

Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA)

Defying the institution of motherhood: subversive reappropriations of Assisted Reproductive Technologies (ART)

Natalia Fernández Jimeno *

En este trabajo se analizan el papel de las técnicas de reproducción asistida (TRA) en la configuración de maternidades subversivas del sistema patriarcal y de la institución de la maternidad. El interés de este trabajo reside en dar cuenta de las diferentes estrategias y los obstáculos que siguen las mujeres a la hora de formar familias monomarentales o en pareja lesbiana y analizar en qué medida los usos que estas puedan hacer de las TRA son subversivos o por el contrario refuerzan la institución de la maternidad y el poder patriarcal. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica del tema, así como se han recogido una serie de testimonios orales de mujeres que han utilizado las TRA mediante entrevistas semiestructuradas. De este modo, ha sido posible entrever la tensión dialéctica entre los guiones de género y los valores patriarcales opresivos que son parte constitutiva de estas técnicas, y la capacidad de agencia de las mujeres para crear maternidades vividas, nuevos modelos, que subviertan la institución de la maternidad.

Palabras clave: técnicas de reproducción asistida (TRA), agencia, maternidades, feminismo

This paper discusses the role of the assisted reproduction techniques (ART) in the configuration of subversive motherhood of the patriarchal system and the institution of motherhood. The interest of this work lies in showing different strategies and obstacles that women in lesbian couples and single-parent mothers have to face. Also we will analyze if the uses that they provides of the ART are subversive or otherwise, reinforce the institution of motherhood and patriarchal power. To do this, a literature review is required of the topic and a series of semi-structured interviews with women who have used the ART. Thus, it has been possible to glimpse the dialectic tension between the gender scripts and oppressive patriarchal values, which are a constituent part of these techniques, and the women's agency to create maternal experiences, new models, which subvert the institution of motherhood.

Key words: assisted reproduction technologies (ART), agency, motherhood, feminism

Introducción

El éxito de la fecundación *in vitro* (FIV) en 1978 suscitó las primeras preocupaciones respecto del papel opresivo que esta y otras técnicas médicas ejercían sobre los cuerpos y las vidas de las mujeres. Las tecnologías de reproducción asistida (TRA) son desarrolladas en el contexto de una sociedad patriarcal, de una ciencia y una tecnología atravesadas por sesgos sexistas que influyen en su configuración.¹ En este sentido, autoras como McNeil (1999, citado en Gual, 2011) señalan las TRA como herramientas de dominación patriarcal en tanto que productos de la ciencia y tecnología sexistas.

Otras investigadoras (Corea et al, 1987, citado en Gual, 2011; Tubert, 1991; Taboada, 1986) denunciaron la alianza entre capitalismo y patriarcado para lograr mayores beneficios económicos, poder y control mediante la explotación de los cuerpos y las vidas de las mujeres. Así, las TRA habrían sido en gran medida impulsadas por los intereses económicos de las industrias biomédicas y farmacéuticas. Las TRA pasan a formar parte del proceso de medicalización de las mujeres y se presentarían como la solución terapéutica a sus “problemas” reproductivos. La infertilidad es presentada por la medicina patriarcal como una carencia, como aquello que impide a las mujeres desarrollar plenamente su identidad, de tal manera que “la mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone fin a aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre otro” (Tubert, 1991: 221).

Las TRA restablecen el orden patriarcal en tanto que refuerzan la ecuación mujer-madre. Esto plantea un marco de cosas en el que se refuerza la maternidad como un elemento central de la identidad de lo que es ser una mujer, imponiéndose la hegemonía de institución de la maternidad. Otros de los problemas que ya preocupaban en los años 80, en relación con el argumento anterior, es que las TRA se presentasen como una solución terapéutica a la infertilidad, cuando sus índices de éxito eran, y siguen siendo, bajos. De este modo, desde las clínicas se fomenta en las mujeres el uso y el paso por tratamientos costosos no sólo en términos económicos, sino psicológicos. Se trata de intervenciones que no son accesibles a la mayoría de las mujeres debido a los altos costes económicos y que, sin embargo, son probadas en los cuerpos de las mujeres de clases populares y trabajadoras como en el caso de Louise Brown (Thompson, 2005: 62). Esto conlleva un sesgo de clase en el acceso y en su producción.² Además, se trata de técnicas que siguen siendo en muchos casos experimentales a medio y a largo plazo, lo que supone riesgos físicos y psíquicos para las mujeres

Como vemos, estas técnicas han recibido considerable atención crítica, pero también hay quienes las defienden abiertamente; tal es el caso de Karey Harwood (2007, citado en Gual, 2011). Siguiendo los planteamientos de Shulamih Firestone, Harwood explica que las nuevas tecnologías reproductivas pueden abrir el camino hacia la formulación de nuevas formas de organización social y concebir la posibilidad de un replanteo del modelo tradicional de familia que beneficie a las mujeres como colectivo.

* Universidad de Oviedo. Correo electrónico: naliaf@hotmail.com.

¹ En este artículo, se utilizarán las siglas TRA para referirnos a las técnicas de reproducción asistida. “Las TRA son todos aquellos tratamientos o procedimientos que conllevan la manipulación de esperma y óvulos u ovocitos humanos con la finalidad de conseguir un embarazo” (Sedeño y Sánchez, 2014). Es posible encontrar el término nuevas tecnologías de reproducción asistida (NRT) en autoras menos recientes como Tubert o Firestone. En este artículo entendemos que las TRA son utilizadas en la actualidad para referirse de forma más específica a las tecnologías reproductivas de las que se comenzó a hablar en los años 80 y 90, las NRT.

² En algunos países como España es posible acceder a través de los servicios de salud públicos. No obstante, suelen imponer restricciones por edad, peso... Y largas listas de espera.

Posteriormente, los enfoques feministas constructivistas de la tecnología (Wacjman, 1991, 2000, 2004; Berg y Lie, 1996; Faulkner, Thompson, 2005; Sanz González, 2011) rechazarán las visiones deterministas y esencialistas anteriores que no permitían dar cuenta de la apropiación de la tecnología y de la capacidad de agencia de las personas en su uso y diseño. Estos enfoques abrirán la caja negra para mirar dentro y ver cómo se producen, configuran y transforman las tecnologías teniendo en cuenta las influencias del sistema de género en estos procesos. Al mismo tiempo, se analiza también el papel que pueden jugar las tecnologías en la configuración y reproducción del sistema patriarcal. El género y las tecnologías son sistemas cambiantes y fluidos que se co-construyen mutuamente de acuerdo al contexto. Además, se trata de procesos relativamente abiertos en los cuales intervienen distintos actores o grupos sociales que negocian y presionan. De esta forma, las personas, mediante su capacidad de agencia individual o colectiva, influyen en los procesos de configuración y producción de manera que pueden reforzar o desafiar el sistema tradicional sexo/género a través de sus interacciones con la tecnología.

Siguiendo los planteamientos constructivistas, la cuestión clave que analizaremos es si los usos que hacen de las TRA las mujeres lesbianas y las mujeres que deciden formar familias monomarentales ponen en cuestión el sistema sexo/género y la institución tradicional de la maternidad.³ Vamos a poner a prueba la idea ya planteada por Hardwood de que las nuevas tecnologías reproductivas (NTR) pueden ser usadas para transformar la organización social heteropatriarcal. Para ello, hemos recurrido a dos grupos de mujeres que por su condición, de lesbianas y mujeres ponen, a priori, en cuestión el patriarcado en tanto que no validan el sistema de normas heteropatriarcales.⁴ Estas mujeres que no se avienen a la norma o el canon del sistema hacen un uso de las TRA que pone en cuestión el modelo tradicional patriarcal de la maternidad institucional y abren la posibilidad a otras formas de maternidad.

Discutiremos si estos usos de las TRA permiten una subversión del sistema sexo/género y de la maternidad institucional o si, por el contrario, estos salen reforzados al integrar a mujeres que se escapan de la norma. Veremos los procesos de negociación que se producen entre estas mujeres, las TRA y algunas instituciones del poder, así como la complejidad del problema en este devenir. Esto nos permitirá tomar conciencia de la profundidad del asunto, y de los costes y beneficios tanto personales como sociales que suponen estas tecnologías.

1. Materiales y métodos

Para la recogida de datos cualitativos se realizaron entrevistas semiestructuradas. Esta técnica ha resultado apropiada para obtener y analizar los discursos de las mujeres usuarias. El formato abierto de este método permite establecer una relación igualitaria entre la entrevistada y la investigadora.

El tratamiento de fuentes orales es una cuestión relativamente compleja, en especial cuando se trata de temas que conllevan una carga emocional por parte de quienes narran.

³ Hablamos de mujeres que deciden formar una familia monomarental para hacer referencia a lo que el lenguaje patriarcal denominaría como “mujeres o madres solteras”. Siguiendo a Rich: “En los intersticios del lenguaje descansan los poderosos secretos de la cultura [...] no poseemos ningún término que defina a una mujer que se defina, por elección, como apartada de las relaciones con hijos o con hombres, que se identifique consigo misma, que se haya elegido” (1996: 356). En este sentido, las mujeres parecen definirse siempre en relación con los lazos familiares, ya sea por atributo o por carencia. Es por ello que simplemente las designaremos como mujeres, y cuando sea necesario, para no inducir a confusiones explicaremos seguidamente sus condiciones de acceso a la maternidad.

