

*UNIVERSIDAD DE LA HABANA
FACULTAD DE FILOSOFIA – HISTORIA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA*

TESIS DE DIPLOMA

*Título: Desigualdades de género e infertilidad
como problema social de salud. El caso del
Hospital Hermanos Ameijeiras.*

Autora: Alina Álvarez Rodríguez

Tutora: Dra. Reina Fleitas Ruiz

*Ciudad de la Habana
Junio 2011*

Dedicatoria

A mis abuelos por ser la guía inspiradora de mis pasos

A mis padres por estar siempre a mi lado

*A mi tutora por apoyarme y compartir todos sus conocimientos en la
construcción de mi sueño.*

A mi novio por todo su cariño y apoyo cuando tanto lo necesité

Agradecimientos

A mis abuelos por preocuparse tanto y haberme acompañado en mi camino

A mi tutora por confiar en mí y hacer mi sueño realidad

*A la Dra. Kenia Rodríguez por brindarme todo el apoyo y permitirme hacer
posible esta investigación*

*A todos los especialistas que de alguna forma me brindaron todos los
conocimientos para el enriquecimiento de este proyecto*

*A todos mis profesores por aportar su granito de arena y convertirme en una
profesional*

A todos, gracias...

Los vuelos naturales del espíritu humano no van de placer a placer, sino de una esperanza a otra.

Samuel Johnson

ÍNDICE

Introducción.....	7-9
Capítulo 1. La sociología de la salud y la perspectiva de género. Visión social de la infertilidad.....	10
Epígrafe 1.1. Hacia un enfoque social de la salud. El aporte de la Sociología.....	10-24
Epígrafe 1.2. Feminismo y teoría de género en el campo de la Sociología de la Salud. Visión social de la infertilidad.....	25-34
Epígrafe 1.3. Sociología de la Salud en Cuba. Salud Sexual, Reproductiva e infertilidad.....	35-41
Capítulo 2. Hacia la conformación de un diseño de investigación.....	42
Epígrafe 2.1. Diseño de investigación.....	42-46
Epígrafe 2.2. Metodología y técnicas.....	46-48
Epígrafe 2.3. Unidad de análisis y selección de la muestra.....	48-51
Epígrafe 2.4. Plan de análisis de los resultados.....	51-52
Epígrafe 2.5. Línea de tiempo y presupuesto de la investigación.....	52-53
Capítulo 3. Desigualdades de género e Infertilidad como problema social de salud. El caso del Hospital Hermanos Ameijeiras.....	54
Epígrafe 3.1 .El servicio de atención a la pareja infértil en el Ameijeiras. Perfil social de la pareja infértil en esa institución.....	54-60
Epígrafe 3.2 Patrones sexuales de comportamiento de la infertilidad en las parejas seleccionadas.....	61-65
Epígrafe 3.3. Diferencias de género que la infertilidad produce en la relación de	

pareja.....	65
Epígrafe 3.3.1 Valoraciones sobre la maternidad y la paternidad.....	65
Epígrafe 3.3.2 Valoraciones sobre la infertilidad femenina y masculina.....	67
Epígrafe 3.3.3 Situaciones de conflictos en la relación de pareja. Comparaciones en la pareja antes y después de conocer la infertilidad.....	69
Epígrafe 3.3.4 Valoraciones sobre el apoyo recibido y la posible ruptura de la pareja.....	71
Epígrafe 3.3.5 Situaciones laborales diferentes que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles ocupacionales.....	72
Epígrafe 3.3.6 Situaciones familiares que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles familiares.....	73
Epígrafe 3.3.7 Experiencias de conflictos relacionados con la infertilidad vivenciados por cada miembro de la pareja.....	74
Conclusiones	76
Recomendaciones	80
Fuentes consultadas	81
Anexos	86

INTRODUCCIÓN

La salud constituye un campo de reflexión dinámico y complejo donde intervienen múltiples factores económicos, políticos, ambientales y sociales, de ahí que sea necesario un análisis multifactorial e interdisciplinario para alcanzar una perspectiva de la salud y la enfermedad como procesos interrelacionados e intrínsecamente vinculados a la complejidad de la sociedad. El análisis sociológico se incorpora hoy a las inquietudes propias de estas áreas aportando el conocimiento acumulado por la teoría sociológica, brindando una explicación objetiva y efectiva para la comprensión de la conducta humana dentro del contexto médico. "La tarea consiste, en primer término, en el estudio de la salud y las enfermedades como estados de la vida humana de todas las épocas y culturas, teniendo en cuenta plenamente la condición al mismo tiempo biológica, social y personal del hombre. Ello significa analizar las enfermedades como realidades biológicas cambiantes y sometidas a circunstancias ambientales determinadas, como fenómenos sociales condicionados por estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos y como vivencias personales existentes en cada situación histórica" (Rojas, F. 2004).

