

La infertilidad como enfermedad y como experiencia de vida

*Gilda María Salazar Alvarado**

Resumen

La infertilidad es un problema que enfrentan las parejas en la etapa reproductiva de la vida, impactando fuertemente la identidad de los involucrados, su seguridad personal, la relación con su pareja y con el conjunto de la familia y la sociedad. Este fenómeno ha sido abordado fundamentalmente por la biomedicina y por la psicología, disciplinas que han logrado avances importantes. La medicina ha perfeccionado procedimientos terapéuticos con alta tecnología y la psicología ha avanzado sobre la experiencia vivida de manera individual. Sin embargo, la revisión bibliográfica realizada y que sustenta este texto, ha hecho evidente la escasa investigación antropológica sobre el problema. Es decir, muy poco se ha investigado la vivencia del padecimiento desde la cultura. Cuestión que no puede ser soslayada por mas tiempo. Además, son evidentes las confusiones conceptuales, dado que no existen diferencias precisas entre infertilidad y esterilidad. Este trabajo avanza en hacer un balance en cada disciplina, tratando de aclarar que la esterilidad y la infertilidad son dos condiciones diferentes dentro de la variabilidad biológica humana y, por lo tanto, el impacto en la pareja debe ser distinto.

Palabras clave: infertilidad, esterilidad, antropología física, identidad y pareja.

Abstract

Infertility is a problem that couples face during their reproductive stage of their lives. It has the potential to affect strongly the identity of the ones involved; their personal self-esteem, their relationships with their partners and social context. This phenomenon has been addressed essentially by biomedicine and psychology, disciplines that have achieved important advances in knowledge. The biomedicine perspective has developed therapeutic procedures for this conditions using high technology, and psychology has dealt with the experiences at an emotional and personal level. However, the bibliography of the topic revealed that very little research of the problem has been don't in Mexico from an anthropological viewpoint. Thus, there is a gap addressing infertility as a life experience in different cultures. This cannot be avoided any long. In addition, there are conceptual confusions in the literature between sterility and sterility and its borderline is not clear in many instances. This paper discusses the contributions to and the limitations of biomedicine and psychology; takes a view of the concepts of infertility and sterility emphasizing that there are two different conditions within human biological variability concluding that its impact on individuals and couples should be viewed differently and, thus, needs to be researched from an anthropological point of view.

Key words: infertility, sterility, physical anthropology, identity, couples.

* Profesora ordinaria de asignatura "A", en la carrera de médico cirujano de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", UNAM.

Fecha de Recepción: 28 de junio de 2006
Fecha de Aprobación: 13 de julio de 2006

Introducción

Los dos objetivos principales de este trabajo son:

- 1) Efectuar un balance de los conceptos de infertilidad y esterilidad como enfermedades, desde la literatura biomédica y psicológica, que es la que fundamentalmente ha abordado el problema, señalando las contradicciones encontradas y avanzando en la construcción de una definición propia para mirarlo como experiencia de vida. Como muchos otros problemas de salud, el análisis de la falta de embarazos en las parejas como hecho biomédico, centra su explicación en la forma y la función de los órganos y busca las soluciones en el ámbito clínico a través de tecnología de muy alto costo.
- 2) Enfatizar la necesidad de abordar la infertilidad con una perspectiva que incluya la dimensión sociocultural, rescatando el problema como experiencia de vida. El limitado número de investigaciones con esta perspectiva se hizo evidente en la revisión bibliográfica realizada para elaborar esta primera aproximación al problema.

La fertilidad y la fecundidad, junto con el ejercicio libre de la sexualidad, forman parte de la llamada "salud reproductiva". Por lo tanto, no poder concebir o recibir un diagnóstico de infertilidad o esterilidad significa un obstáculo para ejercer el derecho de la maternidad y la paternidad, diagnóstico que es mucho más impactante cuando existe el deseo de ser padres. Además, desde la antropología y la antropología física, la infertilidad se muestra como un fenómeno complejo, siendo una manifestación más de la variabilidad biológica humana que, en este caso, impacta la salud sexual y reproductiva y la estabilidad emocional de los individuos involucrados y de su cónyuges, así como su identidad y sus relaciones de pareja y sociales.

