



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

**Representaciones simbólicas de la infertilidad y esterilidad
desde la perspectiva de género**

Mayra Lilia Chávez Courtois

Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas

Directora: Dra. María Eugenia Olavarría Patiño

**Asesoras: Dra. Dafna Feinholz Klip
Dra. Antonella Fagetti Spedicato**

México, DF.

Agosto, 2002

INDICE

Introducción	1
Justificación	6
Infertilidad y Esterilidad: Una Visión Biomédica	11
Una Visión desde la antropología. Un camino para entender la Infertilidad y Esterilidad	21
Cuerpo Simbólico	49
Identidad Genérica	71
Conclusiones	94
Anexo	97
Bibliografía	98

INTRODUCCIÓN

Existen diversos estudios que han abordado los temas de esterilidad, infertilidad, técnicas de reproducción considerando como objeto de estudio a los actores con sus creencias y significados respecto a los temas. Un ejemplo claro es el trabajo de *Héritier, Masculino/Femenino (1996)*. Dentro de este estudio hace referencia sobre las nociones que tiene los samo de Burkina Faso respecto a la prohibición de relaciones sexuales después del nacimiento y durante la lactancia que puede implicar la esterilidad. Dicha prohibición biológica se da con el sentido de no perjudicar al niño que se está amamantando para evitar un nuevo embarazo, ya que si se llega a dar implicaría la interrupción de la lactancia. Lo anterior desde la explicación biológica en términos fisiológicos es justificada dicha prohibición; pero desde los samo, los motivos de lo anterior es debido que dentro de su pensamiento es fundamental una categoría dualista: la oposición entre lo caliente y lo frío, el cual es encarnado y manipulado por dos personajes, la Tierra (*tudana*) y del señor de la Lluvia (*lamutyiri*). En base a esta categoría dual se da una serie de combinaciones que implican la explicación de la fecundación o de la esterilidad.

Otro trabajo también de *Héritier (1986)*, pero relacionado con los nuevos métodos de procreación es el denominado *El Muslo de Júpiter*, en el cual hace referencia en cómo la antropología puede arrojar indicios sobre el problema que se presenta respecto a la definiciones de parentesco, alianzas matrimoniales, modelos de familia y filiación ante la presencia de las nuevas técnicas de procreación. Nos expresa la necesidad social colectiva como el generador de las exigencias de reproducción en los actores, más que una necesidad individual; ya que como comenta, la mujer sólo es reconocida como tal, al momento de ser madre y en el caso del hombre debe de conservar la descendencia para garantizar prestigio y hacerle tributo a los antepasados y de esto último nos demuestra como se da el ocultamiento de la esterilidad masculinidad a través de diversos comportamientos que van desde las creencias en las tribus, así como de la Reproducción Asistida (RA).

En los últimos tiempos el tema de la reproducción asistida ha implicado dentro de los estudios antropológicos la redefinición del concepto de parentesco. Un estudio que ejemplifica lo anterior es el trabajo de Stratherm (1992) denominado *Reproducing the future*, donde se menciona, que si bien las nuevas técnicas de reproducción han venido a reformular el contenido sobre parentesco, también se ha complicado el definir lo que se entiende por maternidad y paternidad biológica versus social, y por tanto lo que es ser madre o padre. Ya que en la mujer por ejemplo, ser madre implicaba el alumbramiento, ahora bien el período de gestación es una ambigüedad cultural y esto implica una separación entre la madre biológica y la madre social. Este autor menciona la importancia de la función legal para garantizar los derechos del niño y de los padres sociales, que de hecho en algunos países ya hay leyes que garantizan lo anterior como es el caso de Ley Británica de Fertilización y Embriología Humana (*British Human Fertilization and Embryology*). Entre otras reflexiones concluye que el parentesco humano está considerado y seguirá considerándose como un hecho social.

Ahora bien, el presente trabajo es una aportación más de lo que se ha venido explorando y tiene como objetivo conocer el Sistema de Representaciones Simbólicas de los actores que presentan esterilidad o infertilidad, desde el significado del cuerpo y la identidad genérica, así como lo referente al parentesco.

El trabajo consta de cuatro apartados en donde desarrollo e intento definir los ejes teóricos que le darán sustento al trabajo empírico posteriormente. En el primer apartado intitulado: *Definición de la Infertilidad y Esterilidad desde el contexto Biomédico*, menciono de manera muy puntal como son definidas las diversas categorías como esterilidad e infertilidad desde el ámbito biomédico; que por cierto no hay una definición única debido a la dificultad que persiste para diferenciar hasta donde se puede hablar de una u otra, de hecho se ha tratado de unificarlas y nombrarlas sólo como esterilidad. También planteo la definición de los procesos para la búsqueda de la fertilización y posteriormente la de un embarazo como es la Reproducción Asistida (RA), que de hecho es en la que hago mayor énfasis puesto que es la más común a nivel mundial; así también menciono las llamadas Nuevas Técnicas Reproductivas (NTR) que ya se llevan a cabo en países con un alto nivel de desarrollo económico. Menciono las diferencias entre la RA y NTR, así como las diversas

técnicas en cada una. Por último, comento brevemente cómo estas tecnologías biológicas han cuestionado y por ende transformado el contenido de conceptos como paternidad, maternidad y parentesco. Esto último por supuesto que no es resuelto por la biomedicina, sino es una tarea que se le ha dejado a los estudios sociales y culturales, y más claramente a la Antropología. Pero lo anterior, es sólo una forma de entender el sistema salud-enfermedad-atención, es decir, el discurso médico es sólo uno más que da explicaciones de la esterilidad e infertilidad.

A partir de los años sesenta la Antropología Médica le da un giro a la explicación del discurso médico en lo que respecta al contenido del sistema salud-enfermedad-atención. Una de las corrientes que considera como parte principal la percepción de las personas es la Antropología Médica Interpretativa, la cual plantea que la noción de las personas respecto a la enfermedad o el padecimiento son el punto clave para poder entender lo referente a la salud-enfermedad, puesto que sus significados en parte definen su comportamiento de los sujetos dentro del sistema salud-enfermedad-atención y por ende pasan a ser actores en cada uno de los procesos del sistema. Ahora bien, no se deja de lado que por parte de la biomedicina en las últimas décadas se llega a considerar en algunos casos a los factores sociales y culturales como determinantes de la salud de las personas, un ejemplo de esto es el ámbito de la Salud Pública; pero en general, a la medicina sólo le preocupa atender al cuerpo enfermo dejando aun lado al sujeto. Las anteriores reflexiones y otras en esta misma perspectiva las trabajo en el segundo apartado que denomino: *Una visión desde la Antropología Médica. Un camino para entender la infertilidad y esterilidad.*

Dado que la intención del trabajo es explorar el Sistema de Representaciones Simbólicas de la infertilidad y esterilidad desde el cuerpo, el tercer apartado precisamente se llama *Cuerpo Simbólico*, en donde desarrollo cómo es visto el cuerpo simbólico en la modernidad, desde este contexto el cuerpo es separado de la persona, es decir, se da una forma de dualidad que lleva a lo que se conoce como la individualización de la persona, así mismo también comento cómo el cuerpo fue percibido en otros momentos. Las definiciones del cuerpo tienen que ver con el ámbito en donde se encuentra, por ejemplo, desde el ámbito médico, el cuerpo deja de pertenecerle a la persona pasando a ser propiedad del médico como una máquina que es constantemente manipulada para regresar a su “normalidad”, dejando a un

lado al sujeto, que a través de lo social va construyendo una serie de significados conformando el cuerpo simbólico.

Otro de los ejes teóricos que considero necesario para explicar el tema, es lo referente a la *Identidad Genérica* que es el último apartado del presente trabajo. La identidad genérica, es esencial en los contenidos simbólicos diferenciales que se le dan al cuerpo y a las representaciones de fertilidad y esterilidad; el contenido simbólico diferencial implica una serie de dualidades y por tanto de jerarquías que se basan específicamente en la interpretación simbólica del funcionamiento fisiológico dando la oposición de lo idéntico/diferente. Esta interpretación simbólica determina un deber ser en la mujer y en el hombre; en el caso de la mujer se puede decir que el ser madre es el papel principal social y cultural que tiene que cumplir; en el caso del hombre, ser productor y reproductor reafirmando su virilidad con la descendencia de los hijos, un ejemplo claro de esto último se puede ver en el trabajo de Héritier (1986).

En base a lo anterior sería conveniente plantearse una serie de preguntas finales como ¿Qué sucede cuando no pueden cumplir con lo socialmente impuesto? ¿Cómo se asimilan como mujer u hombre? ¿Cómo perciben su cuerpo? En sí ¿Cómo viven su identidad genérica, cuando están presentando problemas en su reproducción? ¿Cómo es vista la infertilidad o esterilidad desde los actores?. Precisamente la presente propuesta teórica intenta dar elementos para dar posibles explicaciones desde el Sistema de Representaciones Simbólicas a partir de los actores.

JUSTIFICACIÓN

La antropología en la actualidad tiene un gran compromiso en rescatar el biologicismo para dar explicaciones a los “nuevos” fenómenos que están sucediendo como resultado de los procesos biológicos, es decir, de las tecnologías biológicas. La presencia de infertilidad o esterilidad implica que la vida de las personas se desarrolle a través de la búsqueda del embarazo involucrándose en una serie de procesos de acuerdo a los tratamientos a los que se sometan a tal grado que no sólo se llega a normalizar la “patología en tanto parte de la vida, sino que (se) normaliza el uso de medicamentos y tratamientos que en su mayoría proceden del saber biomédico y de la industria químico-farmacéutica. Estos tipos de procesos que son parte sustantiva de la vida de los sujetos y grupos, normaliza la biomedicalización como integrante de los saberes cotidianos” (*Menéndez, 2001:9*) y al menos un momento largo de su vida gira en torno al padecimiento, enfermedad o malestar que implica modificar, entre otros los quehaceres cotidianos.

Lo anterior nos lleva a buscar más explicaciones de lo que pasa alrededor del sistema salud-enfermedad-atención, desde diferentes perspectivas como es precisamente el considerar a las personas como actores de dicho sistema. El trabajar los significados de la salud reproductiva invita a “revisar tanto los efectos consistentes de la simbolización y el condicionamiento en los cuerpos de las personas, como las fugas, resistencias y rupturas que los sujetos llevan a cabo frente a la imposición cultural del género” (*Lamas, 2000:109*) por lo que considero pertinente conocer por un lado, el significado del cuerpo ya que, “el cuerpo simbólico es social, cultural e históricamente específico, comparte y asume los hábitos y los discursos comunes, médico, educativo, jurídico” (*Lamas, 2000:108*); y por otro lado, la identidad genérica, ya que “colocar la cuestión de la identidad en la cultura, derrumba concepciones biologicistas ... contar con ciertos cromosomas o con matriz no implica asumir las prescripciones del género y los atributos femeninos; ni viceversa en el caso de los hombres. Las conceptualizaciones que vinculan deterministamente cuerpo, género, e

identidad se estrellan contra la multiplicidad de <identidades>” (Lamas,2000:110). Por lo anterior, es necesario preguntarse ¿qué implica tener cuerpo de mujer, de hombre o asumir los atributos que la cultura ha asignado? cuando los sujetos se encuentran en un momento en que su cuerpo es continuamente manipulado, y paralelamente se reafirma su identidad por parte de los prestadores de servicios, siendo lo anterior otro elemento que invita a conocer los significados de los sujetos, así como de los médicos, sí consideramos que los significados son relacionales.

El motivo de considerar a usuarios con problemas de infertilidad y esterilidad para explorar parte del sistema de representaciones simbólicas de la salud reproductiva, es debido a tres principales argumentos. Uno de ellos, es la parte de la reproducción socialmente determinada, esto es, la procreación que da pie a la construcción de parentesco y que determina tareas entre los géneros. De lo anterior se desprende, otro argumento, que si bien la reproducción socialmente determinada es un hecho que se tiene que cumplir, entonces el cuerpo pasa a ser la maquina de dicha reproducción, por lo que el cuerpo juega un papel básico y específico.

Cuando el cuerpo por problemas fisiológicos, como pueden ser la infertilidad o la esterilidad no cumple con lo socialmente esperado, es sometido y manipulado por diversos tratamientos de Reproducción Asistida (RA) y lo que se conoce también como las Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR). Aquí la pregunta sería ¿Qué pasa con las personas que ingresan a dichos tratamientos, en primer momento para conocer su padecimiento (infertilidad o esterilidad) y posteriormente para lograr un embarazo, en el caso de infertilidad, ¿Cuál es el significado que tiene sobre su cuerpo cuando éste es manipulado continuamente? o ¿Cuándo se les dice que no hay ninguna posibilidad para la reproducción?.

Y de éstos últimos cuestionamientos, se desprende el último argumento, que tiene que ver con la identidad genérica. A la mujer culturalmente se le ha impuesto que su papel natural y principal en la sociedad es la maternidad. Para el caso del hombre es similar, ya que la descendencia en las sociedades occidentales es un factor, entre otros, que reafirma la virilidad; lo anterior implica una serie de desigualdades, y por ende se da una asimetría en

ambos géneros. Por lo que se podría preguntar: ¿Qué sucede cuando no puede cumplir con lo socialmente impuesto? ¿Cómo se asimilan como mujer u hombre? en sí ¿Cómo viven su identidad genérica, cuando están presentando problemas en su reproducción, como es la infertilidad o la esterilidad?.

Ahora bien, creo importante mencionar en donde se va a llevar a cabo el trabajo empírico, por que es donde precisamente se van a explorar los contenidos de las categorías teóricas, y por ende viene a sustentar el por qué de los temas del presente trabajo. La investigación de campo se pretende hacer en la población atendida en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) que es un instituto de atención de tercer nivel que se dedica exclusivamente a atender tanto a mujeres como a hombres que presenten problemas con su salud reproductiva.

La presencia de las personas que presentan esterilidad o infertilidad dentro del Instituto Nacional de Perinatología, no es nada escasa como se puede observar en los siguientes cuadros:

Tabla 1. Tipo de consulta de primera vez en el INPer ^a

Año	Esterilidad	Infertilidad	Andrología	Otras	Total Consultas Ginecológicas
2000	1170	282	513	1,512	3,477
2001	1112	267	484	714	2,577
2002 ^b	519	139	83		-----

^a Todos los datos correspondientes a los años 2000 y 2001 se obtuvieron de INPer; Anuario Estadístico, 2000 y 2001

^b Los datos fueron proporcionados por la Dirección de Administración y Finanzas, Departamento de Análisis y Estadística del INPer, los datos sobre infertilidad y esterilidad corresponden al primer semestre, mientras que los de andrología al primer trimestre

Tabla 2. Tipo de consulta subsecuente en el INPer

Año	Esterilidad	Infertilidad	Andrología	Otras	Total Consultas Ginecológicas
2000	13,702	2,337	2,096	11,275	29,410
2001	13,073	3,145	1,732	8,831	26,781
2002	6,511	1,143	2,096		-----

Los usuarios que acuden al INPer, se caracterizan por ser heterogéneos en diversos aspectos etnográficos y tienen una característica en común, que es el estar involucrados en cuestiones relacionados con su salud reproductiva. Por lo que, será interesante conocer las representaciones simbólicas sobre la infertilidad y esterilidad, los diferentes significados del cuerpo, lo referente a la identidad, así como también conocer las formas de parentesco, si éstas llegan a afectarse o no al momento de someterse a cualquier proceso de RA.

Ahora bien, se puede decir que tanto la esterilidad como la infertilidad traen una serie de consecuencias por la representación cultural-simbólica que implica la fertilidad, ya que en diferentes culturas y religiones a la fertilidad “se le ha considerado como un regalo divino, el fin de la existencia, prueba de la valía, evidencia de la capacidad sexual, demostración de la madurez como adultos, forma de perpetuarse” (Pérez,1997:626) .

Y por lo tanto, el no ser fértil, podría implicar entre otras explicaciones la de “un castigo divino, falta de valía, o de merecimientos, fin de una estirpe, etc” (Pérez,1997:626). Ante lo anterior, las personas se someten a una serie de tratamientos, para poder cumplir lo más cercano a lo que se espera social y culturalmente, evitando consecuencias como “la pérdida de relaciones con personas emocionalmente importantes, salud, status o prestigio, autoestima, auto-confianza, seguridad, fantasías o la esperanza de lograr una fantasía importante, algo de gran valor simbólico” (Pérez,1997:626). Esto nos lleva a pensar como las “propuestas y técnicas biológicas pasan a ser determinantes respecto ... a la reproducción ‘artificial’ (fecundidad in vitro); la posibilidad de escoger al hijo antes de que nazca; la clonación aprobada para la producción de embriones humanos con fines terapéutico ...” (Menéndez,2001:6) en sí la tecnología biológica transforma lo que era considerado ‘normal -

natural' actuando "sobre los comportamientos individuales y colectivos" (Menéndez,2001:6) transformando y creando nuevos significados sobre su cuerpo y su identidad genérica al estar viviendo los procesos de tratamientos como fin de la búsqueda del embarazo.

En sí, la importancia de trabajar el tema de la salud reproductiva, y en específico lo referente a la presencia de infertilidad o esterilidad desde el sistema de representaciones simbólicas en mujeres y hombres es precisamente conocer y entender lo qué para las personas desde su identidad genérica significa la presencia de cualquiera de las dos problemáticas, por que posiblemente pueda llegar a romperse con lo socialmente esperado de lo que es ser madre o padre; y precisamente lo anterior sea uno de los motivos de la búsqueda de soluciones para lograr la fertilización, y someterse a una serie de tratamientos como es la Reproducción Asistida - RA o en casos extremos a las llamadas Nuevas Tecnologías Reproductivas – NTR. Y que al momento de someterse a cualquiera de los tratamientos implica someter su cuerpo, un cuerpo que al momento de estar en el ámbito biomédico deja de pertenecerles y se convierte en la máquina por la cual se llevará a cabo cada uno de los procedimientos del tratamiento. Lo anterior, despersonaliza al usuario, el cuerpo se separa del actor y sólo le pertenece al médico quién es visto como el "salvador" del cuerpo "enfermo" en donde ambos el usuario y el médico construyen una serie de significados. Todo lo anterior hace que las personas construyan "nuevos" significados al vivir la presencia de la infertilidad o esterilidad modificando su comportamiento en la vida cotidiana y ante el sistema salud-enfermedad-atención. Que es lo que precisamente se va a estudiar, el conjunto de significados alrededor de la infertilidad y esterilidad.

DEFINICIÓN DE LA INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD DESDE EL CONTEXTO BIOMÉDICO*

El peso que tiene la ideología médica para dar respuestas "únicas y verdaderas" en las distintas sociedades ante cualquier padecimiento, malestar, enfermedad o afección, trae como resultados definiciones universales y por ende tratamientos de la misma manera. Es por eso, que la intención de comenzar con el presente apartado es porque considero necesario tener presente la definición de la infertilidad y esterilidad desde la visión biomédica, así como también los diversos tratamientos; ya que el discurso médico es uno más de la interpretación del fenómeno de estudio.

Lo anterior con el fin de tener antecedentes de cómo han sido entendidos y manejados los problemas de la falta de fertilización por el cuerpo médico, y cómo esta ideología no sólo queda en ellos, sino que se transmite su percepción "científica" al resto de las personas contribuyendo a la percepción y por ende al comportamiento que llegan a tener respecto al sistema salud-enfermedad-atención, es decir, se da una "conciencia médica generalizada, difundida en el espacio y en el tiempo, ligada a cada existencia individual pero al mismo tiempo a la vida colectiva de la nación. Esta conciencia es lo que hace posible que la falta de hijo se perciba como <<enfermedad>> y se pida una solución al cuerpo médico" (*Tubert,1991:7*).

Veremos como la esterilidad y la infertilidad son entendidas meramente desde la percepción médica, para lo cual empezaré a trabajar las consideraciones generales del tema. Es importante aclarar que hay diferentes concepciones de lo que es esterilidad o infertilidad, de hecho en los últimos tiempos se ha dado una tendencia en denominar a la esterilidad como infertilidad, con el fin de homogenizarla a nivel mundial (*Ahued,2000*).

Según los expertos del ámbito médico en reproducción, la esterilidad es definida como "la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones

* Ver anexo para la definición de algunos términos médicos

sexuales sin protección anticonceptiva, mientras que infertilidad implica la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables" (*Pérez,1997:2*). En el Instituto Nacional de Perinatología INPer, se considera que la esterilidad "debería reservarse para aquellas parejas, en donde no sean cumplido las expectativas de embarazo, secundario a la gravedad del propio padecimiento o ante la falta de éxito reproductivo, después de haber sido sometido a tratamientos encaminados a restaurar la fertilidad" (*Ahued,2000:273*) y la infertilidad es considerada "la incapacidad para lograr un embarazo, después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes, sin la utilización de métodos anticonceptivos" (*Ahued,2000:273*).

En el caso de la esterilidad se habla de dos tipos, la primaria, es cuando nunca se ha logrado un embarazo y la secundaria, por el contrario se ha dado la presencia de embarazos previos. Según la Sociedad Americana de Fertilidad, al primer tipo de esterilidad la denomina infertilidad, y a la segunda aborto habitual. Cada vez hay más autores que utilizan ambos conceptos de manera indistinta, por ejemplo hay unos que entienden la infertilidad como susceptible de corrección y la esterilidad irreversible o absoluta (*Pérez,1997:2*).

La percepción médica en la sociedad moderna da una clasificación de la esterilidad, ya que ésta puede ser femenina o masculina. Para la medicina, la esterilidad femenina, consiste u obedece a una serie de causas: metabólicas, endocrinas, vaginales, cervicales, uterinas, tubarias, ováricas psíquicas y coitales; y la esterilidad masculina se le atribuye las siguientes causas: coital y anormalidades de los espermatozoides como azoospermia, oligospermia, espermatozoides anormales, también se diagnóstica esterilidad cuando aparecen complicaciones testiculares, pene y uretra, próstata y vesículas seminales (*Benson,1995*).

La distribución aproximada que se presenta de acuerdo a los factores causales es la siguiente: masculino, 25-30%; ovárico,20-30%; tubario,15-20%; cervical,5-10%; causa desconocida, 5-10%. El factor edad, es importante en la presencia de infertilidad o esterilidad, ya que en el caso de la mujer el nivel alto de fertilidad se da entre lo 24 y 26 años, declinando gradualmente con la edad, lo anterior debido a que pueden presentarse alteraciones en la función ovulatoria o en la viabilidad del óvulo, así como la deciliación tubaria, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y disminución de la frecuencia

coital; en el caso del hombre, el declive de fertilidad se da a partir de los 35 años (Pérez,1997). Por lo anterior, los médicos recomiendan que en parejas menores de 35 años, después de 24 meses de no reproducción se empiecen a realizar estudios, y las parejas mayores de 35 años el intervalo indicado de espera para iniciar los tratamiento debe de ser de 12 meses (Ahued,2000).

En las últimas décadas el ámbito médico considera que la presencia de dichas problemáticas se debe a distintas implicaciones identificadas en las distintas esferas: psicológica, biológica y social de las personas o parejas afectadas, haciendo caso a la definición de salud dada por la OMS. Por lo que, en base a diversos estudios ya son considerados como factores de riesgo de la presencia de infertilidad, al consumo de tabaquismo, alcohol, café, marihuana, cocaína, la falta de ejercicio físico, el peso de la mujer, irregularidades menstruales con ejercicio intenso, la presencia de amenorrea, la frecuencia de disfunción ovulatoria. También, los aspectos psicológicos son considerados como factores de riesgo; dentro del INPer es común que se den respuestas psico-emocionales como es definido en la literatura internacional, la cual consiste que al momento de tener contacto con institutos de tercer nivel que se dedican a problemas de infertilidad, las mujeres en el primer mes de ingreso presentan embarazos espontáneos (Ahued,2000) lo que implica que el médico debe de poner mayor atención a la demanda de la usuaria.

