de las mujeres con esta condición no solo tiene aspectos individuales, en el sentido de que ellas mismas buscan todas las posibilidades a su alcance para no rendirse

en su deseo de maternidad, o realizan una pausa en la misma para reponerse emocionalmente y continuar, sino que también, la resiliencia se concreta por medio de la red de apoyo, en la que se puede ver que ante efectos adversos como la infertilidad, se activa en el entorno inmediato de las mujeres un red de soporte, y tiene influencia en que el estigma no se sienta tan perjudicial. Una persona con menos apoyo del entorno o que recibe comentarios negativos o prejuiciosos se siente más aislada y afecta más a su identidad femenina, a diferencia de quienes tienen una red de soporte que lo disminuye.

A pesar de todo, no se puede dejar de mencionar que dentro de estos significados de infertilidad como algo negativo, y de identidad como realización femenina y de negociación con el trabajo, no todas, o no siempre, las mujeres ven esta condición como determinante sobre ellas. Los tratamientos son vistos como herramientas para superar su condición, pero también, reconocen cuándo es momento de detenerse y que finalmente, si no llegan a ser madres, aprenderán a aceptarlo.

Finalmente, tras las reflexiones realizadas, se recomiendan las siguientes perspectivas a futuro para próximas investigaciones. La primera es respecto al entorno médico, pues tanto los especialistas como los mismos establecimientos de salud tuvieron influencia en la forma en que las mujeres con problemas de infertilidad se percibían. Muchas llegaron a formar 'etiquetas' sobre ellas mismas, y demostraron que, además de la vulnerabilidad que los altos costos de los tratamientos representan, están expuestas a estigmas y prejuicios incluso por parte de los profesionales de salud. Sería importante entonces profundizar más en el trato médico, y cómo esto puede motivar o desmotivar a las mujeres a iniciar o seguir con sus tratamientos, y lo que esto representa para su construcción identitaria.

La segunda pista de investigación se encuentra en la composición de la muestra. Las mujeres entrevistadas para esta investigación llegaron a ser un grupo que, a pesar de ciertos matices como el estado civil, o el tipo de trabajo, eran mujeres de un rango de edad similar, 30-40 años, de clase media en un entorno urbano, además de que no mostraron diferencias significativas entre los subgrupos de edad. Por lo tanto, sería interesante que se realice una investigación sobre el estigma que se podría encontrar en mujeres de sectores mucho más populares, o de sectores de clases socioeconómicas más altas, así como también, se podría

trabajar en conocer las experiencias de las mujeres con infertilidad en diferentes zonas geográficas, como en la selva, o en la sierra, y cómo la infertilidad interactúa con sus identidades en esos contextos particulares. Inclusive, realizar una comparación con la condición de infertilidad masculina, pues los mandatos sociales de paternidad y maternidad en el Perú no son los mismos.

Finalmente, este trabajo se centró en el aspecto cualitativo para conocer las experiencias, sentimientos y perspectivas de las mujeres con la condición de infertilidad, pero esto abre la necesidad de ser complementado por una investigación cuantitativa, la cual permitiría conocer las características sociodemográficas de mujeres que tienen esta condición en el país, características socioeconómicas, lugar de residencia, y si han acudido a centros de salud para un posible tratamiento, y especialmente, permitiría ver las subjetividades de las mujeres respecto a la maternidad, la cual se mantiene como un elemento central en el Perú.



## Referencias Bibliográficas

Allison, J. (2011). Conceiving Silence: Infertility as Discursive Contradiction in Ireland [Silencio al concebir: Infertilidad como Contradicción Discursiva en Irlanda]. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(1), 1–21. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01123.x>

Al-Neami, M. A. (2008). Social Consequences of Infertility upon Women in Mosul City [Consecuencias Sociales de la Infertilidad en Mujeres en la ciudad de Mosul]. *Iraqi J. Comm. Med*, 21(4), 291–298.