⁴ Idem.

Las entrevistas individuales semiestructuradas permiten acceder a una información que es parte de la biografía de una persona, de modo que no sólo es posible conocer sus experiencias concretas sino los marcos de referencia que orientan sus experiencias. Así, se han podido observar las tensiones entre la institución maternal y las experiencias maternas, las reflexiones que éstas extraen y su capacidad de agencia y reacción ante ello.

Sin embargo, el empleo de entrevistas semiestructuradas también puede comportar algunos inconvenientes que deben ser tenidos en cuenta para poder evitar problemas. Una de las principales dificultades al recoger testimonios de las usuarias de las TRA es que las mujeres participantes nos narran aspectos personales e íntimos. En ocasiones, se trata de una parte complicada y dura de la vida de las entrevistadas, por lo que las implica emocionalmente.

Otra de las dificultades es la dispersión de las fuentes orales. Debido a la naturaleza del tema, resulta complejo acudir a las clínicas para establecer contactos con las usuarias. Por ello, resulta más conveniente establecer el contacto por otras vías. Las vías empleadas en esta ocasión fueron las siguientes: organizaciones o asociaciones LGTB (como es el caso de XEGA en Asturias), organizaciones o asociaciones feministas (como es el caso de la Plataforma Feminista d'Asturies) y asociaciones de familias monomarentales y monoparentales.⁵

La parte positiva de establecer el contacto a través de estas asociaciones/organizaciones es que ayudan tanto a la persona que investiga al facilitar el contacto como a las usuarias de la TRA ya que se les consulta personalmente si quieren colaborar o se les hace llegar una carta para pedir la colaboración voluntaria. De este modo, las personas que quieren colaborar se ponen en contacto con la investigadora sin ningún tipo de condicionamiento o presión. Otro aspecto positivo a tener en cuenta y que puede ser beneficioso es la implicación por parte de la investigadora en el propio movimiento feminista. El empleo de un enfoque académico-activista permite establecer una relación entre iguales así como estar en disposición de comprender las problemáticas desde el propio movimiento, para analizarlas no como un agente externo sino crítico.

En cuanto a los criterios para la selección de la muestra, se han tenido en cuenta principalmente dos aspectos, como ya anticipábamos en la introducción. El primer criterio y obvio es que sean mujeres que hayan pasado por una técnica reproductiva. En nuestro caso, contamos con una muestra de siete mujeres que han iniciado o han realizado tratamientos de inseminación artificial y de fecundación *in vitro*. De esta forma, hemos podido tener conocimiento de la vivencia del paso por estas técnicas, de cómo las mujeres usuarias se relacionan con ellas y de los usos que hacen. En cuanto al segundo criterio, buscamos mujeres que pusiesen en cuestión por su condición al sistema de normas patriarcal. Para ello entrevistamos a mujeres lesbianas principalmente, pero también a mujeres que decidieron llevar a cabo la maternidad en solitario.

Respecto a las mujeres participantes, un aspecto a destacar es que estas mujeres se autodefinían como feministas y en la mayoría de los casos buscaban la experiencia de una maternidad liberadora, alejada de los cánones patriarcales y en algunos casos como reacción a la propia madre. Otro aspecto relevante es que se trataba de mujeres que habían pasado por las técnicas recientemente, por lo que tenían un recuerdo bastante detallado de todo el proceso y de cómo lo habían experimentado; en algunos casos habían reflexionado sobre todo las vivencias y las propias técnicas. Para más información sobre el perfil sociológico y la visión de maternidad de las entrevistadas, véase el **Anexo**.

⁵ XEGA es una asociación LGTB asturiana fundada en 1992. Para más información: <http://xega.org/es/> (última consulta: 21/11/2015).

2. Situando la maternidad en la historia occidental

“La maternidad no es un producto inmediato de la capacidad reproductora de las mujeres, sino que su ejercicio está articulado con los discursos ideológicos dominantes y con sus variaciones a través del tiempo” (Tubert, 1991: 94)

La maternidad ha sido una cuestión deliberadamente ignorada por la investigación histórica, razón por la cual no ha sido sistemáticamente estudiada hasta finales del siglo XX (Cova, 2005; Peruga, 2010). Es en los años 70 en Francia cuando comienza a estudiarse por parte de las historiadoras francesas Yvonne Knibiehler y Catherine Fouquet (1977, citado en Peruga, 2010), que posteriormente serán seguidas por las italianas (D'Amelia, 1997, citado en Peruga, 2010).⁶ Pese a ello, podemos encontrar referencias a las mujeres en tanto que madres que varían dependiendo de la época y los contextos en los que se desarrollan (Tubert, 1991: 78). La obra de Knibiehler es un estudio histórico sobre la maternidad en el que muestra de qué forma la situación política, económica y social, así como la vida de las mujeres y el trabajo, son aspectos que inciden en la construcción histórica de la maternidad. Frente a las tesis clásicas, demuestra que la maternidad no es un acto biológico inmutable y eterno, sino que se sitúa en el centro de las relaciones de poder.

En la antigüedad, la maternidad no era un tema muy presente para los médicos y filósofos; de hecho, ni siquiera existía el término “maternidad”. No obstante, la función materna está presente en la mitología clásica, ya que era necesaria la repoblación debido a la elevada tasa de mortalidad. Esta situación se extenderá también hacia la baja edad media, en la que el papel nutricional de la madre también es una cuestión importante y que orienta las actividades de la vida diaria (Knibiehler, 2001, citado en Tanguay, 2013).

En la Edad Media, el linaje y el honor podían llegar a tener más importancia que el amor por el infante, lo que podía llevar a las madres o a las familias de madres solteras a abandonar a sus descendientes (Tubert, 1991: 80). Esta costumbre es heredera de la tradición romana en la cual el padre (*pater familias*) tiene poder y autoridad plenas sobre los hijos e hijas que criaba, concedidas por la ley romana. De este modo, el linaje y la familia (*gens*) quedan protegidos, al igual que la ciudad (Oberman, 2004). En este contexto, como afirma Tubert (1991) “las madres aparecen como las trasmisoras de la sangre y los bienes; en ellas se capitaliza el valor de la familia” (Silvia Tubert, 1991: 80). La maternidad, debido a los riesgos que supone el parto, será una de las principales causas de mortandad entre las mujeres. Sin embargo, la mujer que no es monja ni madre legítima carece de consideración en la sociedad feudal.

En la tradición cristiana se glorifica a la Madre María desde el siglo primero con la finalidad de situar a la maternidad por encima de la naturaleza. Pero esta maternidad glorificada no tiene nada que ver con la maternidad fruto de la carne; se produce pues una escisión entre la inmanencia de la carne (el pecado) y la transcendencia del espíritu (la virtud). Durante este periodo, el discurso oficial construirá un modelo de sexualidad como un medio para procrear, la fecundidad como una gracia de Dios, y las mujeres seguirán teniendo el papel de productoras de la prole (Tubert, 1991). Pese a todo, las mujeres gozarán de cierto espacio de libertad, lo que las permitirá apoyarse mutuamente y transmitir conocimientos. Este reducto de libertad se verá mermado en el momento en que los hombres (médicos y sacerdotes) comienzan a intervenir en el parto en el siglo XVI.

La maternidad se glorificará desde finales del siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XX. La Ilustración producirá un acercamiento entre la maternidad espiritual y carnal (Knibiehler, 2001, citado en Tanguay, 2013; Vereza, 2005) separadas en el periodo anterior.

⁶ Se sumarán la filósofa Elizabeth Badinter (1981) y los historiadores Duby y Perrot (1991), entre otros.

Aparecerá la figura de la “buena madre”, tierna y devota, desarrollada por la medicina y la filosofía (Tubert, 1991; Puleo, 2004), como podemos ver en las obras de Rousseau. La madre, siempre sumisa al padre pero valorada por el cuidado de los hijos e hijas, será la encargada de la salud de las personas de la unidad familiar y la administradora de la casa. El rol materno absorbe la individualidad de las mujeres (Verea, 2005). Hacia el final del periodo, el uso de anticonceptivos y las técnicas abortivas permitirán un mayor control de la natalidad, y el descubrimiento de la asepsia y el desarrollo de la cesárea permitirán reducir la mortandad materna. Además, el movimiento feminista cuestionará el lugar de las mujeres en la sociedad y se reconocerá la función social de la maternidad y los derechos de las madres.

En el siglo XX, fruto de los movimientos demográficos y las guerras, el Estado impondrá su autoridad por encima de la del padre e intervendrá y politizará la función maternal. De este modo se plantean políticas que definen la maternidad como un deber patriótico e impulsan medidas para fomentar la natalidad, como los conocidos cheques bebé, lo que se materializará en el *baby boom* (Knibiehler, 2000, citado en Verea, 2005; Oiberman, 2014) a la vez que se restringe el aborto y la anticoncepción

En la segunda mitad del siglo XX, gracias a la anticoncepción, (especialmente con la aparición de la píldora anticonceptiva en los años 70), el aborto, la educación sexual, la planificación familiar y, por supuesto, a los avances en el pensamiento y el movimiento feminista, se abrirá la posibilidad de entender la maternidad en términos de elección. Las aportaciones de Simone de Beauvoir (1949) produjeron un cambio rupturista en la identidad femenina al desacralizar la maternidad. Para Beauvoir, la maternidad es un hecho cultural, social y político que se erige como un lugar desde el que subordinar a las mujeres, en tanto que anula al sujeto mujer y a la propia madre. En este sentido, la maternidad es vista como una experiencia hostil e incluso opresora para las mujeres y sus cuerpos (Pujana, 2014). Es por ello que reivindica la maternidad en términos de libre elección responsable y como una opción más dentro de la trayectoria vital, nunca como definitoria de la identidad femenina. Por esta razón, es posible ubicarla como una propulsora “de prácticas alternativas y emancipadoras de nuevas maternidades” (Pujana, 2014). Las obras de Kate Millet (1970) y Shulamith Firestone (1976) insistieron en el carácter construido de los roles patriarcales y el carácter cultural de la maternidad que oprimían a las mujeres, abriendo también la posibilidad a propuestas feministas de carácter emancipador (Pujana, 2014).