Esta percepción “novedosa” por parte del ámbito médico de considerar toda una serie de situaciones que se dan en las distintas esferas como factores de riesgo de la causa de la infertilidad o esterilidad, nos habla de una “flexibilidad” del pensamiento médico, al no encasillarse en buscar respuestas meramente fisiológicas. Ahora bien, esta flexibilidad de pensamiento no garantiza un cambio en la relación médico-paciente, es decir, la manera en cómo es visto el usuario por parte del médico en sociedades occidentales no se da desde una postura integral, el sujeto es entendido a través de la enfermedad o padecimiento que presente. Lo anterior, lo desarrollo con más detalle en el siguiente apartado.

Alrededor de la infertilidad o esterilidad, se han construido una serie de representaciones míticas culturales, como la creencia de que una mujer no se puede embarazar por ser muy aprensiva, el tener solamente relaciones cuando ocurra la ovulación, el tratar con hormonas

tiroideas, la adopción de un niño para resolver temporalmente el problema, realizar una dilatación cervical, el tener un útero infantil que impida la fertilización o la creencia de que los nuevos métodos anticonceptivos causan problemas de infertilidad o esterilidad, etcétera (Pérez,1997). Esto último, según el cuerpo médico tiene que descartarse, ya que la mejor solución es consultar a los especialistas, es decir, a la razón “única” la del médico. Pero precisamente esta serie de mitos que conlleva una diversidad de significados son los que determinan el comportamiento de las personas ante la problemática de la infertilidad o esterilidad, lo que nuevamente nos confirma que la relación médico – paciente sigue siendo asimétrica.

Las soluciones dadas por la medicina ante los tipos de esterilidad son mediante una serie de tratamientos, que abarcan medidas generales, médicas y quirúrgicas, así como la inducción de la ovulación e inseminación artificial, para la mujer y para el hombre respectivamente (Benson,1995). Para fin del presente trabajo considero necesario mencionar cada uno de los tratamiento que se encuentran, tanto en lo que se llama Reproducción Asistida (RA) como en las Nuevas Técnicas de la Reproducción (NTR), ambas pueden entenderse como el “empleo de tecnología altamente especializada que sustituye o complementa al contacto sexual para que la fertilización ocurra” (Pérez,1997:644). La diferencia entre éstas, es que una es considerada como básica (RA) y la otra avanzada (NTR), ambas pueden tener una serie de repercusiones de diferente índole, implicaciones religiosas, éticas, económicas, legales, psicológicas y en los últimos tiempos hasta políticas.

Citaré cada uno de los tratamientos y una breve explicación de éstos; conforme los vaya mencionando va ir aumentando el grado de complicación y de tecnología de los procedimientos. Comenzaré con la Inseminación Terapéutica, consiste en depositar los espermatozoides de la pareja en el útero de la mujer sin contacto sexual, la técnica común es la intrauterina, aunque también existe la intracervical, vaginal, intraperitoneal e intrafolicular, así como la técnica de procesamiento de los espermatozoides; otro tratamiento, es el llamado Perfusión Espermática a oviductos (FSP, Fallopian Sperm Perfusion), la cual tiene el mismo procedimiento que la anterior, pero la diferencia es que se insemína un mayor volumen de medio de cultivo con espermatozoides; la Fertilización in vitro (FIV) y Transferencia de Embriones (TE), es la unión del óvulo y el espermatozoide

fuera del cuerpo humano donde se mantienen en buenas condiciones para que el óvulo sea fertilizado y se desarrolle a diferentes estadios, posteriormente estos embriones se trasladan a la cavidad uterina y ahí prosigue su desarrollo, de hecho ésta es una de las técnicas que actualmente se practica en todo el mundo; también existe la Fertilización in vitro con embriones congelados, su procedimiento consiste en trasladar el embrión previamente descongelado a la cavidad uterina, lo cual aumenta la posibilidad de un embarazo; otra técnica es la Transferencia Intrauterina de Gametos (GIFT), la intención de esta técnica es mejorar los resultados que tiene FIV, y consiste en colocar por laparoscopia o minilaparotomía espermatozoides y ovocitos en la porción ampular de un oviducto para que ahí se realice la fertilización, dicha técnica fue pensada en mujeres que tuvieran por lo menos una trompa de Falopio en buen estado; la Transferencia Intratubaria de Embriones (ZIFT, Zigote Intrafallopian Transfer) es similar a las anteriores pero sólo se transfieren embriones o huevos fecundados (*Pérez,1997; Speroff, 1999*). Podemos decir, que hasta aquí estamos hablando de técnicas que son consideradas básicas, y por tanto las más comunes.

Ahora bien, en cuanto a las técnicas avanzadas, se encuentra la Donación de Embriones, que es similar a la donación de espermatozoides, aquí la donación es de ovocitos, comúnmente esta técnica fue pensada en mujeres de edad avanzada, los ovocitos son donados por mujeres jóvenes para ser implantados en mujeres de mayor edad; otra es la Donación de Embriones o huevos fecundados y es una extensión de la técnica anterior, se donan los huevos fecundados ya sea in vitro o in vivo, los cuales se extraen de la cavidad uterina; también existe el procedimiento de las Portadoras Subrogadas (Surrogated Gestational Carrier) ésta se lleva a cabo cuando mujeres estériles sin útero y con ovarios por medio de un programa contratan o alquilan el útero de mujeres que cubren una serie de requisitos que van desde la edad hasta características psicológicas, médicas, etcétera, las cuales se comprometen en llevar en su útero la concepción de ovocitos y espermatozoides de la pareja estéril hasta el parto e inmediatamente después de éste regresarlo a la pareja, este procedimiento por la multiplicidad de aspectos que conlleva desde lo emocional, legal, éticos, religiosos, médicos... son escasos los lugares en donde se ofrecen; otra técnica o procedimiento es la Aspiración Microquirúrgica de espermatozoides de Epidídimo, la cual consiste en la aspiración de espermatozoides de varones que presentan obstrucción con daño irreversible de los conductos deferentes o algún otro padecimiento similar y

posteriormente se depositan los espermatozoides en el útero; la técnica de Micromanipulación de gametos y embriones es considerada una extensión de la RA, específicamente consiste en manipular bajo el microscopio gametos y huevos fecundados con el fin de diagnosticar y corregir anomalías genéticas y cromosómicas, aún este procedimiento se encuentra en la fase de investigación; otro procedimiento es la Asistencia a Espermatozoides en la fertilización, el cual consiste en utilizar técnicas de micromanipulación en los casos de oligozoospermia, astenozoospermia severa, inmovilidad espermática o falla de los espermatozoides para penetrar al óvulo, ésta se lleva a cabo por diversas técnicas de manipulación de los espermatozoides para lograr la fecundación; similarmente a este último procedimiento se encuentran otros que tienen como fin manipular ya sea a huevos fecundados, co-cultivos de embriones, anomalías genéticas o cromosómicas en los blastómeros con el sentido de garantizar la calidad de la fertilización y que posteriormente no se presenten errores en el producto futuro. Por último, mencionaré la técnica denominada Inyección del Espermatozoide (ICSI), este procedimiento consiste en la inyección del espermatozoide al citoplasma del ovocito para lograr posteriormente la función de los núcleos de ambos gametos (*Speroff, 1999*).

Como se puede observar existe una gran cantidad de procedimientos de RA y NTR cuyo fin primero es lograr la fertilización y posteriormente el embarazo. Por supuesto, que la realización de cada técnica está completamente separada de la persona integral que pide el servicio o de aquellas que dona o se alquilan (el caso de la mujer que presta su útero) convirtiéndose como puente principal y único el cuerpo, en donde se significa una serie de símbolos alrededor de la maternidad o paternidad.

Aquí lo interesante es saber qué pasa con las personas que viven cualquiera de los anteriores procedimientos, ya que no podemos dejar a un lado que la RA y las NTR vinieron a modificar precisamente las definiciones de parentesco. Si bien, el parentesco humano está considerado como un hecho de la sociedad fundamentado en los actos naturales y los parientes más próximos son reconocidos aquellos que por un lado son de descendencia a través de la sangre y que se encuentran dentro del matrimonio, es decir, el pariente es consecuencia o prospecto de la procreación (*Strathern, 1992*). En la actualidad, la medicina reproductiva por sus avances tecnológicos han modificado el entendimiento anterior sobre

el parentesco, por ejemplo en el caso del donante de esperma o la donante de óvulo, se les reconoce como padre o madre genética, pero pierden todo derecho y obligación con el nuevo individuo. En el caso de la mujer que presta su vientre se le considera madre sustituta, ya que tiene que entregar a la madre “real” al niño que dio a luz, es decir, la mujer que es contratada al momento de parir pierde todo derecho como madre del niño que parió, lo que lleva a que la maternidad se separe “de la gestación y del parto” (*Bestard,1998:205-6*) lo que implica en la actualidad que ser madre no necesariamente es vivir el proceso de embarazo y de parto, sino precisamente a partir de la cultura se reformula la conceptualización de lo qué es ser madre y padre, y se da una nueva ambigüedad acerca de lo que es ser madre natural o padre natural, y ahora se hace hincapié en la reformulación de maternidad y paternidad social (*Strathern,1992*).

En algunos países se le ha dado sustento legal a la definición de lo que es ser madre o padre para el caso de las personas que se practicaron algún tipo de RA; un ejemplo es la Ley Británica de Fertilización y Embriología Humana (British Human Fertilization and Embryology) la cual considera que a la persona se le puede nombrar madre o padre al momento que adquiere los derechos legales del niño y al donador sólo se le tiene que considerar como tal. Por tanto el parentesco pasa a ser considerado como una construcción social de los procesos naturales (*Strathern,1992*).

Esto último por supuesto que no esta resultado por la biología, es decir, ésta

“no puede resolver la cuestión de quiénes son los ascendientes reales. El proceso natural, antes único e indivisible, se halla ahora fraccionado en distintos procesos independientes. Se establece una distinción entre ascendientes reales y genéticos, o bien entre madre sustituta y madre real. La donación de esperma hace al donante padre genético, y la donación de óvulo hace a la donante madre genética, porque la concepción se separa del acto sexual” (*Bestard,1998:205*)

Esta separación del acto sexual y la concepción, no rompe con la filiación ya que con los nuevos modos de reproducción, los hijos que se den de ésta llegan a pertenecer a un grupo socialmente definido. Tanto el parentesco, la alianza matrimonial, las modalidades de familia y los sistemas de filiación no son resultado de la biología, es decir no son biológicamente fundados, no son naturales y por tanto no son universales (*Héritier,1986*), independientemente de donde venga la descendencia ya sea, por el acto sexual o por alguna técnica de reproducción asistida.

Para el ámbito biomédico cada uno de los procedimientos es considerado “natural”, debido a que es una asistencia para “normalizar o resolver” la “anomalía” que presenta la persona estéril. En este sentido, el “desarrollo tecnológico se presenta como una medicalización cada vez mayor, no sólo del cuerpo, sino también de la vida, la sexualidad, el deseo. El saber científico, con la cooperación de sus recursos técnicos, interviene como una fuente de poder y la representaciones de nuestras funciones vitales, de nuestra sexualidad y del sentido de nuestra vida están atravesadas por esas relaciones de saber-poder” (*Tubert,1991:XI*) en cuyo contexto nuestro cuerpo y nuestra identidad están en juego constantemente.

De hecho “las disputas en torno a las definiciones de la paternidad y la maternidad que hoy se producen en el contexto de las tecnologías de procreación asistida no parecen poder solucionar mediante referencias a la naturaleza de lo hechos de la vida. Es la misma biología la que plantea la cuestión a la cultura: el referente de los términos de parentesco ya no puede ser el viejo modelo natural de la genealogía” (*Bestard,1998:201*) en donde el padre social era el biológico como el legal, se le consideraba padre natural al que tenía hijos fuera del matrimonio y el padre biológico es el que aparece a partir de la reproducción asistida (*Strathern en Bestard,1998*). Con lo anterior se puede ver como la reproducción sigue perteneciendo al ámbito de la cultura.

En el momento en que se deja de concebir a la reproducción como algo meramente natural, “la reproducción se (convierte) en un campo donde prevalecen la pluralidad de elecciones, la manipulación y la intervención (desde el control de la fertilidad al de la esterilidad). Las tecnologías de procreación implican la disolución de la idea de que la reproducción es un proceso natural” (*Bestard,1998:203*) lo que nos deja reflexionando como la tecnología que

pareciera que está separada de lo cultural tiene un gran peso en lo social y lo cultural y viceversa.

Estas últimas reflexiones nos afirman la importancia de trabajar el tema de infertilidad y esterilidad desde el sistema de representaciones simbólicas en mujeres y hombres, por que nos permite conocer cómo las nuevas soluciones para la fertilización influyen en la manera de concebir su cuerpo cuando éste se convierte en máquina que constantemente es manipulada (ver apartado cuerpo simbólico) y cómo se ven desde este contexto como mujer u hombre y específicamente qué significados tienen al momento de pasar por algún o algunos de los tratamientos que posiblemente les permita lograr o cumplir con un deseo y con lo socialmente esperado del ser mujer u hombre (ver apartado identidad genérica).

Por tanto, se puede decir que las definiciones de infertilidad y esterilidad anteriormente dadas por la medicina son importantes de considerar en tanto que dichas problemáticas han sido trabajadas como parte del contexto biomédico. La implicación de lo anterior es que su discurso sólo gira en torno a ver la enfermedad, el malestar o padecimiento como asuntos exclusivos de la biomedicina, determinando una forma específica de entender el sistema salud-enfermedad-atención, así como también la relación con los usuarios. En el próximo apartado trabajo con más detalle lo referente al discurso biomédico.

UNA VISION DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA. UN CAMINO PARA ENTENDER LA INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

En el capítulo anterior, dimos cuenta de cómo debe ser entendida la infertilidad y esterilidad, así como los tratamiento RA y , desde el contexto médico. Las definiciones dadas por la colectividad médica sólo hacen referencia a la anatomía, fisiología, en sí la parte biológica del cuerpo de las personas, limitando la búsqueda de otras respuestas que puede explorarse alrededor de la infertilidad y esterilidad en mujeres y hombres desde otros enfoques, ya que como se dijo anteriormente el problema de la infertilidad y esterilidad ha sido entendido sólo como parte del contexto biomédico. Por tanto, la importancia de considerar la antropología médica es precisamente que es una corriente teórica que permite dar el salto y entender tanto la infertilidad como la esterilidad desde una perspectiva socio-cultural.

El origen de la Antropología Médica tiene sus raíces a partir de trabajos etnográficos de contenido médico. Uno de los pioneros fue el médico de profesión, posteriormente antropólogo William Rivers, quien exploró las creencias y prácticas de la enfermedad y el accidente en los nativos, lo que lo lleva a realizar su obra: *Medicina, magia y religión* (1924) planteando propuestas teóricas que enriquecieron la Antropología Médica, por ejemplo, sostuvo que las prácticas médicas son resultado de las creencias, y que tanto éstas como las prácticas son parte de la cultura, las cuales constituyen una institución social y deben ser consideradas en términos de principios y métodos (Rivers en Aguirre, 1994).

Posteriormente, se siguieron trabajando monografías referentes a la enfermedad primitiva, como fue el caso de Forrest Clements, quien publico *Conceptos Primitivos de la Enfermedad* (1932). En la década de los cuarenta, la historia de la medicina se renovó cuando los médicos Henry A. Sigerist (*Civilización y enfermedad*,1946) y Erwing H. Ackerknecht (*Primitive medicine´s social funtion*,1958), enfocaron "los hechos relacionados con la salud y la enfermedad desde el ángulo social-antropológico" (Aguirre, 1994:49).

Ya para los años cincuenta, el estudio de la Antropología Médica se enfocó en el análisis de las instituciones médicas tomando como base los roles y funciones de los prestadores de servicios en su relación con los pacientes. En Latinoamérica, desde el ámbito culturalista su orientación se dio en el estudio de las "enfermedades tradicionales", las prácticas médicas rituales y las funciones de curadores tradicionales en las poblaciones indígenas, así como también se realizaron programas para mejorar las condiciones de salud de la población rural. En sí, la "labor del antropólogo consistía entonces en 'descifrar' las claves de acceso cultural y allanar los posibles obstáculos encontrados en el marco de las políticas indigenistas" (Osorio,2001:21). Para los años setenta, las disciplinas interesadas en el campo de la salud dentro de ellas la antropología médica, manifiestan "un creciente interés por recuperar la manera en que la población concibe y actúa frente a sus propios padecimientos, destacando el papel de la estructura familiar y de redes sociales de apoyo como instancia de atención a los procesos de salud/enfermedad" (Osorio,2001:21-2) dicho papel activo de la población, no sólo se analizó "como generadora de significados y sentidos culturales sobre la enfermedad, sino como instancia de resolución de sus propios problemas de salud, estudiando más a fondo las respuesta sociales a la enfermedad" (Osorio,2001:21).

En el ámbito de la medicina en la actualidad se ha visto que:

"los aportes de las ciencias sociales en el estudio de los problemas de salud han sido transcendidas con amplitud, sobre todo en el campo de la salud pública; de hecho, muchos de los conceptos que se utilizan en esta disciplina (como esperanza de vida, equidad y desigualdad social, necesidad, conductas de riesgo, aceptabilidad, género, etc.) y varias de las técnicas de indagación (como la encuesta, la entrevista, los grupos focales, etc.) constituyen en sí mismo un aporte de las ciencias sociales al estudio de los problemas de salud" (Castro,1996:226)

Lo anterior se ha logrado, ya que se viene dando una serie de abordajes teórico-metodológicos interdisciplinarios, en donde la estrategia se basa en retomar la realidad, esto es, considerar que los problemas de salud son también consecuencia de factores sociales y culturales, son problemas de salud pública; pero la antropología médica ha insistido en la

necesidad de entender la incidencia de dichos factores "en las creencias, percepciones y prácticas en seres humanos respecto a su salud y la de su familia, como en los desenlaces de tratamientos de la enfermedad" (*Mummert,1998:17*).

En la actualidad, por lo tanto, "las verdaderas interrogantes no apuntan hacia la validez de la vinculación entre lo social y la salud, sino hacia la forma en que es posible extraer el mayor provecho de este vínculo. Sólo mediante el fortalecimiento de la interdisciplinaria será posible acceder a una nueva etapa de desarrollo teórico y aplicativo en este campo" (*Castro,1996:226*). Lo anterior precisamente se viene dando dentro de la disciplina de la antropología médica.

Como ya se sabe, la Antropología Médica es uno de los campos que ha proporcionado elementos para entender y analizar la salud de las personas desde una perspectiva distinta al área médica, ya que parte de una epistemología específica que "puede dedicarse a estudiar sistemas sociales médicos globales o estudiar problemas específicos que pueden ir desde las prácticas curativas populares hasta el control médico o shamánico, y pasando por problemas de enfermedad laboral, la descripción de nosologías médicas étnicas o la epidemiología social del cáncer, del susto o del alcoholismo" (*Menéndez,1990:27*) y lo referente a la salud reproductiva.

La antropología médica por tanto puede entenderse como un campo que abarca:

“todas las preguntas sobre la salud, enfermedad, padecimiento, malestar de los individuos y poblaciones humanas que se emprenden desde la perspectiva holística y alrededor de la cultura, distintivo de la antropología como una disciplina, es decir, con un conocimiento de la uniformidad y variación biológica, cultural, lingüística e histórica de las especies. Abarca los estudios de etnomedicina, epidemiología, salud materna e infantil, nutrición, el desarrollo humano en relación con la salud y enfermedad, proveedores y servicios del cuidado de la salud, salud pública, política de salud, lenguaje y discursos de la salud y del cuidado de la salud” (*Medical Anthropology Quarterly*)

Por lo que, los antropólogos médicos estudian el campo de la biomedicina, explorando la manera en cómo está social, cultural e históricamente construido, demostrando como estas perspectivas influyen en la vida de los pacientes (*Amarasingham,1990:159*). Mientras que la etnomedicina sólo se centra en "investigar predominantemente los sistemas culturales/ideológicos que operan a través de las prácticas de control de la enfermedad, preferentemente referidas a los padecimientos 'tradicionales' que ocurren en los grupos étnicos" (*Menendez,1990:27*).

Si bien, la medicina es parte de la cultura, entonces tendríamos que entenderla como "un vasto conjunto de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes costumbres, rituales y símbolos que interconectados, forman un sistema cuyos elementos constitutivos se refuerzan y soportan" (*Saunders en Aguirre,1994:264*), lo que hace ver a la medicina como una actividad social, esto es, la "interacción entre dos o más personas, todas ellas condicionadas por su experiencia previa a responder a situaciones variadas con un número distinto de patrones de conducta" (*Saunders en Aguirre,1994:264*) y de significados. Pero no sólo la medicina puede entenderse como una actividad social, sino también su contra parte: malestar, enfermedad, padecimiento; lo anterior, por ende nos lleva a entender la esterilidad y la infertilidad como construcciones sociales.

Con base a lo anterior, se puede decir que el proceso de salud-enfermedad-atención, conforma "un dinámico proceso bio-psíquico-social, que está determinado (entre otros) por la estructura socioeconómica, las relaciones sociales" (*COPLAMAR en Aguirre,1994:404*) y con el sistema de representaciones simbólicas. En definitiva, como se sabe todas las personas se encuentran inmersos "en una red de relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que determina, en buena medida, su salud-enfermedad" (*Aguirre,1994:404*), él cual está conformado por un contenido de símbolos y signos que les permite tener una percepción particular, tanto de la salud como de la enfermedad, más adelante veremos cómo tendría que ser abordado dicho sistema.

En la sociedad occidental generalmente se cree que la biomedicina opera dentro de "hechos" reales, muchas de sus experiencias de las personas están íntimamente contactadas con el pensamiento científico biomédico que describe los hechos de las funciones y enfermedades

corporales. En esta sociedad es importante recordar que los “... participantes de la etnomedicina (biomedicina) distinguen enfáticamente su campo con otras instituciones y aspectos de su sociedad. La idea de la enfermedad es como una ‘ocurrencia natural’ ” (*Hahn y Kleinman en Amarasingham,1990:161*) es decir, es un hecho real – natural.

Los hechos corporales reales como es planteada por la biomedicina, implican la separación con otros campos como lo cultural y social (*Amarasingham,1990*). En la historia de la teoría de la biomedicina se ha visto que se hace énfasis en la separación del cuerpo físico con la mente y lo social, esto es, “el cuerpo es parte del mundo natural, conocido como una entidad material limitada; similarmente las enfermedades son entidades físicas ocurriendo en locaciones específicas del cuerpo” (*Amarasingham,1990:161*). Lo que trae como consecuencia lo que mencionan Robert Hahn y Arthur Kleinman que “la reducción física es un dogma central de la biomedicina” (*citado en Amarasingham,1990:161*). Con lo anterior se puede decir que el enfoque médico separa radicalmente el cuerpo de lo social y de lo cultural, dejando aun lado la percepción de los sujetos, sus creencias y costumbres, restringiendo por lo tanto a la persona a un cuerpo físico que no le pertenece; de hecho, el énfasis a lo largo de la historia de la biomedicina se da en el origen de la elaboración Cartesiana, esto es, en la dicotomía de la mente y el cuerpo. El control del cuerpo, en parte tiene que ver con el papel que la medicina ha jugado a lo largo de la historia, ya que tiene como ‘misión’ “...garantizar la integración funcional del cuerpo (o de la mente, o de la persona) a través del cuidado y la cura” (*Margolis,1976:252*). No se puede negar que el “fundamento de la medicina es, esencialmente, una física del hombre (y de la mujer) que compara los movimientos fisiológicos y su arraigo anatómico y funcional con una máquina sofisticada. Basta con conocer el proceso nosológico y las reacciones del cuerpo respecto al mismo, para delimitar la enfermedad, entendida como extranjera” (*Le Breton,1995:179*). Con base a lo anterior, las personas con problemas de fecundación al momento de someterse a todo una serie de tratamientos de manera inmediata se convierte en sólo cuerpo, esto es, el individuo como tal no es la preocupación de solución, sino, sólo su parte fisiológica; más adelante se retomara este punto.

