

La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad

ELENA CASTAÑEDA-JIMÉNEZ,^a HÉCTOR-HUGO BUSTOS-LÓPEZ^b

RESUMEN

Antecedentes: La infertilidad o incapacidad para lograr un embarazo ha merecido distintos abordajes de estudio. El enfoque biomédico ha generado una gran cantidad de información fisiopatológica, laboratorial y pautas para intervenciones diagnósticas y terapéuticas; la psicología se ha orientado a evaluar el importante impacto adverso de este trastorno sobre el bienestar mental. La perspectiva antropológica, no obstante, ha estado tradicionalmente ausente del análisis.

Objetivo: Describir y analizar las representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de infertilidad, de los Departamentos de Esterilidad e Infertilidad y Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología. Se busca recuperar la dimensión sociocultural de la enfermedad, en este caso, tomando a la infertilidad como modelo-enfermedad, contando como eje de análisis la perspectiva de la antropología médica. Se resalta la dimensión del padecer de las mujeres, lo que incorpora el punto de vista de los actores sociales involucrados en esta condición.

Material y métodos: Se incluyeron cinco mujeres con el diagnóstico de infertilidad definitiva. Las pacientes fueron elegidas de manera aleatoria, contando con su consentimiento, libre e informado, para participar en la investigación. Se aplicaron entrevistas a profundidad, las cuales constituyeron el instrumento metodológico de la antropología social.

Mediante las narrativas de mujeres estériles de diferentes etapas de la ruta del padecer, se analizan las representaciones y prácticas sociales relacionadas con la esterilidad femenina. El estudio incorpora información relativa a etapas previas a su contacto con la institución, en donde las mujeres consultaron y siguieron tratamientos prescritos por curadores pertenecientes a diferentes etnomedicinas, alopáticas y no alopáticas. Respecto al momento como pacientes del INPer, se da especial atención a sus representaciones y prácticas en torno a los tratamientos y tecnologías utilizadas, así como la relación médico-paciente. En el trabajo se destacan distintos elementos a considerar entre las causas que motivan el desencuentro médico-paciente, en particular en el área de la fertilidad. El trabajo no pretende calificar las prácticas de ninguno de los actores, sino solamente proporcionar algunos ejes de análisis a considerar para mejorar la relación entre terapeuta y paciente.

Conclusiones: Este trabajo considera, desde una perspectiva antropológica, las

^a Doctorante del Programa de Doctorado en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

^b Investigador Asociado "B". Subdirección de Investigación Biomédica, Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia:

Elena Castañeda-Jiménez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Juárez 87. Delegación Tlalpan. C.P.14000. México D.F. México. Correo electrónico: castael@prodigy.net.mx

Recibido: 7 de septiembre de 2000

Aceptado: 13 de noviembre de 2000

representaciones sociales de pacientes con infertilidad tratadas en un ámbito de alta especialización biomédica. El trabajo pretende reconstruir la ruta del padecer de las mujeres con diagnóstico de infertilidad definitiva (los "peores escenarios"). En este escenario, la óptica alopática, no ofrecía ninguna alternativa terapéutica. Las conclusiones incluyen que la enfermedad debe ser evaluada desde una perspectiva globalizadora biológica, psicológica y social; esta perspectiva pretende mejorar la relación médico-paciente.

PALABRAS GUÍA: Infertilidad, antropología médica, relación médico-paciente.

INTRODUCCIÓN

El análisis del impacto de cualquier enfermedad requiere, de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, el enfoque bio-psico-social. Así, en el caso de la infertilidad (definida como la incapacidad para lograr un embarazo después de 24 meses de relaciones sexuales intermitentes sin control contraceptivo) se han realizado distintos abordajes de estudio. El enfoque biomédico ha generado una gran cantidad de información: tanto sobre la fisiopatología, como sobre esquemas e intervenciones diagnósticas y terapéuticas. La psicología ha evaluado la incapacidad para concebir, en términos del importante efecto adverso de este trastorno, sobre el bienestar mental. Sin embargo, el enfoque antropológico (que analiza la dimensión sociocultural presente en la construcción de la infertilidad como problema) ha estado tradicionalmente ausente del análisis, cuando menos en nuestro medio.(*)¹⁻³