Tras estudiar la maternidad en Francia en los siglos XVII al XX, Elizabeth Badinter (1980, citado en Verea, 2005) afirma que el amor maternal no es innato sino que se adquiere a medida que se construyen los lazos afectivos entre la madre y el recién nacido, puesto que los seres humanos somos seres históricos y los únicos capaces de realizar creaciones simbólicas. De esta forma, Badinter pone en cuestión la creencia que rodean a la “buena madre” ilustrada. Para Badinter, no es el amor maternal lo que hace que las mujeres “cumplan” con las labores del maternaje sino los valores sociales y religiosos históricamente construidos. Adrienne Rich (1996) también rechazará que la maternidad venga dada por una “condición femenina” o que sea resultado de la biología. Para ella, la maternidad es un producto histórico y por tanto construido, pero también ideológico, es decir, con un sentido vertebrador. De este modo, se erige la institución de la maternidad vaciando a la mujer en tanto que persona y transformándola sólo en *madre de alguien*. Frente a ello, Rich reivindicará las experiencias del maternaje de las mujeres y su potencial creador alejado del freno de la institución que tiene como finalidad el dominio y la domesticación de ese potencial.

3. La institución de la maternidad y el discurso tradicional

“Si viéramos las fantasías de las madres, los sueños y las experiencias imaginarias, contemplaríamos la encarnación de la furia, la tragedia, la sobrecargada energía del amor y de la desesperación; veríamos la maquinaria de la violencia institucional destrozar la experiencia de la maternidad” (Rich, 1996: 395)

En nuestras sociedades actuales, en tanto que se trata de sistemas patriarcales, está presente en el imaginario colectivo una identificación esencialista de la femineidad con la maternidad, de manera que las mujeres quedan definidas por su función reproductiva (Tubert, 1996: 49, 1991: 7; Saletti, 2008: 173). A través de todo un cuerpo de estrategias y prácticas discursivas que definen la maternidad, ésta queda constreñida de forma que la mujer desaparece tras la función materna. En el centro del orden simbólico patriarcal se sitúa la identificación entre la mujer y la madre, de modo que los sujetos quedan definidos mediante el dualismo hombre/madre (Tubert, 1991: 78). En éste, el hombre es el sujeto universal, mientras que la mujer queda representada como *lo otro*. El hombre se asocia a lo racional mientras que la mujer se define por oposición y lo hace en el plano biológico en tanto que queda vinculada a su naturaleza y función reproductora. Sólo mediante este entramado de significaciones simbólicas de la maternidad así dispuesta, es posible utilizar la capacidad reproductora de las mujeres contra sí mismas, haciendo de ello una carga y una forma de controlar la sexualidad y la fecundidad femenina (Tubert, 1996, 7; Gual, 2011: 222), es decir, la descendencia y la herencia.

Adrienne Rich, en su obra *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*, identifica esta constricción de la maternidad con lo que denomina la institución de la maternidad. La maternidad en tanto que institución ha construido todo un orden simbólico que produce una idealización, creando, al mismo tiempo, un patrón de conducta a través de la figura de la madre. Se trata de una abstracción que no tiene en cuenta las vidas de las madres ni sus experiencias, hasta el punto de que resulta inalcanzable. O parafraseando las palabras de Silvia Tubert: el concepto de mujer queda reducido al de madre, transfigurándose ideológicamente como un ideal (Tubert, 1996: 7, y 1991: 49). De este modo, las mujeres que contradicen la supuesta naturaleza femenina son estigmatizadas. Sólo a través de la creación de este ideal de la *buena* madre (inalcanzable) es posible generar un sentimiento de culpa que permita el sometimiento y sumisión de las mujeres mediante la falsa creencia de que son malas madres porque no se avienen al ideal. Identificar a las *malas* madres permite a la institución regular la conducta de las buenas madres que, ante el temor a la terrible situación de ser identificadas como *malas* madres, deciden ser mejores y más pacientes (Rich, 1996: 392-393). Mediante esta figuración, se genera un patrón de conducta que somete y oprime, mediante sanciones y represión, a aquellas mujeres que deciden vivir su vida conforme a un plan diferente. En palabras de Rich, ese ideal es “un todo que no es creación nuestra”, por lo que debemos reivindicar nuestras experiencias maternas.

De acuerdo con la división sexual del trabajo propia de las sociedades patriarcales, el rol atribuido a las mujeres es el de la reproducción de la fuerza de trabajo en todos sus ámbitos, desde la gestación y parto de la prole hasta su crianza, incluyendo además los trabajos de cuidados. El patriarcado predispone que la maternidad sea tarea gratuita, sin coste alguno para la sociedad y el Estado capitalistas. De esta forma, el Estado queda eximido del aprovisionamiento de recursos o medios, llegando a estar a cargo de la propia mujer reproductora y trabajadora (Binneti, 2013: 125). El sistema capitalista consigue así ahorrarse los costes de la reproducción de la fuerza de trabajo puesto que las mujeres realizan ese trabajo de forma *gratuita*; papel que, por otro lado, es socialmente necesario para el sostenimiento del propio sistema. En este sentido:

“Los ámbitos público y privado colaboran por igual en mantener el sistema, pero no gozan del mismo prestigio dentro del mismo, ya que la procreación y crianza de los niños y niñas no es reconocida como un trabajo productivo para la sociedad” (Saletti, 2008: 176).

El orden simbólico de la cultura va creando representaciones que quedan atravesadas por las relaciones de poder, de manera que el orden dominante resultante es fruto de la imposición de unos discursos y prácticas sobre otros (Tubert, 1996: 9). Dentro de este imaginario, la importancia concedida al aspecto biológico ha sido utilizada históricamente para naturalizar la maternidad y las tareas que se le atribuyen. El objetivo último de esto no es otro que el de reforzar la idea de que el papel principal que ocupan las mujeres en la sociedad es el de ser madres, dado que existe una vinculación entre la biología femenina y el deseo y aptitud para la maternidad (Gual, 2011: 222).

“La asignación –naturalizada- de las tareas del ‘maternaje’ ha estructurado el modelo de división sexual del trabajo, dificultando el acceso y la integración de las mujeres. La supuesta biología femenina y su orientación hacia la maternidad han servido de base para la construcción de los modelos de identidad femenina, creando de este modo, un mecanismo muy potente para conducir a las mujeres a la maternidad a pesar del menoscabo que supone el contexto de una sociedad que la relega” (Gual, 2011: 222).

Tal como señala Saletti, algunas autoras como Nancy Chodorow revelaron el ejercicio materno como punto central de la división sexual del trabajo, de forma que el maternaje es el resultado de un proceso cultural en el que se ha asignado históricamente el papel de cuidados a las mujeres. El ejercicio materno queda determinado entonces por su localización en la esfera de lo doméstico (en especial con la distinción público/privado). De esta forma defienden que está lejos de ser connatural a las mujeres (Saletti, 2008: 176).

Como podemos ver, la distinción de Rich entre la maternidad como experiencia y la maternidad como institución permite dar cuenta de la usurpación que ha hecho el patriarcado de nuestras experiencias y nuestras vidas con el único fin de dominar y controlar. Para Rich, la biología femenina es una fuente de recursos, no un destino. Por ello reclama lo que el patriarcado nos ha negado y violentamente nos ha arrebatado, domesticado y ocultado: la potencia de la función creadora femenina. La única salida posible es la destrucción de la institución de la maternidad que sólo es posible de la mano de las mujeres. Mediante la recuperación de sus cuerpos y sus vidas, las mujeres podrán ejercer su derecho a decidir libremente y sin coerciones el camino a tomar en sus vidas y podrán ejercer una maternidad consciente (Rich, 1996: 369-403). Esta distinción también nos muestra que las mujeres son capaces de disfrutar de la experiencia de la maternidad, evidenciando que es posible subvertir el orden patriarcal y destruir la institución de la maternidad a través del control femenino de la misma.

4. Estrategias de subversión de la institución: maternidades vividas y maternidades transgresoras

“Necesitamos imaginar un mundo en el que cada mujer sea el genio que presida su propio cuerpo. En un mundo semejante, las mujeres crearán de verdad la nueva vida, dando luz no solo a niños, sino visiones y pensamientos [...]