Álvarez-Díaz, J. A. (2007). *Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad*. 143(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm071m.pdf>

ANDINA. (2017). Infertilidad: 15 de cada 100 parejas peruanas tienen dificultades para ser padres. *ANDINA*. <https://andina.pe/agencia/noticia-infertilidad-15-cada-100-parejas-peruanas-tienen-dificultades-para-ser-padres-666314.aspx#:~:text=Las%20cifras%20de%20infertilidad%20siguen,en%20el%20Pe r%C3%BA%2C%20manifestaron%20especialistas>

Andrew, M., Eggerling-Boeck, J., Sandefur, G. D., & Smith, B. (2006). The “Inner Side” of the Transition to Adulthood: How Young Adults See the Process of Becoming an Adult [El “Lado interno” de la Transición a la Adulthood: Cómo los Jóvenes Adultos Ven el Proceso de Convertirse en Adulto]. *Constructing Adulthood*, 11, 225–251. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(06\)11009-6](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(06)11009-6)

Ángel, A. M., & Alvarado, C. (2011). Construcción social de la identidad Un acercamiento desde una perspectiva múltiple. *Filo de Palabra*, 11, 27–36.

Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 18, 41–73. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a>

ASRM. (2017). *Infertility: An Overview*. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. [https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/infertility-an\\_overview\\_booklet2.pdf](https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/infertility-an_overview_booklet2.pdf)

Barrenetxea-Ziarrusta, G. (2013). Reproducción asistida de baja complejidad. En L. Noriega- Hoces, G. Llerena-Cano, & L. Prazak-Krofta, *Tratado de Reproducción Humana Asistida* (pp. 211–221). Grupo Panor.

Bartlam, B., & Birch, S. (1998). Review: A right to parenthood. *Journal of Child Health Care*, 2(1), 36–40. <https://doi.org/10.1177/136749359800200108>

Becker, G., & Nachtigall, R. (1992). Eager for medicalisation: The social production of infertility as a disease. *Sociology of Health & Illness*, 14(4), 456–471. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10493093>

Becker, G., & Nachtigall, R. D. (1991). Ambiguous responsibility in the doctor-patient relationship: The case of infertility. *Social Science & Medicine*, 32(8), 875–885. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90243-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90243-6)

Bell, A. V. (2019). "I'M NOT REALLY 100% A WOMAN IF I CAN'T HAVE A KID" ["NO SOY REALMENTE 100% UNA MUJER SI NO PUEDO TENER UN NIÑO"]. *Gender and Society*, 33(4), 629–651. JSTOR.

Berger, P., & Luckmann, T. (1972). *La construcción social de la realidad* (2a ed.).

Amorrortu. Bialakowsky, A., Sasin, M., Nougués, T., Zapico, M., Ichaso, E., & Bertelli, A. (2021). Estigmas, etiquetamientos, menosprecios: Las reclasificaciones degradantes desde Goffman, Becker y Honneth. *TLA-MELAUUA*, 51, 1–36.

Bladillo, A., de la Torre, N., & Herrera, M. (2017). Las técnicas de reproducción humana asistida desde los derechos humanos como perspectiva obligada de análisis. *Revista IUS*, 11(9), 1–29.

Bogino Larrambebere, M. (2023). IMPOSSIBLE MOTHERHOOD: FROM THE DESIRE FOR MOTHERHOOD TO NONMOTHERHOOD [MATERNIDAD IMPOSIBLE: DEL DESEO POR LA MATERNIDAD A LA NO MATERNIDAD]. *Feminismo/s*, 41, 357–383.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.

Brenner, P., Serpe, R. T., & Stryker, S. (2014). The Causal Ordering of Prominence and Salience in Identity Theory: An Empirical Examination [El Ordenamiento Causal de la Prominencia y la Saliencia en la Teoría de la Identidad]. *Social Psychology Quarterly*, 77(3), 231–252. <https://doi.org/10.1177/0190272513518337>

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). DEFINICIÓN Y CAUSAS DE LA INFERTILIDAD. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*, 54(4), 227–248.

Calero, J. L., & Santana, F. (2006). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Revista Cubana de Endocrinología*, 17(1), 1–14.

Carreño Meléndez, J. (2017). La culpa y su expresión en mujeres con esterilidad e infertilidad; una explicación desde la psicología clínica. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(11), 23–42.

Casu, G., Ulivi, G., Zaia, V., Ferdandes Martins, M. do C., Parente, C., & Gremigni, P. (2018). Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model [Espiritualidad, estrés relacionado a la infertilidad, y calidad de vidas en parejas infértiles brasileñas: Análisis usando el modelo de mediación de la interdependencia actor-pareja]. *Research in nursing & health*, 41(2), 156–165. <https://doi.org/10.1002/nur.21860>

Cieza Guevara, K. (2019). Representaciones sociales de la maternidad de mujeres jóvenes de Lima. *Anthropologica*, 43, 39–60.