Como se puede percibir, la "medicina construyó una representación del cuerpo que coloca al sujeto en una especie de posición dual respecto a así mismo. El enfermo es sólo el epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que sucede en el cuerpo" (*Le Breton,1995:180*). En sí, el campo de la biomedicina por suministrar criterios de normalidad, participa en la separación del área médica con la cultura, lo que trae como consecuencia la separación del cuerpo con lo social y la mente, de lo natural con lo cultural, promoviendo relaciones dicotómicas (*Amarasingham,1990*).

Pero cómo abordar el sistema de salud-enfermedad-atención desde un enfoque de la Antropología Médica, cuando constantemente se presentan las dicotomías mencionadas. Primeramente, es necesario considerar la biomedicina como un campo cultural, como es propuesto por *Amarasingham (1990)* es decir, entender el sistema de salud-enfermedad – atención como un sistema cultural, en donde este sistema es producto de sus formas simbólicas, las cuales entre otras pueden ser resultado del significado del cuerpo y la identidad genérica. Ya que como se sabe,

"la medicina se aleja, entonces, de un recurso, el de lo simbólico que, sin embargo, podría potenciar sus efectos. No es que la dimensión simbólica esté ausente de la relación médico-paciente, siempre está ahí, tanto más si el médico cuenta con la confianza del paciente, pero la instauración de esta eficacia está limitada por la posición cultural y social del médico, por el carácter en general técnico de las terapias que éste recomienda" (*Le Breton,1995:184*)

Amarasingham, hace notar dos dificultades que se presentan y que tienen que ver con la relación, entre el hecho construido y el hecho natural. Primeramente, el considerar que la práctica médica depende de la suposición de un sujeto natural formulado científicamente y objetivado, una prueba difícil de la realidad y donde dicha realidad es fundamental en todas las tradiciones de curación, por lo que es necesario entonces no descartar esta naturaleza entendida por la biomedicina. Una segunda dificultad, que tiene que ver precisamente con el hecho construido, es el círculo cerrado de creencias y de expresiones sugeridas por la noción de los sistemas culturales, agrietado, incluso frágil en varios relatos, lo anterior puede ser resultado en parte por la dirección misma de las creencias de enfermedades que ponen en

peligro al orden cultural trayendo como consecuencia un caos y pérdida de significados, al no hablar de cuestiones y soluciones socioculturales particulares (*Amarasingham,1990*).

Para lo anterior, Amarasingham propone una serie de estrategias para llevar a cabo el estudio de la salud desde la epistemología de la antropológica médica:

Primeramente, "la contextualización histórica, es decir, la biomedicina es un producto particular incrustado históricamente en las suposiciones sociales y culturales, resaltando por supuesto las instituciones reguladoras; una segunda estrategia, es hacer notar, a través del análisis de metáforas y otras formas de discurso, maneras en que el significado social está incluido en las categorías biomédicas; y una tercera, es, tomar en cuenta los mundos de la vida de los médicos; ya que la práctica diaria de éstos está revelando las funciones pragmáticas y la teoría biomédica. Dichas estrategias o formas de análisis objetivas permiten recuperar el campo de lo 'natural' y el 'supuesto' de aquellos aspectos culturales construidos de la biomedicina" (*Amarasingham, 1990:161*)

Aquí por ejemplo, es importante segregar los caminos del conocimiento tanto de la ciencia biomédica como de la social, es decir, entender lo clínicamente aplicado y la antropológica médica como un todo, lo anterior es definido por Amarasingham como el paréntesis de la biomedicina. Con el fin de profundizar un poco en dicho paréntesis, sería conveniente plantear algunas puntuaciones acerca del sistema de creencias culturales y del sistema de conocimiento biomédico.

Gran parte del entendimiento de la salud de las personas tiene que ver, el cómo ha sido y es percibida la salud por parte de la institución médica, siendo parte primordial los médicos. En la actualidad, como ya se ha venido mencionando "la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, al sentido de la enfermedad, para considerar solamente al "mecanismo corporal" (*Le Breton, 1995:179*). Esta concepción médica mecanicista, es la que nos invita precisamente a seguir explorando los significados que las personas tienen sobre su salud reproductiva, y

específicamente lo referente a la infertilidad y esterilidad. Ya que en todo momento existe la presencia del sistema de conocimiento biomédico paralelo al sistema de creencias culturales (*Pelto,1997*) en donde ambos sistemas intervienen en el comportamiento de las personas respecto a la salud.

Para los prestadores de servicios y en especial para los médicos, el conocimiento implica información científica, esto es, una realidad o hecho científico “scientific fact”, el cual, se basa en la universalidad de lo que se considera como válido dentro de la cultura (*Pelto,1997*). Lo anterior hace referencia a la capacidad normatizadora de la práctica médica que tiene sus cimientos en lo biológico a nivel científico y de hecho “justifica las prácticas ideológicas construidas en la relación médico-paciente” (*Menéndez,1990:65*).

Ya que la capacidad normatizadora de la práctica médica implica,

“proponer modelos controlados frente a la enfermedad, pero también respecto a la salud. Normatizar supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos. Es justamente en este ‘salto’ de lo ‘biológico’ a lo ‘conductual’ donde la normatización opera una transformación y esquematización de los referentes teóricos, ajenos o no la propia intencionalidad de lo curadores” (*Menéndez,1990:66*)

El modelo médico, desde su perspectiva del ‘conocimiento científico’, ignorando a los sujetos como actores tanto de las enfermedades como de su propia salud; centrándose solamente en el puente que permite la relación médico – paciente, es decir en el cuerpo que es realmente el espacio que le interesa a dicho modelo.

Por el contrario, el sistema de creencias se refieren usualmente a ideas tradicionales o “folk models” (*Pelto,1997*) que por supuesto desde el ámbito médico no son realidades válidas, sino, realidades erróneas que impiden explicar el comportamiento que las personas tengan respecto a su salud. Ahora bien, dentro del léxico antropológico, las creencias y el conocimiento no son términos contrastantes, las diferencias entre estas dos palabras, es que las creencias son ideas generalmente disponibles y conscientes en la verbalización (de las

personas); por el contrario el conocimiento incluye elementos que no son accesibles para la discusión de la realidad (*Pelto,1997*) porque precisamente le hace falta la explicación empírica, cuyo contenido en parte es dado por las creencias, y el sistema de representaciones simbólicas, reflejando el comportamiento de las persona ante el sistema salud-enfermedad-atención.

Desde un marco de las prácticas y las creencias del cuidado de la salud que le dan contenido a la esencia sistémica en décadas tempranas, el punto central de la teoría antropológica se debió a que las conceptualizaciones antropológicas estuvieron fuertemente influenciadas por la relación entre el comportamiento y las creencias dándoles sentido a la idea de sistemas. Lo anterior, es particularmente evidente dentro de la antropología médica, esto es, “las creencias y los hábitos de las personas en una comunidad determinada no están separadas, ya que son elementos centrales del sistema cultural” (*Paul en Pelto,1997:150*).

Es prudente recordar que durante los pasados 15 años los antropólogos médicos tuvieron que modificar considerablemente sus concepciones de los efectos del sistema de creencias de las personas respecto al comportamiento del cuidado de su salud. Estas modificaciones estuvieron disparadas en parte, por la rápida presencia de diversas prácticas en el cuidado de la salud en todo el mundo debido a la medicina cosmopolita. Recientemente el pensamiento antropológico acerca de la conducta del cuidado de la salud hace énfasis en la importancia de la toma de decisiones que las personas puedan tener por la diversidad de soluciones que actualmente existen para los problemas en la salud, en contraste con el sistema cultural de creencias como barreras en la aceptación de materiales y servicios de la salud cosmopolita. Las diferencias entre estas dos concepciones incluye una serie de "nuevas" concepciones como las siguientes:

- 1.- En décadas tempranas, la tendencia de los antropólogos era observar al sistema cultural de creencias como la explicación primaria del comportamiento de las personas. Pero recientemente, dentro de la estructura teórica se hace enfatizado en considerar elementos causales como consideraciones económicas, materiales y políticas, sin dejar a un lado el sistema de creencias;
- 2.- Dentro de las formulaciones tempranas acerca del

sistema cultural de creencias, los actores fueron percibidos como personas pasivas, siendo ésta una sabiduría de la cultura tradicional, mientras que las nuevas perspectivas , permiten la decisión y selección respecto a una serie de alternativas para el cuidado de la salud considerada como toma de decisiones activas; 3.- El concepto de cultura respecto al de padecimiento serían reformulados. El conocimiento del padecimiento en relación con el de cultura, no es ahora una idea sólo de tratamiento y causas a partir de las creencias, sino como criterios o roles para decidir acerca de las diferentes acciones posibles para buscar soluciones; 4.- La conceptualización en la toma de decisiones de las familias, individuales y de otros grupos, trae como resultando una diversidad del comportamiento de la salud, ya que siempre dentro de las comunidades socio-culturales hay una variación intracultural *(Pelto,1997:153)*

Ahora si bien, es importante considerar los cambios que trae la nueva tecnología médica en el comportamiento de las personas, ya sea respecto a la enfermedad, padecimiento o malestar, puesto que la nueva tecnología médica ha modificado de alguna manera el comportamiento de las personas ante cualquier problemática en su salud. Estos “nuevos comportamientos” tiene que ver definitivamente con los “nuevos significados” que se van construyendo en las personas al momento de ser sometidos o atendidos con la nueva tecnología, por ejemplo, en el caso de mujeres y hombres con problemas de infertilidad o esterilidad que se someten a una diversidad de tratamientos o cirugías, que van desde lo conocido como reproducción asistida o las nuevas técnicas de la reproducción, se puede pensar que construyen significados específicos, y por tanto comportamientos particulares alrededor del sistema salud-enfermedad-atención.

Regresando al paréntesis de la biomedicina, éste tiene su base en la bien conocida distinción entre enfermedad y padecimiento propuesto por Leon Eissenberg -1977 y Arthur Kleinman-1980 *(Amarasingham,1990)*. Esta distinción está creada dividiendo el campo de los “malestares” dentro del dominio de la enfermedad, considerada como patología definida biológicamente; mientras que los padecimientos, encierran el pensamiento cultural y las relaciones sociales experimentadas por los pacientes.

Es decir, por un lado, se encuentran las enfermedades que refieren a anormalidades en la estructura y/o función de órganos, siendo estados patológicos, en donde no hay un reconocimiento culturalmente, lo que vendría siendo la 'arena del modelo biomédico, "sería la construcción elaborada desde la biomedicina, u otros practicantes profesionales, generalmente estructurada al interior de un cuerpo de saberes teóricos y técnicos que clasifiquen, etiqueten e interpreten los problemas de la salud" (*Osorio,2001:32*). Los padecimientos, por otro lado, se refieren socialmente a la percepción y experiencias de las personas, pero no limitado a la enfermedad, ya que estos padecimientos incluyen las creencias y experiencias individuales; mientras que en la biomedicina se explora la enfermedad teniendo una indiferencia por la persona, por su cultura (*Amarasingham,1990*) Más adelante definiré cada una de las categorías con precisión e incluiré las categorías de malestar y afección.

Dichas, distinciones han sido la base en muchos trabajos de la antropología médica, lo que ha permitido entender las experiencias de las enfermedades y el comportamiento de los individuos y de los grupos culturales (*Amarasingham,1990*). Estas distinciones, por lo tanto nos permiten conocer los significados de la salud reproductiva, si consideramos como punto de análisis al sistema de salud-enfermedad-atención como un todo, es decir, como un hecho culturalmente construido y aún más allá enfocar el estudio de la salud no sólo con relación en cómo se da ésta desde el espacio meramente clínico o médico cómo podría ser la relación médico paciente desde un nivel de atención, sino considerar la infinidad de factores socio-culturales que influyen de manera directa o indirecta en la construcción de significados. Por ejemplo, regresando a la relación médico- paciente, sería explorar la manera en cómo se dan las relaciones de poder en lo ancho de la sociedad. Esta perspectiva permite probables enfoques en áreas de injusticia y sufrimiento social y cómo la medicina contribuye a la legitimación de las fuerzas sociales involucradas (*Amarasingham,1990*).

Desde este contexto, sería conveniente por lo tanto definir qué se va a entender por la construcción sociocultural de los padecimientos:

Serán, "los modos de significación intersubjetiva - es decir, socialmente compartidos- por los cuales los procesos de salud-enfermedad son identificados, designados, tipificados, vivenciados y aprehendidos por los sujetos, a través de un cúmulo de representaciones y prácticas sociales en el marco de una dinámica de institucionalización y legitimación social" *(Osorio,2001:31)*

Lo anterior nos lleva precisamente a explorar el sistema salud-enfermedad-atención desde la mirada de los sujetos, es decir, conocer "cuándo se aprehenden y se producen las enfermedades-padecimientos - recuperando su dimensión objetiva y subjetiva-, a través de los procesos de externalización, objetivación e internalización, que incluyen sus modos de apropiación de las enfermedades (con los procedimientos de identificar, denominar, interpretar, clasificar), así como sus formas de respuesta social ante las mismas, recuperando sus sentidos y significados implícitos" *(Osorio,2001:32)*.

Ahora bien, es importante considerar que entender la salud desde la epistemología de la Antropología Médica también tiene sus variantes, ya que existen diversos planteamientos teóricos y metodológicos que proponen él cómo entender el sistema salud-enfermedad-atención desde este campo. Por ejemplo, desde un enfoque de la antropología interpretativa Kleinman considera que los sistemas médicos que son parte del sistema salud-enfermedad-atención, deben considerarse como sistemas culturales simbólicos, a partir de los cuales podemos analizar las respuestas sociales a la enfermedad, en términos de sus significados y experiencias esto es:

“los sistemas de atención a la salud (Health Care System) son sistemas simbólicos contruidos por significados, valores y normas de conducta, que articulan al padecimiento como un idioma cultural, uniendo (las) creencias sobre la casualidad de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, los patrones específicos de la conducta frente al padecer, las decisiones respecto de los tratamientos alternativos o las prácticas terapéutas vigentes y la

evaluación de los resultados terapéuticos y estableciendo relaciones sistemáticas entre estos componentes” (*Kleinman en Osorio,2001:23*)

Aquí es conveniente hablar de los modelos explicativos que propone Kleinman con el fin de entender con profundidad por qué se le llama a esta corriente de la Antropología Médica, Interpretativa. Entonces por modelos explicativos se refiere a:

“...las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, que son empleados por todos aquellos que se ocupan del proceso clínico. La interacción de los modelos explicativos de los pacientes y de los practicantes es un componente central del cuidado a la salud. El estudio de los modelos explicativos de los practicantes, nos dice algo sobre cómo ellos entienden y tratan a las enfermedades (disease). El estudio de los modelos explicativos (MES) del paciente y de la familia nos dicen cómo ellos le dan sentido a los episodios de padecimientos (illness) y cómo eligen y evalúan los tratamientos particulares. El estudio de la interacción de los MES de los pacientes y de los practicantes nos ofrecen un análisis más preciso de los problemas de comunicación clínica” (*Kleinman en Osorio,2001:24*)

Dichos modelos explicativos, son "nociones de los episodios de padecimientos y de sus tratamientos que son empleados en todos aquellos procesos comprometidos clínicamente" (*Kleinman en Pelto,1997:153*). Algunos episodios particulares de padecimientos en los modelos explicativos son los siguientes: 1) Etiología; 2) El modo del principio del síntoma y el tiempo; 3) Patofisiología; 4) El curso de los malestares; 5) Tratamiento (*Pelto,1997*).

Los Modelos Explicativos (ME) son derivados de las creencias culturales acerca de los malestares y el cuidado de la salud, lo anterior se deriva de la participación de todos los individuos dentro del orden ideal, así como por la particular toma de decisiones respecto a los diversos episodios individuales de los padecimientos. Dichos elementos del sistema de creencias, tal como la interpretación de los síntomas es un nivel más de la conceptualización concreta que se pueda tener. La investigación en el concepto de los Modelos Explicativos está basado con la identificación de los sistemas de conocimiento e información para tomar decisiones, los cuales están envueltos por casos individuales, incluyendo las características

de los pacientes, síntomas y signos específicos. Por lo que la construcción de los Modelos Explicativos y el resultado de la toma de decisiones son variadas, debido a los diferentes tipos de categorías y malestares en los pacientes. Dentro del rango de padecimientos su construcción también puede darse de diversas maneras, ya que se encuentra dentro del sistema de creencias y el sistema de conocimientos que operan en comunidades específicas (*Pelto,1997*).

También se encuentra la corriente de la Antropología Médica Crítica, la cual precisamente lo que hace es cuestionar el nivel de análisis de la corriente Interpretativa, ya que ésta última se basa “fundamentalmente en el poco desarrollo que hace del nivel macrosocial, de las condiciones sociales, económicas política, e históricas, que determinan los procesos de construcción de significados de padecer” (*Osorio,2001:259*) aterrizando en el nivel microsocia y con mayor énfasis en la relación médico – paciente.

La Antropología Médica Crítica, “pretende recuperar los procesos a través de los cuales las sociedades producen sus malestares (sickness) en el que se incorpora la dimensión objetiva de la enfermedad (disease) y subjetiva del padecimiento (illness) ... la dimensión del malestar es retomada como la expresión de las contradicciones económicas y políticas que la sociedad actual impone a los sujetos” (*Osorio,2001:29*). Desde esta corriente, es “necesario incorporar tanto la estructura social como la estructura de significados, si es que se quiere comprender en su justa dimensión los procesos de salud-enfermedad-atención” (*Menéndez en Osorio,2001:28*). Los significados que se tengan de dicho proceso tiene como punto de partida la construcción sociocultural de los padecimientos.

Es pertinente hacer la distinción entre las distintas categorías que comúnmente se utilizan para explicar y entender los procesos del sistema salud-enfermedad-atención como son: malestar (sickness), enfermedad (disease) y padecimiento (illness) y sus relaciones.

El malestar, se “refiere a cualquier desorden, que afecte a la población tomando en cuenta las fuerzas macrosociales (económica-políticas e institucionales) que lo condicionan” (*Osorio,2001:33*). Respecto al padecimiento, hace mención “a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o a la enfermedad percibida) ... (es por tanto) como la

configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas” (*Osorio,2001:32-3*). Y por último la enfermedad es, “un mal funcionamiento o una mala adaptación de los procesos biológicos y/o psicológicos (es considerado) como un estado patológico –anormal- de la estructura y/o función de los órganos y sistemas del cuerpo, a pesar de que el mismo no sea reconocido social o culturalmente” (*Osorio,2001:32*), es decir, "que por definición explícita la historia de la enfermedad aparece naturalizada, cuando lo que se requería es un modelo que implicara la historia natural, pero también la social, de la enfermedad. Esta concepción refleja la orientación biologicista dominante" (*Menedez,1990:37*).

Allan Young crea una antropología del malestar (*sickness*), la cual la define de la siguiente manera:

El proceso a través del cual, la conducta inquietante - que expresa el padecer (*illness*)- y los signos biológicos, particularmente aquellos originados en la enfermedad (*disease*) confieren significados socialmente reconocibles, los cuales son integrados en síntomas y resultados, que son socialmente significantes. Cada cultura tiene reglas para traducir signos en síntoma, para ligar sintomatologías a etiologías e intervenciones, y para usar la evidencia provista por las intervenciones, para confirmar las traducciones y legitimar los resultados. El patrón que una persona sigue de la traducción, a los resultados socialmente significantes, constituye su malestar. El malestar (*sickness*) es, entonces, un proceso para socializar el padecimiento (*illness*) y la enfermedad (*disease*). (*Young en Osorio,2001:34*)

Por lo que se puede decir, que “los procesos sociales contribuyen a la definición de los malestares” (*Pollard,1986:7*). Es importante hacer mención que también, tanto la enfermedad como el padecimiento son construcciones culturales y no una entidad natural, por lo que Kleinman señala que “la enfermedad y el padecimiento existen, entonces, como constructos en configuraciones particulares de la realidad social. Deben ser entendidas sólo dentro del contexto de significado y de relaciones sociales. Son modelos explicativos

anclados en los diferentes sistemas explicativos y en los arreglos de la estructura social que involucra a los diferentes sectores de atención a la salud” (*Osorio,2001:33*).

Por lo tanto, el padecimiento, así como la enfermedad están acariciados por el contexto social, político e histórico; entonces sería un error interpretar de manera aislada a la enfermedad de los diversos sectores que conforman la estructura socio-cultural. Lo que nos lleva a considerar la enfermedad como es propuesto por Helman, él considera que “la enfermedad “lejos de ser un cuerpo homogéneo, es una cadena de modelos explicativos que varían mucho en relación a la especialidad, al contexto (si está en su consultorio, hospital o casa), el tipo e audiencia que lo escucha (si es profana o médica), el tipo de condición analizada, así como las características personales del médico y su posición en una jerarquía profesional” (*Helman en Osorio,2001:33*). En sí, "la noción de enfermedad es una creación social y que los valores y límites organizados sobre la experiencia de sus creadores profesionales influyen en el cómo y en el cuándo ella será creada, tanto como en parte de su contenido" (*Freidson, 1978:279*).

Otro término que de hecho no es comúnmente manejado dentro de la teoría de la Antropología Médica, pero que considero pertinente revisarlo es la afección, este último ha sido trabajado con mayor énfasis dentro de la Filosofía de la Medicina, siendo el punto de la discusión la relación entre enfermedad y la afección. Dentro de este contexto, la enfermedad es considerada como “un concepto evaluativo que es por entero práctico y social; (y) la afección, por el contrario, es un término neutral que hace referencia a una perturbación en un organismo o, más técnicamente, a alguna deficiencia funcional atípica” (*Turner,1989*).

Lo anterior fue trabajado por *Boores (1976)*, quien identifica tres tipos distintos de ‘no salud’ como es denomino por el autor, estos son: “la afección, que se refiere a alguna desviación con respecto a una norma biológica..., la enfermedad, que es una experiencia personal de no-salud, y el malestar, que es un rol social que expresa la dimensión pública de la no-salud (*Boores en Turner,1989:250*) como en el concepto de ‘rol del enfermo’ (*Parsons en Turner,1989:250*). Dicha clasificación tiene sus raíces en la oposición que hace entre el ‘normativismo’ con el ‘funcionalismo’; plantea que “el normativismo fuerte sostiene que todos los juicios en las ciencias médicas son valorativos y carecen de todo contenido

descriptivo real; el normativismo débil sugiere que los juicios sobre la salud son una mezcla de enunciados evaluados y descriptivos. Por el contrario, el funcionalismo, ... afirma que la salud y la enfermedad pueden definirse de manera descriptiva sin referencia a valores, en términos de las funciones naturales que se hallan presentes en los miembros de una especie” (*Turner,1989:249-50*). Lo que nos deja ver que para Boores, la enfermedad es esencia un fenómeno cultural, pero la pregunta ahora, sería, ¿y la afección no es también parte de la esencia del fenómeno cultural?.