La salud sexual y reproductiva, en tanto área de estudio propio de la salud, constituye un campo de vital importancia que evidencia las desigualdades e inequidades en las cuestiones sexuales en la salud. De ahí que la Sociología desde su surgimiento se preocupó por las cuestiones de salud y enfermedad de la sociedad y su interrelación con factores no solo de orden biológico sino también con factores ambientales y sociales a fin de alcanzar un estado de igualdad entre diferentes grupos humanos.

La infertilidad, como parte de este proceso, constituye un evento vital que repercute en el sistema familiar, en la pareja y en la familia en formación. Puede definirse la infertilidad como la imposibilidad de una pareja de alcanzar la concepción o de concretar un embarazo después de un año o más de mantener relaciones sexuales normales. En esos intentos no deben haber sido usados uno o algunos métodos anticonceptivos (OMS, 1990). De esta forma, la infertilidad, siendo un problema de

orden biológico, es además una situación que se entreteje con lo cultural, psicológico, social y por qué no, circunstancial de su momento histórico, y cuyos protagonistas son en este caso la pareja que ha sido diagnosticada como infértil (y no un solo individuo como ha sido visto en muchos estudios médicos).

Los avances en el control de la natalidad, y el aumento de las posibilidades de trabajar fuera del hogar han permitido que la mujer se sienta realizada en otros campos diferentes a su rol de madre y esposa, el hombre y la mujer en busca de un mejor status posponen la búsqueda de la prole, y con alguna frecuencia cuando se acercan a la decisión de tener hijos se encuentran con dificultades de fertilidad, es decir con la imposibilidad de tener hijos. Este es un problema bastante frecuente en las parejas, y según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 8 y el 10% de las parejas son estériles, con incapacidad definitiva para procrear, o experimentan ciertas manifestaciones de infertilidad. Se estima que un 10-15% de las parejas a nivel mundial, presentan dificultades para procrear. Esto significa que entre 50 y 80 millones de personas a nivel mundial sufren de este problema en algún aspecto. La infertilidad puede ser femenina, masculina o de ambos cónyuges a la vez. Del total de parejas afectadas se distribuyen entre un 40% por causas de infertilidad masculinas, un 40% también para las femeninas, un 10% a los dos y un 10% al hecho de ser inexplicable la causa infertilidad. (Roa, Jenny. 2009).

En muchos países en vías de desarrollo, "la infertilidad es percibida como un estigma", y en algunos, la mujer que no puede concebir hijos es rechazada por la sociedad. Asimismo, en muchas naciones, la mujer es responsabilizada porque la pareja no puede tener hijos, a pesar del hecho de que 45% de las causas de infertilidad son por un factor masculino. A lo largo de la historia, la fecundidad había sido un don propio de la mujer, por esta causa siempre que no se conseguía la gestación, la mujer era la primera en ser estudiada. Con el avance de la medicina en este campo, hablamos de una pareja como una unidad con capacidad gestatoria, es decir, que involucra tanto al hombre como a la mujer. (Roa, Jenny. 2009)

Considerando así una pareja infértil, aquella que después de un año y medio de relaciones sexuales regulares sin ningún tipo de protección, y con la finalidad de procrear, no tiene descendencia; para algunas parejas quienes han sido diagnosticadas infértiles, la decisión de comenzar una familia de origen es una experiencia vital muy importante donde existen expectativas personales y a su vez demandas sociales de lograr el objetivo de concebir, es por ello que surge el interés de conocer cómo viven la

infertilidad esas parejas infértiles desde la cultura de género en el territorio cubano, tomando como centro de estudio el hospital Hermanos Ameijeiras.

Es por ello, que con esta investigación pretendo no solo analizar el comportamiento de los patrones de género de las personas infértiles en dicho hospital, sino también explicar las relaciones de conflicto que se producen en una relación de pareja que experimenta vivencias de infertilidad.

La estructura del trabajo está compuesta por tres grandes capítulos que logran sintetizar y, a la vez, responden, a los objetivos anteriormente trazados. De esta forma, el primer capítulo consta de 3 epígrafes dirigidos a enmarcar la visión social de la salud y su relación con la perspectiva de género derivando en la explicación social del fenómeno de la infertilidad.

El segundo capítulo está estructurado por cinco sub epígrafes que reúnen el diseño investigativo, donde se expone explícitamente el problema de investigación así como objetivos generales y específicos, hipótesis y la definición de conceptos de la misma con su operacionalización. La metodología y técnicas a utilizar forman parte también de este capítulo, donde se encuentran cada una explicadas detalladamente. El criterio muestral, el plan de análisis de los resultados y la línea de tiempo junto al presupuesto de la investigación son otros temas considerados en este segundo capítulo.