Las investigaciones que abordan la relación mujer-salud, desde una perspectiva social, se enfocan en mujeres con fertilidad.⁴ Así, se encuentran con frecuencia estudios sociales sobre: embarazo, parto, puerperio, depresión posparto, lactancia, contraconcepción clínica y quirúrgica, paridad en edades extremas, aborto, morbilidad materna, entre otros. La infertilidad, como problema, está ausente. Ante esta invisibilidad de las mujeres infériles en la investigación social, es posible plantear las siguientes preguntas: ¿Los investigadores participan también de las representaciones sociales -dominantes-, donde la única posibilidad de ser mujeres es ser madre? o ¿el padecer de las mujeres infériles no es significativo en un contexto donde la preocupación principal es el control de la natalidad?

* No existen más de cinco publicaciones, referidas a investigaciones realizadas en México por antropólogos, en donde se hace referencia, de manera muy breve a la esterilidad, mas no constituye un tema de investigación en sí mismo.

El objetivo de este trabajo es describir y analizar las representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de infertilidad que acuden a los Departamentos de Esterilidad e Infertilidad (DEI) y Reproducción Asistida (DRA) del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), desde una perspectiva antropológica, en la que el énfasis está puesto en la dimensión del padecer de las mujeres. Esta perspectiva incorpora el punto de vista de los distintos actores sociales involucrados en la problemática. Los resultados de la investigación pretenden ser otro elemento para poder dimensionar la infertilidad desde un punto de vista globalizador: la enfermedad como un trastorno bio-psico-social. El trabajo se refiere exclusivamente a mujeres, por lo tanto, excluye a los sujetos masculinos sobre los que pesa el mismo diagnóstico, cuya importancia no se soslaya por lo que el sujeto de la investigación sean estas mujeres responde solamente a la pregunta inicial de esta investigación.

Planteamiento del problema

El sistema biomédico se ha centrado en la resolución biológica de las enfermedades. La no-incorporación de la dimensión sociocultural presente en la construcción de la ausencia del embarazo deseado como problema, ocasiona un desencuentro en la relación médico-paciente. Lo anterior tiene un grave costo en la calidad de esta relación, que redunda negativamente en el bienestar biopsicosocial de las pacientes.

a) Definiciones operativas

En este trabajo, el "padecer", se define como la dimensión sentida y vivida subjetivamente por las mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria, que se construye en torno a la imposibilidad de gestar. El padecer se construye a partir de representaciones y prácticas socioculturalmente condicionadas. Esta construcción se matiza en su articulación con todas las posibles adscripciones del sujeto social: genérica,



económica, religiosa, política y educativa. La "ruta del padecer" es el desarrollo de ese padecimiento, que se inicia desde la primera sospecha de la existencia de tal imposibilidad, e incluye la construcción de etapas posteriores.

Género. Se define como una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos.⁵

En otras palabras, la ausencia del embarazo deseado se convierte en padecer para aquellos sujetos que la experimentan debido a las representaciones sociales existentes en relación con el *status* femenino y masculino, en donde la procreación es parte de los papeles sociales y culturales esperados.

Considerando que las dos etiologías más comúnmente adjudicadas por los curadores no alópatas a la infertilidad femenina, fueron la "frialdad de la matriz" y la "cadera abierta", a continuación se incorpora, la descripción de estos padecimientos del Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana.⁶

"Frialdad de matriz". Es la causa reconocida más comúnmente por los curadores populares para explicar la esterilidad. Se basa en la creencia de que para poder concebir, la matriz, al igual que los demás órganos reproductores, incluyendo los del hombre, deben estar calientes durante el coito. Dependiendo de la región del país, se reconocen diversas etiologías para la frialdad, por ejemplo, la entrada de aire frío en la matriz durante un aborto o parto, o el enfriamiento del vientre durante la menstruación por bañarse en agua fría o ingerir alimentos de esa calidad. Los tratamientos están dirigidos fundamentalmente a extraer el frío o contrarrestar sus efectos, proporcionando calor por medio de fricciones, frotaciones, masajes, aplicación de cataplasmas, ventosas, emplastos, así como duchas vaginales, baños de vapor y baños de asiento.