En primera instancia se tendría que dejar de percibir que la afección es parte de la naturaleza, por el contrario, entender que “la nueva afección es el producto de un cambio en los marcos explicativos... estas alteraciones en el marco se hallan ligadas a modificaciones en la medicina institucionalizada y a la naturaleza del poder médico” (*Turner,1989:252*). Los marcos explicativos tienen su contenido en los acontecimientos cotidianos, los cuales están inscritos en el contexto cultural. Por ejemplo, el crecimiento de la clínica implico que “la cabal relación del significante con el significado, en todos los niveles de la experiencia médica, se ha redistribuido: entre los síntomas que significan y la enfermedad que es significada; entre la descripción y lo que es descrito; entre el suceso y lo que éste pronostica; entre la lesión y el dolor que ella indica” (*Foucault en Turner, 1989:152*). Por tanto, se puede decir que la afección, es “un sistema de signos que pueden interpretarse y traducirse en una diversidad de formas” (*Turner,1989:252*) ya que es parte también de la cultura.

En sí, tanto el malestar, el padecimiento, la afección y la enfermedad no se pueden interpretar o entender fuera del contexto cultural, es decir, no son problemas fisiológicos meramente, sino que los procesos del sistema salud-enfermedad-atención se encuentran también determinados por el conjunto de prácticas, mitos y creencias de los individuos en contextos socio-culturales determinados; y que dichos procesos pueden ser entendidos desde las representaciones simbólicas que tengan ante el sistema salud-enfermedad-atención. Con base a lo anterior, entonces la ausencia de la fecundación puede ser entendida como enfermedad, malestar, padecimiento o afección por parte de los actores de acuerdo a su contexto socio- cultural, lo anterior se acentúa sí se explora a través del significado del cuerpo, ya que éste se entiende como un sitio vulnerable en la articulación de las relaciones sociales, convertido por tanto, al cuerpo como un objeto de control social;

minuciosamente observado en las clínicas, prisiones y hospitales (*Foucault en Amarasingham,1990*). De hecho "las personas que comparten circunstancias de vida y de cuerpo tienden a compartir igualmente concepciones sobre el cuidado de éste último, y sobre lo que podría eventualmente amenazar su bienestar físico y mental" (*Rutenberg y Watkins en Mummert,1998:23*). La medicina es una disciplina en donde se entiende al cuerpo en relación con la mente, o mejor dicho entre la separación de ambas; esta dicotomía se da en la vida diaria de las prácticas de los clínicos, ya que existen técnicas en la estructuración de la realidad creada de los pacientes (*Foucault en Amarasingham,1990*), cuyos "cuerpos sienten, padecen, son revisados e intervenidos y cuyas mentes tratan de entender, explicarse e interpretar lo que les sucede" (*Obermeyer en Mummert,1998:24*) lo anterior hace referencia a la subjetividad de las personas.

Dicha subjetividad es más específica si se considera la identidad genérica como otro de los ejes de abordaje para comprender tanto la esterilidad como la infertilidad desde la antropología médica; ya que permitirá una diversidad en el planteamiento respecto a la manera en que la construcción social y cultural del género moldea la vida cotidiana en sociedad, y por ende, la del sistema salud-enfermedad-atención. Por lo que, el género es una herramienta cuyo "logro rutinario metódico y recurrente (contiene) un conjunto de actividades micropolíticas, de interacción y de percepción - guiadas socialmente.- que definen ciertas tareas como expresiones de "naturalezas" femeninas y masculinas" (*West y Zimmerman,1991:13-4*) trayendo como consecuencia que se viva y perciba la salud de distintas maneras de acuerdo a las identidades de género. Entonces, el análisis de la salud reproductiva considerando como eje de abordaje la identidad genérica, permite desechar "una supuesta perspectiva unívoca de género, al operacionalizar cierta noción de género como actividad (y no atributo) en conceptos susceptibles de aplicarse en análisis empíricos (así como) representa un recurso congruente con los métodos cualitativos que actualmente se exploran en salud y que intentan comprender subjetividades y contingencias a nivel micro, más que explicar comportamiento mediante leyes universales" (*Castro en Mummert,1998:29*). En sí, la "validez de múltiples saberes sobre el funcionamiento del cuerpo humano (y el estudio de las identidades de género) constituye un corolario de la necesidad de impulsar miradas interdisciplinarias sobre la salud-enfermedad-atención a de los seres humanos" (*Mummert,1998:23*).

En tanto que el significado del sistema salud-enfermedad-atención es "un rico texto simbólico capaz de ser leído en profundidad para captar los sentidos culturales que encierra" (*Grimberg,1994:132*). Es necesario sólo mencionar que las visiones semánticas y de significaciones son diferentes para los prestadores de servicios en relación con los usuarios, ya que los procesos de construcción social son diferentes. Por procesos de construcción social se entenderá "las representaciones y prácticas sociales en torno a la salud, a la enfermedad y a otros aspectos de la vida cotidiana, incluidas (por supuesto) las representaciones y prácticas de especialistas y conjuntos sociales" (*Grimberg,1994:134*).

El contenido de dichos procesos está conformado por los procesos sociales de producción de significados, es decir,

"todo hecho, toda práctica social puede ser abordado como portador de significado, como práctica constitutiva de sujetos a los que interpela a través de mecanismos de reconocimiento o identificación. Estas significaciones, esas identificaciones, remiten a diferentes esferas de actividad de los sujetos: familias, religiosa, educacional, recreativas, política, sanitaria"
(*Belmartino,1994:95*)

Como se puede ver la antropología médica ha proporcionado una conciencia y sensibilidad de las diferencias culturales que se presentan en la esfera de la salud, así como también permite incorporar los conceptos de adaptación biológica y cultural, etnocentrismo y relativismo cultural en las prácticas de la salud y una recuperación de la cultura tradicional con el fin de considerar el valor de las creencias y prácticas respecto a la salud (*Cosminsky,1992*). Por lo tanto, se puede decir que el estudio del sistema salud-enfermedad-atención desde la antropología, no sólo es una manera más de interpretar la salud, sino precisamente, las creencias, los hábitos, la percepción, etcétera de la salud son parte de la conformación de la salud de los individuos, es decir, el "problema no es sólo generar un marco conceptual crítico para las categorías biológicas de salud- enfermedad, sino, al mismo tiempo, captar el carácter, la función y el impacto global en las vidas y formas

de los sujetos" (*Grimberg,1994:135*) como es precisamente el sistema de representaciones simbólicas.

Ahora bien, en el caso de los estudios sobre reproducción humana desde la antropología médica se ha demostrado que provienen de una idea particular de cada opinión amplia de los procesos sociales, lo que ha permitido el puente entre lo biológico y lo cultural, pero es necesario articular lo anterior con los patrones de organización del rol de género y éstos asociados con las dinámicas socio-políticas, ya que lo anterior permitirá que los estudios antropológicos de la reproducción humana puedan informar ampliamente la visión de la antropología médica y social, contribuyendo al análisis del comportamiento de la reproducción humana (*Browner,1990*).

Desde la percepción biomédica la reproducción como proceso biológico es una producción de la naturaleza humana, la cual es necesaria para la perpetuación de la sociedad. Ahora bien, la perspectiva de la antropología médica respecto a la reproducción es secularizar al naturalismos, es decir, considera que los diversos procesos que son entendidos meramente como fisiológicos de la reproducción como: la menstruación, el coito, concepción gestacional, embarazo, puerperio, aborto, infertilidad, esterilidad y menopausia, no pueden ser entendidos sólo desde éste enfoque, ya que dichos procesos son filtrados por las experiencias de las ideas culturales e inevitablemente determinados por la actividad social, por las condiciones materiales de cambio y las relaciones sociales (*Petchesky en Browner,1990:216*). En tanto la reproducción como proceso social, se refiere a las relaciones y actividades en la perpetuación de los sistemas sociales, de hecho existen controversias en el uso del concepto de reproducción, ya que hay diferentes enfoques para dicho concepto, por lo que surge la necesidad por continuar explorando cómo las distintas dimensiones son determinadas e interrelacionadas social y culturalmente, por ejemplo, en algunos estudios se hace referencia a las relaciones entre lo simbólico y la estructura de la sociedad y éstos con paradigmas de la maternidad, esto es, la influencia construida social y culturalmente de la estructura de los roles maternos, del nacimiento (parto), y lo relacionado con las actividades reproductivas, constituyen las nociones del comportamiento materno y la feminidad (*Browner,1990*) lo mismo referente a la paternidad y masculinidad.

Comúnmente cuando se hace referencia a la salud reproductiva especialmente en América Latina, su enfoque es relativo a la maternidad, la planificación familiar o anticoncepción, dejando aún lado necesidades graves que han sido poco atendidas (López,1994) como son:

"a) la que se refiere a la atención de la salud ginecológica, que incluye tanto a la enfermedades infecciosas en general como a las de transmisiones sexual y a los temas vinculados a la menopausia; b) la que atañe a la educación sexual y reproductiva para ambos géneros, que se ubica en el área de la prevención y pretende incluir a los hombres en el campo de interés; c) la relativa a la salud reproductiva adolescente ... podría decirse que los objetivos de la salud reproductiva son: 1.-Tender a la reducción drástica de enfermedades, incapacidades, sufrimiento, miedo, vergüenza y muerte asociados a la sexualidad y reproducción; 2.- Posibilitar las condiciones para un manejo seguro y efectivo de la fecundidad; 3.- Criar hijos sanos cuando se elija tenerlos" (López,1994:172)

Lo anterior, nos lleva a repensar en una visión más amplia de lo que es la salud reproductiva, así como también, hablar del tema no se refiere exclusivamente a las mujeres sino incluye a los hombres, por lo que para el presente trabajo la salud reproductiva es entendida como

“la salud y el bienestar de los individuos en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductivo, su funcionamiento y sus procesos. Implica que las personas puedan gozar de una vida sexual sana y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir si, cuando y cómo hacerlo...(implica) el derecho al acceso a información y servicios apropiados...Incluye también la salud sexual, cuyo propósito es mejorar la vida y las relaciones personales, y no se restringe únicamente a la consultoría y a la preocupación por las enfermedades sexualmente transmisibles” (Fathalla en Ávila,et al.1998:123)

Esta definición implica el tener una maternidad sin riesgos, parto seguro, la capacidad de regular una fecundidad sin riesgos y escoger el método anticonceptivo más conveniente a sus necesidades, así como el derecho a una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedades (*Fathalla, citado en Figueroa,1998*).

Pero qué sucede cuándo se presenta una “anormalidad” que altera la salud reproductiva, como la presencia de esterilidad o infertilidad en las personas. Desde la perspectiva médica se ve como tal, como un problema fisiológico, las cuales han sido definidas por el ámbito biomédico, de la siguiente manera:

La “esterilidad es la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, mientras que la infertilidad implica la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables. La esterilidad se denomina primaria cuando nunca se ha logrado un embarazo y secundaria cuando ha habido embarazos previos” (*Pérez,1997:2*)

La presencia de infertilidad o esterilidad ha sido un motor para que desde el ámbito biomédico y tecnológico se hayan creado una serie de tratamientos que tienen como fin la posibilidad de la reproducción en las parejas, ya sea por medio de la Reproducción Asistida (RA) o las llamadas Nuevas Técnicas Reproductivas(NTR) como ya se vio en el apartado anterior; "estos nuevos procedimientos forman parte de la tecnologización creciente de nuestra sociedad" (*Tubert,1991:XI*) cuyo papel es visto como "una medicalización cada vez mayor, no sólo del cuerpo, sino también de la vida, de la sexualidad, el deseo" (*Tubert,1991:XI*). Su aplicación se centra en el cuerpo de las personas, siendo manipulado por medio de los tratamientos para que de esta manera se logre lo que se espera: la fertilización.

La presencia de infertilidad o esterilidad, implica la redefinición del papel de ser padres en la pareja y sobre todo de la maternidad, tal y como están determinados por el contenido cultural, en donde generalmente se acepta "que la paternidad es una función simbólica (y) la maternidad es considerada, por el contrario, como una función natural" (*Tubert,1991:XIV*).

Parte de la identidad de la mujer tiene que ver en su mayoría con la maternidad, la cual "se desarrolla simultáneamente en el plano corporal y el simbólico, donde inscribe a la mujer en la sucesión de las generaciones. La mujer infértil representa, simbólicamente, un cuestionamiento al binarismo basado en la diferencia de los sexos en cuanto a la función reproductora". Ahora bien, cuando la mujer no puede reproducir, no es vista como una mujer verdadera o valiosa, sino es catalogada como una mujer-sexual, ya que no es lo mismo desde la arbitrariedad del papel de los géneros, la mujer-madre a la mujer-sexual, que de hecho son consideradas como diferentes y más allá, son opuestas (*Tubert,1991*). En el caso del varón, siguiendo la misma perspectiva de la construcción socio-cultural de la identidad, se le cuestiona su virilidad al no poder "dejar embarazada a su pareja"; en el caso del hombre, "las investigaciones sobre la esterilidad masculina están bastante poco avanzadas" (*Tubert,1991:XI*).

Dicha incapacidad de procreación desde la mirada biomédica lleva a que se busquen soluciones para convertir a la mujer-sexual en madre y al hombre en viril, y aquí es donde entran soluciones como la RA y las NTR que llevan implícito el sometimiento del sujeto, "el cuerpo como lugar de gestación se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto, que como tal está abierto al infinito juego de la significancia, y el cuerpo del discurso científico" (*Tubert,1991:3*) las personas se someten a la serie de procesos de los distintos tratamientos por medio de sus cuerpos con la esperanza de la fertilización, para que de esta manera se "borre" por un lado el problema fisiológico y por otro, las consecuencias socio-culturales de la arbitrariedad genérica, y dejar de ser personas con incapacidad de procrear. De lo anterior, se expresa convertir "al médico en un hacedor de milagros capaz de *normalizar* a aquellas que no responden al ideal cultural. De este modo, la ley moral se transforma en ley científica" (*Tubert,1991:XVI*) en donde "la gestión de la existencia humana, la medicina toma así una postura *normativa*, autorizándose a regir las

relaciones físicas y morales de los individuos y de las sociedades en las que éstos viven" (*Tubert,1991:7*).

Explorara desde los actores la presencia de la incapacidad de fertilización y todo lo que alrededor se desprende: la manera del cómo es vivido por las personas a través de su cuerpo, cómo mujer u hombre, las diversas soluciones, permite conocer la concepción semiótica de la cultura.

Desde este contexto, la cultura “tendría que concebirse ... en primera instancia, como el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad” (*Giménez,1986:32*). Para entender lo anterior sería conveniente definir qué se entiende por lo simbólico. Lo simbólico se puede definir como “el vasto conjunto de procesos sociales de significación y comunicación” (*Giménez,1986:32*). En sí, “los sistemas simbólicos son al mismo tiempo representaciones (modelos de) y orientaciones para la acción (modelos para” (*Giménez,1986:33*).

Después de haber referido la definición de lo simbólico, como segunda instancia se podría considerar la cultura entonces “como el proceso de continua producción, actualización y transformación de modelos simbólicos (en su doble aceptación de representación y orientación para el comportamiento) en la práctica individual y colectiva, a partir de un “capital simbólico”socialmente poseído e individualmente incorporado” (*Giménez,1986:33-4*).

Desde este enfoque el concepto de cultura, por su contenido (símbolos y signos) “suponen una elección humana para crearlos, pero no necesariamente consciente” (*Varela,1997:48*) lo que nos lleva a considerar las distintas formas en las cuales se pueden manifestar la salud por etnia, clase social, etcétera; que de hecho es la manera correcta para tener una interpretación más objetiva, por que se considera todo el conjunto tanto material como simbólico que define sus identidades, y por supuesto parte de este conjunto es el significado del cuerpo. El contenido simbólico en el presente trabajo va estar definido por la identidad genérica y el significado del cuerpo.

La percepción de los individuos respecto a la infertilidad o esterilidad, puede expresarse de diferentes maneras, debido que “no debería postularse que los significados que se atribuyen a los signos y símbolos sean iguales en cada persona que los recibe, sino sólo que sean equivalentes” (Varela,1997:48) ya que el contenido de los signos y los símbolos, se “refieren a conocimientos e información, valoraciones, emociones y sentimientos, ilusiones y utopías” (Varela,1997:48). Por ejemplo, dentro de una cultura se puede dar una serie de información y conocimientos respecto a la salud o la enfermedad en donde las personas “la viven, experimentan, la sienten aunque no necesariamente la comprendan” (Varela,1997:49) o en el caso de las valoraciones que pueden ser compartidas, pero los sentimientos y emociones no necesariamente.

Parte de esta versatilidad de significados de la salud y enfermedad tiene que ver con los ejes de abordaje, como ya se mencionó: la identidad del género y el significado del cuerpo en una cultura, para conocer la forma en cómo las mujeres entienden la salud o enfermedad en un grupo determinado es diferente en cómo es entendida por los varones, porque precisamente hay una serie de distinciones que le dan contenido, ahora bien, dichas expresiones se encuentran definidas por el contexto cultural, esto es, "la producción de formas culturalmente apropiadas respecto al comportamiento de los hombres y las mujeres es una función central de la autoridad social y está mediada por la compleja interacción de un amplio espectro de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas" (Conway,1996:23). Al interior de cada género, también hay diferencias, debido a que existe una libertad por parte de los individuos, en entender su cuerpo que se dirige ya sea en, retomar, transformar o desechar la normatividad que establece la construcción de la identidad genérica. Lo anterior nos invita a considerar importante tanto el significado del cuerpo, así como identidad genérica, para entender las culturas sanitarias, tomando como base el cuerpo teórico de la teoría de la Antropología Médica.

Para fines del presente trabajo consideraré lo referente a la teoría de la Antropología Médica Interpretativa, ya que como se vio dicha teoría se basa precisamente en la recuperación de los significados de los actores que participan en el sistema salud-enfermedad-atención (usuarios – médicos) mediante los Modelos Explicativos que se aplican en cada proceso ya

sea de enfermedad, padecimiento o malestar, así como también la interpretación de los diversos síntomas.

Este enfoque, por tanto nos permitirá explorar, rescatar e interpretar lo referente a la infertilidad y esterilidad desde el conjunto de significados de los actores, ya que como bien lo dice Kleinman: la enfermedad y el padecimiento sólo se entienden dentro del contexto de significados y relaciones sociales. Considerando lo anterior se puede entender al sistema de salud-enfermedad-atención como un sistema cultural simbólico que va a permitir rescatar al sujeto, su historia, identidad, su cuerpo como parte de dicho sistema.

CUERPO SIMBÓLICO

El cuerpo dentro de la historia del estudio de la antropología ha jugado un papel fundamental, “ya que pertenece, por derecho propio, a la cepa de identidad del hombre (y la mujer). Sin el cuerpo, que le proporciona un rostro el hombre (y la mujer) no existirían. Vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que éste encarna” (*Le Breton,1995:7*). El estudio del cuerpo ha tenido un recorrido amplio, por ejemplo, *Mauss* dentro de su trabajo referente a las *Técnicas Corporales*, *Douglas* con los *Símbolos Naturales*, *Héritier* en *Masculino/Femenino* o *Le Breton*, con *Cuerpo y Modernidad*, han contribuido a entender el cuerpo desde lo simbólico.

En la década de lo sesenta, el cuerpo fue redescubierto por "su papel en la vida cotidiana y en particular como preocupación central de lo que luego serían los estudios de género" (*Menéndez,2001:14*). Ya para los años setenta el estudio sobre el cuerpo tomo relevancia en las ciencias antropológicas "que abordan una variedad de problemas, especialmente lo referidos a la proceso salud-enfermedad-atención" (*Menéndez,2001:14*) que por cierto en los años ochenta fue una de los temas centrales. Por la trascendencia y el desarrollo que han tenido los estudios sobre el cuerpo tanto en lo empírico como en lo teórico es necesario considerar al cuerpo como un tema principal y en especial dentro de la antropología médica.

Como el estudio del cuerpo se ha venido enfocando dentro del ámbito de las representaciones simbólicas y en el contexto de la antropología médica, y “por estar en el centro de la acción individual y colectiva, en el centro del simbolismo social, el cuerpo es un elemento de gran alcance para un análisis que pretenda una mejor comprensión del presente” (*Le Bretón,1995:7*) con respecto a los significados de los actores referente al sistema salud-enfermedad. Por lo anterior, para el desarrollo de este estudio el cuerpo es un eje central.

Porque precisamente a partir del significado que las mujeres y hombres tengan respecto a su cuerpo se van a explorar algunas representaciones simbólicas de la infertilidad y esterilidad en cada sexo, “ya que las representaciones del cuerpo y los saberes del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo” (*Le Breton,1995:13*) como bien, lo menciona Douglas: “el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico. La experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad” (*Douglas,1978:89*).

Y que precisamente, la percepción del cuerpo va a depender del significado que se tenga de él, esto es,

“el cuidado que le otorgamos en lo que atañe al aseo, la alimentación, o la terapia, la teoría sobre sus necesidades con respecto al sueño y al ejercicio, o las distintas etapas por las que ha de pasar, el dolor que es capaz de resistir, su esperanza de vida, etc; es decir todas las categorías culturales por medio de las cuales se le perciben deben de estar perfectamente de acuerdo con las categorías por medio de las cuales percibimos la sociedad ya que éstas se derivan de la idea que el cuerpo ha elaborado” (*Douglas,1978:89*)

Lo anterior es parte del sistema de las representaciones simbólicas que cada mujer u hombre pueda tener en una cultura determinada, ya que hay que recordar que desde la perspectiva de la corriente semiótica de la cultura, el significado y los signos, en este caso del cuerpo son fundamentales. La concepción del cuerpo varía de acuerdo a cada sociedad; por ejemplo, en las sociedades tradicionales, de composición holística comunitaria, “las representaciones del cuerpo son, efectivamente, representaciones del hombre, de la persona. La imagen del cuerpo es una imagen de sí mismo, nutrida por las materias primas que componen la naturaleza, el cosmos, en una serie de indiferenciación” (*Le Breton,1995:22*). En las estructuras sociales de tipo individualista, las personas se encuentran separadas unas a otras, siendo la función del cuerpo el límite entre éstas,

rompiendo de esta manera la solidaridad con el cosmos; en las sociedades de tipo comunitario, el cuerpo no es un elemento de individuación, debido a que lo que caracteriza a estas sociedades es la unión del grupo y la realidad con el cosmos y la naturaleza, de igual manera en la concepción bíblica no existe una separación de la persona con el cuerpo, ambos son uno mismo; y por el contrario, en las sociedades occidentales el cuerpo cumple la función de la individualización (separación del cuerpo y la persona) esto es, la concepción de persona se aísla de lo comunitario y del cosmos, llevándonos a la concepción del cuerpo de la modernidad en donde el “resultado de un retroceso de las tradiciones populares y de la llegada del individualismo occidental, marca la frontera entre un individuo y otro, el repliegue del sujeto sobre sí mismo” (*Le Breton,1995:23*).

Como se puede ver las concepciones del cuerpo en cada sociedad, ya sea que separen al cuerpo de la persona o sean uno mismo, varían de acuerdo a las creencias de cada cultura, y en especial de la noción que se tenga de persona, por ejemplo en las sociedades africanas, el cuerpo tiene diferentes sentidos en cada una de ellas, en el caso de las sociedades rurales africanas “la persona no está limitada por los contornos del cuerpo, encerrada en sí misma...lo que nosotros entendemos por persona es concebido en las sociedades africanas como una forma compleja, plural” (*Le Breton,1995:24*) siendo una variedad más de los significados del cuerpo.