La sexualidad, la política, la inteligencia, el poder, el trabajo, la comunidad y la intimidad cobrarán significados nuevos, y el pensamiento mismo se transformará” (Rich, 1996: 403)

Adrienne Rich recupera las vivencias diversas de las experiencias de la maternidad y la importancia de que las madres se nieguen a ser víctimas del orden patriarcal. Para sortear la ideología patriarcal, Rich plantea una reapropiación del cuerpo femenino por parte de las mujeres, de modo que se abra la posibilidad de generar cambios en la sociedad (Saletti, 2008: 178-179). La obra de Rich, al diferenciar la maternidad institucional de la vivencia de la maternidad, pone en valor las experiencias de las mujeres a la vez que reivindica una nueva forma de entender la maternidad conectando el conocimiento y el redescubrimiento del propio cuerpo. De acuerdo con el planteamiento de Rich, ¿abren las TRA las puertas a nuevas formas de maternidad o, por el contrario, refuerzan la institución de la maternidad al integrar a mujeres que buscan un modelo de familia diferente al de la familia nuclear heterosexual? Se ha planteado con anterioridad que las técnicas de reproducción asistida presentan guiones de género en su diseño en tanto que han sido construidas con un diseño sexista, a saber: ser una solución médica a una “función biológica fallida” o ser un “tratamiento para los casos de infertilidad”.

En nuestro caso de estudio, estas técnicas son utilizadas por mujeres que, en principio, no presentan problemas físicos para concebir. Sin embargo, sus prácticas sexuales no tienen fines reproductivos, produciéndose en ellas una escisión entre la sexualidad y la maternidad. ¿Podemos decir que tiene lugar una reapropiación de las propias TRA por parte de estas mujeres? Y lo que es más importante, el uso que hacen de las TRA para incluir la maternidad en su proyecto vital, ¿supone algún tipo de ruptura con la institución de la maternidad?

4.1. Decisiones y visiones de la maternidad

El proceso de toma de decisión de emprender la maternidad puede ser una iniciativa individual, que en caso de haber pareja puede ser apoyada por ésta, o puede ser una decisión conjunta entre ambas partes de la pareja. Para estas mujeres, la maternidad es buscada y deseada. Es por ello que tiene lugar un proceso de planificación dentro del proyecto vital propio que las lleva a buscar los mecanismos para hacerla efectiva. En el caso de las entrevistadas, todas ellas recurrieron a las TRA como forma de lograr su objetivo de forma sencilla y rápida.

Podemos diferenciar distintos motivos que llevan a tomar la decisión. En primer lugar, encontramos un deseo de querer vivenciar la experiencia de la maternidad biológica en todas sus fases:

“Yo quería vivir la experiencia del embarazo porque es algo único... El embarazo es una experiencia que solo podemos vivir las mujeres, igual que el parto [...] Y yo quería vivir esas experiencias que considero tan especiales: el embarazo, el parto y la lactancia” (Marina).

Marina entiende la maternidad como una virtud de la cual sólo pueden disfrutar las mujeres. Busca disfrutar de la crianza en el apego y no perderse las primeras etapas del desarrollo de su hijo. Sin embargo, reconoce que esta forma de vivir la maternidad supone renunciar a muchas cosas de la vida adulta y las relaciones sociales. No obstante, considera que merece la pena el “sacrificio”. A través del testimonio de Marina podemos observar de qué forma tiene lugar una ruptura simbólica con la institución de la maternidad, en la medida en que desafía al sistema al ejercer la maternidad siendo lesbiana. Sin embargo, en muchas

ocasiones, su forma de vivir la maternidad en lo cotidiano la atrapa en la reproducción y validación de las normas heteropatriarcales mediante las tareas del maternaje. De esta forma, el patriarcado y la institución de la maternidad absorben o asimilan modelos, a priori, diferentes.

En segundo lugar, encontramos quienes entienden la maternidad como un paso más en el proyecto vital o el proyecto de pareja, que a veces es el mismo. Desde este planteamiento, la motivación por la maternidad es el enriquecimiento personal:

“Es importante que cuando tengas un hijo no tengas la sensación de que renuncias a nada [...] He recorrido todo un camino vital y ahora llega el momento de entrar en una nueva etapa en la que entra otra persona y no dejo nada de lo que quisiera hacer” (Laura).

“Hay que pensar como persona, como individuo. La maternidad no es algo que cierra, nunca lo he vivido así. Es un espacio de crecimiento y te tiene que abrir a otras cosas. Porque entonces... ¿qué clase de educación estás dando a tu hijo? El otro día me decía: te quiero tanto que te voy a encerrar en la habitación y no te voy a dejar marchar. Entonces yo le dije: ¿tú te das cuenta de que si a una persona se le quiere se le abre la puerta? Y me dice: bueno, pues entonces no te quiero (risas)” (Rosario).

El testimonio de Rosario muestra una forma de entender la maternidad independiente, pero también una educación que rompe con los valores de la sociedad patriarcal en la cual el amor se basa en la posesión. Estas mujeres consideran que han entrado en una etapa de su vida en la que sienten la necesidad de “dar”. Consideran que han llegado a un punto de madurez emocional en el que son capaces de transmitir sus conocimientos y experiencias a otras personas. Buscan en la maternidad una forma de crecer personalmente a través de experiencias compartidas y la creación de un vínculo madre-hijo o hija.

En tercer lugar, encontramos quienes asumen la decisión de la maternidad en el marco de una relación de pareja. Para estas mujeres no se trata de una iniciativa propia, sino que aceptan la decisión tras un proceso de negociación. En este sentido, la motivación es la felicidad de la pareja:

“Desde mi punto de vista, yo no lo haría, le doy importancia al seguir trabajando al margen de la maternidad. A mí no me gustaría pasar por el embarazo, te cambia mucho. Era ella la que quería ser madre, yo me sumé al carro por ella” (Verónica).

Esta postura evidencia que hay mujeres que no desean ser madres y, por lo tanto, no presentan ningún tipo de instinto maternal que sobrepase las circunstancias personales de cada mujer. Tiene lugar entonces un reconocimiento de que algunas mujeres no desean ser madres y es igualmente respetable. “Esta diversidad diluye el dictado patriarcal del instinto maternal, de forma que hay un reconocimiento de una realidad que viven unas mujeres y otras no, de las mujeres que desean ser madres y de las que no” (Gual, 2014: 290).

El proceso de toma de decisión muchas veces es susceptible de estar influido por factores externos. Uno de estos factores es el comúnmente llamado “reloj biológico”. Para nuestras entrevistadas, a diferencia de otros estudios (Gual, 2014; Imaz, 2007), la edad no ha sido un factor esencial a la hora de precipitar la decisión. La mayoría entienden que el

momento en que han decidido ser madres es el adecuado en sus vidas por los factores anteriormente mencionados, no siendo la edad un factor que haya influido en su decisión salvo en uno de los casos. Marina sí ha mostrado cierta preocupación por el acoso del reloj biológico, siendo una de las más jóvenes, en relación con la fecundidad y la capacidad física para la crianza. Algunas autoras sostienen que “en la actualidad, asistimos a una hiperracionalización y exhaustiva programación de la maternidad y la paternidad” (Imaz, 2005: 179, citado en Pujana, 2014: 39). Por ese motivo, a la hora de articular en el proyecto vital la maternidad, la seguridad laboral y una situación económica estable, acompañados de una madurez emocional resultan factores muy relevantes. De este modo, es posible observar diversos discursos sobre la decisión de incluir o no, en el proyecto vital, la maternidad y de qué forma.

Las motivaciones para ser madre están íntimamente ligadas a las visiones de la maternidad de nuestras entrevistadas. En el caso de Marina, encontramos una idea; la maternidad ligada a la entrega a los cuidados de los hijos e hijas. Esta idea del cuidado en el apego surge como una reacción a la educación recibida en la infancia. Marina siente que su madre no siempre estuvo presente en su infancia debido al trabajo. Para ella, es determinante la relación con su madre y busca en la maternidad propia una forma de compensar las carencias de su madre. Marina, al igual que las mujeres que entienden que la mejor forma de criar a sus hijas e hijos es aquella en la que se dedican por entero a los cuidados, reconoce que debe hacer concesiones con las que no está del todo cómoda. Marina lamenta dejar su vida profesional y personal estancada para dedicarse a la crianza; incluso, parece estar molesta por no poder relacionarse con personas adultas en su vida diaria y pasar demasiado tiempo en casa con su hijo. Por ello, coincidimos con el análisis expuesto por Imaz a continuación:

“La forma más adecuada y recomendable para la crianza es aquella en la que la mujer se dedica exclusivamente a los cuidados [...] Paralelamente, las mujeres reconocen que se trata de un modelo que resulta frustrante para su propio desarrollo personal, debido a las exigencias que plantea en otras facetas de su vida, y no son partidarias de asumirlo completamente” (Imaz, 2005, citado en Pujana, 2014: 40).

Para Marina, el vínculo genético es un factor importante, así como disponer de un semen con un fenotipo similar al de su pareja. La vivencia de la gestación y el parto resultaban sumamente importantes para ella, hasta el punto de que volverá a pasar por las TRA para gestar a su próximo descendiente.⁷ Por como describe la vida diaria parece que reproduce el rol de cuidados y la asignación de tareas similar a la de una familia nuclear heterosexual. En este sentido, entendemos con Imaz que:

“La pareja, monogámica, corresidente, con tutela exclusiva sobre los menores sigue siendo el referente, por lo que se puede decir que si bien la maternidad se replantea, ésta sigue siendo pensada dentro de una institución familiar que si bien se ve necesario redefinir, no se cuestiona” (Imaz, 2007: 394).