"La frialdad en los ovarios" se considera una causa de esterilidad transitoria. Se origina cuando la región abdominal permanece mojada durante algún tiempo, cuando la mujer no se cambia después de lavar, o cuando ingiere una dieta rica en alimentos de calidad fría, tales como limones. El tratamiento consiste en calentar a la mujer con té, baños de plantas medicinales o masajes con sebos, así como la prescripción de alimentos de calidad caliente, todo ello con la finalidad de retirar la frialdad alojada en los ovarios.

"Cadera abierta". Se usa como sinónimo de "abierto de la cadera", "aflojado de cintura", "cadera floja", "descaderado", "falseada de cintura". La expresión agrupa diversos padecimientos originados por realizar grandes esfuerzos, motivadores de fuertes dolores de cintura y piernas, que dificultan la marcha y son causa posible de esterilidad en ambos sexos. El tratamiento es fundamentalmente de tipo mecánico, mediante la aplicación de masajes. En las mujeres se da masaje en la espalda, la cintura, la cadera y el vientre, con el propósito de "recoger la matriz", "arreglarla en su lugar", "cerrar la cintura y la cadera", se dice que cuando "los huesos truenan y la cadera cruce" es que ya está en su puesto, se le faja lo más apretado posible y se le recomienda evitar enfriamientos, abstenerse de tener relaciones sexuales y no bañarse. En otras regiones se cuelga al enfermo por los pies con una reata, de tal manera que las manos apenas toquen el suelo, entonces, se golpea la reata con un garrote con el fin que los huesos vuelvan a su lugar, se recomienda al paciente reposo por varios días.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación fue realizada entre 1996 y 1997 con un grupo conformado por cinco mujeres con diagnóstico de esterilidad, de los DEI y DRA del INPer, las cuales fueron elegidas de manera aleatoria. De cada paciente se obtuvo su consentimiento libre e informado para participar en el estudio.

En la investigación se partió del supuesto teórico de que la colectividad más general, puede representarse en un subconjunto abordable cualitativamente, por ello, la unidad básica de esta investigación es el sujeto colectivo, es decir, las cinco mujeres que participaron en el trabajo, las que pueden ser representativas del conjunto social más amplio: mujeres con diagnóstico de esterilidad pacientes del INPer.

La posibilidad de que lo colectivo esté expresado en lo individual, está dada a partir de que el sujeto se construye, es producto de relaciones sociales, de ahí que lo que cada sujeto exprese se encuentra también en las representaciones de los conjuntos sociales de pertenencia. A partir de lo anterior, es posible afirmar que el carácter sociocultural e histórico que define la existencia de los sujetos, permite, a partir de la descripción y el análisis de experiencias particulares, dar cuenta de fenómenos asociados con conjuntos sociales en situaciones temporal y geográficamente delimitadas.

En cada caso se trabajó la entrevista a profundidad,

Ilenándose la totalidad de la matriz de datos para un promedio de documentación de 8-10 horas por paciente. La información empírica fue sistematizada y agrupada bajo distintos ejes analíticos, este trabajo refiere al eje de las representaciones y prácticas de las mujeres, en tanto pacientes institucionales.

En la investigación se partió del supuesto teórico que todos los conjuntos sociales construyen representaciones y prácticas referidas al proceso salud/enfermedad/atención, aun se trate de enfermedades alopáti-

cas;⁷ fue a partir de ese sistema organizado de ideas que el conjunto conformado por las mujeres-pacientes, con diagnóstico de esterilidad o alguien de su entorno social más cercano, formuló el primer autodiagnóstico o diagnóstico respecto de la existencia de una limitación para gestar mucho antes de entrar en contacto con el sistema biomédico. Desde ahí se construyó la decisión de consultar a un profesional de la salud; en las representaciones sociales, éstos pueden pertenecer a distintas etnomedicinas, (*)⁸ es decir, alópatas o no.

Tabla 1. Perfil clínico de las mujeres-pacientes.