Para explorar parte del conjunto de representaciones simbólicas desde el significado del cuerpo considero conveniente definir lo que se va a entender por cuerpo físico, cuerpo social, la relación entre individuo y cuerpo, para fines del presente trabajo. Lo anterior es justamente el contenido de lo que vamos a entender por cuerpo simbólico, así como su relación con la medicina.

Douglas (1978) analiza lo referente al cuerpo físico y el cuerpo, ella define al cuerpo físico como “un microcosmos de la sociedad, que se enfrenta con el centro de donde emana el poder, que reduce o aumenta sus exigencias en relación directa con la intensificación o relajamiento de las presiones sociales” (*Douglas,1978:97*), pero es importante aclarar que el cuerpo físico es la oposición del cuerpo social, entendiendo a este último como el sistema social que impone modos de control. Dicha oposición deviene en que no sólo las exigencias

del cuerpo físico se subordina al cuerpo social, sino que también son contrarias a las exigencias sociales. Por lo que la distancia que existe entre ambos cuerpos “corresponderá al nivel de presión que ejerza la sociedad y la coherencia de sus clasificaciones” (Douglas,1978:97). Por ejemplo, para reflejar la jerarquía social “se utilizarán diferentes grados de descorporeización. A mayor refinamiento, menor ruido al comer, menos masticación, más leves los sonidos de respiración y pasos, más cuidadosamente modulada la risa, más controladas las muestras de enojo y más claramente refinada la imagen aristócrata-sacerdotal” (Douglas,1978:97).

Para el análisis estructural de los símbolos según, Douglas considerando el cuerpo como eje, tiene que estar en relación con la estructura de los roles, la cual se da a partir de dos ideas. La primera, “la aspiración a lograr una consonancia de los medios de expresión de modo que el uso del cuerpo se coordina con el de los otros medios. Segundo, el sistema social impone un control y por lo tanto unas limitaciones a la utilización del cuerpo como modo de expresión” (Douglas,1978:91). Dentro de la primera, lo importante es que un mensaje determinado ya sea verbal o no, coordiné los canales para que pueda ser transmitido sin confusión cualquier tipo de comunicación,

“lo que significa que debe haber también una cierta concordancia entre las expresiones del control social y corporal, primero porque cada forma simbólica viene a aumentar el significado de la otra haciendo más fácil la comunicación, y segundo porque... las categorizar de acuerdo con las cuales percibimos cada experiencia se derivan recíprocamente unas de otras y se refuerzan entre sí. Es imposible que se separen y traicionen unas a otras si no es por medio de un esfuerzo consciente y deliberado” (Douglas,1978:93)

En lo que concierne a la segunda idea, es entender la expresión del cuerpo a partir del control social que se ejerce sobre él, por lo que, “el interés por las aperturas del cuerpo dependerá de la preocupación por las salidas y entradas sociales, las rutas de escape e invasión”, (Douglas,1978:94), esto es, “el control corporal constituye una expresión del control social y que el abandono del control corporal en el ritual responde a las exigencias de la experiencia que se expresa. Aún más, difícilmente podrá imponerse con éxito un control

corporal, sin que exista un tipo de control equivalente a la sociedad” (*Douglas,1978:95*). En sí, se puede decir que la expresión del cuerpo va a depender de la manera en cómo se relacionen los diversos canales y lograr una adecuada comunicación; y por otro lado, dicha expresión dependerá del control impuesto por el sistema social, dando por lo tanto una estructura de roles definidos. De hecho dentro de una estructura de roles bien definidos, “el control corporal corresponderá al tipo de sociedades que valore todo tipo de formalidades, y más especialmente al tipo de sociedad que anteponga la cultura a la naturaleza” (*Douglas,1978:95*); y por el contrario, sí es una estructura en la cual no existen roles definidos, lo informal es lo que prepondera trayendo como consecuencia la confusión a la familiaridad, la intimidad, y por ende a los roles. Es preciso aclarar, que la variedad de roles dentro de cualquiera de las dos estructuras puede presentarse en un individuo de acuerdo al espacio, al tiempo o simplemente por la experiencia personal (*Douglas,1978*). Aquí sólo queda agregar que de la segunda idea, según *Douglas (1978)* se desprenden dos ideas más: a) que a un control social fuerte corresponde un control corporal igualmente estricto, y b) que cuando mayor sea la presión por parte del sistema social mayor será la tendencia a descorporeizar las formas de expresión.

En sí se puede decir, que la relación entre el cuerpo físico (yo) y el cuerpo social (sociedad-cultura), “unas veces están tan cerca que casi llegan a fundirse y otras están muy lejos uno del otro. La tensión que existe entre ellos es lo que nos permite deducir ciertos significados” (*Douglas,1978:107*).

La ruptura del individuo con los otros, de alguna manera ya había sido trabajado por Mauss, si bien, no como un proceso de individualización sino como una inspiración para después desarrollar su trabajo sobre las técnicas corporales, siendo visto esto cómo “el valor fundamental para las ciencias del hombre, de un estudio de la forma en que cada sociedad impone al individuo el uso rigurosamente determinado de su cuerpo” (*Lévi-Strauss en Mauss,1979:14*) al referirse al problema de la relación del individuo y el grupo, para dicha imposición, esto es, “la proyección de lo social sobre lo individual debe examinarse (desde) el fondo de las costumbres y de las conductas” (*Lévi-Strauss en Mauss,1979:14*) y una de las formas para tener posibles respuestas es por medio del sistema de representaciones simbólicas, en este caso bajo el significado del cuerpo.

Para Mauss el cuerpo “es el primer instrumento del hombre y el más natural, o más concretamente, sin hablar de instrumentos diremos que el objeto y medio técnico más normal del hombre es su cuerpo” (*Mauss,1979:342*). En Mauss todos los actos tradicionales, todas las formas de actuar son técnicas corporales; ahora bien, estas técnicas corporales parten del acto de imitación, es decir, del *hábitus*. Los “hábitos varían no sólo con los individuos y sus imitaciones, sino sobre todo con las sociedades, la educación, las reglas de urbanidad y la moda. Hay que hablar de técnicas, con la consiguiente labor de la razón práctica colectiva e individual, allí donde normalmente se habla del alma y de sus facultades de repetición” (*Mauss,1979:340*), por lo tanto, para Mauss toda técnica, es un “acto eficaz tradicional ...no hay técnica ni transmisión mientras no haya tradición” (*Mauss,1979:342*). En sí todas las costumbres, son técnicas corporales, ya que tienen que ver directa o indirectamente con el cuerpo, por ejemplo, la tradición de la manera de comer, dormir, correr, jugar, platicar, etcétera, la cuales tiene resonancia y efectos biológicos (*Mauss,1979*). Teniendo claro la importancia que tiene la expresión del cuerpo dentro del contexto socio-cultural para conocer su significado, me gustaría continuar cómo desde la perspectiva moderna se ha venido dando el estudio del cuerpo y específicamente en las sociedades occidentales.

En la actualidad, la concepción del cuerpo parte de un dualismo, esto es, existe una separación entre la persona y el cuerpo. La concepción del cuerpo moderno

“implica la ruptura del sujeto con los otros (una estructura social de tipo individualista), con el cosmos (las materias primas que componen el cuerpo no encuentran ninguna correspondencia en otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más que ser su cuerpo). El cuerpo occidental es el lugar de la cesura, el recinto objetivo de la soberanía del ego” (*Le Breton,1995:8*)

Por lo que el cuerpo, “es el signo del individuo, el lugar de su diferencia, de su distinción” (*Le Breton,1995:9*). La percepción del cuerpo desde este enfoque, tiene que ver precisamente con el “individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales y, también, con la historia de la medicina que representa en nuestra

sociedades, un saber en alguna medida oficial sobre el cuerpo” (*Le Breton,1995:8*) y que de hecho esto parte de la noción que se tenga de persona. El campo de la medicina ha venido a jugar un papel primordial en la noción de persona, y por ende en la concepción del cuerpo como más adelante se va a ver.

Para entender el cuerpo desde este enfoque es necesario conocer el vínculo entre individuo y cuerpo, que son precisamente las fuentes de la representación moderna del cuerpo. En las sociedades occidentales, el individualismo se da desde un plano profano, por que hay que recordar que desde la concepción religiosa el cuerpo y la persona son uno mismo.

El surgimiento del individualismo se ha venido dando históricamente; a partir del Renacimiento en Europa y especialmente en Italia (mosaico del *Trecento* o del *Quattrocento*) los comerciantes y los banqueros fueron los prototipos del individuo moderno “cuyas ambiciones superan los marcos establecidos, el hombre cosmopolita por excelencia, que convierte al interés personal en el móvil de las acciones, aún en detrimento del <<bien general>>” (*Le Breton,1995:9*). La pintura se inspira del individualismo y pone énfasis en los retratos, ya que el rostro es reconocido como la parte más individualizada del cuerpo (*Le Breton,1995*), los artistas comienzan a imprimir su firma en los retratos (siglo XV) y pasan a ser considerados como creadores autónomos (*Le Breton,1995*). El movimiento de autonomía

“relativa de los sujetos de ciertos grupos sociales se acentúan cada vez más, a medida que los marcos sociales de la economía medieval vuelan en pedazos ante la proliferación de los intereses privados ... paralelamente, por otra parte, los reformados, al oponerse a la instituciones eclesiásticas, rechazan el magisterio del cura y hacen de la religión un problema de conciencia personal, colocando a cada hombre ante Dios sin ningún otro intermediario... es en este contexto que el capitalismo toma impulso a fines del siglo XV, y durante el XVI, y le da al individualismo una extensión cada vez mayor en el curso de los siglos” (*Le Breton,1995:44-5*)

Y precisamente por esta nueva concepción del ser persona, el cuerpo “se convierte en la frontera precisa que marca la diferencia entre un hombre y otro” (*Le Breton,1995:45*). Por lo que el cuerpo se convierte en la forma de acceso de la presencia humana, en sí, “la definición moderna del cuerpo implica que el hombre se aparte del cosmos, de los otros, de sí mismo. El cuerpo es el residuo de estas tres contradicciones” (*Le Breton,1995:46*). Hasta aquí, el cuerpo ha sido un actor determinante en el proceso de individualización, rompiendo con la concepción comunitaria; pero como se comentó anteriormente también se da una separación consigo mismo.

Regresando a la concepción individualista del rompimiento con la comunidad y consigo mismo; en lo referente a esta última separación, el campo de la medicina ha tenido un papel fundamental; ya que en la Edad Media en donde no existía una concepción individualista no se permitían las disecciones, “la incisión del utensilio en el cuerpo consistiría en una violación del ser humano, fruto de la creación divina. También significaría atentar contra la piel y la carne del mundo...el cuerpo no es aislable del hombre y del mundo: es el hombre y, a su escala, es el cosmos” (*Le Breton,1995:46*). El dualismo contemporáneo tiene sus orígenes con los anatomistas y en especial con el *Decorporis humani fabrica* (1543) de Vesalio (*Le Breton,1995*), ya que a partir de este momento se empiezan a realizar “las primeras disecciones practicadas por los anatomistas con el de obtener formación y conocimiento muestran un cambio importante en la historia de las mentalidades occidentales. Con los anatomistas, el cuerpo deja de agotarse por completo en la significación de la presencia humana (*Le Breton,1995:47*). Con la conducta de los anatomistas se abre una nueva faceta en el entendimiento del cuerpo, ya que el cuerpo pasa a ser un elemento fundamental en los conocimientos científicos pasando a ser propiedad de los especialistas, lo que implicó quitarle a la persona autonomía sobre su propio cuerpo y por ende, la separación de sí mismo.

Lo anterior se reafirma sí vemos cómo, “la medicina clásica...hace del cuerpo un alter ego del hombre. Cuando cura al hombre enfermo no tiene en cuenta su historia personal, su relación con el inconsciente y sólo considera los procesos orgánicos” (*Le Breton,1995:10*). Por tales motivos, es por lo que considero necesario conocer el significado que mujeres y hombre tengan respecto a su cuerpo, para poder explorar el sistema simbólico de esterilidad

e infertilidad con el fin de contribuir en rescatar a la persona como sujeto de su vida, y por ende de SU cuerpo. Ya que de hecho en la actualidad existe una serie de cuestionamientos públicos sobre la práctica médica y su visión del cuerpo: “cura menos un enfermo que una enfermedad” (*Le Breton,1995:10*), lo que ha motivado a poner en tela de juicio prácticas como: la “eutanasia, acompañamiento de los enfermos y de los moribundos, pacientes en estado vegetativo crónico durante meses o años, pacientes mantenidos vivos por medio de aparatos con los que no se sabe qué hacer, terapias que a veces mutilan, etc” (*Le Breton,1995:10*).

Esta concepción de la medicina nos deja ver que lo importante es salvar el cuerpo y no a la persona, dejando a un lado el significado que la propia persona tenga sobre su cuerpo, y por ende le reste poder de decisión sobre él, y por supuesto de su salud. Como se puede notar esta concepción médica occidental refuerza la separación del cuerpo con la persona restándole decisión sobre su salud. Por supuesto que todo lo anterior tiene que ver “con el estatuto que se le otorga al cuerpo en la definición social de la persona: procreación asistida, explosión de la paternidad, ablación y transplante de órganos, manipulación genética, adelanto en las técnicas de reanimación y de los aparatos de asistencia, prótesis, etcétera” (*Le Breton,1995:10*).

De hecho esta noción de persona también tiene que ver precisamente con el orden social, por medio de las representaciones del cuerpo, es decir, dicho orden está incorporado por “las representaciones de los órganos, de las diferencias anatómicas y fisiológicas que existen entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del hombre” (*Godelier en Marion,1997:17*) legitimando o no dicho orden, en sí

“el cuerpo está sometido de forma muy dúctil y maleable a las transformaciones o al cuestionamiento de este orden. Tanto las diferencias anatómicas: ausencia o presencia de pene, como las diferencias entre las sustancias corporales: la leche en el cuerpo de la mujer, el esperma en el cuerpo del hombre, la sangre menstrual, la sangre que circula en ambos cuerpos, en fin todas esas sustancias, todas esas diferencias anatómicas y fisiológicas - que por cierto relevan todas de las diferencias de los sexos en el

proceso de la reproducción de la vida- , todas ellas son transformadas en mensajes sobre la sociedad y sobre el individuo, porque no se puede separar el individuo de la sociedad” (*Godelier en Marion,1997:17*)

Lo anterior reafirma que el cuerpo es el instrumento indicado para reforzar la individualidad en las personas que se encuentran dentro de una estructura social, y más aún implica una diferenciación a partir de la noción de persona, sí partimos de las diferencias anatómicas y fisiológicas de la mujer y del hombre.

Para explicar, lo anterior es necesario analizarlo desde el discurso simbólico, es decir, cómo han sido observadas tanto las diferencias anatómicas como las fisiológicas desde las creencias y los mitos, ya que “el mito legitima el orden social establecido” (*Héritier, 1991:96*).

Por ejemplo, desde el parentesco que es un factor del orden social, en el caso de un sistema patrilineal se pondera al espermatozoide, ya que éste representa descendencia y pertenencia del padre a los niños; en el caso de un sistema matrilineal, se hace énfasis en la sangre de la madre, que llega a ser confundida con la sangre menstrual (la cual es desvalorizada en las sociedades patrilineales) y que implica fuente de vida y apropiación de los niños” (*Godelier en Marion,1997*). En cada sistema de parentesco, podemos ver que se da “un principio de filiación, un principio de organización, de herencia a través del parentesco de los estatutos sociales, de los roles sociales” (*Godelier en Marion,1997:18*) en donde “las diferencias de las sustancias son convocadas por el pensamiento humano y cargadas de un significado vinculado con el orden social” (*Godelier en Marion,1997:18*). Desde esta perspectiva, el simbolismo que existe en los sujetos en relación con las funciones fisiológicas, como se expresó implica un estatus social tanto para mujeres como hombres y deja ver la importancia que tienen las funciones anatomo-fisiológicas en los significados de las personas.

Se puede decir que la individuación, de la que hemos venido hablando es consecuencia, entre otros del orden social, en donde el cuerpo "es la huella más tangible del sujeto en cuanto se distiende la trama simbólica y los vínculos que lo conectaban con los miembros

de la comunidad" (*Le Breton,1995:153*) dándose continuamente el dualismo, la separación del cuerpo simbólico con la persona determinando el destino de las y los sujetos para darle sentido al discurso social, en definitiva en las sociedades modernas la persona se distingue del cuerpo. Un ejemplo claro de lo anterior, es que a partir del dualismo se aprecian dos tipos de cuerpos, por un lado el cuerpo despreciado y por otro el cuerpo mimado. El primero, que es destituido por la tecnociencia y el segundo acogido por la sociedad en consumo (*Le Breton,1995*) que continuamente reproducen el proceso de individuación.

Las percepciones del cuerpo llevan a determinar las actuaciones de la persona del yo, como es manejado por Turner, él nos dice que el cuerpo es "fundamental para las órdenes micro y macro de la sociedad. El cuerpo es el vehículo para las actuaciones del yo y el blanco de los rituales de degradación de la exclusión social. Las intimidades y las exclusiones se centran en el cuerpo como el medio para señalar al yo" (*Turner,1989:68*) lo que lleva a comprender al cuerpo como un mecanismo de control para la conducta de las personas en donde está inmersa la desviación.

Desde esta perspectiva, "la desviación de las apariencias del cuerpo (implica), sonrojos, rubores, secreciones no deseadas, que está sujeta a la vigilancia cultural, y aquellas "desviaciones" del cuerpo interior (la afección y la enfermedad) que son igual objetos de evaluación moral" (*Turner,1989:68*). Esta forma de control, es parte del orden social, por lo que se puede explorar al cuerpo como "un estudio del problema del orden social y puede organizarse en torno a cuatro temas. Éstos son la reproducción y regulación de las poblaciones en el tiempo y el espacio, y la restricción y representación del cuerpo como un vehículo del yo" (*Turner,1989:69*). Lo anterior, presupone "la existencia en la sociedad occidental una oposición entre los deseos y la razón, la cual ... se articula con un conjunto más amplio de dicotomías, en especial, las de privado/público y femenino/masculino" (*Turner,1989:68*).

En base a lo anterior, podemos decir que el proceso de individuación "inventa el cuerpo al mismo tiempo que al individuo; la diferenciación de uno genera la del otro en una sociedad en la que los lazos entre los sujetos son más relajados" (*Le Breton,1995:153*). Lo anterior se da por que se establece una serie de rituales que justifica la relación con el cuerpo, es decir, "se

instauran códigos del buen vivir que implican normas corporales, y que socializan la relación con el cuerpo a la manera de la represión" por ejemplo cuando se presenta una "anomalía" en el funcionamiento fisiológico ya sea en el hombre o en la mujer como infertilidad o esterilidad de alguna manera se están alterando las normas corporales, y aquí es donde se destituye al cuerpo por la tecnociencia, alineándolo a los códigos del buen vivir.

De hecho, "la preocupación por la salud y por la forma son claves de los valores de la modernidad" (*Le Breton,1995:176*). Aquí la pregunta sería cómo es visto entonces el cuerpo "enfermo" por el sistema biomédico moderno, sin perder de vista el proceso de individualización. Se puede decir que

"el médico despersonaliza la enfermedad. No se la ve como la herencia de la aventura individual de un hombre en un espacio y en un tiempo, sino como la falla anónima de una función o de un órgano. El hombre es alcanzado de rebote por una alteración que sólo le concierne al organismo. La enfermedad está planteada como si fuese una intrusa que surge a partir de una serie de casualidades mecánicas" (*Le Breton,1995:179*)

Por tal, el sistema biomédico moderno occidental representa en la actualidad al cuerpo humano, trayendo como consecuencia que cada vez el sujeto tenga un vago conocimiento de su cuerpo, ya que las soluciones a enfermedades, malestares, afecciones, padecimientos, tienen que ser resueltos por los "expertos", dejando su cuerpo y toda su persona en manos de los médicos. Lo anterior nos lleva a reflexionar que la pertenencia del cuerpo del otro, en éste caso del enfermo, va determinando un estar en ambos, es decir, en el caso del paciente ausentarse de su cuerpo, no tener pertenencia de él y por lo tanto no participar en las decisiones para su cura, y por otro lado en el caso del médico al apropiarse del cuerpo del paciente, sólo se centra en la "salvación" del cuerpo enfermo, dejando aun lado al sujeto como una persona.

Esta forma de percibir a la persona nos deja ver la ausencia que implica para el sistema médico el simbolismo en las y los usuarios, "olvidan que el hombre (y la mujer son seres) de relaciones y símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar" (*Le Breton,1995:181*) sino tiene un contenido socio-cultural que se manifiesta entre otros, por el sistema de representaciones simbólicas. Por lo anterior

"el cuerpo es una construcción social y cultural y su <realidad última> no está dada. El cuerpo mezcla, desordenadamente, sus acciones y sus constituyentes con la simbólica social, y sólo puede comprenderse en relación con una representación que nunca se confunde con lo real pero sin la cual lo real no existiría. El simbolismo social es la medicación por medio de la que el mundo se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible a la acción colectiva" (*Le Breton,1995:182*)

Es necesario aclarar, que si bien por parte del sistema médico no es reconocida la dimensión simbólica ya sea de la relación médico - paciente y la personal tanto del usuario como del prestador, no se quiere decir que ésta se encuentre ausente, sino, limitada por toda la implicación de "la posición cultural y social del médico". Lo anterior debido a que la medicina moderna nació paralelamente con el individualismo occidental, lo que implicó aislar al enfermo y la división de las tareas, así como también la posición socio-cultural en que se pone al médico en comparación con la del enfermo, es decir, el médico es el poseedor del saber, mientras que el paciente es visto como la persona "que no posee ningún saber sobre sí mismo, que ignora las significaciones que lo atraviesan y que está destinado a no comprenderlas" (*Le Breton,1995:185*); un argumento más que orilla al dualismo.

De hecho, dentro de la antropología médica existe una diversidad de ejes teóricos que ha recuperado al cuerpo, y uno de ellos se refiere precisamente al "descubrimiento" de la dualidad cuerpo- mente, cuerpo-alma o biológico-cultural en la sociedad occidental tanto a nivel de cosmovisión de por lo menos un segmento de los conjunto sociales, como sobre todo en el plano de las concepciones científicas y filosóficas dominantes" (*Menéndez,2001:14*). Desde este enfoque, el análisis antropológico se basa en "la idea dualista o tripartita del ser humano y de la "naturaleza" en general que institucionaliza una

visión escindida del sujeto, fundamentada por ciencias específicas que normalizan académicamente esta concepción" (*Menéndez,2001:14*) del mismo modo se presenta, lo anterior en las distintas disciplinas como la biología o biomédica que se encargan del cuerpo biológico, con esto no se quiere decir que las disciplinas determinen la manera de ver al cuerpo, sino "es la noción sobre la realidad del cuerpo" (*Menéndez,2001:14*).