Por otro lado, quienes buscan en la maternidad una fuente de crecimiento personal entienden que la maternidad es un paso importante en su proyecto vital. Es vista incluso

⁷ Marina tuvo un proceso complicado, que explicaremos más adelante.

como un hito, al que se llega sabiendo que supone un enriquecimiento y no una renuncia. La maternidad nunca es entendida como un “sacrificio” y no ocupa el centro de sus vidas. El vínculo genético no es relevante para ninguna de las entrevistadas que responden a este perfil. La utilización de TRA por parte de estas mujeres ha sido vista como una forma eficaz y rápida de obtener un embarazo. Por ello, cuando estas técnicas no han tenido resultado se ha optado por la adopción. Este planteamiento rompe con el esquema normativo tradicional y conlleva un cambio en la forma de pensamiento de estas mujeres respecto a la ideología tradicional de la maternidad. Esta forma de entender la maternidad está presente tanto en las parejas lesbianas como en las mujeres que deciden emprender un proyecto de familia monomarental.

Formar una familia monomarental es una decisión que requiere de una gran autonomía personal y una situación económicamente solvente que permita afrontar la crianza. Por ello, la práctica de la maternidad en estas circunstancias no es un proyecto que esté al alcance de todas las mujeres. Hay un sesgo de clase notable en tanto que el Estado no provee de facilidades institucionales. La aceptación del entorno familiar y el apoyo que pueda proporcionar en la crianza se considera de gran ayuda, aunque no resulta un requisito indispensable. Estas mujeres entienden la maternidad como una faceta más de sus vidas, muy importante, pero en la que no se agota su identidad y su proyecto vital.

La formación de una familia monomarental no supone necesariamente para estas mujeres el rechazo de las relaciones de pareja, aunque sí supone una ruptura clara con los modelos de familia tradicionales que prescriben como paso previo a la creación de una familia la necesidad de tener una pareja consolidada. Esta idea rompe con el esquema normativo tradicional y conlleva un cambio respecto a la ideología tradicional. Estas mujeres están cuestionando el trazado patriarcal de la vida femenina que restringía la maternidad al matrimonio y, en última instancia, la vida en pareja. La maternidad se reivindica en tanto iniciativa propia y se construye como algo positivo. Es decir, se rompe con el tipo de pensamiento patriarcal tradicional que interpreta la maternidad en solitario como un fracaso o carencia.

Las mujeres que decidieron ser madres en el marco de una pareja no habiendo en ellas una motivación propia previa ven la maternidad como una pérdida de la independencia que las sujeta a una forma de vida a la que no están acostumbradas. Tratan por ello de proseguir con su rutina diaria, disfrutando de los beneficios de la misma, y restringiendo el tiempo con los hijos e hijas a los momentos de descanso laboral. Esta forma de actuar no resulta muy alejada de los roles tradicionales parentales en los que el hombre es el proveedor y la mujer la cuidadora. En este sentido, parece producirse una asimilación de estos roles en la vida diaria.

4.2. Algunos obstáculos: el poder patriarcal

Con los cambios en las relaciones de pareja y la normalización de las diversas orientaciones sexuales se produce una apertura que posibilita ampliar las opciones de inscribir la maternidad en el proyecto vital de muchas mujeres, tanto en pareja lesbiana como fuera de ésta, ya que rompen con el esquema normativo convencional familiar (Gual, 2011: 240). A esta aceptación ha contribuido la Ley 13/2005, del 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, en la medida en que supone una aceptación social de un hecho que estaba oculto hasta el momento. Este desvelamiento ha permitido a las mujeres lesbianas incluir la maternidad de forma abierta en sus proyectos vitales. Además, ha facilitado el reconocimiento y la visibilización de las mujeres no gestantes como madres, siempre que sean una pareja casada. El hecho de que se promulgasen leyes y normativas reguladoras que permitían el acceso a las TRA a las

mujeres que se alejan del modelo de familia heteronormativa abrió la posibilidad para considerar que:

“Las TRA pueden tener una incidencia positiva en la autonomía reproductora de las mujeres y en la consolidación de un proceso de cambio social que propicie la ruptura con modelos familiares tradicionales, favoreciendo la expresión de la diversidad y la tolerancia social” (Wajcman, 2007: 243, citado en Gual, 2011: 240).

Sin embargo, en los últimos años se produjo un crecimiento del número de parejas lesbianas con problemas para acceder a los servicios públicos de salud a la hora de emprender el proyecto materno, lo que en la práctica supone un falso apoyo institucional y por lo tanto contribuye a un cuestionamiento social. En Asturias, pero también en otras comunidades, tal y como recoge la prensa, se limitó el uso de las TRA, hasta que en 2014 se excluyó definitivamente de los centros públicos a las mujeres solteras y a las lesbianas:⁸

“5.3.8. Los tratamientos de reproducción humana asistida (RHA) se realizarán con *fin terapéutico o preventivo* y en determinadas situaciones especiales.

5.3.8.1. Los tratamientos de reproducción humana asistida tendrán la finalidad de ayudar a lograr *la gestación en aquellas personas con imposibilidad de conseguirlo de forma natural*, no susceptibles a tratamientos exclusivamente farmacológicos, o tras el fracaso de los mismos [...].

a) Tratamientos de RHA con fin terapéutico: Se aplicarán a las personas que se hayan sometido a un *estudio de esterilidad* y que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

1.º Existencia de *un trastorno documentado* de la capacidad reproductiva, constatada tras el correspondiente protocolo diagnóstico y no susceptible de tratamiento médico o tras la evidente ineficacia del mismo.

2.º Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses *de relaciones sexuales con coito vaginal* sin empleo de métodos anticonceptivos” (BOE, 6 de noviembre de 2014, núm. 269, énfasis nuestro).

Por esa razón, muchas decidieron optar por las clínicas privadas. En este sentido, fruto de la negativa de los servicios públicos de salud de atender a estas mujeres, se genera un trasvase que beneficia económicamente a las clínicas privadas. Este proceso no resulta ajeno a las usuarias, tal y como declara una de las entrevistadas:

“En realidad, la impresión que te da todo lo que son las técnicas de reproducción asistida es que son totalmente un “mercadeo”. Pero sobre todo, se trata de un negocio en el que están jugando con las esperanzas de la gente y sus deseos. Hay mucha frustración acumulada en los centros de reproducción asistida y nunca tienes la certeza si de verdad te están haciendo un tratamiento o no te lo están haciendo. [...] Claro, ante esto del

⁸ *El País* (2011): http://elpais.com/diario/2011/04/27/sociedad/1303855204_850215.html (última consulta 26/11/2015). *El País* (2013): http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/18/actualidad/1374178125_262676.html (última consulta 26/11/2015). *20 Minutos* (2014): <http://www.20minutos.es/noticia/2328610/0/lesbianas/reproduccion-asistida/sanidad-publica/> (última consulta 26/11/2015).

mercadeo privado, ¿qué te da la sanidad pública? Una seguridad de que lo que van a hacer, lo van a hacer para ti y para evitarse el menor coste posible. Entonces, lo van a hacer bien y no van a jugar contigo. En la privada, hay intereses económicos de por medio. Fíjate cómo será el dinero que se gana ahí, que el señor que nos atendió en la unidad era jefe de la unidad en ese momento...⁹ Si esto pasó en abril, en noviembre fundó una clínica en Asturias que se llama FIV 4. ¡Qué negocio no habrá para que un señor que lleva años y años en esa unidad siendo el jefe no haya montado una clínica y, de repente, quitan a las lesbianas y a las solteras y se monta una clínica!” (Verónica).

Los principales obstáculos a los que se han enfrentado nuestras entrevistadas son principalmente dos: el acecho del reloj biológico y las instituciones sanitarias. En el primer caso, pese a no ser una preocupación personal, el acecho del reloj biológico supone un problema de cara a las instancias médicas. Cuando Rosario decidió emprender la maternidad tenía 40 años. Puesto que era consciente de que no iba a poder recibir un tratamiento de reproducción asistida en la sanidad pública debido a su edad, acudió a una clínica privada con el propósito de comenzar un tratamiento de fertilización.¹⁰ Sin embargo, encontró una resistencia por parte de las instancias médicas debido a su edad.

“Ella al principio no lo veía porque era yo la que quería ser madre. Ella, bueno, *accedió porque era lo que yo quería* y entonces fuimos a CEFIVA a hacer una revisión. Entonces llegamos allí las dos, y nos preguntaron ¿qué es lo que queréis? Bueno, les dijimos que queríamos tener un hijo. Yo *empecé a hablar porque era yo la persona que estaba dispuesta a tener un hijo. Y al rato me corta la conversación y me dice: ¿tú cuántos años tienes? Le contesté que 40 años. Y entonces se dirigió a mi pareja y le preguntó: ¿y tú? Y ella contestó: yo tengo 30 (años). Y siguió hablándole a ella... a mí... yo no existía ya en esa conversación.* Cuando salimos de allí lo vimos tan difícil... desde luego nos echó para atrás que siendo una privada fuese así. Entonces, viendo lo visto, y como mi pareja no lo tenía muy claro pues lo aparqué. Cuando nos divorciamos me dirigí yo sola, pero a CEFIVA ya sabía yo que no” (Rosario, énfasis nuestro).