Panorama general

La infertilidad es un padecimiento crónico que afecta del 10 al 15% de la población en edad reproductiva en México (Carreño *et al.*, 1997). Se considera que una pareja padece infertilidad cuando tiene problemas para lograr un embarazo si mantiene relaciones sexuales durante un año sin utilizar métodos anticonceptivos. Actualmente, el diagnóstico clínico se realiza a través de una evaluación que sigue un protocolo encaminado a detectar y descartar los problemas más frecuentes involucrados con la falta de la concepción en la pareja (Mondragón 1995). Lo anterior tiene como finalidad sugerir el tratamiento más adecuado, considerando los problemas femeninos y masculinos más frecuentes, como se desarrollará más adelante.

La infertilidad para los miembros de una pareja se convierte en un obstáculo para ejercer libremente la sexualidad y la reproducción, poniendo en tela de juicio la salud reproductiva de los individuos implicados. Además, el "inadecuado" funcionamiento biológico, frecuentemente supone un estigma para sí mismo y dentro de su grupo, por la incapacidad de cumplir con el papel de los hombres y de las mujeres en las expectativas reproductivas socialmente sancionadas (Castañeda y Bustos 2001). Esta situación llega a su máxima expresión cuando una pareja toma la decisión de convertirse en padres, sin conseguirlo (Blanco 1979; Blanco y Monte 1991; Jaffe 1994; Mondragón 1995; Pérez 1995; Zárate y McGregor 1987).

Por otra parte, hasta mediados de los años ochentas, se pensaba que las mujeres eran las únicas responsables del "padecimiento". En la actualidad, se reconoce que el 42% de los problemas de concepción dentro de la pareja son debidas a problemas en el varón (Carreño, *et al.*, 1998). La incorporación del elemento masculino en la pareja, impactó de manera positiva no sólo la definición de infertilidad, sino también el diagnóstico y el tratamiento del problema, ya que abrió la mirada hacia otros factores distintos a la "condición femenina" y pudo diagnosticar correctamente un poco menos de la mitad de los casos que se presentaban dentro de las parejas.

La incapacidad de procrear desestabiliza la dinámica de costumbres y tradiciones alrededor de vivir en pareja y "formar una familia", que es un elemento muy significativo para la consolidación de una pareja en la mayoría de los casos, así como una manera de estrechar lazos entre sí y con su entorno familiar y social a través de la crianza de los hijos (Foege; 1990).

Además, desde el punto de vista de la evolución de la especie humana, la infertilidad actúa en contra de la perpetuación de los genes de los individuos involucrados en la siguiente generación y, por tanto, amenaza la posibilidad de preservar la especie y la cultura.

Balance de los aportes de la biomedicina

En la actualidad, bibliográficamente predominan los textos que se refieren a los adelantos tecnológicos dentro del tratamiento de parejas con infertilidad, que parten de la evaluación de las causas como fisiopatológicas (Blanco 1979, Blanco y Monte 1991, Bustos 1996; Cervera 1950; Gutiérrez 2000; Handwerker 1981; Jaffe 1994; Mondragón 1995; Pérez 1995). Conceptualmente, la medicina usa con frecuencia los términos de infertilidad y esterilidad, indistintamente. Sin embargo, al revisar estudios de especialistas en reproducción biológica o en ginecología, se encuentran contra-

dicciones, desacuerdos y confusiones entre ambos, como se muestra más adelante.

Otro elemento que complejiza al problema de la infertilidad es la diferencia entre la incapacidad de la concepción y la situación en la que, habiendo concepción, no se logra el desarrollo embrionario. Estas manifestaciones, si bien parecen aludir al mismo fenómeno, son etiológicamente distintas y han dado lugar a la discusión central entre los términos infertilidad y esterilidad. Como ya se dijo, si bien algunos autores los usan de manera indistinta (Pérez 1995), otros establecen una diferencia en los términos antes expuestos (Pérez 1995). De esta situación se derivan varios cuestionamientos: ¿Existe diferencia entre una condición y otra? Si existe ¿En qué consiste? y esta falta de consenso ¿Genera implicaciones en el diagnóstico, tratamiento y abordaje entre un problema y otro?