La concepción de la idea del dualismo: cuerpo-alma que se ha institucionalizado en el ámbito de la biomedicina, nos deja ver a ésta como una expresión paradigmática de la escisión de dicho dualismos en términos científicos. Es por lo que, desde la visión antropológica, "el dualismo cartesiano articulado con concepciones mecanicistas constituye parte de la base epistemológica e ideológica de la biomedicina de tal manera que ésta radica la enfermedad exclusivamente en el cuerpo (al cual considera independientemente de las características psicológicas y sociales del paciente)" (*Menéndez,2001:15*) como lo hemos venido mencionando al hablar del cuerpo moderno, es decir, es visto al sujeto como un ser biológico, lo biológico como determinante del sujeto. El dualismo fue:

"puesto de manifiesto en el enfoque biomédico dominante aplicado a la salud mental y al cuerpo femenino, enfoque que recurriendo a criterios científicos construye no sólo representaciones técnica y sociales de las enfermedades mentales y de los cuerpos y padecimientos femeninos, sino que produjo diagnósticos y tratamientos que reforzaron la concepción dualista y sustentaron la subalternidad de estos sujetos" (*Menéndez,2001:15*)

Algunas propuestas antropológicas actuales, de alguna manera tratan de superar el dualismo, por lo que se

"basan en el concepto de cuerpo entendido como experiencia en el mundo, no acotado a las representaciones colectivas sino referido a las prácticas de un cuerpo que no sólo experimenta sino que reproduce la realidad. El cuerpo no es observado en términos de biología o de cultura, sino de una unidad que algunos remiten a la experiencia, otros a la acción y varios a las prácticas ... el mundo se experimenta a través del cuerpo, en particular a través del

padecimiento; el cuerpo expresaría la sociedad y la cultura mediante la acción de cada sujeto y de su situación" (*Menéndez,2001:15*).

Como ya se dijo, el mundo se experimenta a través del cuerpo y en particular del padecimiento, lo anterior, puede tener una serie de explicaciones de acuerdo a la corriente teórica desde donde se analice. Por ejemplo, la antropología culturalista norteamericana, así como la ecologista, consideran los padecimientos como formas que se expresan de manera culturalizadas, sin considerar que sean culturales, ya que ambas corrientes consideran "una base biológica y biopsicológica universal en el ser humano" (*Menéndez,2001:16*). A diferencias de la nuevas tendencias interpretativas que "afirman que el sujeto culturalizado es quién da sentido y significado a sus padecimiento y, además, que el *self* (sí mismo) está culturalmente constituido" (*Csordas en Menéndez,2001:16*).

El desarrollo de lo anterior desde las escuelas interpretativas en antropología médica, se ha enfocado "en torno a la investigación del padecer y los sistemas médicos, y en particular de la biomedicina" (*Menéndez.2001:16*) rompiendo con la visión dualista cuerpo - mente y "las relaciones sujeto y cultura, y lo hacen colocando el eje descriptivo e interpretativo en lo sociocultural" (*Menéndez.2001:16*). Ante el cuestionamiento de los aspectos de la biomedicina, los antropólogos explican la enfermedad y la actividad médica en "términos simbólicos, sociales, psicosociales o económico-políticos" (*Menéndez.2001:16*).

Ahora bien, el culturalismo antropológico en los treinta demuestra una notable separación con el enfoque biomédico hegemónico, ya que considera "que es la cultura la que unifica la realidad, y por ello genera una visión que cuestiona la división cuerpo-mente-cultura, pero para reunificarlos a través de la cultura" (*Menéndez.2001:17*). Por lo que no existen hechos universales, sino éstos son explicados a través del "sentido y significado cultural, y es la cultura la que unifica dichos significados" (*Mead en Menéndez, 2001:17*) por medio de los usos del cuerpo, es decir, la enfermedad o padecimiento se van a entender a través del conjunto de usos culturales del cuerpo, cuerpo culturalizado. Desde esta perspectiva la enfermedad fue entendida como algo "normal o anormal" (*Menéndez,2001*). Esta propuesta culturalista tanto de los nuevos como de los pioneros impulsores de la corriente "no radica en la manera de pensar a la unidad biocultural, sino en el papel dado al sujeto en el

desarrollo de esta unicidad" (*Menéndez,2001:18*). Por ejemplo, "autores como Csordas, del Vecchio Good o Kleinman el individuo es el agente de la unicidad biocultural en su trayectoria de la vida, para Benedict o Mead lo decisivo es el patrón cultural de comportamiento" (*Menéndez,2001:18*). Lo que deja ver que el individuo por el hecho de estar vivo, puede explicar la unidad biocultural a través de sus dinámicas y hasta puede modificar los procesos culturales; aquí la crítica sería que no se consideran los procesos culturales colectivos (*Menéndez, 2001*).

Ahora bien, esta serie de corrientes nos dejan ver la importancia de romper con el enfoque biomédico con su idea dualista cuerpo - mente y considerar a las personas como actores, aunque romper no significa ignorar la percepción biomédica, que aún sigue manejando el dualismo, es decir, en la actualidad es la separación de la persona con su cuerpo, llevándonos a la individualización; una individualización que tampoco es auto-controlable, sino es controlable por la medicina.

Un ejemplo es el tema que nos concierne, ¿qué sucede o cómo es visto y tratado el cuerpo de las personas y en especial de las mujeres que presentan infertilidad o esterilidad?. Siguiendo el mismo enfoque, se puede decir que "el cuerpo humano, desde la concepción hasta la muerte (e incluso *postm mortem*), está controlado por la medicina" (*Le Breton,1995:228*). Ya que cuando se da la presencia ya sea de infertilidad o esterilidad la biomedicina "sale" al rescate para resolver cualquier "anomalía" que este impidiendo el proceso de reproducción y no dejar afuera la fecundación, es decir, "de la concepción in vitro a la ablación de órganos, la medicina y la biotecnología vinculan los procesos orgánicos, los orienta a voluntad. No sólo los estudian y los acompañan, los transforman" (*Le Breton,1995:228*) lo que permite que tengan el control total de lo que se debe y tiene que hacer con el cuerpo de las personas para lograr la fecundación.

El cuerpo sigue siendo un objeto para la medicina, que tiene como fin en este caso la reproducción

“reconstruido a través de un proceso de control que, en ningún momento, toma en cuenta la dimensión simbólica de la paternidad y del deseo del niño y

que sólo se hace preguntas sobre el aspecto orgánico de la esterilidad: el cuerpo obstáculo, el cuerpo que falla. Una medicina que habla sobre el cómo de la esterilidad pero raramente sobre por qué <posiblemente vinculada con la historia de uno de sus cónyuges, la historia de la pareja y, por lo tanto, originada en un lógica diferente de la medicina>” (*Le Breton,1995:231*)

Lo anterior "está envuelto en lo invisible de una historia personal" (*Le Breton,1995:231*) que precisamente es el trabajo como antropólogos tenemos que rescatar desde diversas perspectivas, como en el caso del presente trabajo, a través de los significados que los actores tengan al momento de vivir la experiencia de los procesos de la tecnología para lograr la reproducción, esto es, cómo viven la reproducción asistida y qué significados tiene cuando pasan

“por las manipulaciones médicas: sexualidad a hora fija para los exámenes médicos del día, sexualidad con un fin, culpa generada por esa esterilidad que permanece mientras dura el tratamiento, incapacidad de realizar el duelo por el hijo imposible porque las nuevas técnicas o los nuevos intentos permanentemente plantean una nueva esperanza; años de existencia dedicados sólo a la voluntad de tener un hijo” (*Le Breton,1995:232*)

Por lo que se puede ver que al ingresar a los tratamientos de reproducción asistida la historia personal de los usuarios se modifica y su cuerpo se vuelve esclavo de cada acontecimiento para lograr el fin de la reproducción.

En el momento en que las personas pasan por los procesos de las técnicas de la reproducción asistida es innegable que la persona, sea mujer u hombre se convierta en sólo cuerpo, dejando por completo lo simbólico y sólo se encuentre dentro del terreno de la tecnología, que se transforma en la salvación de lo “anormal” para que de esta manera el cuerpo se convierta en una maquina reproductora, olvidando la historia de cada individuo. Podríamos pensar, por ejemplo, cómo viven el dolor, ya que "hay parejas o individuos estériles que soportan sufrimientos inéditos porque no pueden aceptar la condición que les tocó, ya que es *posible* modificarla" (*Le Breton,1995:232*).

En todo proceso de la procreación asistida al ser manipulado el cuerpo, de una u otra manera el dolor está presente; pero cómo se da la presencia de éste. Primeramente, es conveniente mencionar que el dolor desde nuestro mundo moderno occidental es visto como un problema médico, es decir, el dolor “es sólo una señal particular compleja que se transmite por los nervios desde el sitio de la herida hasta el cerebro. La herida crea, en efecto, el dolor, y continua creando más dolor hasta que se la cura o sana” (*Morris,1991:1*) ubicando al dolor sólo en leyes generales que gobiernan nuestros cuerpos, la anatomía y la fisiología, dejando a un lado la cultura, esto es, “la cultura en que vivimos y nuestras experiencias y creencias personales más profundas” (*Morris,1991:2*) son invisibles para el contexto médico. De hecho, la medicina por la “posición dominante que tiene en nuestra cultura, propende automáticamente a suprimir o a neutralizar todas las otras voces que disienten dentro de la propia medicina” (*Morris,1991:2*).

En consecuencia, se asimila a la persona nuevamente como sólo cuerpo, pero un cuerpo que no siente, anulando por lo tanto la experiencia del dolor de cada actor, un dolor que “nunca es mera creación de nuestra anatomía y fisiología. Sólo emerge en la intersección de cuerpos, mentes y culturas” (*Morris,1991:3*). El rescate de dicho dolor, fue nombrado por René Leriche como el dolor viviente, el cual lo define como “el dolor experimentado fuera del laboratorio y no reducido a un código universal de impulsos nerviosos (que) contiene siempre, en lo íntimo, el encuentro humano con el significado” (*Morris,1991:4*). Y precisamente el dolor viviente es uno de los fenómenos no reconocido y por ende no entendido por el ámbito médico cuando las personas pasan por cada una de las etapas de la reproducción asistida, por la sencilla razón de que el dolor viviente es parte del conjunto de representaciones simbólicas.

Para complementar lo anterior, sería conveniente trabajar el mito de los dos dolores. El dolor ha sido dividido en dos tipos: el mental o el físico, lo que nos recuerda el dualismo de cuerpo y mente. En la cultura occidental el cuerpo produce el dolor físico y la mente el dolor mental. Esta forma de percibir el dolor nuevamente lleva a despersonalizar al cuerpo, es decir, no se considera la percepción que la persona tenga al momento de presentar ya sea, un dolor físico o mental.

Cuando se da la presencia de cualquiera de los dos dolores, no se puede negar la “necesidad de ofrecer medicamentos, a los médicos les debe parecer conveniente, incluso necesario, recetar una droga para el dolor físico y otra droga para el dolor mental. Si el Mito de los Dos Dolores ... ayuda a que los médicos alivien a pacientes que luchan con una enfermedad crónica, vale la pena conservarlo por sólo esa razón” (*Morris,1991:12*).

Pero aquí, la pregunta sería cómo ir más allá de la solución inmediata del dolor y meramente fisiológica, cuando lo que nos interesa son los actores. Una respuesta es precisamente por medio de los significados que las personas tienen ante la presencia de cualquier dolor. Por ejemplo en el tema que nos atañe, el dolor puede presentarse desde el momento en que la pareja se da cuenta que no puede procrear, y a manera individual como mujer o como hombre, posteriormente la serie de estudios que tiene que realizarse, así como los diversos tratamientos, sin dejar a un lado por supuesto la indiferencia por parte de los prestadores de servicios ante el dolor de los otros. Cada uno de los acontecimientos mencionados ante el problema de la esterilidad, el dolor está construido por lo que “pensamos, actuamos y sentimos” (*Morris,1991:12*). Lo que se quiere decir, que en el momento en que se presente un dolor físico o mental, no está ausente lo simbólico, por lo que se puede entonces decir que el dolor está construido por un conjunto de significados independientemente que su presencia sea física o mental. Con lo cual no podemos descartar que el dolor es

“también una experiencia subjetiva, quizás un arquetipo de la subjetividad, que sentimos sólo en la soledad de nuestra mente individual. Está, además, siempre saturado con la impronta visible o invisible de cultural humanas específicas. Aprendemos cómo sentir dolor y aprendemos lo que significa ... en el dolor – por lo menos fuera del laboratorio – pueden ser los significados personales y sociales con los cuales nosotros y nuestra cultura lo dotamos” (*Morris,1991:15*)

La relación significado y dolor desde el ámbito biomédico es completamente ignorada, lo que nos deja ver que los médicos no conocen mucho del dolor como supone la mayoría de los usuarios al ser atendidos. Esto radica por el simple hecho de que el “dolor es siempre

personal y siempre cultural, está, por eso, siempre abierto a la variable influencia del significado” (*Morris,1991:27*). Por eso, los significados del dolor no los podemos apartar de nuestro mundo social y cultural, y mucho menos cuando el cuerpo es el centro de atención del ámbito biomédico ante la presencia de una enfermedad, malestar o padecimiento, ya que el significado, es “algo que existe dentro del cambiante proceso de la cultura humana y de la mente individual. Por lo tanto, nunca se le puede apartar con éxito, del camino. El significado del dolor, como el de cualquier texto complejo, siempre permanece abierto a variables interpretaciones personales, sociales y (culturales)” (*Morris,1991:29*). El contenido del sistema de significados alrededor del dolor es una manera de romper con el dualismo: dolor físico – dolor mente, lo que trae como consecuencia romper con interpretaciones universales donde el ámbito médico es el especialista.

Todo lo anterior, nos permite concluir diciendo como bien lo menciona Hérítier, “al parecer la materia prima de lo simbólico es el cuerpo, en virtud de ser el lugar primario de observación de datos sensibles” (*Hérítier,1991:102*) y por tanto, el que nos permitirá entender los diversos significados de los actores que presenten esterilidad o infertilidad, desde la perspectiva de la concepción del cuerpo moderno, es decir del cuerpo individualizado.

IDENTIDAD GENÉRICA

La significación del cuerpo tiene que ver con la identidad genérica, ya que la constitución de la identidad también se refleja en el significado del cuerpo, la individualización de éste tiene que ver con la subjetividad socializada, esto es, "con el conjunto de relaciones históricas depositadas en los cuerpos individuales en forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción" (*Lamas,2000:106*). El significado del propio cuerpo desde la identidad genérica, también nos proporciona un mero acercamiento para conocer cómo es visto el cuerpo del otro, de esta manera se puede tener parte del sistema de representaciones simbólicas, como más adelante se vera.

Para empezar esta apartado, partiré de la propuesta de Mauss retomada por Lévi-Strauss respecto a la noción del acto social total, ya que esta perspectiva nos da pauta para trabajar el tema de la identidad como parte del todo.

Lévi-Strauss, retoma y amplía la definición acto social total de Mauss, en donde incluye lo siguiente:

"no sólo una simple reintegración de aspectos discontinuos como son el familiar, el técnico, el económico, el jurídico, o el religioso, ya que podría caerse en la tentación de considerarlo en su totalidad sólo desde uno de estos aspectos; es necesario además, que quede encarnado en una experiencia individual y esto desde dos punto de vista diferentes: primeramente, dentro de una historia individual que permita <<observar el comportamiento de los seres en su totalidad y no dividido en sus diversas facultades>>, y a continuación, dentro de lo que nos gustaría denominar... una antropología, es decir, un sistema de interpretación que rinda cuenta simultánea de los aspectos físico, fisiológico, psíquico y sociológico de toda conducta.<< El estudio de ese fragmento de nuestra vida que es nuestra vida en sociedad no es suficiente>>" (*Lévi-Strauss en Mauss, 1979:24*)

Con lo anterior, podemos ver como la identidad es parte significativa de todo acto social, debido a que la identidad, es parte de lo cultural y lo psicológico, además Lévi-Strauss, argumenta que para

"comprender adecuadamente un acto social es necesario considerarlo en su totalidad, es decir, desde fuera, como una cosa, pero como una cosa de la que forma parte integrante la consideración subjetiva (consciente o inconsciente) ... El problema está en saber cómo se puede llevar a cabo esto que no consiste sólo en comprender un objeto simultáneamente desde dentro y desde fuera, sino que exige más, ya que se hace necesario que la comprensión interna ... quede expresada en términos de comprensión externa, aportando determinados elementos de un conjunto que sólo son válidos si se presentan de una forma sistemática y coordinada" (*Lévi-Strauss en Mauss, 1979:26*)

La identidad genérica de los actores es uno de los elementos que le van a dar contenido al sistema de representaciones simbólicas de la salud reproductiva, y en específico a los temas concernientes del presente trabajo: infertilidad y esterilidad; ya que "está en la naturaleza de la sociedad el expresar sus costumbres y sus instituciones por medio de símbolos, mientras que las conductas individuales *no son por sí mismas jamás simbólicas*, ya que son los elementos a partir de los cuales se construye el sistema simbólico, que únicamente puede ser colectivo" (*Lévi-Strauss en Mauss, 1979:18*).

Los estudios sobre las identidades de la mujer vienen realizándose desde hace tiempo. La línea de investigación era y sigue siendo en algunos casos el estudiar a las mujeres por grupos tales como raza, etnia, clase, momento histórico, político, geográfico, etcétera, sin considerar la opresión común que viven todas las mujeres independientemente del grupo al que pertenezcan (*Bartra,1995*); pero últimamente en algunas disciplinas como la biología, medicina, psicología, sociología, antropología...y en especial en las últimas tres mencionadas, han tenido una apertura al considerar la perspectiva de género.

Ahora bien, considerar la categoría de género para el estudio de las mujeres no significa que se dejen de lado las otras formas de identidad como se han venido abordando (etnia, clase, momento histórico, político, geográfico, etcétera), por el contrario, lo que se debe de intentar hacer es incluir la perspectiva de género para tener un enfoque más objetivo del grupo de mujeres que se estén estudiando y del tema(s) específico(s) que se aborden como podría ser lo laboral, el ámbito doméstico, el papel político... por lo tanto el género es,

“en sí mismo, una categoría de análisis... Se pueden establecer generalizaciones acerca de muchos aspectos de la desigualdad entre los sexos siempre ...(pero es importante considerar) que en todos los lugares, en todas las clases, en todas las razas y en todas las culturas encontramos similitudes en los rasgos característicos de esas desigualdades, así como en lo relativo a sus causas y efecto, aunque a menudo su magnitud o su gravedad difieran” (Moller,1996:203)

En el caso de los estudios de masculinidad surgen como consecuencia de las reflexiones y acciones de los estudios feministas. El tema de la masculinidad o estudios del hombre al igual que en los estudios de la mujer, no se salva de tener distintas maneras de ser abordado. En los estudios de la masculinidad se abren dos contravertientes, una que no considera los factores sociales y culturales que “se guía por la biología y tiende con mayor o menor elaboración, considerar la masculinidad como algo natural e inmutable. La otra plantea que la masculinidad es una construcción histórica, producto de la particular estructuración de alianzas y contradicciones, de acuerdos y conflictos, de la situación social-demográfica-cultural-económica de una sociedad determinada en un momento dado” (Minello,1995:14). La interpretación de las masculinidades, es tratar de “conocer cómo y por qué ser varón requiere de tales o cuales características y acarrea determinadas consecuencias” (Minello,1995:14).

Los "nuevos" enfoques que se le han dado a los estudios de las identidades de la mujer y el hombre se deben precisamente, por la incorporación de la categoría de género como una variable trascendente, que permite otra forma de interpretar y conocer el sistema de representaciones simbólicas. Lo anterior permite para el presente trabajo que se tenga un

análisis específico de los diversos significados de la esterilidad o infertilidad desde una perspectiva como mujer o como hombre.

Los estudios de género se iniciaron en la antropología desde una perspectiva más allá de la simple descripción etnográfica. En la década de los treinta, una de las principales pioneras que se cuestionó sobre el género fue *Margaret Mead (1981)*, quien reflexionó sobre las diferencias conductuales y en específico se interesó por el por qué de estas diferencias; concluyendo que dichas diferencias eran creaciones culturales y que la naturaleza humana era sumamente moldeable; otra referencia en esta misma década, fue la de *Murdock (1937)*, quien se enfocó en la comparación de la división sexual del trabajo considerando varias sociedades, al tener los resultados se dio cuenta que la división del trabajo no se debía a las diferencias físicas entre los sexos, esto es, la fuerza no era un factor determinante para dicha división. Ya para los años cuarenta, se empieza a utilizar el concepto de status que permite otra forma de abordar el género, por ejemplo, Linton, retoma dicho concepto, dando una explicación diferente al género; desde esta postura era considerada la feminidad y la masculinidad como status establecidos, dando pie al planteamiento de las identidades psicológicas. Posteriormente se siguió cuestionando si los papeles sexuales eran construcciones culturales, si existían o no diferencias entre lo sociocultural y lo biológico, en sí una serie de preguntas que giraban en torno al por qué la diferencia sexual implica desigualdad social (*Lamas, 1985*).

En los años sesenta y setenta con los estudios feministas, las interrogantes tuvieron otro curso se le empezó a dar contenido a la desigualdad social, es decir, las mujeres empezaron a evidenciar lo que implicaba la desigualdad social, lo cual consistía en reconocer la subordinación de la mujer en los diferentes ámbitos sociales, lo que dio pauta para ya no hablar de la desigualdad social, sino de una desigualdad entre la mujer y el hombre. A partir de aquí, se empezó a hablar de una subordinación femenina universal, lo que implicó enriquecer tanto la teoría como la información antropológica, por ejemplo:

“ todas las consideraciones y evidencias sobre la existencia de un poder femenino no reconocido anteriormente, las implicaciones y alcances de dicho poder, así como su naturaleza. También se constató que el rol de las

mujeres en los procesos sociales es mayor de lo reconocido ideológicamente y se detectaron las estructuras sociales que facilitan o frenan los intentos de las mujeres por modificar su status en sociedad. Esto condujo a investigar las formas y la calidad de las estrategias (matrimonio, laborales, etc) utilizadas por las mujeres” (*Lamas,1985:181*)

Pero a pesar de lo anterior aún no quedaba claro cuáles eran los factores que determinaban el status femenino, que se presentaba diferente de acuerdo a cada cultura, pero sí con una constante, la subordinación política de las mujeres. Ante esta persistencia, se opuso otra en donde se explicaba la subordinación femenina y era precisamente la diferencia biológica, la cual se centra en la maternidad. Por otro lado, habían otras pensadoras que descartaron radicalmente la explicación de la subordinación femenina a partir de lo biológico y sólo redujeron sus explicaciones al factor cultural. A mediados de los años setenta, se proponen explicaciones sobre la subordinación de la mujer desde una perspectiva interdisciplinaria, esto es, se reconoce que no sólo los factores culturales o los biológicos son la respuesta a dicha subordinación sino el conjunto de éstos, considerando los diversos aspectos como el económico, social, ecológico con el fin de tener una respuesta más integral. Una de las precursoras de esta nueva propuesta fue la socióloga francesa *Evelyne Sullerot (1979)* conjuntamente con la medica Jacques Monod (*Sullerot,1979*), quienes a manera de conclusión, argumentaron que “se debe aceptar el origen biológico de algunas diferencias entre hombre y mujeres sin perder de vista que la predisposición biológica no es suficiente por si misma para provocar un comportamiento. No hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo. Ambos comparten rasgos y conductas humanas” (*Lamas,1985:183*).

Después de ser descartada como explicación constante la diferencia biológica, se cuestionó por qué en todas las sociedades se presentaban diferencias sexuales que implicaba un orden desigual, esto es, “¿Qué característica se encuentra presente en todas y cada una de las sociedades para que estas produzcan y reproduzcan un orden sexual desigual?” (*Rosaldo en Lamas,1985:184*). Y justamente las distintas respuestas que evidencian la manera en cómo se vive como mujer o como hombre, es lo que le da origen al género, considerando tanto la constante biológica (la maternidad) como la cultural.