Esto la condujo a otra clínica en la que lo primero que le dijeron fue “no podemos hacer nada contigo hasta que no adelgaces 25 kilos” (entrevista realizada a Rosario). Nuestra entrevistada nos cuenta que ella logró adelgazar, pero entonces le comunicaron que debía realizarse una dilatación de cuello de útero. Accedió a la operación, que resultó ser innecesaria, ya que el cirujano dijo que no había hecho nada porque tan sólo tenía una pequeña elevación.

“Al mes fui a revisión y me dijo que fuese pensando en la ovodonación. Vamos a darte *otra medicación más fuerte (hormonas)* y dentro de otros dos o tres meses lo vamos viendo. Todo el proceso duró unos dos años y pico. Me siguió diciendo que tenía problemas para entrar y entonces otra vez *tuve que pasar por una dilatación de cuello de útero. Lo siguiente que*

⁹ Se refiere a la unidad del hospital universitario central de Asturias (HUCA), sanidad pública.

¹⁰ “Los tratamientos de reproducción humana asistida se aplicarán en el ámbito del Sistema Nacional de Salud a las personas que cumplan los siguientes criterios o situaciones de inclusión: 1º Las mujeres serán mayores de 18 años y *menores de 40 años* y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio de esterilidad” (BOE de 6 de noviembre de 2014, núm. 269, énfasis nuestro). La Ley 14/2006 permitía el acceso a toda mujer mayor de 18 años, con independencia de su estado civil y orientación sexual.

me dijo es que la única posibilidad que tenía era la ovodonación porque mis óvulos no iban bien. Entonces me pregunto, ¿y si no iban bien por qué no me lo dijo cuanto tenía 41 años? Primero me dice que tengo que adelgazar despacio, después tengo que tomar hormonas y hacerme dilataciones... ¿todo para llegar a la ovodonación? Lo pensé y la verdad... para mí que sea biológico... bueno me habría gustado, pero si no puede ser, ¿qué es por llevarlo dentro? No, preferí adoptar” (Rosario, énfasis nuestro).

El caso de Rosario nos muestra la presión que supone el proceso de medicalización para las mujeres. Podemos observar cómo el “acoso del reloj biológico” no es necesariamente una preocupación de las mujeres, sino también inducida por las instancias médicas, que juegan un papel a la hora de domesticar los cuerpos de las mujeres.

El segundo caso es el vivenciado por dos de nuestras entrevistadas que son pareja, Marina y Verónica. Marina, antes de mantener una relación con Verónica, había decidido que quería ser madre, por lo que comenzó un tratamiento en la sanidad pública. Una vez iniciado, acudió con su pareja a una cita médica en la que se encontraron con el primer obstáculo: las instancias médicas que se negaban a atender a parejas lesbianas. Como vimos anteriormente, la orden ministerial instaba a las Comunidades Autónomas a restringir la atención en la sanidad pública a los tratamientos de reproducción asistida para las parejas heterosexuales estériles. Antes de aquello, la ley establecía que el derecho a recurrir a los servicios públicos de salud recaía sobre aquellas personas para las que existía un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida. De forma ambigua reflejaba la directriz de manejar criterios flexibles que permitiesen incluir a mujeres solas o en pareja lesbiana. La controversia surge entonces cuando tiene lugar la restricción en base a un criterio supuestamente economicista.

Desde este planteamiento sólo debía ofrecerse este servicio a personas que efectivamente fuesen estériles. El problema es que se maneja una definición de esterilidad desde parámetros sexistas, a saber: “Ausencia de consecución de embarazo tras un mínimo 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos” (BOE, 6 de noviembre de 2014, núm. 269, énfasis nuestro). Sin embargo, no se realiza un estudio de Marina que permita conocer si tiene problemas para concebir, sino que se presupone que, debido a que es joven y no mantiene relaciones reproductivas, es fértil y se le deniega el tratamiento que ya había iniciado. Desde las instancias políticas se aducían además argumentos de eficiencia económica en un contexto de recortes presupuestario. No obstante, tratándose de una mujer fértil sería mucho más económico “lograr un embarazo viable en un cuerpo sin causas de esterilidad pero sin relaciones reproductivas que en aquellos cuyo problema de engendramiento está precisamente en su cuerpo, y no en su tipo de relaciones” (Imaz, 2014: 15-16). Finalmente, y tras muchos meses de lucha judicial, que supusieron un desgaste emocional, psíquico y físico, ganaron la batalla legal a las instancias judiciales, lo que supuso un mayor gasto para la administración.

Estos casos nos muestran cómo se encubren y se ocultan valores y nociones acerca de lo que es la familia y qué personas tienen derecho a formarla desde una supuesta recomendación sanitario-económica. De esta manera, aunque no se prohíba el uso de estas técnicas a ciertos sectores de la población, sí vemos que se les estigmatiza, puesto que se maneja una serie de nociones sexistas y patriarcales que refuerzan la desigualdad.

Con todo, en el último año estamos asistiendo a cambios que favorecen la inclusión de estas mujeres en los tratamientos reproductivos en la sanidad pública. Estos cambios son fruto de las luchas judiciales en las que se ha fallado a favor de las demandantes y del

impulso del movimiento feminista en el Estado español, y podemos verlos reflejados en las reformas legislativas que están emprendiéndose en algunas comunidades autónomas como Extremadura, Cantabria y Navarra.^{11 12 13}

4.3. El papel de las tecnologías de reproducción asistida (TRA)

Para las mujeres que deciden formar una familia monomarental o en pareja lesbiana, las técnicas de reproducción asistida se presentan en primer lugar como una forma de acceso a la maternidad sin depender de una figura masculina en su vida. En este sentido, la utilización de las TRA les permite el acceso al material genético masculino de una forma segura. No acuden a las técnicas porque presenten problemas de fecundidad, al menos en primera instancia, sino porque permiten lograr un embarazo de forma segura.

“Estoy contenta con el proceso, tengo buen recuerdo. En mi caso, no he notado la carga del proceso de la que hablan otras mujeres, aunque ella [su pareja] dice que sí que me afectaron las hormonas. Claro, lo mío fue bastante sencillo. *Con dos inseminaciones ya me quedé embarazada*. Lo bueno que tienen estas técnicas es *que puedes quedarte embarazada de una forma segura y sencilla*” (Edurne, énfasis nuestro).

Algunas de estas mujeres se plantean la posibilidad de llegar a algún tipo de acuerdo con algún amigo. Sin embargo, reconocen que no es la mejor vía para conseguir una donación de espermatozoides, debido a que por el momento no hay garantías jurídicas. Además de seguridad en la calidad del material genético, las TRA les ofrecen también garantías legales respecto a la filiación en base a la Ley 14/2006, y la Ley 13/2005 en el caso de la cónyuge lesbiana. Otras formas de lograr un embarazo, es decir a través de una inseminación artificial casera o mediante un coito heterosexual, son vistas negativamente, siendo incluso formas de actuar contra su identidad. Por ese motivo, la mera insinuación por parte de las instancias médicas, o por quienes ejercen papeles de representación política de este tipo de vías, siendo posible el uso de las TRA, constituye una agresión y un perjuicio para estas mujeres.^{14 15} Además, supone atentar el derecho fundamental a que una persona no sea discriminada y va contra la Ley 14/2006 que establece en su artículo 6 que:

“Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa. La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual” (BOE, de 27 de mayo de 2006, núm. 126).

¹¹ Es el caso de dos de nuestras entrevistadas y de otras parejas. El poder judicial resuelve la causa a favor de las demandantes, condenando a las consejerías de sanidad por vulnerar los derechos fundamentales de las parejas lesbianas a no ser discriminadas por su orientación sexual. *Cadena Ser* (2015): http://cadenaser.com/ser/2015/10/04/sociedad/1443978129_623470.html (última consulta 26/11/2015).

¹² *20 Minutos* (2015): <http://m.20minutos.es/noticia/2593705/0/cantabria-reconoce-ley/acceso-lesbianas/reproduccion-asistida/> (última consulta 26/11/2015).

¹³ *Pamplona Actual* (2015): <http://pamplonaactual.com/navarra-extiende-la-reproduccion-asistida-a-mujeres-solas-o-con-parejas-del-mismo-sexo/> (última consulta 26/11/2015).

¹⁴ *El País* (2013): declaraciones de la ministra de sanidad Ana Mato. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/23/actualidad/1374575386_841886.html (última consulta: 26/11/2015).

¹⁵ Hay que tener en cuenta que en general se trata de mujeres fértiles, por lo que un tratamiento en los servicios públicos conllevaría un coste mínimo en comparación con los gastos de un tratamiento para una pareja infértil.

Por ello, destacan como un aspecto muy positivo el anonimato del donante, puesto que garantiza la ausencia de situaciones comprometidas posteriormente. Esto queda recogido por la Ley 14/2006 en su artículo 5:

“La donación será anónima y deberá garantizarse la confidencialidad de los datos de identidad de los donantes por los bancos de gametos, así como, en su caso, por los registros de donantes y de actividad de los centros que se constituyan. Los hijos nacidos tienen derecho por sí o por sus representantes legales a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de los gametos y de los preembriones” (BOE, de 27 de mayo de 2006, núm. 126).

Las TRA son valoradas de forma muy positiva, en tanto que aportan seguridad debido a la selección de los donantes, las pruebas a las que se somete el semen y el control médico, en comparación con métodos de inseminación casera o las relaciones sexuales esporádicas que pueden conllevar enfermedades y dilemas morales.