Clarke, L., Martin-Matthews, A., & Matthews, R. (2006). The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Canadian Review of Sociology/Revue*

canadienne de sociologie, 43(1), 95–113. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x>

Cook, R. J., & Dickens, B. M. (2014). Reducing stigma in reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(1), 89–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.01.002>

Domar, A. D., Penzias, A., Dusek, J. A., Magna, A., Merarim, D., Nielsen, B., & Paul, D. (2005). The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction and Menopause*, 3(2), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.sram.2005.09.007>

Domínguez, R. (2002). Psicología e infertilidad. *Rev med clin condes*, 13(1), 35–39.  
Donkor, E. S., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1683–1694. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.003>

Donoso, P., & Sanhueza, P. (2010). Riesgos y complicaciones de los tratamientos de infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 457–462. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70558-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70558-7)

Dyer, S. J., Abrahams, N. A., van der Spuy, Z. M., & Hoffman, M. (2002). Infertility in South Africa: Women's reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour for involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 17(6), 1657–1662. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.6.1657>

Fernández Ríos, M., Herrera, P., & González, I. (2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 117–120.

Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Huang, X., Yan, P., Zhu, S., & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.014>

Fuller, N. (s/f). *Identidad Femenina y Maternidad: Una relación incómoda*. <https://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/081008.pdf>

Fuller, N. (1993). *Dilemas de la femineidad. Mujeres de clase media en el Perú*. Fondo Editorial PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/181562>

Garay, R. (2008). El destino de ser madres: La ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. En M. Tarducci, *Maternidades en el siglo XXI* (1a ed., p. 192). Editorial Espacio.

Gergen, K. (1994). *REALIDADES Y RELACIONES Aproximaciones a la construcción social*. Paidós Básica. [https://www.academia.edu/3798319/Gergen\\_realidades\\_y\\_relaciones](https://www.academia.edu/3798319/Gergen_realidades_y_relaciones)

Giddens, A. (1998). *Sociology* (3a ed.). Alianza Editorial.

Gobierno del Perú. (2022). *Baja calidad de los óvulos y del espermatozoide son las principales causas de infertilidad en las parejas*. <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/588493-baja-calidad-de-los-ovulos-y-del-esperma-son-las-principales-causas-de-infertilidad-en-las-parejas>

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada* (1a ed.). Amorrortu.

González, K., & et al. (2021). Infertilidad, una mirada desde la Atención Primaria de Salud. *Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque*, 28(1). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/469/4692259008/4692259008.pdf>

Greil, A. (1991). A secret stigma: The analogy between infertility and chronic illness and disability. *Advances in Medical Sociology*, 2, 17–38.

Greil, A., McQuillan, J., & Slauson-Blevins, K. (2011). The Social Construction of Infertility. *Sociology Compass*, 5, 1–17.

Guerra, G. (2023). *REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN MADRES UNIVERSITARIAS DE LIMA METROPOLITANA* [Tesis de Licenciatura]. <https://repositorio.uarm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5f647360-acdc-4539-b47c-0f1b24dc5b39/content>

Guevara Ríos, E. (2020). *DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS*. 9(1), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020183>

Hall, S. (2003). Introducción: ¿quién necesita “identidad”? En S. Hall & P. du Gay (Eds.), *Cuestiones de identidad cultural* (1a ed.). Amorrortu.

Hammond, K. (2018). The role of normative ideologies of motherhood in intended mothers' experiences of egg donation in Canada. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 265–279. <https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507483>

Hernández, C. (2003). INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DEL ESPERMATOZOIDE (ICSI). UNA TÉCNICA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA CON INDICACIONES. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(3), 158–163.

Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J Assist Reprod Genet*, 28(11), 1111–1117. <https://doi.org/10.1007/s10815-011-9637-2>

Hinton, L., Kurinczuk, J. J., & Ziebland, S. (2010). Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 436–441. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.023>

Howe, S., Zulu, J. M., Boivin, J., & Gerrits, T. (2020). The social and cultural meanings of infertility for men and women in Zambia: Legacy, family and divine intervention. *Facts Views Vis Obgyn*, 12(3), 185–193.