Una de esas respuestas se puede ver en el trabajo de Ortner quien parte de una universalidad de la subordinación de la mujer, ella argumenta que “todas las culturas relacionan a la mujer con algo que todas las culturas subestiman ... la naturaleza en su sentido más amplio” (*Ortner citada en Moore,1988:28*). Por lo que propone identificar y asociar simbólicamente a la mujer con la naturaleza y al hombre con la cultura, “dado que la cultura aspira a controlar y dominar la naturaleza, es <<natural>>que las mujeres, en virtud a su proximidad a la <<naturaleza>>, experimenten el mismo control y dominio” (*Moore,1988:28*). Lo anterior debido, por un lado, a que la mujer por sus características fisiológicas y en específico su función reproductora se relaciona más cerca de la naturaleza y su creatividad se aterriza con parir, mientras los hombres se reconocen por su creación tecnológica que representa simbólicamente algo más cultural que natural; y por otro lado, el papel social de la mujer se encuentra limitado como consecuencia a esta relación estrecha de la mujer con la naturaleza por la función reproductora; por lo tanto el papel de la mujer se ha acotado al ámbito doméstico (*Moore,1988*). Ahora es interesante, que la propuesta de Ortner no se centra en una discusión si es o no verdadera esta similitud de la mujer con la naturaleza o del hombre con la cultura, sino “descubrir el sistema de valores culturales en virtud del cual las mujeres parecen <<más próximas a la naturaleza>>” (*Moore,1988:29*).

Y siguiendo el anterior enfoque es por lo que considero la categoría de género como un concepto importante que puede permitirnos comprender cómo la socialización diferencial entre ambos grupos, determina un estar específico de las mujeres y los hombres en cualquier esfera de la vida como es la salud o la enfermedad, y cómo la presencia de alguna “*anormalidad*” en la salud reproductiva en ambos géneros, como la esterilidad o infertilidad de alguna manera trunca con lo socialmente impuesto, y por ende lo esperado. Para tener respuestas más concretas es necesario mencionar qué se entiende por género desde este contexto.

El *género*, desde la antropología "alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual" (*Lamas,1996:332*) por género se entenderá “al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un

grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (*Lamas,2000:97*).

Pero en sociedades como la nuestra, donde existe una asimetría entre hombres y mujeres en el desarrollo de los diversos ámbitos como el económico, político, cultural y social, el papel de la mujer está identificado en primer momento con la maternidad. La capacidad biológica de las mujeres para la procreación tiene una interpretación de gran peso para limitar los espacios de interacción y el desarrollo de las mujeres, organizando su vida en torno a la maternidad (*Figueroa,1998*). Mientras en el caso del varón su papel está centrado en actitudes basadas en modelos de control, dominación, poder y competencia (*Corsi,1989*) los cuales tienen que ser demostrados en todos los espacios sociales para ser reconocido como un verdadero hombre.

La diferencia socialmente establecida entre los géneros ha tenido como justificación natural: "la diferencia biológica entre los sexos, es decir entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia *anatómica* entre los órganos sexuales" (*Bourdieu,2000:24*) y específicamente "la capacidad reproductora (es) lo que hace la diferencia real entre lo masculino y lo femenino, y la dominación masculina... (lo que se traduce al) control, la apropiación de la fertilidad de la mujer, en la etapa en que es fértil" (*Héritier,1991:96*). Esto es uno de los argumentos de la importancia de considerar como uno de los ejes básicos a la identidad genérica, ya que sí bien la capacidad reproductora es el elemento que reafirma lo masculino o lo femenino, ¿Qué sucede cuando no se presenta de manera “natural” dicha capacidad reproductora? Y por el contrario está la existencia de infertilidad o esterilidad, ya sea en la mujer o en el hombre.

Desde una concepción mítico-ritual, la oposición entre los sexos se inscribe en una serie de dicotomías: "alto/bajo, arriba/abajo, seco/húmedo, cálido/frío, activo/pasivo" (*Bourdieu,2000:31*) donde la primera parte de cada dicotomía se relaciona con la mujer y la oposición con el hombre o viceversa según el contexto cultural, dichas dicotomías describen la relación de dominación, y por ende de jerarquización entre los sexos. Y precisamente veremos cómo las diferencias del entendimiento del cuerpo de la mujer y del hombre le dan contenido al sistema de identidades en cada género, ya que “las identidades

subjetivas son procesos de diferenciación y distinción" (*Scott,1990:39*), por lo que "la diferenciación sexual implica no sólo anatomías distintas sino subjetividades diferentes" (*Lamas,2000:101*). Las construcciones binarias "poseen un discurso ideológico, un *corpus* de pensamiento simbólico que tiene la misma función de justificar la supremacía del hombre a ojos de todos los miembros de la sociedad, tanto de las mujeres como de los varones, dado que tanto unas como otros participan por definición de una misma ideología inculcada desde la infancia" (*Héritier,1991:96*). Y precisamente esta perspectiva dualista va a ser la base para entender la identidad genérica en el presente trabajo, y por ende el significado que cada género tenga respecto a la infertilidad y esterilidad, más adelante lo desarrollaré.

El tema de la identidad ha tenido gran relevancia en los estudios de masculinidades y feminidad desde diferentes disciplinas. Por ejemplo desde el psicoanálisis, se ha venido dando basándose en dos escuelas cuyos enfoques tienen sus propios matices. Por un lado, se encuentra la escuela anglo-americana, que se basa en las teorías relaciones-objetos; y por otro lado, se encuentra la escuela francesa, la cual se basa en la lecturas estructuralistas y posestructuralistas (teorías del lenguaje), tomando como base a teóricos como Freud y Lacan. Ambas escuelas, se interesan en los procesos por los que se da la identidad del sujeto; "se centran en las primeras etapas de desarrollo del niño en busca de las claves para la formación de la identidad de género" (*Scott,1990:36*). Dentro de la escuela pos-estructuralista, (que es la línea de interés como ya se sabe en el presente trabajo) se recalca "la función central del lenguaje en la comunicación, interpretación y representación del género" (*Scott,1990:36*). Aquí es conveniente recordar que el lenguaje desde una perspectiva pos-estructuralista "no quiere decir palabras sino sistemas de significados - órdenes simbólicos- que preceden al dominio real del habla, la lectura y la escritura" (*Scott,1990:36*); mientras que la escuela anglo-americana, se basa en la experiencia real, esto es, la relación del niño con el cuidador/a. La teoría americana plantea que el inconsciente es sujeto de la comprensión consciente, pero tiene que ser considerado como último extremo; mientras que para los lacanianos, "el inconsciente es un factor crítico en la construcción del sujeto; además es la ubicación de la división sexual y, por esta razón, de la inestabilidad constante del sujeto con el género" (*Scott,1990:37*).

Digamos que la teoría lacaniana, es la que se acerca más a dar una interpretación de la identidad genérica, considerando el sistema de representaciones simbólicas, ya que la explicación de la identidad genérica, no se pueda dar

"sin prestar atención a los sistemas simbólicos, esto es, a las formas en que las sociedades representan el género, hacen uso de éste para enunciar las normas de las relaciones sociales o para construir el significado de la experiencia. Sin significado, no hay experiencia; sin procesos de significación no hay significado (lo que no quiere decir que el lenguaje lo sea todo, sino que una teoría que no lo tiene en cuenta ignora los poderosos roles que los símbolos, metáforas y conceptos juegan en la defunción de la personalidad y de la historia humana)" *(Scott,1990:38)*

Pero también, no podemos dejar de ver que la corriente lacaniana universaliza la identidad tanto para las mujeres como para los hombres. Veamos porqué, para Lacan el lenguaje es el centro de la construcción de la identidad genérica, y a través del cual se instala al niño en el orden simbólico. El falo es el significante central de la diferencia sexual, entendiéndolo desde un postura metafórica dentro de un contexto cultural, esto es, para

“el niño, el drama edípico se manifiesta en términos de interacción cultural, puesto que la amenaza de la castración incluye el poder y las normas legales (del padre). La relación del niño con la ley depende de la diferencia sexual, de su identificación imaginativa (o fantástica) con la masculinidad o feminidad. En otras palabras, la imposición de la normas de interacción social son inherentes y específicas del género, porque la mujer tiene necesariamente una relación diferente con el falo que el hombre” *(Scott,1990:38-9)*

Con lo anterior se puede ver que si bien, el falo es el único significante del proceso de construcción de la identidad del sujeto genérico, nos deja ver entonces que sólo basta entender la relación del sujeto con el falo (simbólico-imaginario) para comprender la identidad, y esto de alguna manera universaliza su entendimiento y lo limita, ya que se deja a un lado los diversos componentes del cuerpo que también son parte básica para entender

las identidades. En el presente trabajo, veremos cómo las diferencias del entendimiento del cuerpo de la mujer y del hombre le dan contenido al sistema de identidades en cada género, ya que dicho sistema como ya se mencionó son procesos de diferenciación y distinción que tienen su contenido en los discursos simbólicos.

Para conocer cómo se entenderían las diferencias entre la mujer y el hombre es necesario, por lo tanto, considerar las dualidades cuerpo-genéricas que se han atribuido a su alrededor, entendiendo las “oposiciones binarias como signos culturales y no como portadoras de un sentido universal –su sentido radica en la existencia misma de las oposiciones y no en su contenido- en el lenguaje del juego social y del poder” (*Héritier,1991:97*), es decir, el contenido de las dualidades es que le va a dar significado a la identidad de los sujetos, mediante la manera en cómo se establezcan dichas dualidades.

Héritier (1996) plantea, que la relación idéntico/diferente se encuentra en los sistemas “que oponen dos a dos valores abstractos o concretos (caliente/frío, seco/húmedo, alto/bajo, inferior/superior, claro/oscuro, etcétera) valores contrastados que vuelven a encontrarse en las tablas clasificatorias de lo masculino y lo femenino” (*Héritier,1996:19*). Las dicotomías son como ya se dijo signos culturales, por lo que estas dicotomías pueden variar de acuerdo al contexto cultural. Dichas dicotomías conforman estructuras cognitivas que se “traducen en esquemas no pensados de pensamiento en habitus, mediante el mecanismo básico y universal de la oposición binaria” (*Bourdieu en Lamas,2000:105*).

Por ejemplo, para “el pensamiento griego las categorías centrales son la de calor y frío, de lo seco y lo húmedo, las cuales están directamente asociadas a la masculinidad (lo caliente y lo seco) y a la feminidad (lo frío y lo húmedo), y de manera aparentemente inexplicable, afectadas de valores, positiva una parte y negativa la otra” (*Héritier,1991:96*) lo anterior legitima un orden social, ya que “los cuerpos masculinos y femeninos se consideran versiones jerárquicas y verticalmente ordenadas” (*Bestard,1998:195-6*). Otro ejemplo, desde una postura occidentalizada y biologicista es la explicación de los procesos de producción y reproducción (reproducción humana) que tienen que ver con una doble complementariedad asimétrica entre géneros, esto es, “la oposición entre lo discontinuo masculino y lo continuo femenino se encuentra tanto en el orden de la reproducción –con la

oposición entre la concepción y la gestación-, como en el orden de la producción, con la oposición, que estructura el ciclo agrario, entre el tiempo de trabajo y el tiempo de producción, dedicado a la gestación y gestación de los procesos naturales” (*Bourdieu,1980:360*) aquí sólo hay que recordar que una interpretación desde lo biológico es importante, pero no es única ni universal.

En ambos ejemplos, podemos ver que en definitiva la identidad genérica esta dada por medio del significado que se tenga del cuerpo de la mujer y del hombre, por lo que el género entonces se puede entender como “un artefacto de orden particular resultante de una serie de manipulaciones simbólicas y concretas que afectan a los individuos” (*Héritier,1996:20*) y que trae como consecuencia la asimetría entre géneros, y por ende una *valencia diferencial de los sexos*, como es propuesto por Héritier (1996).

La *valencia diferencial de los sexos*, es la que aterriza precisamente las desigualdades entre los géneros y por ende le proporciona su identidad. Dicha valencia, se inscribe en el cuerpo, en la observación del funcionamiento fisiológico, es decir, "anatómica y fisiológica la diferencia de los sexos es un dato natural. De su observación se desprenden nociones abstractas cuyo prototipo es la oposición de lo idéntico/diferente, en la que se moldean tanto las otras oposiciones conceptuales de las que nos servimos en discursos de todos los órdenes, como las clasificación jerárquicas que el pensamiento opera y que poseen valor" (*Héritier,1996:25*). Lo que lleva a tener o no control del cuerpo, entendido éste es su mayor expresión: Procreación, representación de los humores del cuerpo, formación del embrión. En el caso de la mujer, por ejemplo, el proceso de ovulación no puede ser controlado por ella misma, ya que se presenta en un período determinado, en cambio “la pérdida de sustancia espermática... es controlable, y muchos sistemas sociales e ideológicos preconizan y organizan este control” (*Héritier,1996:25*) y en primer momento el hombre. Por lo que se puede decir que “en esta desigualdad -lo controlable frente a lo incontrolable, lo deseado frente a lo sufrido- podría hallarse la matriz de la valencia diferencial de los sexos, la cual también estaría, por tanto, inscrita en el cuerpo, en el funcionamiento fisiológico, o más exactamente procedería de la observación de este funcionamiento fisiológico” (*Héritier,1996:25*). De lo anterior se derivan conocimientos “abstractos cuyo prototipo es la oposición idéntico/diferente, en la que se moldean tanto la otras oposiciones conceptuales

de las que nos servimos en nuestros discursos de todos los órdenes, como las clasificaciones jerárquicas que el pensamiento opera y que poseen valor” (*Héritier,1996:25*).

La observación del funcionamiento fisiológico del cuerpo va tener como contenido el trabajo de construcción simbólica, el cual

“no se reduce a una operación estrictamente *preformativa* de motivación que orienta y estructura las representaciones, comenzando por las representaciones del cuerpo...; se completa y se realiza en una transformación profunda y duradera de los cuerpos (y de los cerebros), o sea, en y a través de un trabajo de construcción práctico que impone una *definición diferenciada* de los usos legítimos del cuerpo, ... que tiende a excluir del universo de lo sensible y de lo factible todo lo que marca la pertenencia a otro sexo” (*Bourdieu,2000:37*)

Dichos conocimiento, nos llevan a confirmar “que es un hecho de observación general la dominación social del principio masculino” (*Héritier,1996:24*), puesto que se derivan de categorías cognitivas: “operaciones de clasificación oposición, calificación, jerarquización, estructuras en las cuales lo masculino y lo femenino se encuentran encerrados. Estas categorías cognitivas, cualquiera que sea su contenido en la cultura, son extraordinariamente duraderas puesto que son transmisibles y se inculcan muy pronto por la educación y el entorno cultural, y se perpetúan a través de todos los mensajes y señales explícitos de lo cotidiano” (*Héritier,1996:27*). Recordando siempre que, el “sistema mítico ritual desempeña aquí un papel equivalente al que incube al orden jurídico en las sociedades diferenciadas: en la medida en que los principios de visión y de división que proponen están objetivamente ajustados a las divisiones preexistentes, consagran el orden establecido, llevándolo a la existencia conocida y reconocida, oficial (*Bourdieu,2000:20-1*).

Lo anterior, es un modo de justificar las desigualdades entre los género, y por ende la dominación masculina, a través del simbolismo que se le ha atribuido al cuerpo (diferencias anatómicas y fisiológicas) asimilando lo anterior como “naturales”, inscritas tanto en “la objetividad, bajo la forma de divisiones objetivas, como en la subjetividad, bajo la forma de

esquemas cognitivos que, organizados de acuerdo a sus divisiones, organizan la percepción de sus divisiones objetivas” (*Bourdieu,2000:24*). Digamos que se conforma una especie de contrato sexual, en donde para las mujeres hay “una perdida muy importante de soberanía sobre sí y sobre el mundo. Una soberanía que se refiere a las funciones que su cuerpo tiene capacidad de desempeñar en la sociedad y también a las codificaciones simbólicas que definen lo que el sexo femenino es en la cultura de que se trate” (*Rivas,1995:75*) como podría ser el percibir a

“la mujer ardiente, la mujer fría, la mujer contaminante... (que) remite a una naturaleza femenina: morfológica, biológica y psicológica. Tales series cualitativas están marcadas de manera negativa o desvalorizadamente, mientras que las correspondientes series cualitativas masculinas tienen signo positivo o están valorizadas. Existen por tanto un sexo mayor y un sexo menor, un sexo “fuerte” y un sexo “débil”, un espíritu “fuerte” y un espíritu “débil”. Tal “debilidad” natural y congénita en las mujeres legitima el que incluso sus cuerpos sean objeto de sujeción” (*Héritier,1991:92*)

Se puede decir que “las categorías de género, las representaciones de la persona sexuada, el reparto de las tareas tal como las conocemos en las sociedades occidentales, no son fenómenos de valor universal generados por una naturaleza biológica común, sino construcciones culturales. Con un mismo <<alfabeto>> simbólico universal, anclado en esta naturaleza biológica común, cada sociedad elabora de hecho <<frases>> culturales singulares y que le son propias” (*Héritier,1996:21*).

Héritier propone el concepto del lenguaje de la ideología, que permite entender con mayor claridad al simbolismo universal de la naturaleza biológica común. Para explicar lo anterior, primeramente comenta que en todas las sociedades siempre “hay un sexo mayor y otro menor, un sexo fuerte y un sexo débil” (*Héritier,1996:68*) que conlleva una clasificación de dicotómica como las que se han venido mencionando, es decir, una clasificación que “valora aptitudes, comportamientos y cualidades según los sexos, que se encuentran en toda sociedad” (*Héritier,1996:68*) las dicotomías que se desprenden de lo anterior refieren a un lenguaje de categorías dualistas más extensas que hacen referencia precisamente a la

experiencia etnográfica, esto es, las dualidades pueden variar de acuerdo a las sociedades, sin perder de vista “la coherencia interna general de un lenguaje concreto, entre las relaciones varón/mujer, derecha/izquierda...” (*Héritier,1996:69*).

En todo sistema de representaciones, el lenguaje dualista es uno de los elementos necesarios para entender la traducción de las relaciones de fuerzas (*Héritier,1996*) y por ende la de los géneros. Ahora bien el conjunto de representaciones debe funcionar como “sistema explicativo coherente para todos los fenómenos y accidentes propios de la vida individual (la desgracia, la enfermedad, la muerte), de la vida en grupo e incluso de los fenómenos relacionados con el orden natural” (*Héritier,1996:69*), así como del orden puramente fisiológico.

Considero que la importancia de la propuesta sobre el lenguaje dualista es que precisamente invita a considerar la parte simbólica, para explicar cualquier proceso de la vida de las personas como puede ser lo referente a lo que atañe a la esterilidad e infertilidad, puesto que lo "importante es cómo la persona llega a convertirse en un ser moral y socialmente reconocido y cuáles son los elementos que simbolizan esta formación de la persona" (*Bestard,1998:179*).

El orden de lo simbólico en la sociedad moderna permite jugar con la oposición de la naturaleza de lo social, así como la reproducción de la producción, por lo que se puede decir que la "reproducción biológica y la diferencia sexual no constituye un dominio separado que asegure la base de la continuidad social" (*Bestard,1998:179*). Si lo anterior lo vemos desde la conformación de los géneros y la conformación cultural de la relación entre éstos, podemos decir que no se debe únicamente a que a la mujer se le relacione con el orden de la naturaleza por su capacidad reproductora o en el caso del hombre al orden cultural por su "capacidad productiva y apropiación de los bienes naturales" (*Bestard,1998:179*). Precisamente la explicación desde lo simbólico nos permite entender otras formas de las distinciones genéricas que son arbitrarias en la sociedad occidental y precisamente abre nuevos caminos para entender y explicar el comportamiento de mujeres y hombres en los distintos ámbitos de la vida como es la salud reproductiva en culturas determinadas.

Lo anterior nos lleva a reflexionar que las diversas relaciones entre las personas, que pueden ser desde las nociones de parentesco en donde esta inscrito la producción y la reproducción, nos lleva a pensar que

"relacionarse con una determinada lógica generativa que marca el modo en que la persona llega a ser persona, que incluye tanto dimensiones físicas como cosmológicas de la procreación y que se encarga de resolver cuestiones tales como el modo en que aparece la vida, de qué está compuesta, en qué consiste los papeles masculino y femenino, cómo las persona se relacionan unas con otras, o qué vínculo mantiene con el mundo no humano y con el cosmos"
(Bestard,1998:179)

Si hablamos desde la lógica generativa en la sociedad occidental, la determinación del papel genérico y por ende del comportamiento de las personas se debe en primer momento a las relaciones social y culturalmente construidas para identificar a la mujer o al hombre, esto es, mujer-reproducción-naturaleza y hombre-producción-cultura, lo que conforma una dicotomía entre géneros y por tanto una asimetría.

Por ejemplo, desde el ámbito de la vida cotidiana, entendida a ésta como el “conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres (y mujeres) particulares, los cuales a su vez, crean las posibilidades de la reproducción social” (Lagarde,1993:246) se da una serie de aspectos diferenciados para cada género, por ejemplo:

a) para los hombres, la vida cotidiana es el espacio de su reproducción particular como hombres concretos; b) para las mujeres significa el espacio de su realización como seres humanos concretos, en ella reproduce a los otros, a sí mismas y a su mundo; existen por medio de la maternidad
(Lagarde,1993:246)

Ahora bien, el contenido de la función fisiológica del cuerpo de la mujer y del hombre, se expresa por el trabajo de la construcción simbólica, lo que trae de resultado una definición diferenciada de los usos del cuerpo de acuerdo a su sexo. En el caso de la mujer, por la capacidad reproductora, entendida a esta como embarazo, se le ha atribuido que su papel

principal como mujer es ser madre. Lo que ha llevado a entender la maternidad como un hecho natural, y aquí se ve clara la relación dicotómica mujer/naturaleza o madre/natural. Pero, es pertinente mencionar que la

“definición de la maternidad como hecho natural es una representación ideológica (lenguaje de la ideología) que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer-madre, de una identidad sólida y coherente al servicio de las ilusiones narcisistas. La ecuación mujer-madre-naturaleza encarna en la mujer el mito paradisiaco de la satisfacción limitada, la omnipotencia propia imaginaria con otro cuyo deseo es absoluto, con el que cada sujeto se identifica plenamente” (Tubert,1991:51)

La maternidad debe entenderse más allá del hecho fisiológico, es decir, la maternidad es un conjunto de hechos de la reproducción sociocultural en donde se crea una ideología de la maternidad que se sintetiza en lo maternal que implica ser débil ante el varón, ser bondadosa, cariñosa, lo que la hace “*ser más mujer*”, ya que la maternidad socialmente se ha arraigado en la estructura de lo biológico de la mujer, dejando de ver a la maternidad como lo que es, una construcción cultural. Lo anterior se traduce en que “cada mujer y millones de ellas, concentran estas funciones y esas relaciones –sociales, económicas, eróticas, nutricionales, ideológicas y políticas- como contenido que organiza su ciclo de vida y que sustenta el sentido de la vida para ellas” (Lagarde, 1993:248). Tanto las funciones, así como las relaciones implican en la mujer satisfacer primeramente las necesidades de los otros antes que las propias en los diferentes espacios sociales. Hablar de los otros es hacer referencia a “las criaturas, los niños, los jóvenes, los adultos, los viejos, los ancianos, los enfermos...sus padres, cónyuges, hijos...” (Lagarde,1993:249) lo que trae como resultado relaciones asimétricas. Es preciso aclarar, que “las maternidades socialmente vividas, no son idénticas a las concepciones que las reproducen, adquieren particularidades definidas por características de la sociedad (y de la cultura) y de quienes participan directamente de ellas” (Lagarde,1993:250) todo lo anterior, entre otros, le dan contenido a la identidad genérica de la mujer.