Como ya hemos venido planteando, el uso de las técnicas de reproducción asistida lleva aparejado, en la mayoría de los casos, el prescindir de la presencia masculina. En consecuencia, se produce una disociación entre el proyecto reproductivo y las relaciones de pareja; especialmente en los casos que estamos analizando, en los que hay una completa ausencia de varón y las relaciones sexuales no tienen fines reproductivos. La existencia de una separación clara entre la sexualidad y la reproducción permite a las mujeres la adquisición de control sobre sus propios cuerpos y su salud reproductiva, favoreciendo, en parte, su autonomía y su libertad. Esta razón contribuye a una visualización positiva de las TRA por parte de estas mujeres, en tanto que les permiten llevar adelante su deseo de formar una familia de forma visible.

Siguiendo el argumento de Imaz (2014), las familias formadas por parejas homosexuales y las monomarentales se han invisibilizado como estrategia de supervivencia, frente a una sociedad androcéntrica y homofóbica, y se ha considerado a estas familias como carentes frente al modelo de familia nuclear establecido. Sin embargo, en palabras de Imaz, los deseos de maternidad de nuestras entrevistadas “tienen como novedoso que se constituyen en propuestas alternativas a la familia nuclear y tienen como rasgo fundamental la voluntad de crear familia, el deseo de hacer familia o elegir hacer familia” (Imaz, 2014: 9). En este sentido, podemos decir que las TRA hacen posibles y visibles maternidades que contravienen las normas heteropatriarcales y rompen con el modelo tradicional de familia.

Del mismo modo, esta desvinculación de la reproducción y el sexo, así como la producción y circulación de gametos favorece la normalización práctica de la maternidad como un proyecto exclusivamente femenino (Gual, 2014: 297), lo que supone un quebrantamiento de los dictados patriarcales. Las TRA cooperan en la aceptación social de las familias monomarentales y en pareja lesbiana en la medida en que aumentan las opciones de estas mujeres, como ya comentamos anteriormente. Igualmente, las TRA gozan de una visión positiva socialmente, ya que, al ser utilizadas por estas mujeres, ayudan a la normalización de sus vidas, produciendo cambios en la mentalidad social. El amparo legal también contribuye a estas iniciativas. No obstante, aún es necesaria una reforma que permita a las parejas lesbianas de estas mujeres el reconocimiento de la filiación cuando no han estado presentes en el inicio del proceso pero son efectivamente las madres sociales de la niña o del niño.

En el proceso social por el cual se visibilizan estas prácticas, juegan un papel importante de refuerzo las redes de apoyo e información como las asociaciones de familias monoparentales o las redes de madres. Estas asociaciones, formales o informales, sirven de refuerzo ideológico de sus planteamientos y prácticas que, día a día, se ven cuestionadas en la sociedad patriarcal actual. Este soporte ideológico ayuda a afianzar unas prácticas que desafían y transforman los modelos. Las TRA favorecen también esa normalización en la medida en que gozan de gran prestigio mediático. Por otro lado, el acceso a éstas es de carácter técnico y gestionado por las instancias médicas, lo que supone, como ya mencionábamos, una desvinculación del sexo y una medicalización del proceso.

En el caso de las mujeres que buscan formar una familia monomarental, las presiones externas de los deseos de las parejas están ausentes, ya que carecen de las mismas cuando toman la decisión. Se trata de una iniciativa personal y ejercerla conlleva romper con las expectativas del entorno social y, por lo tanto, de lo que se considera como el proceso de vida normal. Aquí las TRA aparecen como aliadas, ya que el derecho a acceder a ellas refuerza la legitimidad de su decisión.

En suma, las TRA son percibidas como unas prácticas que han contribuido a la creación y visibilización de maternidades distintas del modelo tradicional, debido a que han permitido a las mujeres solteras y lesbianas ser madres. De esta forma, se van configurando nuevos modelos maternos que contravienen las normas heteropatriarcales, en tanto que producen una ruptura con la lógica dualista (hombre y mujer) en la que se insertan estas normas (Fernández-Jimeno, 2015).

Conclusiones

A partir de este estudio podemos extraer una serie de conclusiones. Hemos visto que tanto las mujeres que desean formar una familia monomarental como las que afrontan la maternidad en pareja lesbiana deciden ser madres en un momento concreto de sus vidas. Tiene lugar entonces un proceso de toma de decisiones y de planificación familiar conducente a la maternidad. Para ello se sirven de las TRA, es decir: efectúan sus deseos a través de estas técnicas. Por ello podemos decir que ejercen su capacidad de agencia a través de las TRA.

También podemos decir que, al ejercer su capacidad de agencia sobre las TRA, está teniendo lugar un uso que desafía el sistema patriarcal. Como ya hemos argumentado, este sistema dispone una serie de preceptos que generan lo que ya conocemos como la institución de la maternidad. En este sentido, que una mujer que no cumpla con el ideal maternal decida y ejerza la maternidad supone un quebrantamiento de las normas heteropatriarcales. Estas mujeres, a través de las TRA, generan formas disidentes de ser madre. De esta manera, producen experiencias maternas que desafían la institución de la maternidad. Las TRA han abierto la posibilidad de ejercer una maternidad vivida que rompe con los esquemas tradicionales de la familia nuclear burguesa y, por lo tanto, con la institución de la maternidad. De esta forma producen nuevos modelos maternos que son útiles y liberadores, no sólo para ellas mismas sino para el conjunto de las mujeres.

Por ello podemos decir que tiene lugar también una reapropiación de las TRA, pese a su diseño patriarcal, por parte de estas mujeres que deciden someterse a la medicalización que conllevan estas técnicas con el objetivo de satisfacer sus intereses en relación con la maternidad de una forma eficaz y segura. En este sentido, logran un propósito distinto para el que estaban diseñadas. En definitiva, se reapropian de una tecnología que se ha

producido con unos guiones de género. Estos guiones sirven a los propósitos del patriarcado y la institución de la maternidad en la medida en que responden a los parámetros de lo que se ha definido por esterilidad y a la manera en que se han entendido estas técnicas, a saber: como una solución médica a una función biológica fallida, y reforzando, de este modo, el modelo de familia nuclear que es base del sostenimiento del capitalismo.

De todos modos, es preciso tener en cuenta que pese a los usos subversivos que puedan hacerse de las TRA, siguen presentándose guiones de género que someten a las mujeres no sólo a través de la medicalización, sino también al integrar a las personas que residían en los márgenes del sistema patriarcal. Estas mujeres negadas por el sistema son reabsorbidas a través de las técnicas, de forma que las parejas lesbianas pueden terminar reproduciendo los mismos roles (cuidados en lo privado y trabajo remunerado en lo público) de la familia nuclear. De este modo, la ya conocida alianza entre capitalismo y patriarcado se materializa asumiendo la diversidad de familias dentro del marco de los roles de género. Pero las mujeres que forman familias monomarentales tampoco se escapan de este poderoso pacto. Bautizadas como “madres solteras”, son desplazadas hacia los márgenes. En la actualidad, vemos que también están siendo asimiladas por el sistema, en tanto que estas mujeres tienden a desplazar el rol de cuidados hacia un familiar cercano o hacia una trabajadora asalariada más precaria (*nanny*), quedando igualmente el coste de reproducción de la fuerza de trabajo en el seno de la familia.

En conclusión, las técnicas de reproducción asistida han ayudado a la confección de nuevas maternidades, especialmente en su aceptación social y en su desvelamiento. En este sentido, es positivo que las mujeres puedan no sólo ejercer su derecho a la maternidad, sino que, al hacerlo, dejen de validar el sistema de normas heteropatriarcales y, por lo tanto, la maternidad en tanto que institución patriarcal. Así, afirmamos que los usos de las TRA que hacen estas mujeres ponen en cuestión el sistema sexo/género y la institución tradicional de la maternidad.

Sin embargo, el uso de las TRA lleva aparejado el manejo de una tecnología cargada de valores que están insertos en su diseño y en su propósito de uso. Como hemos visto, estas tecnologías tienen la capacidad de dominar y someter los cuerpos de las mujeres mediante tratamientos continuados, metódicos y agresivos, pero también a través de la reabsorción de formas familiares que habían permanecido ocultas y marginadas y que hoy en día pueden ser asimiladas y enmarcadas en las restricciones de la familia nuclear. En palabras de Wajcman, se trata de tecnologías maleables, pero también nos muestran la perseverancia del poder y de la exclusión, pese a que lo haga bajo formas nuevas (Wajcman, 2006: 86). En este sentido, las TRA son también un medio por el cual el poder patriarcal y capitalista ejerce su dominación de género y de clase, ya que debido a los altos costes las TRA no son accesibles a todas las mujeres. Además, a través de las TRA se generan nuevas formas de opresión para las mujeres, como sucede con la gestación subrogada. Las mujeres que “alquilan” el vientre son sometidas no sólo a todo el proceso que conlleva las técnicas, sino también a la presión de los padres o madres sociales, sus contratantes. Podemos hablar de una opresión en términos de clase y de género en tanto que quienes juegan papel de “gestantes” o “contratadas” son, por lo general, mujeres de clases populares con escasos recursos, cuando no se trata de mujeres de países en los que las condiciones de vida son aún más duras que las de los contratantes, agudizando esas condiciones de opresión. No obstante, las formas de dominación hegemónicas no son impedimentos para que proliferen nuevas formas de organización social familiar que pongan en entredicho la institución de la maternidad. Los usos que se hacen de las TRA pueden generar nuevos modelos maternos, conscientes de los obstáculos citados y de los guiones de género opresivos que son inherentes a estas tecnologías. Las TRA pueden ser

reapropiadas para producir maternidades subversivas que rompan con la institución de la maternidad, a través de maternidades vividas conscientes y libres de los preceptos del sistema patriarcal. Sin embargo, no debemos olvidar que su uso no es generalizado, está localizado y el acceso a las TRA lleva aparejado, en muchas ocasiones, un sesgo de clase debido a sus costes.