El tercer capítulo recoge los resultados de la investigación incluyendo la caracterización sociodemográfica de la población infértil atendida en la institución y los diferentes conflictos de género que surgen ante este padecimiento.

Para lograr los objetivos antes expuestos, se procedió al análisis documental de distintas fuentes, tanto desde las ciencias sociales (filosofía, sociología, etc.) o desde la ciencia de la salud (salud pública, principalmente). Se contó con libros, revistas, fotocopias de documentos y artículos de Internet. No obstante, se encontraron problemas para la ubicación y consulta de documentos debido en gran medida a que la Sociología de la Salud es una ciencia joven que tiene poco desarrollo teórico en Cuba y, por tanto, los temas en debate son relativamente escasos. De ahí que se presentaron problemas en la consulta de documentos referidos a la infertilidad desde la Sociología y fue necesario entonces realizar entrevistas a expertos en diferentes instituciones vinculadas al tema estudiado. Se realizó así una entrevista al Profesor Manuel Gómez Alzugaray quien es Jefe del grupo de Reproducción del INEN, a la Dra. Gisel Ovies también del INEN, al Dr. Luis Ferramora del Hospital América Arias y a la Dra. Kenia Rodríguez del Hospital

Hermanos Ameijeiras, todas realizadas en el año 2010, las cuales fueron una enorme contribución para el análisis del problema en Cuba.

CAPÍTULO 1: La sociología de la salud y la perspectiva de género.

Visión social de la infertilidad

EPÍGRAFE 1.1: HACIA UN ENFOQUE SOCIAL DE LA SALUD. EL APOORTE DE LA SOCIOLOGÍA

La salud como campo de estudio es un tema múltiple, íntimamente vinculado al desarrollo y complejidad de la sociedad. Es por ello que las disímiles concepciones de salud que se han construido a través de la historia, han ido de la mano con las transformaciones y cambios en las conductas y roles que desempeña el individuo como parte del todo social, al igual que con el desarrollo de la ciencia.

Así, la meta de la medicina y la salud no es solo de orden puramente biológico y físico, sino también social, cultural: no se trata solo de curar una enfermedad y restaurar físicamente un organismo cualquiera sino que tiene que ver con la participación del individuo en el control de su salud, en la formación de un estilo de vida saludable, en la prevención de las enfermedades, en la construcción de nociones sobre la salud y la enfermedad, como un miembro necesario y útil en la sociedad. Desde esta perspectiva, la medicina tiene una conceptualización de matriz intrínsecamente social, al ser analizada como el complejo de relaciones múltiples entre el médico y el enfermo o en su sentido más amplio, entre el cuerpo médico y la sociedad. Por consiguiente, la medicina es un fenómeno multifactorial que debe ser analizada y encausada desde su multidimensionalidad y solo desde este análisis se logrará una concepción más abarcadora de la salud incluyendo la historia del paciente y del médico en la sociedad, así como las relaciones diversas y complejas que se producen entre ellos a fin de reconstruir una historia social de la medicina.

Los rasgos que caracterizan la profesión médica en cada época están determinados en gran medida por la concepción y actitud de la sociedad hacia el cuerpo humano y su valoración de la salud y la enfermedad como partes integrantes de un mismo proceso. El propósito de la medicina fue siempre el mismo: curar la enfermedad y a su vez proteger y reproducir saludablemente la existencia y por supuesto la vida de las personas. Sin

embargo, el modelo ideal de la práctica médica varía considerablemente en los diferentes períodos de la historia, de acuerdo con la estructura de la sociedad en cada época y su concepción del mundo y específicamente de su concepción de la salud.

Los hombres de la formación económico social de la Comunidad Primitiva, siendo actores de la llamada prehistoria humana, no estuvieron exentos de enfermedades o cuadros patológicos, sufrieron cáncer en órganos y huesos, fracturas, alucinaciones, desmayos, caries dentales, etc. Sin embargo sus nociones cognoscitivas sobre la vida, la salud y la enfermedad poseían una comprensión mística, religiosa y sumamente empírica. Esta fue la primera manifestación del arte de curar, es decir, del saber y de la práctica médica conocida como cultura de la salud aborígen, pues en estos casos el médico, chaman, especie de hechicero y brujo curaba al enfermo utilizando su remedio o una técnica empírica que considera efectivos si es él, con su supuesto poder jerárquico y sobrenatural quien lo aplica. El remedio actúa por la virtud propiciatoria de quien lo aplica o el rito mágico utilizado para suministrarlo al paciente. Es decir, que las concepciones de salud, en sus orígenes, están vinculadas a las explicaciones primigenias que el hombre hizo, no sólo de ella, sino de todo su entorno. El ser humano asoció a eventos sobrehumanos, míticos o mágicos las explicaciones a los fenómenos naturales, conviniéndose socialmente la aceptación de dichas explicaciones como verdaderas y sus interpretaciones más racionales se basaron, entonces, en el paradigma mítico-mágico, en una pura especulación empírica. .