Los criterios para definir una u otra condición son diversos, proponiendo posiciones disímiles y hasta contradictorias. Por ejemplo, para los especialistas en reproducción humana, cuando un órgano no cumple su función biológica regular o cuando la forma de éste imposibilita dicha función, se tiene un problema para la reproducción (Taboada; 1986). Si la condición es reversible, se trata de infertilidad, pero si no es posible la intervención médica para corregir el problema, se diagnostica como esterilidad (Taboada; 1986).

De acuerdo con Pérez (1995), clínicamente, a la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva se le conoce como esterilidad. Este mismo autor reconoce dos tipos: a) esterilidad primaria, cuando nunca se ha logrado un embarazo y b) esterilidad secundaria, cuando ha habido embarazos previos. Aquí el término de esterilidad es sinónimo de infertilidad y se deduce que se trata de una condición transitoria y susceptible de corrección, por lo tanto, desde este punto de vista, la esterilidad es un fenómeno con solución.

La Sociedad Americana para la Medicina Reproductiva (ASRM 1994), también establece que infertilidad es sinónimo de esterilidad. Desde esta perspectiva, la esterilidad se presenta cuando *NUNCA* se ha logrado una concepción, es decir, cuando la incapacidad de lograr una concepción no ha sido precedida por embarazos. En cambio, si existe este antecedente denomina a la condición como aborto habitual. En esta literatura no quedan claras las diferencias en cuanto a la posibilidad de "corrección", o no, de la condición de esterilidad.

Por otro lado, algunos especialistas en endocrinología consideran infertilidad a la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables, mientras que asumen a la esterilidad como la incapacidad de una pareja para lograr una concep-

ción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, coincidiendo con otros puntos de vista ya referidos anteriormente. Estos especialistas coinciden en que se trata de esterilidad a. Primaria, cuando nunca se ha logrado un embarazo y b. Secundaria, cuando ha habido embarazos previos (Pérez 1995).

La ginecología toma como punto de referencia, para hacer la distinción entre infertilidad y esterilidad, a la capacidad de tener o de recuperar la función biológica de procrear, o no, además de considerar el desarrollo embrionario (por ejemplo, Mondragón; 1995). También reporta como esterilidad a la incapacidad de una pareja para concebir después de tener relaciones sexuales frecuentes, pero durante un lapso de dos años. Como en los puntos de vista anteriores, a partir de este antecedente, divide en dos esta condición:

- a) *Primaria*, cuando la pareja nunca ha logrado tener un embarazo y
- b) *secundaria*, cuando la pareja tiene el antecedente de uno o varios embarazos con producto viable; es decir, de embarazos que pudieron llegar a término.

En tanto que considera que hay infertilidad cuando la pareja es capaz de concebir, pero no puede llevar a feliz término la gestación porque el embarazo se interrumpe antes de tiempo o muere el producto poco después de nacido, incluye casos de aborto, partos inmaduros y prematuros con óbito fetal. Según Mondragón mismo (1995), la infertilidad también puede ser primaria o secundaria, la primaria se presenta cuando se pierde el producto desde el primer embarazo; la secundaria es cuando se pierden varios embarazos en forma consecutiva después de tener uno o varios hijos.

Las explicaciones biológicas también tratan de determinar las causas fisiológicas, que incluye procesos y funciones fisicoquímicas y anatomofisiológicas. Desde esta perspectiva, las causas se dividen en tres: 1. masculinas, 2. femeninas y 3. mixtas (Mondragón, 1995).

1. Causas masculinas

Se clasifican según el órgano, la función a atender o bien, algún problema fisicoquímico relacionado con la secreción de alguna hormona.

- a) El nivel testicular que tiene que ver con la poca o nula producción de las células de reproducción masculinas, es decir, los espermatozoides (azoospermia). Se asume que se trata de trastornos debidos a factores como: problemas congénitos, alteraciones hormonales, radia-

ciones, quimioterapia, enfermedades infecciosas, alteración de vascularización y cambios de la temperatura testicular.