Bibliografía

BEAUVOIR, Simone de (2000): *El segundo sexo*, Madrid, Catedra (orig. 1949).

BINETTI, María J. (2013): "La maternidad patriarcal: sobre la genealogía de la suprema alienación", *La Aljaba*, vol. 17, pp. 113-128.

COVA, Anne (2005): "Où en est l'histoire de la maternité?", *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, nº 21, pp. 189-211.

FERNÁNDEZ-JIMENO, Natalia (2015): "The Bright and Dark Side of Assisted Reproductive Technology (ART)", *Feminist Spaces*, vol. 1, nº 2, pp. 24-31.

GUAL, Ana M. (2011): *Maternidad y técnicas de reproducción asistida: un análisis, desde la perspectiva de género de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias*, Tesis Doctoral, Universitat Jaume I, Departament de Filosofia i Sociologia.

GUAL, Ana M. (2014): "Entre la tradición, la gestión del tiempo y la innovación: discursos sobre la maternidad de las mujeres usuarias de reproducción asistida", en Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega Arjonilla (eds.): *Cartografías del cuerpo*, Madrid, Cátedra, pp. 245-306.

IMAZ MARTÍNEZ, Miren E. (2007): *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*, Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco, Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social.

IMAZ MARTÍNEZ, Miren E. (2014): "Maternidades lesbianas, nuevas formas familiares y derecho a elegir", *GRAFO working papers*, vol. 3, nº 3, p. 6-17.

LEY 13/2005 (2005): Modificación del Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/02/pdfs/A23632-23634.pdf> (última consulta: 17/11/2015).

LEY 14/2006 (2006): Sobre técnicas de reproducción humana asistida. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf> (última consulta: 17/11/2015).

MINISTERIO DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014): Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE de 6 de Noviembre de 2014. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf> (última consulta: 17/11/2015).

OIBERMAN, Alicia (2004) "Historia de las madres en occidente; repensar la maternidad", *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, nº5, pp. 115-130.

PERUGA, Mónica B (s/f): "Madres, maternidad: nuevas miradas desde la historiografía", en Gloria A.F. Rubio (ed.): *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*, Barcelona, Icaria Editorial, pp. 81-82.

PULEO, Alicia (2004): "Perfiles filosóficos de la maternidad", en Ángeles de la Concha y Raquel Osborne (coords.): *Las mujeres y los niños primero: discursos de la maternidad*, Barcelona, Icaria Editorial, pp. 23-42.

PUJANA, Irati F. (2014): *Feminismo y maternidad: ¿una relación incómoda?*, Vitoria-Gazteiz, Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer. Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/certamen_publicaciones/es_def/a_djuntos/2013.feminismo.maternidad.relacion.incomoda.pdf (última consulta: 09/11/2015).

RICH, Adrienne (1996): *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra (orig. 1976).

SALETTI CUESTA, Lorena (2008): "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad", *Clepsydra*, nº 7, pp. 169-183.

SANZ GONZÁLEZ, Verónica (2011): *Valores contextuales en ciencia y tecnología: el caso de las tecnologías de la computación*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

SEDEÑO, Eulalia P. y SANCHEZ, Ana (2014): "Asimetrías y olvidos de las tecnologías de reproducción asistida", en Eulalia Pérez Sedeño y Esther Ortega Arjonilla (eds.): *Cartografías del cuerpo*, Madrid, Cátedra, pp. 195-244.

TABOADA, Leonor (1986): *La maternidad tecnológica: de la inseminación artificial a la fertilización in vitro*, Barcelona, Icaria Editorial.

TANGUAY, Dominique (2013): "Recherches féministes", *Érudit*, vol.26, nº1, p. 235-239.

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

TUBERT, Silvia (1991): *Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI.

VEREA, Cristina P. (2005): "Maternidad: Historia y cultura", *Revista de estudios de género. La Ventana*, vol. 23, nº22, pp. 35-68.

WAJCMAN, Judy (2006): *El Tecnofeminismo*, Madrid, Cátedra (orig.2004).

Anexo

A continuación, se presenta a un perfil socio-biográfico de las entrevistadas. Los nombres son ficticios para proteger la intimidad de las participantes.

Marina tiene 34 años. Cuenta con estudios universitarios y su ámbito laboral es la sanidad. Tiene un hijo de un año y medio junto con su cónyuge Verónica. Algunos vectores que influyen en la configuración de su identidad son la participación en un colectivo LGTB y otro de familias monoparentales. Su grupo de convivencia son su pareja y su hijo. Relata la compleja relación con su madre que tanto ella como su hermana han vivido, lo que las ha hecho inclinarse por la crianza en el apego. Desde muy joven ya deseaba ser madre. Para ella siempre ha sido importante disponer de una estabilidad económica y laboral, por lo que hasta que terminó sus estudios y tuvo estabilidad laboral no se planteó realmente llevar adelante su deseo de experimentar la gestación, el parto y la crianza. Marina dice disfrutar de la crianza en el apego aunque al mismo tiempo se lamenta de haber dejado de lado la vida adulta: el trabajo (se encuentra en excedencia), las relaciones sociales, el tiempo que dedicaba para ella.

Verónica tiene 32 años. Su nivel de estudios es universitario y es funcionaria en el ámbito de la justicia. Al igual que su pareja, se ha vinculado a asociaciones monoparentales pero en menor medida. Nunca se planteó ser madre y de hecho, de no ser por su pareja, jamás se lo habría planteado. Aceptó ser madre por la felicidad de su pareja, aunque ahora también disfruta de su hijo. No obstante, lamenta perder muchas cosas de la vida adulta que con un niño pequeño no es posible hacer, como realizar viajes largos. Conserva su trabajo y disfruta de su hijo por las tardes, tras la jornada laboral. Reconoce que gran peso del trabajo doméstico y de cuidados lo lleva su pareja. Su grupo de convivencia son su pareja y su hijo, aunque sigue manteniendo las relaciones sociales con sus compañeras y compañeros del trabajo y otras amistades.

Rosario tiene 46 años. Tiene estudios universitarios y es trabajadora de enseñanza media. Su estado civil es soltera y participa de distintos colectivos sociales, feministas y monoparentales. Convive con su hijo de 10 años. Empezó un proceso de adopción que resultó ser muy satisfactorio en lo personal. Entiende la maternidad como una forma de crecer personalmente y compartir. Dice experimentar una “sensación de parto” con su hijo ya que parece que siempre ha estado presente en su vida, cuando tan sólo llevan conviviendo unos dos años.

Laura tiene 39 años y estudios universitarios. Es sexóloga y participa en una asociación de madres lesbianas. Convive con su pareja (cónyuge) y su hija. Se quedó embarazada con facilidad a través de inseminación artificial a los 37 años. El proceso de toma de decisión fue junto a su pareja, aunque ella siempre supo que quería ser madre. No obstante, antes de los 30 jamás se lo planteó porque para ella era importante tener una madurez emocional, profesional, y sobre todo saber que no ha renunciado a nada que quisiera hacer en su vida. La solvencia económica no fue algo que determinase la decisión, ya que, aunque viven modestamente, pueden salir adelante y cuentan con el apoyo familiar. Dice encontrarse rodeada en la vida por mujeres “muy poderosas”; son personas que conforman su familia emocional y le han proporcionado un referente de maternidad consciente y entregado. Esa red de apoyo la permitió conocer cómo era realmente la maternidad, alejándose de sus idealizaciones. Ella siempre pensó en una educación basada en el apego y entiende que su hija es un gran regalo. un ser humano al que debe criar, aportar cimientos de educación emocional que le permitan ser una persona segura y afectuosa con las personas que tiene en su entorno. Entiende la maternidad como una forma de acompañar a esa persona en su desarrollo vital.

Edurne tiene 38 años. Tiene estudios universitarios y es trabajadora social en la enseñanza media. Colabora con varias asociaciones feministas. Convive con su hijo y su pareja. Dice sentirse muy influenciada por su madre, que era independiente y cercana. Ve la maternidad como una alegría y cree que hay que aprovechar todo lo positivo que aporta,

pero no es algo que vertebre su vida. Decidió que quería emprender la maternidad en un momento de su vida en el que se encontraba en una situación estable y logró ser madre a los 34 años. Nunca sintió un “instinto materno”, sino que dice haberse visto influenciada por el entorno y por esa razón sintió el deseo de ser madre. Ve las técnicas de reproducción asistida como un gran avance que permitió a su pareja ser madre, y a ella nuevamente, de una forma segura y sencilla. Se quedó embarazada con facilidad a través de inseminación artificial. Con todo, considera que su relación de pareja se ha visto afectada y entiende la necesidad del reparto equitativo de las tareas.