Jacoby, A. (1994). Felt versus enacted stigma: A concept revisited. Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social Science & Medicine*, 38(2), 269–274. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90396-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90396-4)

Jayme, M. (1999). La identidad de género. *Revista de Psicoterapia*, 10(40), 5–22. <https://doi.org/10.33898/rdp.v10i40.791>

Jennings, P. (2010). “God Had Something Else in Mind”: Family, Religion, and Infertility. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39(2), 215–237. <https://doi.org/10.1177/0891241609342432>

Johns, S. E., & Belsky, J. (2007). Life Transitions: Becoming a Parent. En *Family Relationships. An Evolutionary Perspective*. Oxford University Press. [https://www.researchgate.net/publication/233799801\\_Life\\_Transitions\\_Becoming\\_a\\_Parent/link/5804b01b08ae73d9d614971c/download](https://www.researchgate.net/publication/233799801_Life_Transitions_Becoming_a_Parent/link/5804b01b08ae73d9d614971c/download)

Johnson, M. C. (2019). *Nuevas tecnologías reproductivas: Sentidos sobre el parentesco en las trayectorias biográficas de mujeres de Córdoba* [Universidad Nacional de Córdoba]. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/95613/CONICET\\_Digital\\_Nro.7f998ffa-2bcb-4497-9e86-ce638ad9d5b1\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/95613/CONICET_Digital_Nro.7f998ffa-2bcb-4497-9e86-ce638ad9d5b1_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Klitzman, R. (2018). How Infertility Patients and Providers View and Confront Religious and Spiritual Issues. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 223–239. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0528-4>

Kohler Riessman, C. (2000). STIGMA AND EVERYDAY RESISTANCE PRACTICES: Childless Women in South India. *Gender & Society*, 14(1), 111–135. <https://doi.org/10.1177/089124300014001007>

Kohler Riessman, C. (2002). *POSITIONING GENDER IDENTITY IN NARRATIVES OF INFERTILITY: SOUTH INDIAN WOMEN'S LIVES IN CONTEXT* Catherine Kohler Riessman. <https://www.uel.ac.uk/sites/default/files/positioning-gender-identity-in-narratives-of-infertility-south-indian-women-s-lives-in-context.pdf>

Kopelman, S., Bozzini, S., Ciarmatori, S., Elberger, L., Grabia, A., Geller, M., Kanzepolsky, L., & Vilela, M. (2005). Reproducción Asistida de Baja Complejidad. *SAMER Revista de Medicina Reproductiva*, 20(3), 15–20.

Koropatnick, S., Daniluk, J., & Pattinson, H. A. (1993). Infertility: A non-event transition. *Fertility and Sterility*, 59(1), 163–171. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)55633-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)55633-7)

Lamas, M. (1995). Cuerpo e identidad. En L. G. Arango, M. León, & M. Viveros (Eds.), *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (Ediciones Uniandes).

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1–25.

Leonardo-Loayza, R. (2020). Maternidades proscritas, mandatos sociales y violencia en la novela *La perra*, de Pilar Quintana. *Estudios de Literatura Colombiana*, 47, 151–

168. <https://doi.org/10.17533/udea.elc.n47a08>

Letherby, G. (2002). Challenging Dominant Discourses: Identity and change and the experience of “infertility” and “involuntary childlessness”. *Journal of Gender Studies*, 11(3), 277–288. <https://doi.org/10.1080/0958923022000021241>

Leyser-Whalen, O., Greil, A., McQuillan, J., Johnson, K., & Shreffler, K. (2017). ‘Just because a doctor says something, doesn’t mean that [it] will happen’: Self-perception as having a Fertility Problem among Infertility Patients. *Sociology of Health & Illness*, 40(3), 445–462. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12657>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Loftus, J. (2009). “Oh, No, I’m Not Infertile”: Culture, Support Groups, and the Infertile Identity. *Sociological Focus*, 42(4), 394–416. <https://doi.org/10.1080/00380237.2009.10571364>

Loftus, J., & Andriot, A. L. (2012). “THAT’S WHAT MAKES A WOMAN”: INFERTILITY AND COPING WITH A FAILED LIFE COURSE TRANSITION. *Sociological Spectrum*, 32(3), 226–243. <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.663711>

Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant Mothers: Women’s Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1), 36–54. <https://doi.org/10.18778/1733-8077.07.1.02>

López Moratalla, N., Palacios, S., Lago Fernández, M., Chinchilla, N., & Beunza, M. (2011). RETRASO DE LA EDAD DE LA PROCREACIÓN E INFERTILIDAD. EL RECURSO A LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y SELECCIÓN DE EMBRIONES. EL PROBLEMA INTERGENERACIONAL. *Cuadernos de Bioética*, 22(2), 325–340.