- b) El nivel de conductos deferentes o vías excretoras, que pueden estar obstruidos. Generalmente se asocian a una infección mal tratada, a un padecimiento congénito o a un evento traumático (golpe muy fuerte).
- c) El nivel de las glándulas accesorias (próstata y vesículas seminales), cuya función es producir un líquido que va directamente a los testículos para que posteriormente se forme el semen. Por ejemplo, por múltiples factores la próstata puede inflamarse, alterando su función.
- d) Alteraciones de la eyaculación.
- f) Alteraciones de la erección, como el síndrome de disfunción eréctil, por enfermedades crónicas degenerativas, como: diabetes, cáncer, algunos traumatismos o problemas de secreción de alguna hormona.
- g) Finalmente, algunas causas corresponden a nivel de forma o función de las mismas células masculinas, es decir, están relacionadas con la calidad o la cantidad de espermatozoides producidos (Jaffe *et al.* 1994).

2. Causas femeninas

Se dividen de manera similar a la anterior, esto quiere decir que la función y el órgano son importantes para la identificación del origen biológico.

- a) A nivel del ovario existen problemas como: la anovulación, que es la falta de producción de óvulos maduros o la falla de los ovarios para producir o liberar los óvulos maduros; ausencia de ovarios por tumores o procesos infecciosos importantes; existen otras anomalías en el ovario, como el poliquístico; menopausia precoz o alteraciones hormonales.
- b) Existen otras alteraciones a nivel de los oviductos, conocidos como "Trompas de Falopio". Que afectan la transportación y preparación del espermatozoide, la capacitación del ovocito en el momento de la ovulación y la nutrición del óvulo fecundado hasta la cavidad uterina.
- c) A nivel del útero se encuentran la imposibilidad de implantación del ovocito fecundado, o la dificultad del desarrollo normal del huevo fecundado; puede deberse a anomalías congénitas, miomas, anomalías congénitas de cuello uterino o insuficiencia hormonal. Así mismo

puede deberse a endometriosis (engrosamiento de la pared del endometrio que impide la implantación del ovocito).

3. Causas mixtas

Son la combinación de las dos anteriores, se presentan cuando existen problemas en los dos miembros de la pareja.

Los diagnósticos de infertilidad se hacen a través de una evaluación, que consiste en hacer una revisión de antecedentes ginecobstétricos tales como: la edad de la primera menstruación, características anatomofisiológicas y bioquímicas, métodos anticonceptivos utilizados, frecuencia del coito, gestaciones previas, tiempo de infertilidad, en el caso de haberse sometido a tratamiento anteriormente, presentar los resultados, exposición a enfermedades de transmisión sexual. Además, se consideran antecedentes personales de enfermedades como: cirugías, alteraciones tiroideas, alergias, exposición a drogas, entre otras. Finalmente, se realiza un examen físico donde se incluyen peso, talla, índice de masa corporal, secreciones patológicas, entre otras.

La evaluación de la pareja, se inicia con la prueba espermática, que consiste en un análisis de semen que determina la calidad y cantidad espermática adecuada para la reproducción, está dirigida a descubrir si el problema es de origen masculino. Para realizarla es necesario que el hombre tenga abstinencia sexual entre 3 a 5 días, para dar tiempo al almacenamiento de espermatozoides. Cuando se descarta toda anomalía en la estructura y función de los espermias, el médico enfoca la evaluación hacia la mujer.

Las pruebas realizadas a la mujer son más costosas, llevan una cantidad mayor de tiempo y a veces son muy dolorosas, éstas se dividen en:

- a) *Estudio o perfil hormonal*, que permite conocer la capacidad ovulatoria. Se practica para determinar la capacidad de producir óvulos, tomando una muestra de sangre, se analizan una serie de hormonas y se identifica la capacidad de producir óvulos y si existen condiciones normales para la implantación. La mujer debe acudir al laboratorio al inicio del ciclo menstrual.
- b) *Ecografía*, que es la prueba que aporta información sobre la posición del útero y posibles anomalías de las trompas de Falopio y los ovarios. Permite ver la permeabilidad del útero y las trompas, se utiliza una sonda vaginal, obteniendo imágenes del endometrio y su morfología general.
- c) *Estudio del endometrio*, evalúa la capa que tapiza al

útero y su utilidad para que pueda implantarse el huevo. Se analizan ciertas hormonas, pero en la segunda fase del ciclo.

d) *Laparoscopia*, es la prueba que permite observar el aspecto del útero, así como su movilidad, su forma, su posición y anomalías más específicas.

e) *La histeroscopia*, que permite observar pólipos, miomas, y otras malformaciones uterinas y,

f) finalmente *la histerosalpingografía (HSG)*, que es similar a la radiografía, se aplica con un medio de contraste para ver no sólo la morfología, sino la permeabilidad del útero y las trompas. La HSG se realiza a partir del tercer día de haber terminado el sangrado menstrual.