Sin embargo, el componente racional, empírico de la medicina preventiva evolucionó a la par con el desarrollo de la civilización hacia un sistema de medicina que excluía lo trascendental, lo mítico, y que estaba basado en la observación, en la razón, en la científicidad. El médico griego Hipócrates trató de alejarse de este pensamiento mítico-mágico, este ya no era un sacerdote y mucho menos un brujo. Su conocimiento se funda en la observación y como tal, su desarrollo evidencia la necesidad de dar explicación a las enfermedades no solo en relaciones causales, como proceso natural y producto de factores internos al organismo sino también como resultado de factores externos a él, factores sociales que determinaban la condición patológica del individuo. Sin embargo, las explicaciones continuaron desenvolviéndose bajo el alero de la especulación filosófica más que de la experimentación u observación factual tanto del cuerpo como del medio natural.

Con el advenimiento del capitalismo y la consecuente proletarización de la vasta mayoría de la población, se generaron condiciones de vida para la clase obrera que no

eran otras que la pauperización, el hacinamiento y las pésimas condiciones higiénicas así como la malnutrición, entre otras carencias que caracterizaron el período. Como consecuencia del desarrollo acelerado del capitalismo incipiente, surgió el proletariado urbano, cuya situación social se caracterizaba por un grado indescriptible de explotación, pobreza, hambre y enfermedades.. De ahí que Engels en 1845 publicó su famoso estudio sobre las condiciones de la clase obrera en Inglaterra donde demostró, con su teoría revolucionaria y dialéctica de la sociedad, que las influencias sociales negativas sobre la salud (la enfermedad) son problemas vinculados a la cuestión de las clases, consecuencia de la explotación y la opresión, sus condiciones de vida y que con el establecimiento de relaciones socialistas de producción se lograrían condiciones integrales para un desarrollo sano (Engels, F.1974). Con esta visión, se está gestando dentro del campo de la medicina, una comprensión objetiva de los factores sociales, un análisis más profundo de la perspectiva social de salud.

El siglo XIX fue ya testigo de los primeros hechos institucionales que dieron lugar al nacimiento de especialidades de la medicina como la epidemiología, con el objetivo de investigar el origen de los factores de riesgo que han sido creados históricamente por el hombre en su ambiente social, teniendo presente, que esta permite distinguir a la sociedad como un todo, como un contexto integral en que se producen los fenómenos de salud y también, la higiene social con el objetivo de “investigar las interrelaciones entre las condiciones sociales, la salud y la enfermedad de los hombres”(Colectivo de autores, 2006). Posteriormente, surgieron aquellas especialidades de la salud que potenciaron ese análisis de lo social, tales como: la antropología de la salud, la Psicología de la salud, etcétera. Tal es así que este contexto hace posible el nacimiento de la Salud Pública, como especialidad dentro de la medicina, como ciencia que constata la relevancia de los factores provenientes del contexto social en que se enferma. La Salud Pública era considerada como la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, fomentar la salud mental así como los esfuerzos para controlar las infecciones en la Comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene social y personal.

Por tanto, había ya en el siglo XIX un desarrollo de la visión social de salud y, por tanto, un conocimiento acumulado que permitió que en el siglo XX quedaran conformadas y consolidadas las Ciencias Sociales como área disciplinar encaminada a moldear y ampliar las Ciencias de la Salud. Desde este análisis se valoriza lo social en el marco de la medicina y su influencia se evidencia con la transición de las prácticas médicas individualizadoras a las colectivas caracterizadas por el proceso de institucionalización

de la medicina y la nueva división del trabajo multidisciplinar que se impone en esta área de la ciencia: se transita del médico familiar privado a los equipos interdisciplinarios. Es entonces cuando las concepciones acerca de la salud y la medicina comienzan a variar; los aportes y la influencia de las disímiles perspectivas y paradigmas de estas Ciencias Sociales sobre el análisis de la salud, se corresponden con una comprensión del ser humano visto no solo como un órgano, sino también como un ser integral, complejo y estrechamente vinculado con los cambios y mutaciones constantes que sufre la sociedad.

La preocupación por las condiciones sociales y ambientales que podían dar lugar a la enfermedad quedaron reflejadas en muchos escritos de medicina. Estos médicos, a falta de métodos que se correspondieran con un análisis social de la medicina, utilizaban los propios informes médicos o sus propias experiencias y estudios de casos concretos para construir una explicación que fuese más allá de lo biológico y contribuyeran a buscar las explicaciones sociales de la enfermedad.