Lozano, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de Reproducción* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4171/mle1de2.pdf?sequence>

Luna, F. (2002). Assisted reproductive technology in Latin America: Some ethical and sociocultural issues. En E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin, *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17–21 September 2001* (1a ed.). World Health Organization Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf;jsessionid=FF9FD9FF976F56CF0218612680FC05D?sequence=1>

Luna, F. (2008). *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. Editorama S.A. [https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/1836/reproduccion\\_asistida\\_al-4-2008.pdf](https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/1836/reproduccion_asistida_al-4-2008.pdf)

Luna, F. (2013). Infertilidad en Latinoamérica: En busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, 28, 33–47.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Manzur-Yanine, A. (2013). Reproducción asistida de baja complejidad. En *Tratado de Reproducción Humana Asistida* (pp. 201–209). Grupo Panor.

Marichal, F., & Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458–465.

Martínez-Núñez, J. M., Altagracia, M., Kravzov, J., Hinojosa, J. C., Sánchez, B., & Días de León, C. (2012). Estudio de la carga económica de la infertilidad femenina por anovulación en un hospital público de México: Estudio piloto. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*, 43(2), 66–72.

Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimaraes, J., & Costa, M. E. (2013). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>

Mead, G. (1972). La persona y el proceso de reflexión. En G. H. Mead, *Espíritu, Personas y Sociedad* (Vol. 3, p. 22). Editorial Paidós. <http://tankona.free.fr/mead1934.pdf>

Mumford, C., Wilkinson, K., & Carroll, M. (2022). Potential parenthood” and identity threats: Navigating complex fertility journeys alongside work and employment. *Gender, Work & Organization*, 30(3), 982–998. <https://doi.org/10.1111/gwao.12953>

Oberman, Y., & Josselson, R. (1996). Matrix Of Tensions: A Model of Mothering. *Psychology of Women Quarterly*, 20(3), 341–359. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00304.x>

OMS. (2020). *Infertility*. <https://sochog.cl/wp-content/uploads/2020/10/Infertility.pdf>

OMS. (s.f). *Infertilidad*. [https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1)

Onatra, W., Acevedo, E., Duque, A., Garcia, L., & Ramírez, C. (1992). Comportamiento que adoptan las parejas ante la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2), 142–146.

Ormart, E. B. (2020). Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida. *Premio Facultad de Psicología*, 1–12.

Ormart, E. B., & Curado, C. (2022). La construcción de la subjetividad católica a través de la figura de la virgen-madre en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida. *Interdisciplina*, 10(28), 301–324. <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.28.83300>.

Palacios Rojo, G. (2019). ¿Queremos ser madres? Vivencias y significados del embarazo en la adolescencia en una comunidad nativa de la Amazonía peruana.

*Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 48(3), 283–302.

Pariona Icochea, T. (2019). ¿Cronograma establecido?: Representaciones de maternidad según mujeres profesionales en Lima. *Anthropologica*, 37(43), 17–37.

Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>

Quesada, M. (2018). Católicos no-practicantes en América Latina: Reflexiones sobre un fenómeno desafiante. *Repertorio Americano*, 28, 193–210.

Riquelme, G. (2006). *LA MATERNIDAD EN MUJERES INFERTILES “Cómo interpretan la maternidad, las mujeres infértiles, desde su condición de no madres, cuando no han incorporado hijos en sus proyectos de vida”* [Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/190/tpsico209.pdf?sequence=1>

Roa-Meggo, Y. (2012). La infertilidad como problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 58(2), 79–85.

Rojas Quintana, P., Medina Tio, D. M., & Torres Ajá, L. (2011). Infertilidad. *Medisur*, 9(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2011000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012)

RPP. (2021). *Infertilidad: Casi el 15% de las parejas en Perú presenta incapacidad para tener hijo*. <https://rpp.pe/vital/vivir-bien/infertilidad-cerca-del-15-de-las-parejas-en-peru-presenta-incapacidad-para-tener-hijo-noticia-1346183>

Sánchez, A. (2019). *Relación entre Embarazo Adolescente y Maternidad Adolescente y Resultados Educativos y Laborales: Una aproximación a partir de Datos de la ENDES*. INEI. [https://repositorio.grade.org.pe/bitstream/handle/20.500.12820/618/Sanchez\\_INEI\\_embarazoadolescente.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.grade.org.pe/bitstream/handle/20.500.12820/618/Sanchez_INEI_embarazoadolescente.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sanhuesa, T. (2005). De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *La Ventana*, 22, 146–188.