Una vez realizados los estudios y según las características del problema, se recomienda el tratamiento más adecuado.

Existen dos tipos de tratamiento:

a. Los clásicos, que son más sencillos, menos costosos y se emplean para los problemas endocrinos (liberación de hormonas) y algunos padecimientos congénitos principalmente entre estos se encuentran:

1. Discusión extraída de resultados de la Disertación de Maestría de Isabel Cristina Ferreira Borsói (BORSOI, 1993). Método de fertilidad. Este método permite la penetración del espermatozoide en el óvulo para su posible fecundación. La ovulación se lleva a cabo por terapias hormonales. Su finalidad es provocar el desarrollo de folículos ováricos para la producción de óvulos maduros, así aumenta la posibilidad de que algunos de estos óvulos sean fecundados. Su eficacia tiene 87% de efectividad y,

2. método de corrección quirúrgica, que consiste en extraer protuberancias en las Trompas de Falopio.

b. Los métodos conocidos como Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). La reproducción asistida (RA) es el empleo de tecnología avanzada para el manejo de gametos y/o embriones para complementar el contacto sexual, a fin de que la fecundación ocurra. Entre ellos se encuentran:

1. La inyección intracitoplasmática de espermatozoides, tiene 30% de eficacia, esta técnica se realiza cuando hay problemas de cantidad espermática. Se capturan espermatozoides desde el testículo, para posteriormente fijarlo en un óvulo.

2. El método de la inseminación artificial, que consiste en una serie de procesos en los que los espermatozoides del hombre se combinan con otros de su propia eyaculación o con espermatozoides donados, utilizándose posteriormente para inseminar a la mujer. Con una previa selección espermática, se introducen en el útero por medio de un catéter y generar la fecundación. Técnica con un 42% de efectividad.

3. El método de fecundación in vitro (FIV), se habla de un 30% de efectividad y consiste en capturar óvulos maduros a través de una punción transvaginal, posteriormente, en condiciones de laboratorio adecuadas, se fecunda a uno o a varios óvulos. Después los óvulos fecundados y con desarrollo embrionario normal (aproximadamente en la etapa de blastocito) se implantan en el útero materno.

4. La implantación intratubárica de gametos, técnica similar a la FIV, pero los óvulos y el espermatozoide se introducen directamente en las Trompas de Falopio de la mujer.

Es importante mencionar que cada uno de los tratamientos se realizan de acuerdo a la causa de la infertilidad. Todos son de carácter orgánico y tratan de corregir la función de algún órgano que ha perdido la capacidad de realizar su trabajo adecuadamente o bien, en el caso de la cirugía, trata de corregir problemas de estructura heredados o adquiridos por enfermedad asociada, tal es el caso de las miomas o las displasias.

Hay que tomar en cuenta, antes de someterse a un tratamiento, que el porcentaje de éxito es bajo, a pesar de contar con tecnología de punta y de tener un conocimiento muy amplio sobre biología y reproducción humana. Aquí es importante mencionar que el someterse a cualquier tratamiento de reproducción asistida y lograr un embarazo, no significa que el embarazo llegue a término, después de lograda la concepción. Además, se debe vigilar el desarrollo embrionario normal, se observa la calidad embrionaria, y se debe dar seguimiento a si hay más de un ovocito fecundado, para evaluar los riesgos maternos-perinatales que de ello deriva; tratando de evitar un aborto espontáneo o un parto prematuro, entre otras cosas.