De esta forma en Estados Unidos en la década del 50 del siglo XX tuvo lugar el surgimiento de la sociología de la salud cuya definición de enfermedad se amplía más allá de una simple patología orgánica, de una definición puramente biologicista, y es el paradigma estructural- funcionalista el que posibilita la institucionalización de la disciplina en las universidades y especialmente en la carrera de Sociología. A partir de este momento no se trataba de un asunto social tratado y estudiado solo por médicos sino que tenía legitimidad propia para realizar investigaciones y abrir cursos en los departamentos de Ciencias Sociales. La enfermedad va a ser ahora definida en términos más sociológicos pero enmarcada en la categoría de “rol social”. Y es precisamente Talcott Parsons quien introduce esta categoría junto con todo un análisis de la relación médico-paciente y de la práctica médica en su totalidad. Sus análisis van de la mano con una visión unilateral y excesivamente equilibrada de la relación médico-paciente así como también de una comprensión abarcadora de la práctica médica incorporando al análisis social de la salud el estudio y funcionamiento del subsistema de la práctica médica en su totalidad.

Parsons considera que la práctica médica va dirigida a superar las alteraciones patológicas del individuo, o sea, su enfermedad, y que esta constituye un “mecanismo” del sistema social para enfrentarse a las enfermedades de sus miembros y, por tanto, es una necesidad de ese sistema social, así como también lo es la salud. Parsons llega al extremo de admitir que un nivel demasiado bajo de salud (o uno demasiado alto de

enfermedad) es disfuncional para el sistema social, de ahí que realizara todo un análisis de la enfermedad como una “función social desviada” por cuanto esa enfermedad es desviada en la medida en que tiene o comparte un componente voluntarista sin el cual no sería plenamente significativa y relevante en el análisis sociológico. La enfermedad es, por tanto, un acto legítimamente institucionalizado en el rol del paciente y como tal es algo causal y no impuesto (Parsons, T. 2006).

El sujeto enfermo es colocado en una posición subordinada y dependiente con respecto al “sistema” por cuanto esa enfermedad significa un retiro pasivo de la actividad ubicando al enfermo en una postura pasiva y relajada escapando así de las tensiones y responsabilidades a que se enfrentan en su vida cotidiana. Por tanto, la enfermedad para el autor “es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos y requerimientos personal y social” (Parsons, T. 2006). De ahí que en su definición de enfermedad, la distinción sociológica está fuertemente enmarcada en lo social y cuestiona la tradicional opinión médica que se inclinaba hacia la reducción de todas las enfermedades a un nivel puramente biológico y fisiológico haciendo recaer sobre ella el peso de una terapia médica efectiva.

Su análisis marcó un giro en el pensamiento de su época en tanto significó la inclusión de las cuestiones sociales de la enfermedad, prestando suma atención a los factores motivacionales que influyen en la acción social, en las conductas y roles que asume el individuo tanto en el rol del médico, como en el rol del paciente. Así mismo, reconoce la profesionalidad del rol del médico como “un empleo funcionalmente especializado y con un nivel de avanzada en la secuencia de niveles cada vez más altos de competencia técnica” (Parsons, T. 2006). Sin embargo, reduce la posición del médico solo a la esfera más específica de su experiencia y entrenamiento técnico, en virtud de la cual, el médico es considerado sabio o prudente únicamente en ese campo de acción.

Parsons mantiene un análisis singular para su época pues distingue dos tipos de médicos que coexisten simultáneamente en la sociedad, el médico “particular” y el que trabaja dentro del contexto de una organización. El médico “particular” es aquel que no solo cuida de las personas en un sentido técnico y profesional sino que además establece un intercambio con ellas en lo relativo al pago de los servicios y tiene que proporcionar en un alto grado sus propios bienes instrumentales para realizar su función (Parsons, T. 2006). Sin embargo, a pesar de reconocer y explicar la esencia de esta particularidad, destaca la relevancia e importancia del médico ajustado a una organización, alegando

que: “una proporción cada vez mayor de la práctica médica se realiza bajo esas condicionantes y esto es en gran medida necesario para el desarrollo tecnológico de la medicina misma, sobre todo por el uso de bienes instrumentales que se encuentran fuera de las posibilidades del médico individual y por el simple hecho de que el tratamiento adecuado de cualquier enfermedad puede requerir la cooperación de diferentes clases de médicos y personal auxiliar”(Parsons, T. 2006). Sociológicamente, por tanto, el desarrollo de instituciones médicas especializadas en el tratamiento del paciente y su enfermedad es considerado como un progreso tecnológico de la medicina y positivamente funcional a la sociedad.