Edad (años)	Infertilidad en años	Factores de infertilidad	Tratamiento propuesto	Pronóstico
A. 36	12	Obstrucción tubaria bilateral. Pólipos endometriales.	Fertilización <i>in vitro</i> transferencia de embriones (FIVTE)	Sin éxito reproductivo
B. 35	14	Insuficiencia ovárica prematura	Terapia hormonal de reemplazo	Malo
C. 23	8	Obstrucción tubaria bilateral. Sinequias uterinas. Anovulación crónica. Astenozoospermia severa.	Fertilización <i>in vitro</i> transferencia de embriones. Alta parcial por factor económico.	Diferido. Hasta procedimiento
D. 31	7	Factor tuboperitoneal irreversible. Endometriosis severa.	Fertilización <i>in vitro</i> transferencia de embriones	Sin éxito reproductivo
E. 32	8	Insuficiencia ovárica prematura. Translocación recíproca balanceada.	Terapia hormonal de reemplazo	Malo

* El término etnomedicina se emplea en el sentido que otorgan Hahn y Kleiman: la biomedicina, así como cualquier otro tipo de medicina es etnomedicina; pues no se trata simplemente de un fenómeno natural, sino de un artefacto de la sociedad humana, fundamentada en un marco de valores, premisas y problemáticas explícitas e implícitamente enseñadas mediante las comunicaciones de la interacción social y luego establecido en una división social del trabajo en ambientes institucionales. Kleiman (1983).

RESULTADOS

Los perfiles clínicos y la descripción socioeconómica de las pacientes se incluyen en la tabla 1 y anexo 1. Dado que los objetivos del estudio escapan de realizar una descripción de todas las características clínicas de las pacientes, se resaltan sólo las principales. Las pacientes, en un sentido biológico, correspondieron a mujeres con edad reproductiva. Todas tenían algún factor de infertilidad que imposibilitaba un embarazo con tratamientos convencionales, léase factor tubo-peritoneal irreversible, después de cirugía, factor uterino no candidato a cirugía o insuficiencia ovárica. El rango en años de infertilidad fue de 7 a 14 años.

Los curadores antes del INPer: alópatas y no alópatas*

La totalidad de pacientes participantes en la investigación, informó haber consultado curadores alópatas antes de ingresar al INPer. En todos los casos es posible describir la siguiente trayectoria: del médico general ‘del barrio’ al ginecólogo, de éste al médico especialista en reproducción, hasta culminar en el INPer. En otras palabras, el proceso de búsqueda se hace complejo, en la medida que las intervenciones terapéuticas demuestran no ser eficaces.

El 80% de las mujeres acudieron previo a ser pacientes del Instituto, o ya habiendo sido aceptadas por éste, a algún tipo de consulta no alópata. Las más consultadas fueron las denominadas ‘sobadoras’, que en algunos contextos siguen cumpliendo el papel de parteras o comadronas. La etiología que estas curadoras atribuyeron a la esterilidad fue en todos los casos la misma: “*abertura de cintura*” y “*frialdad*”. Las intervenciones realizadas y el tratamiento prescrito, tuvieron, asimismo, un alto grado de semejanza.

Ninguna de las mujeres-pacientes describió que estas curadoras prescribieran un tratamiento para “curar” al esposo, si acaso se sugirió la ingestión de alimentos identificados como afrodisíacos. La representación dominante responsabiliza a la mujer de la esterilidad; la esterilidad masculina, se asocia de manera casi exclusiva a la impotencia sexual.

Aunque en todos los casos se expresó haber dudado

de la eficacia curativa de los tratamientos no alópatas, hubo un alto grado de consenso al reconocer los aspectos positivos de éstos: menor costo económico, brevedad del tratamiento, percepción de vínculos menos asimétricos entre curadora y paciente. Cada uno de estos aspectos contrasta totalmente con sus representaciones respecto de su vinculación con el INPer.

El INPer: representaciones de las mujeres-pacientes en torno a la institución

Las representaciones iniciales de las mujeres-pacientes, respecto de la institución pueden agruparse en tres rubros distintos:

1. En torno a la institución y la eficacia curativa de sus tratamientos

La primera noticia que tuvieron las mujeres acerca de la existencia del INPer, así como de la eficacia curativa de sus tratamientos, provino de sujetos pertenecientes a su contexto social más cercano: parientes o amigos, es decir, legos respecto de la biomedicina; las representaciones de la institución de estas personas se habían construido a partir de la experiencia de familiares o amigas, pacientes o expacientes del Instituto, no necesariamente pacientes del DEI o DRA; en lenguaje popular la recomendación respecto a la institución quedó expresada en: “*Ahí (INPer) te embarazan, porque te embarazan*”.

El proceso mediante el cual las mujeres-pacientes otorgan su confianza al Instituto, aun antes de ser pacientes, tuvo que ver con sus propias experiencias, o la de otros que pasaron por situaciones significativas, vividas en otros Institutos de Salud (Cardiología, Nutrición, Pediatría, etc.). Es decir, se extrapoló la noción de eficacia curativa de otras instituciones del mismo nivel de atención.