Se podría pensar que las TRA han logrado una concepción exitosa, cuando se desarrollan más de dos embriones, pero esto provoca un embarazo de alto riesgo y aumenta la posibilidad de parto prematuro o muerte materna. Lo anterior resulta complicado cuando la pareja decide continuar el embarazo aunque de ello dependa la vida de la futura madre, entonces el alcance de los médicos se limita a tratar de llevar el parto hasta las últimas semanas, para tener los menos riesgos maternos posibles.

Con el objetivo de abordar la infertilidad como experiencia de vida y diferenciarla de la esterilidad con fines operativos, en la investigación que está en marcha vamos a considerar a la infertilidad como la condición reversible, acorde con la literatura, distinguiendo dos tipos: *a)* primaria cuando no existen embarazos previos y *b)* secundaria, cuando ha habido embarazos con productos viables y a la esterilidad, como la situación en que la reproducción dentro de una pareja no es posible y ésta ha sido diagnosticada clínicamente. Además, se investigará únicamente a las mujeres de parejas que atraviesan por una situación de infertilidad, debido a que, se presupone, la carga simbólica de la maternidad afecta de manera especial las experiencias de vida de las mujeres, con repercusiones en su identidad.

Los aportes de la psicología

La mirada de la psicología estudia las manifestaciones a partir de la experiencia vivida desde el individuo o la pareja, pero se olvidan del entorno social, además de que no exponen en su planteamiento una propuesta conceptual, arrastrando las limitaciones de la mirada biomédica (Arranz *et al.* 2001; Carreño *et al.* 1997, 1998, 2000).

La psicología, incorpora algo de la experiencia vivida, pero lo hace sin considerar las posibles diferencias entre la infertilidad y la esterilidad en los términos en que se ha definido (Carreño, *et al.*, 1997). Entonces, al realizar una intervención a nivel de terapia de pareja, resulta muy difícil la elección de una terapéutica para enfrentar dos escenarios distintos, uno donde exista la posibilidad de lograr un embarazo y otro donde, es seguro que ello no es posible. Además, en este campo han sido poco explorados y estudiados estos fenómenos.

En la perspectiva individual, los progresos consisten en identificar las causas psicológicas de la infertilidad. Recientemente se han realizado estudios que proponen una asociación entre problemas que se ubican dentro de desórdenes a nivel psicológico, como la neurosis, la depresión e infertilidad o problemas de ansiedad (Carreño, 2000), cabe mencionar que estos estudios se refieren a personas con una vida cotidiana común, sin "enfermedades mentales". Las alteraciones son provocadas por la vida tan acelerada en grandes metrópolis, y por factores como la contaminación, la carga de trabajo, entre otras cosas, como en la ciudad de México. Es posible también que, cuando se ha diagnosticado la causa de la infertilidad, la pareja al verse frente al impedimento de ser padres, manifiestan una sensación de pérdida o fracaso, junto con un sentimiento de enojo, culpa, frustración, soledad y depresión, provocando que los tratamientos no funcionen (Carreño 1997, 2000).

Aquí la terapia va encaminada a que las parejas tengan la confianza en el tratamiento que promete resolver el problema, según la experiencia de otra persona o de la misma pareja (Arranz *et al.* 2001). Por ejemplo, Cincunegui (2004), desarrolla una teoría llamada teoría traumática donde se padece la circunstancia bajo especulación. Es decir, se vive una realidad bajo una formulación de "vida fantástica", que tiene como resultado la imposibilidad de llevar a cabo acciones en la vida cotidiana, que pueden manifestarse en el cuerpo. En el caso de las parejas con infertilidad, dicha condición se puede notar en que no existe ninguna disfunción a nivel fisiológico y, sin embargo, no se logra el embarazo.

La contribución de la psicología a la infertilidad es la incorporación de las alteraciones del estado de ánimo como factor que influye en el problema y en el funcionamiento de la terapia de reproducción asistida. Han aportado también al estudio de otro tipo de desórdenes, que corresponden a la función biológica del hipotálamo y, que intervienen en la capacidad de reproducción (Carreño *et al.* 1997).

Por lo tanto en la infertilidad como experiencia de vida, es necesario considerar el estado emocional, así como la calidad de vida de las parejas.