A pesar de lo anterior, reduce la funcionalidad del rol del médico al plano individual y psicológico considerando que la esencia de su función se centra en controlar las desviaciones de la salud y velar por el bienestar del paciente garantizando su recuperación completa, pronta y sin dolor. Su eficiencia y profesionalidad es puramente tecnológica y sus conocimientos y capacidades le proporcionan instrumentos suficientes para lograr sus fines. Sin embargo, Parsons analiza todo un conjunto de factores que conllevan a la imposición de tensiones en el médico y a su implicación directa e inmediata en la relación con el paciente, cargada de elementos de perturbación emocional que son tendencias hacia la conducta desviada. Los factores de imposibilidad e incertidumbre hacen más difícil la orientación racional del médico hacia su trabajo provocando tensiones en su desempeño profesional.

Distingue la particularidad del trabajo médico al tratar directa y exclusivamente con seres humanos, con sus intimidades, en contextos fuertemente cargados de significación emocional y expresivamente simbólicos. De ahí la importancia que Parsons atribuye al rol del médico como actor social fundamental dentro del sistema donde, de esta manera, a través de procesos, en su mayoría inconscientes, el médico adquiere diferentes tipos de significación proyectiva como persona y el peso de esta atribución recae en las relaciones médico-paciente determinando su intensidad y duración y junto a esto la efectiva recuperación del paciente. (Parsons, T. 2006)

Es por ello que el autor explica un conjunto de mecanismos que legitiman la autoridad del médico y justifican los privilegios que se le tienen que conceder. Su visión se inclina hacia la superación de las tensiones y obstáculos que se interponen en la práctica efectiva de la medicina científica. En este sentido, se hace imprescindible, el uso de la generalidad en la práctica médica y no la particularidad que tiende a profundizar las separaciones entre los grupos sociales generando antagonismos y conflictos. La

especificidad funcional, por su parte, es un elemento importante para eliminar las resistencias potenciales que imposibilitan la adecuada función del médico.

Con la neutralidad afectiva determina el grado de objetividad de la práctica médica pues el médico debe tratar un problema concreto, objetivo, utilizando métodos objetivos científicamente justificables. En estos términos resulta irrelevante la subjetividad del médico pues su misión se reduce en tratar un problema objetivo en términos objetivos y científicos: “el problema de la enfermedad del paciente” (Parsons, T 2006). En este sentido, su visión se limita a los aspectos puramente objetivos de la práctica médica sin destacar el sentido humanitario y ético que la misma puede presentar.

Otra variable marcadamente pautada es la orientación colectiva donde la responsabilidad del médico recae sobre el “bienestar del paciente” por encima de sus intereses personales en tanto esa relación debe ser recíproca. (Parsons, T 2006.)

Sin embargo, Parsons no distingue en sus análisis la relación dialéctica y recíproca que existe entre el médico y su paciente, teniendo en cuenta sus representaciones simbólicas y el conjunto de emociones, expresiones y manifestaciones latentes que pueden surgir entre ellos, así como tampoco toda la gama de implicaciones funcionales y sociales que pueden ocasionar perturbaciones en la sociedad.

En su análisis, el autor subvalora la posición del enfermo como un rol “dependiente” que puede afectar a cualquiera con independencia de su status o posición social. La posición del enfermo en la teoría parsoniana es de total incapacidad tanto para liberarse o ayudarse a sí mismo como para elegir el mejor médico entre su conjunto pues no es lo suficientemente racional para fiarse de la autoridad profesional o de su validación institucional y por tanto debe aceptar cualquier medida que sea necesaria. El sufrimiento, el desamparo, la incapacidad y el peligro de muerte constituyen perturbaciones y tensiones de las expectativas en que viven las personas enfermas. (Parsons, T 2006) Estas condiciones de desamparo, falta de competencia técnica y perturbación emocional convierten al enfermo en un objeto peculiarmente vulnerable a la explotación y una presa fácil de toda una serie de creencias irracionales que Parsons las considera como orientaciones populares. Estas supersticiones y mitos quedan fuera de la científicidad de la ciencia y por tanto fuera también del análisis parsoniano. Su visión estrecha y unilateral exonera al paciente de toda su carga subjetiva y en consecuencia de todas sus creencias y expresiones simbólicas que dictaminan su estado de salud. Por consiguiente, Parsons desestima la conflictividad en la relación medico- paciente, siendo roles que se

complementan, se sobreentienden y su carga emocional debe quedar excluida, se trata de relaciones asimétricas y excesivamente dependientes.