Una vez admitidas por el Instituto, las representaciones iniciales en torno al INPer se consolidan mediante los ‘testimonios’ de pacientes más antiguas, es decir, la transmisión oral en los encuentros casuales durante la antesala, las conversaciones en los pasillos, se convierte en un alimentador de la incipiente confianza. Hay que advertir que no siempre se trata de pacientes del DEI y DRA.

2. En torno a los tratamientos y tecnología utilizada

En ningún caso se identificó una cabal comprensión, por parte de las mujeres, de los tratamientos e intervenciones experimentados; si bien, pueden describirlos, no conocen el objetivo, o las posibles

* Se designa con el nombre de no alópata, a la práctica realizada por curadores que no pertenecen a la biomedicina; estos realizan mezclas e incluso síntesis de diversas prácticas curativas. En esta investigación concretamente se trató de sobadoras, espirituistas, aromaterapeutas y una video-curadora.

implicaciones, si las hubiera, en el mejor de los casos, se tienen nociones globales. Frente a la comprensión limitada de los diagnósticos y tratamientos, las mujeres han construido una estrategia consistente en hacer una suerte de traducción de éstos, a nociones más accesibles para ellas, no coincidentes en ningún aspecto con las biomédicas. La funcionalidad de esta operación tiene que ver con la necesidad de saber, de conocer. Si la explicación biomédica es inaccesible por su complejidad, es necesario entonces formular explicaciones desde el sentido común, su padecimiento tiene que describirse de alguna manera.

El 80% de las entrevistadas manifestaron que poseían información respecto de las tecnologías reproductivas, a partir de los medios de comunicación y de comentarios escuchados en los pasillos del Instituto. El 20% restante no tenía ninguna noción acerca de éstas.

Fue posible identificar una representación generalizada en torno a la sofisticación tecnológica: mayor grado de complejidad en la infraestructura e instrumental utilizados en los tratamientos y mayor costo, implica necesariamente mayor eficacia. A ello se debe que las mujeres aspiren a ser aceptadas por el DRA, o que las que ya son pacientes de éste, se encuentren más optimistas que cuando estaban en el DEI. Los esposos participan también de esta representación: cuando ellas se convierten en candidatas para alguno de los procedimientos de reproducción asistida, la expectativa y confianza de los maridos se incrementa junto con la suya.

3. En torno a la relación con los médicos del INPer

Una vez en contacto con la Institución, emerge una queja expresada, una y otra vez, en todos los casos, referida a la calidad de atención, que se cristaliza en dos ejes: uno, los tiempos, otro, al vínculo que se establece entre médico y paciente, es decir las relaciones interpersonales.

Los tiempos de espera entre la primera consulta y otra: se percibieron como muy largos, y los tiempos dedicados a la consulta, demasiado breves. La caracterización que las pacientes hicieron de la consulta, arroja información reiterada del alto grado de jerarquización en la relación médico-paciente expresado, particularmente, en falta de explicación respecto de los diagnósticos, intervenciones y tratamientos referidos a su caso; en poca o ninguna posibilidad de interlocución con el médico; falta de espacio para las quejas o dudas que ellas expresan, así

como que las narraciones que a veces llegan a hacer de su padecer no son incorporadas como dato a su historia clínica; crudeza para expresar diagnósticos que son determinantes para la vida de las pacientes. Lo anterior tiene importantes implicaciones en términos de la adherencia al tratamiento y por lo tanto, en la consecución de resultados satisfactorios en este proceso.

La comunicación a la paciente de su alta definitiva del Instituto,* (en los casos registrados) implicó una reacción de mucho enojo que, al serles comunicada, no fue expresada frente al médico, ni en ningún ámbito del Instituto, sino en contextos relacionados con su vida más cotidiana, según lo manifestaron. Sin embargo, a pesar del diagnóstico biomédico recibido, no abandonaron la búsqueda del embarazo. Mediante un proceso de elaboración se hace responsable de su situación al médico que les comunicó el diagnóstico, nunca al sistema biomédico. Dudar de la eficacia curativa del sistema biomédico -aunque no haya sido esa su experiencia- implicaría perder la posibilidad de ser tratadas, por esa o cualquier otra anomalía.