Sañudo, L. (2014). *Consecuencias de la infertilidad/esterilidad en la salud de la mujer* [Graduada en enfermería, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5195/Sa%C3%B1udoTocaL.pdf?sequence=1>

Scambler, G. (2004). Re-framing Stigma: Felt and Enacted Stigma and Challenges to the Sociology of Chronic and Disabling Conditions. *Social Theory & Health*, 2(1), 29–46. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700012>

Schenker, J. (2005). Assisted reproductive practice: Religious perspectives. *Reproductive BioMedicine Online*, 10(3), 310–319

Schmidt, L. (2020). Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction – what are the research priorities? *Human Fertility*, 12(1), 14–20.

Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Ed.), *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265–302). PUEG.

<https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/bitstream/123456789/154/1/RCIEM135.pdf>

Segal, T., & Giudice, L. (2019). Before the beginning: Environmental exposures and reproductive and obstetrical outcomes. *Fertility and Sterility*, 112(4), 613–621. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.001>

Serpe, R. T. (1987). Stability and Change in Self: A Structural Symbolic Interactionist Explanation. *Social Psychology Quarterly*, 50(1), 44–55. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2786889>

Serrano, A., Martín, M. P., & de Castro, C. (2019). Sociologizando la resiliencia. El papel de la participación socio-comunitaria y política en las estrategias de afrontamiento de la crisis. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 227–247. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2018.75>

Silverino-Bavio, P. (2012). Una mirada desde la bioética jurídica a las cuestiones legales sobre la infertilidad en el Perú. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 58, 213–219.

Sternke, E. A., & Abrahamson, K. (2015). Perceptions of Women with Infertility on Stigma and Disability. *Sexuality and Disability*, 33(1), 3–17. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9348-6>

Stolcke, V. (2018). LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS, LA VIEJA PATERNIDAD. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 2, 1–41.

Szkupinski Quiroga, S. (2002). *Disrupted Bodies: The Effect of Infertility on Racialized Identities* [Tesis para Doctorado en Antropología Médica, University of California San Francisco and University of California Berkeley]. [https://escholarship.org/content/qt0z27t2kn/qt0z27t2kn\\_noSplash\\_97bd0c9c8d8b0a720517e75bd0a36832.pdf](https://escholarship.org/content/qt0z27t2kn/qt0z27t2kn_noSplash_97bd0c9c8d8b0a720517e75bd0a36832.pdf)

Taebi, M., Kariman, N., Montazeri, A., & Alavi Majd, H. (2021). *Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women*. 15(3), 189–196.

Tarducci, M. (2008). Maternidades y adopción: Una introducción desde la antropología de género. En M. Tarducci, *Maternidades en el siglo XXI* (p. 192). Editorial Espacio.

Toledo, M. I. (2012). Sobre la construcción identitaria. *Atenea (Concepción)*, 506, 43–56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622012000200004>

Unisa, S. (1999). Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-Seeking and Consequences. *Reproductive Health Matters*, 7(13), 54–64.

Valle, A. (2022). *La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo en Educación*. Facultad de Educación PUCP. <https://files.pucp.education/facultad/educacion/wp->

content/uploads/2022/04/28145648/GUIA-INVESTIGACION-DESCRIPTIVA-20221.pdf

Villán, L., & Navarro, L. (2011). *Fecundación in vitro* (pp. 1–15) [Informe]. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [https://www.academia.edu/7661096/Clase2011\\_fecundacion\\_in\\_vitro](https://www.academia.edu/7661096/Clase2011_fecundacion_in_vitro)

Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science & Medicine*, 40(1), 27–36. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00124-C](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00124-C)

Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y., & Wang, Y. (2021). The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: A questionnaire-based study. *BMC Women's Health*, 21(97), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01246-z>



## Anexo: Guía de Entrevistas

Buenas tardes, XX

Antes que nada, muchas gracias por su tiempo y disposición para realizar la entrevista. Me presento. Me llamo \_\_\_\_, y esta entrevista tiene la finalidad de conocer las experiencias de las mujeres limeñas que presentan dificultades para concebir.

Quiero hacerle notar que su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y puede no responder alguna pregunta si es que así lo desea. Toda la información registrada será tratada de forma totalmente confidencial, y sólo para los fines académicos de esta investigación. Al momento de la redacción, se empleará un pseudónimo. ¿Está de acuerdo?

Asimismo, quería saber si tengo su consentimiento para grabar la entrevista para poder registrar mejor la información. Esta no será publicada y se mantendrá confidencial, ¿está bien?

Hora de inicio:

Hora de fin:

Antes de comenzar, quisiera hacerle unas preguntas introductorias.