No obstante, su aporte central consistió en incorporar al análisis social de la salud, los sistemas médicos, tratando de comprender el concepto de salud como unitario, simbólico, social antes que biológico y psicológico, analizando la práctica médica en su totalidad y distinguiendo como núcleo central en su análisis la relación médico paciente. Dicha relación se encuentra enmarcada en dos elementos pautados que constituyen a su vez dos ejes de análisis en la teoría parsoniana: el rol del médico y el rol del paciente.

El objeto de estudio de la Sociología de la Salud queda aún reducido al campo de los Sistemas, en particular del Subsistema Médico.

Sin embargo, para el estudio del proceso de salud enfermedad es necesario tomar en cuenta aquella perspectiva teórica que permita una comprensión y explicación más profunda de dicho proceso a fin de evitar análisis superficiales y fragmentarios sobre el mismo que aislen el proceso médico de las condiciones sociohistóricas en las que se encuentra inmerso y no se percate de la gama de relaciones significativas que pueden tener lugar en dicho proceso.

El proceso salud- enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con particularidades específicas producto de sus condiciones reales de vida y es en este nivel que se sitúa la perspectiva de la sociología médica marxista, la cual considera que: “la salud- enfermedad, aún cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.”(Soriano, R. 1988). En este sentido, la perspectiva marxista no solo analizó las leyes capitalistas que propiciaban la explotación de la clase obrera, sino también los daños que estas causaban en la vida de la clase explotada, los accidentes y enfermedades y el deterioro de las condiciones de vida de los trabajadores.

En la obra “La situación de la clase obrera en Inglaterra”, Engels analizó las condiciones precarias a las que estaba sometida la clase trabajadora, las inmundicias y charcas que predominaban en los barrios obreros y que ocasionaban consecuencias graves para la salud pública así como la suciedad de las calles, del agua que bebían y la imposibilidad del acceso a la atención médica. (Engels, F. 1974)

La teoría marxista contextualiza el proceso salud- enfermedad en una realidad concreta, con individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales. No es un proceso impuesto y predeterminado sino que está estrechamente vinculado a la forma en que los seres humanos producen y reproducen sus estilos de vida. De ahí que las causas de dicho proceso hay que buscarlas en el contexto propiamente social y en las relaciones sociales imperantes, que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación.

En esta teoría la salud y la enfermedad se presentan como dos polos de un mismo proceso, se encuentran en relación dialéctica, en permanente contradicción y en unidad relativa donde el tránsito de un estado al otro implica determinadas condiciones objetivas y subjetivas, sociales y físicas mediadas por relaciones complejas y cambiantes. El paso de la salud a la enfermedad es producto de una serie de cambios que se presentan tanto en el individuo como en el medio en que éste está inserto y esa es la línea de la investigación médica marxista la cual considera que la salud y la enfermedad, aún cuando se manifiestan en individuos concretos, constituyen un fenómeno social que dependen de los cambios y transformaciones de la propia estructura de la sociedad.

La sociología médica marxista combina conceptos y metodologías y utiliza la dialéctica para construir leyes y teorías para una comprensión más profunda del proceso salud-enfermedad. Propone el materialismo histórico como el instrumento teórico y metodológico idóneo para el análisis de la sociedad permitiendo socializar las causas de la enfermedad y superar el análisis personal, individual y aislado de la salud, ubicándola como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones de vida de la población. Sin embargo, la salud y la enfermedad se encuentran en relación de dependencia. La enfermedad deviene de la salud y viceversa, pues antes de producirse la enfermedad el organismo debió haber estado en una situación óptima de salud (nadie puede enfermarse cuando ya se encuentra enfermo) y a su vez en el propio organismo enfermo se encuentran los elementos y energías que incitan la pronta recuperación (Soriano, R. 1988).

De igual forma, todos los elementos que conforman el mundo material y social se encuentran en relación y dependencia mutua. Así, la salud y la enfermedad no son aspectos aislados e individuales en el organismo y el medio social sino que se encuentran conectados y en relación constantemente dialéctica, unidas por elementos que cambian constantemente, que se disuelven o perpetúan en la sociedad.

A diferencia de Parsons, en esta corriente teórica, la causalidad no es lineal ni mecánica: “En el momento en que se presentan las causas necesarias y suficientes, la salud cede terreno y la enfermedad empieza a manifestarse en el organismo, pero su detección dependerá de factores objetivos y subjetivos puesto los organismos no reaccionan exactamente igual ante una misma enfermedad” (Soriano, R. 1988). La enfermedad no es, por tanto, algo predeterminado sino que se va construyendo y transformando paulatinamente en la medida que aparecen y desaparecen, se intensifican o deterioran determinadas causas y condiciones sociales.