Este trabajo muestra como las pacientes perciben la relación médico-paciente como asimétrica, con lo que las posibilidades terapéuticas dependen de un solo polo: el sistema biomédico. Ante esta asimetría, las pacientes construyen una variedad de alternativas, desde la elaboración de explicaciones de su padecimiento en sus propios términos, ante la incomprendición de las explicaciones biomédicas de éste, que les resultan muchas veces inaccesibles por los tecnicismos y terminologías que utilizan; a la búsqueda de segundas o terceras opiniones en ámbitos no necesariamente alópatas. El caso índice más dramático fue la visita que una paciente hizo a una curadora del estado de Nayarit, para lo que tuvo que viajar en lomo de bestia, por caminos inaccesibles, a una comunidad localizada a ocho horas de la capital del estado, aproximadamente a 14 h de la zona del estudio. Este tipo de estrategias fue referido por 80% de las pacientes entrevistadas, lo que puede ser explicado en parte por el desencuentro de la relación médico biomédico-paciente. Este, de hecho, es uno de los objetivos del estudio: caracterizar las causas de estos desencuentros.

Todas las pacientes expresaron que la esterilidad no era una enfermedad, ésta fue conceptualizada como:

* Ser dadas de alta en este caso, no refiere haber solucionado su problema, es decir: haber gestado, parido, y tener un niño entre los brazos. El INPer ha definido 12 criterios (1997), que motivan la alta de la paciente, es decir, la terminación de su relación con la institución, en algún momento del tratamiento.

imposibilidad, defecto, anomalía, frustración. Esto cobra lógica, al interpretarse a la luz del discurso más amplio de las mujeres, según el cual, un hijo es la posibilidad de consolidación de la pareja, "una mayor motivación para que el esposo sea alguien en la vida", "el destino natural de toda mujer". Si las representaciones en torno a la maternidad/paternidad se explican en lo social, resulta coherente pensar (desde la perspectiva de estas pacientes), que la causa que las inhibe de ser madres, es cualquier cosa, menos una enfermedad.

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación da cuenta, desde una perspectiva antropológica, de las representaciones sociales de la infertilidad de pacientes tratadas en un ámbito de especialización biomédica. En la literatura nacional, los antecedentes sobre esta relación son inexistentes y escasos en la literatura internacional. El trabajo pretende reconstruir la ruta del padecer de las mujeres con diagnóstico de infertilidad definitiva – esterilidad- en tratamientos biomédicos en una institución dada. Las pacientes seleccionadas responden a casos con "peores escenarios", donde desde la óptica alopática, no era posible ofrecer ninguna alternativa terapéutica. La razón de la selección de estas pacientes, fue obtener un panorama global de su contacto con el sistema biomédico, desde el inicio, hasta la no resolución definitiva de la incapacidad para reproducirse.

Para la realización del estudio se empleó una de las herramientas metodológicas más utilizadas en la antropología, la entrevista a profundidad, donde se parte del supuesto teórico que la colectividad más general puede representarse en un subconjunto abordable cualitativamente, por lo que la unidad básica de esta investigación fue el sujeto colectivo que conforman las cinco mujeres, el sujeto individual es el que da cuenta de la experiencia subjetiva.

El trabajo arroja conclusiones que debieran ser incorporadas por los estudiosos de la relación médico-paciente. A pesar de las recomendaciones de la OMS, que la enfermedad debe ser evaluada desde una perspectiva globalizadora biológica, psicológica y social; esta última, suele ser el área menos explorada, en relación con la infertilidad y probablemente con otros padecimientos, lo que debería contemplarse en las recomendaciones médicas. Las incuestionables implicaciones socioculturales de las opiniones médicas, es otro aspecto que devela este trabajo, sería deseable que éste fuera tenido en cuenta por todos los actores.

El fin perseguido es mejorar la relación médico-paciente, a través del desarrollo de una mayor sensibilidad y capacidad receptiva del personal de salud, frente a la integridad de la paciente: las descripciones de sus quejas, estados anímicos, inquietudes y demandas, y no sólo su biología.

El trabajo resalta además, cómo los conjuntos sociales otorgan a la institución el carácter, de manera prácticamente incuestionable, de solucionadora de un evento determinado: la infertilidad. En momentos extremos de las etapas del padecer, el INPer es construido como la última instancia posibilitadora de "otorgar" salud o enfermedad.