Variables de control:

### General

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Cuántos años tiene?

### Educación

- ¿Cuál es su grado de estudio?

### Clase socioeconómica

- ¿En qué distrito vive?
- ¿En qué clase económica usted se considera?
- ¿Qué tipo de seguro tiene?

### Trayectoria laboral

- ¿A qué se dedica actualmente? (Desde cuándo) ¿Cuál es el nivel de responsabilidades que tiene en su trabajo?
- ¿En qué trabajaba cuando tuvo el diagnóstico o sospechaba tener problemas para concebir?
- ¿Estaba trabajando cuando pensó que le gustaría ser madre? ¿En qué?
- ¿Usted se considera alguien dedicada a su trabajo?
- ¿Qué representa su trabajo en su vida?

### Religión

- ¿Con qué religión se identifica? ¿Es practicante?
  1. Si es practicante:
    1. ¿Qué es lo que enseña su religión sobre ser mujer? ¿Y sobre ser madre?
    2. ¿Conoce lo que dice su religión sobre los tratamientos de fertilidad o adopción?
  2. Si NO es practicante:
    1. ¿Qué enseña la religión con la que creció sobre ser mujer y madre?
    2. ¿Conoce qué dice sobre los tratamientos de fertilidad o la adopción?

### B. Identidad de género:

- ¿Qué es para usted ser mujer?
- ¿Cuál cree que es la perspectiva de su pareja sobre cómo es una mujer?

- ¿Qué tipo de mujer usted considera que es? (Moderna, conservadora, etc.) ¿Siempre ha sido así o ha sentido que ha cambiado?
- En su opinión, ¿cuáles son los roles que cumple una mujer?
- ¿Cuándo era niña, qué era lo que aprendió sobre ser mujer? ¿Cree que es distinto a lo que se enseña hoy?
- ¿Cuándo era niña, usted consideraba la posibilidad de ser madre?
- Y de adulta, ¿ser madre era algo que consideraba como parte de su plan de vida desde un inicio?
  - Si fue parte de su plan de vida siempre
    - ¿Por qué pensaba así?
    - Si dijo que SÍ quiere ser madre ahora: ¿Qué tan importante es para usted llegar a ser madre? Actualmente, ¿cómo se siente al respecto?
  - Si NO siempre fue la misma
    - ¿Qué cambió?
    - ¿Actualmente, qué tan importante es llegar a ser madre?
- ¿Cómo debería ser una madre?

#### B.1 Adultez

- ¿Cuándo considera usted que una mujer está lista para ser madre?
- Si previamente dijo que SÍ quiere ser madre ahora: ¿Usted se considera lista para ser madre?
- ¿Qué significa para usted ser un o una adulta?
- ¿Usted se auto percibe como una mujer adulta?
- ¿Considera que la maternidad o paternidad es importante para ser percibido como un adulto? ¿Siempre lo ha considerado así?
- ¿Cuándo cree usted que es la mejor edad para tener hijos? ¿Por qué?
- ¿Usted cree que la edad de una mujer importa a la hora de criar un hijo?

#### C. Condición de infertilidad

- ¿Cuándo fue la primera vez que pensó que podría tener dificultad para concebir? ¿Qué hizo/sintió en ese momento?
- ¿Cuándo fue que descubrió o se enteró de su condición? ¿Qué es lo que sintió en ese momento?
- ¿Usted ha considerado o ha recurrido a tratamientos de fertilidad?
  - Sí:
    - ¿Por qué?
    - ¿Qué tratamientos consideró o buscó?
    - ¿Fue difícil tomar esa decisión?
    - ¿Qué representa para usted seguir un tratamiento?
    - ¿Ha considerado dejar su tratamiento? ¿Por qué? / ¿Por qué dejó su tratamiento? (Cuándo (edad))
    - ¿Los tratamientos le han causado vergüenza alguna vez? ¿O que alguien sepa que ha recurrido a ellos?
  - NO:
    - ¿Por qué no lo consideró?
    - ¿Fue difícil tomar esa decisión?
    - ¿Los tratamientos le han causado vergüenza alguna vez? ¿O que alguien sepa que ha recurrido a ellos?
    - ¿Qué significa para usted seguir un tratamiento de fertilidad?
- ¿Alguna vez consideró la adopción?
  - SI consideró:
    - ¿Por qué?
    - ¿Inició algún proceso de adopción?
      - SI SIGUIÓ/LO CONSIDERÓ, PERO NO:
        - ¿Por qué consideró seguir? ¿Actualmente está en proceso?
        - ¿Qué significa para usted la adopción?
        - ¿Qué significa para usted tener problemas de fertilidad?
      - NO SIGUIÓ:

- Por qué no consideró seguir proceso
- ¿Qué significa para usted la adopción?
- ¿Qué significa para usted tener problemas de fertilidad?
- NO consideró:
  - ¿Por qué no consideró la adopción?
  - ¿Qué significa para usted la adopción?
  - ¿Qué significa para usted tener problemas de fertilidad?