El cuerpo de la mujer visto como biología es básico para entender parte de la identidad genérica, puesto que existe una serie de razones en donde el cuerpo se plasma como algo natural en la maternidad. Algunas de las razones tienen que ver con: a) la dualidad entre reproducción y mujer, la cual consiste en que “algunos procesos maternos le suceden a las mujeres en su cuerpo, adentro de su cuerpo e implica como en la gestación, el parto y la lactancia, la metamorfosis biológica, psicológica y social” (*Lagarde,1993:254*) en donde dicho proceso de metamorfosis, las mujeres producen seres humanos, de lo cual se deriva “la conclusión simbólica de que la mujer produce vida” (*Lagarde,1993:254*); una segunda razón se deriva de la ideología de la maternidad, considerando como principio fundamental a la progenitura, en donde ésta última llega a confundirse con la maternidad; y otra más, tiene que ver con el binomio sexualidad-maternidad, en donde es vista la maternidad como finalidad de la sexualidad, esto es, la “sexualidad femenina es social y culturalmente, función de la maternidad (*Lagarde,1993:254*). Se puede decir que “la identificación de la maternidad social con la reproducción biológica es el producto de un sistema de representaciones, de un orden simbólico que *crea* una ilusión de naturalidad, obturando el corte radical con su propia naturaleza, que la inserción en la cultura instaaura en el ser humano” (*Tubert,1991:49*).

En ambos géneros “la función biológica de la reproducción adquiere, en el orden simbólico que define a la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos, definidos por articulaciones significantes, y no a un objeto supuestamente natural” (*Tubert,1991:49*) que define un comportamiento de acuerdo al género frente al sistema salud – enfermedad. Dicho comportamiento se da en cada uno de los elementos que constituyen a éste, como es el caso de la presencia de infertilidad o esterilidad.

La esterilidad y la infertilidad son vistas como un

“sencillo asunto femenino en la mayor parte de los sistemas de representaciones de las sociedades humanas (como obligaría a pensar, al parecer, la prueba objetiva de los hechos biológicos aparentes, pero en realidad consecuente de razonamientos más complejos), se percibe pues, ante todo, como la sanción social, inscrita en los cuerpos, de acciones que infrinjan la ley,

que se aparten de la norma y franqueen siempre límites siempre bien delimitados" (*Héritier,1996:88*)

Cuando se da la presencia de infertilidad o la esterilidad en la pareja en primer momento se le atribuye dichas "anormalidades" a la mujer como resultado del contenido socio-cultural que se le ha atribuido, lo que lleva también que socialmente el hablar sobre salud reproductiva en general está más dirigido a la mujer, dando relaciones asimétricas, ya que por un lado al varón se le invisibiliza la parte reproductiva y por el otro a la mujer siempre se le relaciona.

Ahora bien, según David Gilmore menciona que la "estereotipia de los roles genéricos en general y la masculinidad en particular, forman parte de una estrategia de supervivencia de los grupos humanos" (*Burin,2000:71*), por lo que en las últimas décadas el género es considerado como uno de los pilares que constituyen la subjetividad en las personas. Para el caso de los hombres, la construcción social de la masculinidad se ha creado alrededor de un eje principal, el poder, de tal manera que "estar en el poder" hace referencia a la masculinidad. Kimmel, menciona que la teorización de la subjetividad masculina desde un plano académico, se da especialmente en autores australianos y británicos, quienes tratan de analizar las relaciones de los varones con el poder, mientras que los norteamericanos, tratan de explicar dicho eje en indagaciones psicológicas que se van al extremo de cuestionar cómo sienten los hombres su falta de poder (*Kimmel en Burin,2000*) entendiendo a éste como una auto-violencia, es decir, consideran sólo el dolor que viven al ejercer la violencia hacia los otros, esta explicación la realizan excluyendo lo institucional. Hasta aquí se podría pensar que es válido lo anterior, siempre y cuando se cuestione también el dolor que los hombres causan a los otros al ejercer cualquier tipo de violencia, esto último puede ser entendido como "el molestar de los varones" propuesto por Bonino, esto es, "el efecto que provocan en tanto agentes de padecimientos a los otros (mujeres, niños, etc). Se trataría, entonces, de incluir no sólo el dolor que padecen sino también el dolor que causan" (*Burin,2000:129*). Lo anterior no tendría que dejarse de analizar desde el contexto, es decir, no podemos hablar o entender la identidad sino se entiende desde las relaciones masculino-femenino en contextos culturales determinados, en donde como ya se ha mencionado existe

una serie de dicotomías que le dan contenido a la identidad: identico/diferente, mujer/varón.

La definición de la masculinidad en la sociedad occidental, implica considerar al varón como el proveedor, se le considera como dueño de la producción. Los vínculos que tiene con otros seres humanos envuelven una serie de características en donde tiene que cumplir un papel dominante como es en el caso de la familia que tiene que ser el jefe, donde su papel principal es de productor y proveedor de los más débiles en especial de las mujeres y niños/as; también todo lo que conlleva las exigencias del mundo exterior demostrar en todos los espacios sociales su fortaleza física pero también, mental, emocional y sexual; ser más independiente y autónomo que la mujer tanto en lo económico como en lo emocional; ser valiente ante el peligro y el deporte y no ser calculador ante los riesgos demostrando su enojo y violencia y algo primordial ser sexualmente viril (*Keijzer,1994*). Aunque esta forma de ser o definir al varón puede cambiar de acuerdo al contexto socio-cultural; por tanto, es importante considerar lo siguiente.

Badinter, destaca una serie de criterios acerca de la masculinidad que sería conveniente considerar para entender el sistema de representaciones simbólicas desde los varones, los criterios son:

- a) se rechaza la idea de una masculinidad única, hegemónica, lo cual implica que no existe un modelo masculino universal, válido para cualquier lugar y época, sino diversidad de masculinidades; b) la masculinidad no constituye una esencia, sino una ideología que tiende a justificar la dominación masculina...c) la masculinidad se aprende, se construye y, por lo tanto, también se puede cambiar (*Badinter en Burin,2000:129*)

Por lo tanto el conjunto de los anteriores criterios nos lleva a pensar en la diversidad de representaciones simbólicas que los varones puedan tener de acuerdo a su contexto cultural y a la situación por la cual estén pasando; como podría ser el caso de la presencia de infertilidad o esterilidad.

Si consideramos todo lo que se ha venido diciendo sobre el contenido socio-cultural que se le ha atribuido a cada género y lo relacionamos con la presencia de infertilidad o esterilidad, podríamos pensar que estos últimos de alguna manera truncan el rol socialmente impuesto, es decir, su presencia impide que la mujer no pueda ser madre siendo el rol genérico principal que se le ha atribuido, o en el hombre, el no ser padre en donde la descendencia juega un papel básico que reafirma la virilidad de éste. Lo anterior nos invita a buscar respuestas a preguntas que giran en torno a cuestionarse sobre su identidad genérica al no cumplir con lo socialmente esperado.

Lo que lleva a que la pareja o la persona busque alternativas para cumplir lo más cercano a lo social y culturalmente impuesto como el acudir a los distintos tratamientos de Reproducción Asistida. Y qué sucede cuándo se buscan soluciones como las anteriores, por un lado se podría pensar que los significados de las personas con respecto a su identidad, al rol que tienen que cumplir y sobre todo a su salud reproductiva varían, ya que no están actuando de manera “natural” con el rol socialmente impuesto, es decir, el buscar otras alternativas o la “ayuda” en otros lados como el ámbito médico y resolver su problema puede llevar a construir “nuevas” representaciones simbólicas de su cuerpo, por que su cuerpo deja de pertenecerles, se medicaliza, le pertenece al ámbito médico, lo que puede llevar a transformar su significado como mujer u hombre. Sin dejar de considerar que para la sociedad occidental moderna

"la naturaleza es la base de la cultura y, dentro de este orden simbólico, el sexo y la reproducción son la base del género y del parentesco. En la mentalidad moderna, la comprensión de la identidad personal como un dominio separado y esencial de la personalidad se produce a través de la comprensión de la propia sexualidad. El problema radica en domesticar esa naturaleza de modo que la expresión de los deseos de la persona resulte posible"
(Bestard,1998:177-8)

Y en donde la identidad juega un papel básico, debido a que el “asumir los atributos que la cultura asigna a la mujeres (y varones) no son procesos mecánicos, inherentes al hecho de tener cuerpo de mujer (o de hombre). Contar con ciertos cromosomas o con matriz no implica asumir las prescripciones del género y los atributos femeninos; ni viceversa en el caso del los hombre” (*Lamas,200:110*). Lo que lleva a comprender que el comportamiento que tenga la mujer o el hombre ante la presencia de infertilidad o esterilidad es variante, y que parte del conjunto de significados que tengan con respecto a lo anterior tiene que ver necesariamente con la identidad.

Como se puede observar en este apartado el considerar la identidad genérica como un acto social en donde se encuentran inscritos los procesos de diferenciación y distinción que implican subjetividades diferentes, y por ende significados específicos para cada género, la explicación infertilidad y esterilidad serán resultado de la interpretación simbólica del funcionamiento fisiológico del cuerpo de cada género, en sí de la valencia diferencial de los sexos.

CONCLUSIONES

Considero que trabajar el tema de infertilidad y esterilidad desde los significados de los sujetos, es decir desde el Sistema de Representaciones Simbólicas y del contexto de la Antropología Médica es una manera de recuperar una parte que constantemente es invisible dentro del ámbito biomédico, que se basa precisamente en la ausencia de ver al sujeto como actor total, es decir, como una persona que tiene autonomía y que por tanto actúa mediante la diversidad de interpretaciones ante cualquier circunstancia en la que se encuentre respecto a su salud- enfermedad.

Dichas interpretaciones y por tanto la recuperación del sujeto se da a partir de considerar su identidad genérica, es decir la subjetividad socializada de la que se habló, que precisamente tiene un contenido de significados específicos para la mujer y para el hombre, y por tanto es un determinante para el comportamiento ante el sistema salud-enfermedad-atención. Ya que el hablar de género desde la antropología alude al orden simbólico en donde cada cultura elabora la diferencia/identidad en base a la simbolización de las diferencias anatómicas entre la mujer y el hombre.

Tener claro lo anterior va a permitir que se reconozca que explorar los significados de la esterilidad e infertilidad desde la identidad genérica implica hablar de dualidades, debido a que las identidades subjetivas son procesos de diferenciación y distinción que dan como resultado asimetrías entre los géneros, por lo que la diferencia sexual envuelve subjetividades diferentes que posee un pensamiento simbólico desde donde los sujetos interpretan, actúan y le dan sentido a la infertilidad, esterilidad o a cualquier otro malestar, enfermedad o padecimiento por el cual estén pasando. Otra aportación de explorara la infertilidad y esterilidad desde la identidad genérica es reconocer la salud reproductiva de los varones, ya que socialmente hablar de salud reproductiva y en especial los temas de infertilidad y esterilidad son considerados exclusivos de la mujer.

Las diversas interpretaciones que tengan las personas que presentan problemas de fertilización y que se someten a las técnicas de RA definitivamente tiene que ver con la identidad genérica, pero de igual manera con el significado del cuerpo, es decir, con la construcción del cuerpo simbólico, ya que dicha construcción como se vio es el espacio en donde las personas en primer momento tienen contacto con otras, puesto que el cuerpo es el centro de acción individual y colectiva permitiendo la definición de persona, en donde dicha definición está determinada en parte por el discurso biomédico.

Y precisamente como el cuerpo enfermo es el espacio de acción de la medicina, es importante considerarlo, ya que a través de éste se buscan soluciones ante la presencia de la esterilidad e infertilidad como son las técnicas RA y en algunos casos las NTR, transformando al cuerpo como la máquina que tiene que ser constantemente manipulada para lograr con éxito la fertilización, lo que posiblemente lleve a las personas a construir “nuevos” significados sobre su cuerpo individualizado y respecto al dolor.

Rescatar al sujeto como actor implica considerar al cuerpo simbólico, ya que a través de éste se puede suavizar la separación del sujeto con el cuerpo, es decir es otra manera de leer al cuerpo desde el contexto moderno occidental, y que tal vez nos permite encontrar puntos de conexión “evidentes” entre el sujeto con los otros, el cosmos y consigo mismo. Recuperar también al cuerpo es recupera parte del actor total y, por ende dar la importancia y el lugar a la interpretaciones de la personas que viven directamente el problema de esterilidad e infertilidad, que va más a allá de pasar por los procesos de tratamiento de RA en donde se encuentra presente el dolor y se cuestiona la identidad genérica, así como lo referente al parentesco.

No hay que olvidarse que esta percepción del cuerpo individualizado es parte de la concepción biomédica en donde los prestadores de los servicios de salud no consideran al usuario como un sujeto total, sino separan el cuerpo del sujeto centrándose sólo en el cuerpo enfermo, promoviendo el dualismo persona/cuerpo, lo que por supuesto crea significados particulares y específicos en las personas al no ser tratados como actores totales y sólo una parte de ellos (el cuerpo físico) es lo importante para los médicos. El pensamiento biomédico respecto a lo que es la infertilidad y esterilidad es un discurso más, que ha

determinado el lugar y por tanto la conducta de los usuarios al momento de acudir a la consulta que tiende a intervenir en el comportamiento de las personas.

La recuperación de los significados de los actores sobre la infertilidad y esterilidad desde el cuerpo simbólico y la identidad genérica, también nos permite poder entender al sistema salud-enfermedad-atención como un sistema cultural y simbólico que no sólo puede dar respuestas desde lo biomédico sino también desde lo socio-cultural.

En sí, se puede decir que la presente propuesta teórica es una aportación más para los estudios antropológicos desde el ámbito de la Antropología Médica y Simbólica, que pone como actores principales tanto a mujeres como a hombres de su propio padecimiento, ya sea la presencia de infertilidad o esterilidad. Y que posiblemente pueda ayudar y aportar elementos para elevar la calidad de atención hacia los usuarios al considerarlos más allá de su cuerpo, más allá de la enfermedad o padecimiento.

ANEXO *

Anovulación: Ausencia de ovulación en el ciclo menstrual

Astenozoospermia o astenospermia: Pérdida o reducción de la vitalidad de los espermatozoides en el semen. Se acompaña de esterilidad

Azoospermia: Ausencia de espermatozoides en el semen

Endometriosis: Endometrio ectópico (posición anormal) localizado en los diversos sitios en toda la pelvis o en la pared abdominal.

In vitro: Procedimiento en el cual las condiciones son en tubo de ensayo

In vivo: Ocurre dentro del organismo

Intraperitoneal: Dentro de la cavidad peritoneal

Intrauterino: Dentro del útero

Intrecervical: En el conducto cervical del útero

Laparoscopia: Exploración abdominal

Oligozoospermia u oligospermia: Cantidad deficiente de espermatozoides en el líquido seminal. Puede ser temporal o permanente

Ovocito: Es el gameto (óvulo) maduro femenino y previo a su fertilización.

* Información sacada de:

Clayton L. T; Taber's. Diccionario Médico Enciclopédico, Manual Moderno, 1997
Ruiz, T; Diccionario Términos Médicos; IATROS, 1994

BIBLIOGRAFÍA

Ackerknecht, Erwing; "Primitive Medicine's social function", en Homaneje a Paul Rivet, Méxco, No.1, pp.3-7,1958

Ahued, A. Roberto; Obstetricia y Ginecología aplicadas, INPer,2000

Aguirre, Beltrán, G; Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México, Universidad Veracruzana, INI, FCE, 1994

Amarasingham, R. Lorna; "Studying Biomedicine as Cultural System" en Medical Anthropology. Comtemporary Theory and Method, Johnson T. and Sargent C; (1974); New York - Praeger, 1990

Ávila, H. y Feinholz, D; "Retos de maternidad saludable" en Perinatología y Reproducción Humana, Vol.12, No.3, Julio-Septiembre, pp.122-126, 1998

Bartra Eli., "El género revestido" en La jornada semanal, No.296, México 12 de Febrero 1995

Belmartino, Susana; "La Investigación Social en Salud en un contexto teórico carente de certezas" en Ciencias Sociales y Medicina: La Salud en Latinoamérica; Korniblit, Ana L; (comp.), Instituto de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina,1994

Benson, Ralph; Manual de Ginecología y obstetricia; Manual Moderno, 1985

Bestard, Joan; Parentesco y Modernidad, Paidós Básico,1998

Boorse, C; "What a theory of mental health should be" en Journal for the Theory of Social Behaviour, No.6, pp. 61-84,1976

Bourdieu, Pierre; El sentido práctico, Taurus – Mdrid, 1980

Bourdieu, Pierre; La dominación Masculina, Anagrama, Barcelona,2000

Browner, H. Carol and Sargent, F. Carolyn; "Anthropology and Studies of Human Reproduction" en Medical Anthropology. Comtemporary Theory and Method, Johnson T. and Sargent C; (1974); New York - Praeger, 1990

Burin, M. y Meler, I; Varones: Género y subjetividad masculino; Paídos, 2000

Castro, Roberto; "Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud" en Revista de Salud Pública, Vol.38, No.4, Julio-Agosto,1996

Clayton L. T; Taber´s; Diccionario Médico Enciclopédico, Manual Moderno,1997

Clements, Forrest; "Primitive concept of disease", Berky University of California Publications en Archeology and Ethnology,No.32, pp.185-252,1932

Comway, J; Bourque, S; y Scott, J; "El concepto de género" en El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Lamas M. (comp.), Porrúa- PUEG, 1996

Corsi J., El modelo masculino tradicional, Universidad de Buenos Aires,1989

Cosminsky, Sheila; "La atención del parto y la Antropología Médica", en La Antropología Médica en México, Campos Roberto (comp.) UAM - Instituto Mora, Tomo II, pp.139-160, 1992

Douglas, Mary T; Símbolos naturales. Exploración en cosmología, Alianza Madrid,1978

Figuroa, Guillermo; La condición de la mujer en el espacio de la salud, COLMEX, 1998

Freidson, E; La Profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado, Península, Barcelona,1978

Giménez, M. Gilberto; La teoría y el análisis de la Cultura, Antología del Programa nacional de Formación de Profesores universitarios en Ciencias Sociales, SEP, COMECOSO, Universidad de Guadalajara, 1986

Grimberg, Mabel; "Problemas conceptuales en Antropología Médica ¿Nuevos Paradigmas?" en Ciencias Sociales y Medicina: La Salud en Latinoamérica;

Korniblit, Ana L; (comp.), Ciencias Sociales y Medicina: La Salud en Latinoamérica, Instituto de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1994

Héritier, Françoise; "El Muslo de Júpiter" en El Hombre. Selección de artículos de la Revista Francesa de Antropología, Manantial, 1986

Héritier, Françoise; "La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres" en Alteridades, 1 (2), 1991

Héritier, Françoise; Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia; Ariel Barcelona, 1996

INPer; Anuario Estadístico 2000

INPer; Anuario Estadístico 2001

Keijzer B., Morir como hombres: La enfermedad y la muerte masculina desde la perspectiva de género, Ponencia para el Seminario de Masculinidad, PUEG-UNAM, Agosto, 1994

Lagarde Marcela; Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, UNAM-PUEG, 1993

Lamas, Marta; "La antropología feminista y la categoría género" en Revista Nueva antropología: Estudios sobre la mujer, problemas teóricos, Vol.VIII, No.30, 1985

Lamas, Marta; "Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género" en El Género: La construcción de la diferencia sexual, Comp. Lamas M.; PUEG- Porrúa, 1996

Lamas, Marta; "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual" en Revista Cuicuilco, Vol.7 No. 18, 2000

Le Breton David; Antropología del cuerpo y modernidad, Nueva Visión, Buenos Aires, 1995

López, Elsa; "Notas para la discusión de aspectos de la Salud Reproductiva" en Ciencias Sociales y Medicina: La Salud en Latinoamérica; Korniblit, Ana L; (comp.), Instituto de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1994

Margolis, J; "The concept of disease" en Journal of Medicine and Philosophy, III. Pp.238-254, 1976

Marion, Marie-Odile; Simbólicas, ENAH- CONACYT- P y V, 1997

Mauss, Marcel; Sociología y Antropología, Tecnos, Madrid, 1979

Mead, Margaret; Sexo y temperamento en las sociedades primitivas, Lala- Barcelona, 1981 (el original fue publicado en 1935)

Medical Anthropology Quarterly (MAQ): International Journal for analysis of Health

Menéndez, Eduardo; Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones, CIESAS- Cuadernos de la Casa Chata, No.179, 1990

Menéndez, Eduardo; "Biologización y racismo en la vida cotidiana", en Alteridades, 11(2), pp.5-39, 2001

Minello N; "Reflexiones sobre masculinidad", en Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad del COLMEX, Año II, Enero-abril, No.5 pp.13-16, 1995

Moller, S; "Desigualdad de género y diferencias culturales" en Perspectivas feministas en teoría política, comp. Castells Carmen, Piados, Barcelona,1996

Moore, Henrietta; Antropología y feminismo, Ediciones Cátedra Universidad de Valencia, Instituto de la mujer,1988

Mummert, Gail, "Repensar la salud- enfermedad- atención en México desde las Ciencias Sociales", en Relaciones, No.74, Vol.XIX, Primavera,1998

Murolock, G; "Comparative data on the division of labor by sex" en Social Forces, No.15,1937

Osorio, C. Rosa Ma; Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles; Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, INI, CIESAS, CONACULTA-INAH,2001

Pelto, Pertti y Pelto, Gretelo; "Studying Knowledge, Culture and Behaviour in Applied medical Anthropology" en Medical Anthropology Quarterly, No.11, Vol.2, pp. 147-163,1997

Pérez, P. Efraín; Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Un enfoque integral; SALVAT,1997

Pollard, M. Tessa and Brin H. Susan; "Sex, gender and health: Integrating biological and social perspectives" en Sex, Gender and Health; New York - Cambridg University,1986

Rivera, Garrietas, M.; Nombrar el mundo en femenino, Barcelona, Icaria,1995

Rivers, William; Medicine, magic and religion; Harcourt, New York,1924

Ruiz, T; Diccionario Términos Médicos; IATROS, 1994

Sigerist, Henry; Civilización y enfermedad; FCE, 1946

Scott, Joan; "El género una categoría útil para el análisis histórico", en James s. Amelang y Mary Nash, Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, Valencia, Alfons El Magnanim/Institución Valenciana D´Estudis I Investigación, pp.23-56, 1990

Speroff, L., Glass, R., Kase, N. "Assisted Reproduction" en Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility, Edit by Lippincott Williams & Williams, Sixth Edition Baltimore, Maryland, USA 1999, pp 1133-1145

Stratherm, Marilyn; Reproducing the future. Anthropology, Kinship and the New Reproductive technologies, Routledge, New York,1992

Sullerot, Evelyne; ¿Qué es ser mujer?, Argor Vergara, Barcelona,1979 (El original fue publicado en 1978)

Tubert, Silvia; Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología; Siglo XXI de España, 1991

Turner, Bryan; El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social; FCE,1989
Varela, Roberto; "Cultura y comportamiento" en Alteridades: Símbolos, experiencias, rituales, UAM-I, Año 7, No.13, 1977

West, Candace y Zimmerman, Don H; "Doing gender" en The Social Construction of Gender, Lorber, J. and Farrell (eds.), Newbury Park, Califronia, Sage,1991