El prestigio institucional se construyó, de acuerdo con este trabajo, de la extrapolación de la eficacia curativa de otros institutos nacionales de salud y de la percepción de eficacia de otros familiares y pacientes de la propia institución. Esta construcción se reforzó, o debilitó, dentro de los pasillos de la propia institución.

Otro aspecto que se hizo evidente a partir de este trabajo, es la necesidad de construir alternativas de explicación que se da a las pacientes, en relación con los tratamientos que deben seguir, o de las cirugías a las que necesitan ser sometidas. La mayoría de las pacientes refirieron sólo ideas, más bien vagas, acerca de las implicaciones biomédicas (efectos secundarios, complicaciones, indicaciones, alternativas, etc.) de los diferentes procedimientos.

Por último, se resalta el papel del médico y del sistema biomédico, al comunicar la no reproducción definitiva. Independientemente de la certeza diagnóstica, los pacientes en esta serie de entrevistas, reconocen esta comunicación como una interpretación equivocada, pues la aceptación de tal diagnóstico como cierto, implicaría cancelar las propias expectativas terapéuticas.

Como conclusión, el trabajo aporta algunos elementos a considerar entre las causas que motivan el desencuentro médico-paciente, en particular en el área de la fertilidad. El trabajo no pretende calificar las prácticas de ninguno de los actores, sino solamente proporcionar algunos ejes de análisis a considerar, para mejorar la relación entre terapeuta y paciente.

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada Esther Casanueva y López, por su permanente preocupación por mejorar la calidad de atención médica y establecer vínculos entre la Biomedicina y la Antropología Social.

REFERENCIAS

1. Browner CH. Plants used for reproductive health in Oaxaca, México. *Economy Botany* 1985; 39: 482-504.
2. Butterworth D. Tilantongo, comunidad mixteca en transición. Instituto Nacional Indigenista, México: 1975. p. 77.
3. Beals R. Cherán, un pueblo de la Sierra Tarasca. El Colegio de Michoacán, Morelia, Michoacán: 1992. p. 388.
4. Ravelo P. Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México. En: González S. compiladora: Las mujeres y la salud. El Colegio de México; México: 1995. p. 199-258.
5. Benería L, Roldán M. Las encrucijadas sexo género, Colegio de México; 1992. p. 24.
6. Instituto Nacional Indigenista: Diccionario enclopédico de la medicina tradicional mexicana. Tomo I, México: 1994. p. 150-438.
7. Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata No.179. México: 1990. p. 211-14.
8. Hahn RA, Kleinman A. Biomedical practice and anthropological theory. *Ann. Rev Anthropology* 1983; 12: 305-33.

Anexo 1**Descripción de la condición socioeconómica de las mujeres participantes en la investigación.**

Caso A. 36 años de edad, educación preparatoria, durante 12 años trabajó en un banco, pero desde que se casó, hace cuatro años, se dedica a actividades domésticas y colabora en la administración de un negocio del esposo. El esposo es técnico en una empresa privada y propietario de una unidad de transporte colectivo. Casa propia en el Estado de México. Cuenta con automóvil propio. Ingreso mensual de \$9,000.00 De todas las mujeres participantes, es la única que dice haber estado embarazada alguna vez (esterilidad secundaria), hace 16 años, interrumpido de forma voluntaria. Multitratada, multiestudiada. En la actualidad sigue buscando el embarazo, ha desarrollado para ello dos estrategias: por una parte se ha convertido a un culto espiritualista, por la otra, ha iniciado un tratamiento que denomina de ingeniería genética.

Caso B. 35 años de edad. Burócrata en la Ciudad de México. Complemento económico, la venta de productos femeninos suntuarios (perfumes, joyas). Escolaridad secundaria. Es protestante. Vive en unión libre con un profesional, que trabaja también en el gobierno. Ingreso familiar de \$10,000.00. Ella aporta el mayor porcentaje. Casa y automóvil propiedad de ella. Viven a 30 km del sitio de trabajo. Tiene 14 años de haber sido diagnosticada como estéril, ha sido multitratada por alopatía, así como curadores no alópatas. Ingresó al INPer, en marzo de 1995. Paciente del DEI hasta octubre de 1996. A partir de esta fecha fue enviada al DRA. En espera de FIVTE, más donación de ovocitos. Cuenta con tratamiento hormonal substitutivo durante el momento histórico de la investigación.