Las aportaciones de las ciencias sociales

La investigación de tipo social, tiene aproximaciones donde intervienen procesos individuales y grupales. Los estudios que han abordado los procesos de grupo son la demografía, la antropología demográfica y la antropología social. Las dos primeras utilizan indicadores para analizar la distribución de la población femenina y su efecto en la fecundidad global. Así, los términos de esterilidad o infertilidad se reflejan en su opuesto: la fertilidad que es considerada como la capacidad biológica potencial de tener hijos. Por otro lado, la fecundidad es la manifestación concreta de la anterior, es decir, se mide a través de los hijos nacidos vivos, utilizando indicadores como: la primera menstruación, la edad de la menopausia y la mortalidad intrauterina, etc. (Hernández, 2004, entre otros).

Por su parte, en la antropología social se encuentra un solo trabajo, el de Castañeda *et al.* (1998), quien toma en cuenta la dimensión sociocultural en este padecimiento, estudiando las representaciones en torno a la infertilidad de la pareja, asimismo estudia la "ruta" que recorre la mujer para solucionar su problema. Esta autora también entiende la esterilidad como la incapacidad de la pareja para conseguir una gestación, y reconoce la esterilidad primaria, cuando no existen antecedentes de embarazo, y secundaria si alguna vez lo hubo, pero en tiempo presente no se consigue. Este plan-

teamiento está basado en la dimensión sociocultural, dado que toma la esterilidad como un problema que origina conflictos a nivel colectivo e individual, poniendo énfasis en el "padecer" de las mujeres que sufren la ausencia de concepción, y ubica el inicio de éste antes de cualquier contacto con las terapéuticas.

Esta autora da cuenta del impacto que tiene en la mujer la ausencia del embarazo deseado, a partir de las expectativas socioculturales existentes respecto al desarrollo de la identidad femenina, fuertemente asociada con la maternidad, dado que la concepción y el parto son parte medular del ser mujer.

En el estudio de la infertilidad como experiencia de vida que se pretende realizar en este documento, esta dimensión no puede ser soslayada.

La infertilidad como experiencia de vida

A pesar de su importancia en la seguridad personal y en las identidades femenina y masculina, así como de su impacto potencial en las relaciones de pareja, familiares y sociales, la infertilidad prácticamente no se ha investigado como experiencia de vida en México. El único estudio previo realizado es el de Castañeda (2001).

La necesidad de profundizar en el problema de la infertilidad desde la antropología, entendida como una incapacidad

de procrear no definitiva, es decir, susceptible de corrección (Taboada; 1986), es para incorporar como eje de análisis central la dimensión sociocultural, rescatando la dinámica del entorno frente al hecho. Es decir, para retomar la dimensión de las representaciones sociales sobre las mujeres, los hombres, la familia y la pareja, colectivamente sancionadas, que indudablemente se cuestionan ante la vivencia de infertilidad.

Esto, sin dejar de lado el "hecho fáctico", es decir, la situación biológica específica y la estructura psicológica de los afectados, dado que juegan un papel fundamental en la trayectoria de la infertilidad, como experiencia en la vida cotidiana de los individuos y de las parejas que enfrentan. Por tanto, es quizá el enfoque de la antropología física el que puede dar cuenta de mejor manera de esta problemática, dado que su objeto de estudio clásico ha sido la variabilidad biológica del cuerpo, pero su desarrollo reciente ha permitido integrar al análisis elementos sociales a fenómenos que antes sólo se asumían como biológicos. La infertilidad, pues, debe ser abordada desde una perspectiva que parta de los referentes contenidos en los cuerpos vividos, con una anatomía y una fisiología cargadas de significados culturales en lo individual y en lo colectivo, pero que se traducen, se manifiestan y entienden en lo social, dado que el proceso de "humanización" construye a los cuerpos biológicos como sujetos con motivaciones, deseos y emociones, dentro de marcos sociohistóricos (Vera, 2002).