#### D. Experiencias con médicos especialistas (Solo si llevó tratamiento)

- Antes de ir con el o la médico, ¿cómo se autoidentificaba respecto a su condición? (¿se percibía como alguien infértil?)
- Después de tener un contacto y recibir información, ¿esta impactó en la forma en que se sentía respecto a sí misma? (comenzó a verse como alguien infértil o tal vez la motivó, le dio esperanza y luego ya no)
- ¿Considera que la actitud de su médico influyó en la forma en la que usted se percibía? ¿En su autoestima, o su condición como mujer, tal vez?

#### E. Impacto del entorno

##### E.1. Pareja

- Cuando recibió su diagnóstico ¿Tenía la misma pareja?
  - PAREJA DISTINTA:
    - ¿Su pareja anterior tenía problemas para concebir?
    - ¿Consideró ocultar su diagnóstico a su pareja anterior?
    - ¿Recibió apoyo de la anterior pareja?
    - ¿Qué tan importante fue ese apoyo para usted en ese momento?
    - ¿Cuándo recibió su diagnóstico, estaba tratando tener hijos con él? (Cuánto tiempo trataron)
    - ¿Considera que su diagnóstico influyó en su relación con su pareja anterior?
    - ¿Cuándo se juntó con su pareja actual?
    - ¿Su pareja actual tiene problemas para concebir?
    - ¿Recibió o recibe apoyo de su pareja actual?
    - ¿Cómo la apoyó?
    - ¿Qué tan importante fue ese apoyo para usted en ese momento?
    - ¿Trató o está tratando de tener hijos con su pareja actual? (Hace cuánto tiempo)
    - ¿Pensó alguna vez en ocultar el diagnóstico?
    - ¿Considera que esta condición ha tenido algún impacto en su relación de pareja actual?
  - PAREJA ACTUAL /NO TENÍA PAREJA EN EL MOMENTO
    - ¿Cuándo se juntó con su pareja actual?
    - ¿Su pareja actual tiene problemas para concebir?
    - ¿Recibió o recibe apoyo de su pareja actual?
    - ¿Cómo la apoyó?
    - ¿Qué tan importante fue ese apoyo para usted en ese momento?
    - ¿Trató o está tratando de tener hijos con su pareja actual? (Hace cuánto tiempo)
    - ¿Pensó alguna vez en ocultar el diagnóstico?
    - ¿Considera que esta condición ha tenido algún impacto en su relación de pareja actual?

##### E.2. Familia

- ¿Consideró alguna vez ocultar su condición a su familia? ¿Por qué sí/no?
- Si no la ocultó, ¿Recibió apoyo de parte de los miembros de su familia? ¿De quién?
  - Si la apoyaron ¿Cómo la apoyaron?
  - ¿Este apoyo es importante para usted?
- ¿Cómo cree que su diagnóstico ha impactado en la relación que tiene con su familia?

- ¿Siente que existe presión por parte de su familia de tener hijos?

### E.3. Grupo de pares

- ¿Le contó a alguna amiga o amigo de su diagnóstico?
- ¿Recibió apoyo de sus amigos o compañeros? ¿De quién en particular?
- ¿Fue importante este apoyo para usted?
- ¿Alguien de su grupo de amigos ya tiene hijos? ¿Hace cuánto? ¿Cómo se sintió?
- ¿Ha sentido dificultades para asistir a eventos sociales con niños debido a su diagnóstico?
- ¿Conoce a alguien con su condición? ¿Ha asistido a algún grupo de apoyo o talleres?

### F. Preguntas de cierre

- ¿Cómo se ve en 5 años? ¿Tiene algún proyecto de vida en mente?
- ¿Hay algo más que me quisiera comentar sobre su situación personal o familiar?
- En caso se requiera, ¿sería posible conversar en otra oportunidad?

Listo, eso sería todo. Nuevamente muchas gracias por su tiempo y participación en este trabajo.