Caso C. 23 años de edad. Pertenece a la economía informal. Escolaridad secundaria. Católica. Vive en unión libre. Pareja de 29 años, asistente de mecánico dental. Ingreso mensual es de \$1,000.00. Habitación en vecindad rentada. La renta supone el 43% del ingreso total. Tiene ocho años de reconocerse como infértil. Es la paciente menos medicalizada del estudio. Ingresó al INPer en 1996. Sólo ha asistido a tres consultas en el DEI. Interrumpió la asistencia porque le "regalaron" una niña. Desde este momento abandona toda actividad económica, lo que agravó la economía familiar. Por ello los tratamientos médicos le resultaron incosteables.

Caso D. 31 años de edad. Maestra de educación primaria en una escuela oficial del Estado de México. Escolaridad actual 3er. año de carrera universitaria, casada, católica. Esposo con la misma edad, pasante de una carrera universitaria y trabaja como tasador de seguros en un banco. El ingreso familiar mensual global es de \$7,000.00 Casa propia heredada, automóvil adquirido por la pareja. Historia institucional INPer ingresó hace cuatro años. Tres de ellos del DRA. Consultó por única vez a una curadora no alópata. Tratamiento con base en inseminaciones artificiales homólogas. En espera de FIVTE, en el momento histórico de la investigación.

Caso E. 32 años de edad. Educación preparatoria. Deserta al inicio de una carrera universitaria. Co-proprietaria con el



esposo de un expendio de pollo. Católica no practicante, casada. Esposo de 40 años y educación primaria completa, pertenece a un grupo étnico del sureste del país y, a decir de ella, no tiene solvencia económica. Tienen casa propia en el norte de la ciudad y un ingreso mensual de \$5,000.00.

Diagnóstico de esterilidad de cuatro años. Fue paciente del INPer, por primera vez en 1991, y dada de alta en 1993, referida al Departamento de Genética por una traslocación recíproca balanceada asociada a una falla ovárica prematura. Durante su momento institucional, el tratamiento óptimo -donación de ovocitos- no estaba implementado en el instituto. Fue finalmente derivada al Departamento de Climaterio. Hasta concluir la etapa de entrevista ella no había aceptado el diagnóstico irreversible respecto de su condición de estéril, ni la derivación a Climaterio, no había asistido a la consulta inicial y no pensaba volver al INPer.

ABSTRACT

Infertility or incapacity to achieve pregnancy has been analyzed from distinct disciplinary perspectives. The biomedical approach has generated biological and pathogenic information as well as, diagnostic and therapeutic interventions; psychology evaluates infertility in terms of its adverse impact on mental welfare. In Mexico, the anthropological perspective, that is to say the sociocultural meanings associated to the condition of sterile, has been absent in the research.

Objectives: The objective of this study is to describe and analyze social representations and practices of women diagnosed as infertile, patients that belong to the Infertility and Sterility Department and the Assisted Reproduction Department of the National Institute Perinatology (INPer). This research incorporates the sociocultural dimension existing in the construction of infertility as problem. The medical anthropological perspective emphasizes on sterile women experience of suffering due to their disability to become pregnant.

Material and methods: Research participants were 5 women undergoing medical treatment at the time of the research. All respondents had an infertility diagnosis of at least 24 months of evolution. Informed consent was requested from each patient. Respondents were aleatory selected. Anthropological methods were utilized in conducting the research. Women were interviewed in-depth, all interviews were taped, and one interviewer collected transcribed and coded data.

Results: Through the narratives of infertile women, in different stages of the route of illness, the study analyzes social representations and practices regarding to female infertility. It incorporates information regarding to a former stage, when they consulted and followed treatments prescribed by practitioners belonging to different ethnomedicines, allopathic and non-allopathic. The state as patients at the INPer is also included, special attention is given to their representations regarding treatments, and technology as well as to the doctor-patient relationship.

Conclusions: This work permits to identify some of the causes of miss relation between doctors and patients in the fertility area. The work pretends to improve the medical quality of care through an invitation to the health professional of this area to consider the anthropological point of view, an unusual topic related with infertility.

KEY WORDS: *Infertility, medical anthropology, doctors-patient.*