Bibliografía

- American Society for Reproductive Medicine, <http://www.asrm.org>, 27 de mayo de 2006.
- Arranz Lara, Lilia, Bertha Blue Grynberg y Francisco Morales Carmona (2001). "El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia", *Inper*, vol. 15, núm. 2., pp. 133-138.
- Blanco Sancho, Román (1991). *Laparoscopia ginecológica. Evaluación de la esterilidad femenina*, Barcelona, Doyma.
- Blanco Sancho, Román y Rafael Salvador Monte (1979). *Esterilidad e infertilidad femenina*, Barcelona, Jims.
- Bustos López, Héctor Hugo (1996). "Validez de la videolaparoscopia respecto a la evaluación histológica de lesiones sospechosas de endometriosis", *Perinatología y reproducción humana*, vol. 10, núm. 1, pp. 24-28.
- Carreño Meléndez, Jorge; Morales Carmona, Francisco y Martínez Rosas Alma Rosa (1997). "Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles", *Perinatología y reproducción humana*, vol. 11, núm. 4., pp. 176-182.
- Carreño Meléndez, Jorge; González Campilla Guillermo y Sánchez Bravo Claudia (1998). "Satisfacción marital en parejas estériles con factor masculino y femenino", *Perinatología y reproducción humana*, vol. 12, núm. 4., pp. 203-209.

- Carreño Meléndez, Jorge, Francisco Morales Carmona, Evangelina Aldana Calva, Adriana Flores Mendoza (2000), "Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad", *Perinatología y reproducción humana*, vol. 14, núm. 1, pp. 14-19.
- Castañeda Jiménez, Elena (1998). *Bendito sea el fruto de tu vientre: "representaciones y prácticas de mujeres con diagnóstico de esterilidad en la ruta del padecer"*, México, CIESAS.
- Castañeda Jiménez, Elena y Bustos López Héctor H. (2001). "La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad", *Perinatología y reproducción humana*, vol. 15, núm. 2, pp. 124-132.
- Cervera Ferraez, Rafael (1950). "Menstruación y esterilidad anovulatorias", *Sugestiones*, Año XVI, núm. 177, pp. 44-56.
- Cincunegui, Silvia, Yolanda Kleiner y Pola R. Woscoboinik (2004). *La infertilidad en la pareja. Cuerpo, deseo y enigma*, Buenos Aires, Lugar, Editorial.
- Ferro, Norma (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, México, Siglo XXI.
- Foege, William (1990). *Anticoncepción y reproducción. Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo desarrollado*, Buenos Aires, Panamericana.
- Gutiérrez Nájara, Alfonso (2000). *Manejo de la pareja infértil: el recurso de la fertilización asistida. El cambio de paradigmas de la planificación familiar*, Secretaría de Salud, Salud Reproductiva.
- Handwerker, W. Penn. (1981). "Reproductive choices and behavior: a test of fertility variation with data from Monrovia, Liberia", *Medical Anthropology*, vol. 5, núm. 3, pp. 261-292.
- Harbison, F. Sarah y Baker, Paul T. (1981). "Determinants of the infertility of samoan migrants in Hawaii", *Medical Anthropology*, vol.5, núm 2, pp. 137-154.
- Hernández Espinoza, Patricia Olga (2004). *Demografía y antropología demográfica*, México, Conaculta, INAH.
- Jaffe, Richard, *et al* (1994). *Imaging in infertility and reproductive endocrinology*, Philadelphia, E.U.A., J.B. Lippincott Company.
- Mondragón Castro, Héctor (1995). *Ginecología básica ilustrada*, México, Trillas.
- Navarrete Cruz, Victoria (2005). "La biotecnología en México", *Contexturas*, Año VI, núm. 18, 32-36.
- Pérez Peña, Efraín (1995). *Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Un enfoque integral*, México, JGH.
- Regional Leader in Reproductive Medicine, <http://www.ivfet.com>, 22 de noviembre de 2005.
- Ruiz Velasco, (1975). *El manejo de la pareja estéril*, México, Merrel.
- Taboada, Leonor (1986). *La maternidad tecnológica. De la inseminación artificial a la fertilización in vitro*, Barcelona, Icaria.
- The InterNacional Council on Infertility Information Dissemination, Inc, <http://www.inciid.org>, 7 de enero de 2006.
- Vera, José Luis (2002). *Las andanzas del caballero inexistente. Reflexiones en torno al cuerpo y a la Antropología Física*, México, Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales. Vicente Lombardo Toledano.
- Zárate, Arturo y Carlos Macgregor (1987). *Manejo de la pareja estéril. Un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad*, México, Trillas.