El proceso analizado contribuye, a su vez, a reproducir las desigualdades sociales pues la exposición a los riesgos de la enfermedad, la interpretación de los significados propios de dicho proceso así como la manera de resolver dichos problemas de salud no es igual en todos los individuos pues no todos pertenecen a una misma clase social ni se sienten identificados con el proceso de igual forma. Los individuos se encuentran insertados no solo en diferentes clases sociales, sino también en un devenir constante, un proceso histórico con relaciones que diferencian el medio físico y social y permite ubicar dicho proceso en una realidad mucho más abarcadora y compleja que influye en la comprensión de la causa y el efecto como categorías dialécticas que marcan categorías y definiciones distintivas en la salud y la enfermedad. De ahí que la esencia del proceso radica en aquellos elementos físicos y sociales que propician el tránsito de la salud a la enfermedad.

La enfermedad es, entonces, una necesidad cuando en determinadas situaciones y características, se presentan todos aquellos agentes físicos, externos que la propician y además la existencia de un huésped susceptible y de condiciones sociales y físicas que convierten la enfermedad en algo inevitable.

En el análisis marxista se diferencian 3 etapas del proceso salud- enfermedad: Primero, cuando no hay posibilidad alguna de enfermedad, segundo, cuando se presentan las condiciones necesarias para que la persona se enferme o accidente, condiciones que difieren según las características biológicas, psicológicas y sociales de los individuos, el acceso a los servicios médicos, etc y por último Cuando la posibilidad real se convierte en realidad y se presenta la enfermedad. (Soriano, R. 1988)

La salud y la enfermedad constituyen un proceso legitimado en un organismo concreto con determinadas características biopsicosociales y es por ello, que así como existen diferencias y particularidades en cada individuo, no existe ningún proceso entre la salud

y la enfermedad que se repita de igual forma, en las mismas circunstancias y con las mismas características en individuos y grupos sociales.

El marxismo percibe el proceso salud- enfermedad como singular y único al manifestarse en un organismo concreto, específico y también como universal, pues existen, de igual forma, características y condicionantes más generales y comunes que se presentan en cualquier proceso de salud- enfermedad. (Soriano, R. 1988) Dicho proceso es, por tanto, único y específico y al mismo tiempo general y universal.

Además de estudiar la salud y la enfermedad como partes integrantes de un mismo proceso condicionado históricamente, dicha teoría analiza las condiciones de vida de los obreros, los cuales en el modo de producción capitalista se convierten en una mercancía barata y de fácil acceso, que garantizaría al propietario obtener un valor excedente, una ganancia incrementada que es producto del trabajo acelerado e intensivo del obrero: la plusvalía. Este hecho tiene serias consecuencias en la vida de los obreros que se encuentran sometidos al ritmo de las máquinas y desarrollan su trabajo siguiendo la velocidad de las mismas. Es por esta razón que la introducción de nuevas tecnologías y métodos de trabajo repercuten negativamente en la salud de la clase obrera ya que: “los incrementos tanto en intensidad como en producción, provocan situaciones de stress y de fatiga, causantes de cambios fisiológicos en el cuerpo que originan predisposiciones patológicas a corto y largo plazo” (Soriano, R. 1988). Así mismo, existen condiciones de vida y de trabajo desiguales dentro de la propia clase obrera pues la venta de la fuerza de trabajo se efectúa bajo condicionantes diferentes en cada sector de la producción.

Toda esta situación va a traer como resultado que la clase obrera sea un huésped susceptible expuesto constantemente a tipos de patologías que conllevan a la enfermedad. En relación a esto el marxismo analiza las consecuencias que trae para la salud del proletariado su explotación por parte del capital y dice: Este “no pregunta por el límite de vida de la fuerza de trabajo. Lo que a él le interesa es, única y exclusivamente, el máximo de fuerzas de trabajo que puede movilizarse y ponerse en acción durante una jornada. Y, para conseguir este rendimiento máximo, no tiene inconveniente en abreviar la vida de la fuerza de trabajo... (pero) la producción capitalista, que es, en sustancia, producción de plusvalía, absorción de trabajo excedente, no conduce solamente al empobrecimiento de la fuerza humana de trabajo, despojada de sus condiciones normales de desarrollo y de ejercicio físico y moral. Produce, además, la extenuación y muerte prematura de la misma fuerza de trabajo. Alarga el tiempo de

producción del obrero durante cierto plazo a costa de acortar la duración de su vida”. (Soriano, R. 1988)

Como es evidente, la teoría marxista se refiere a una forma singular de explotación que conlleva al debilitamiento del organismo y la baja esperanza de vida del obrero. Muchas de las enfermedades presentadas en los trabajadores como la fatiga, el estrés, las enfermedades profesionales, entre otras, pueden encontrarse simultáneamente en el organismo y en estrecha relación. Por todo esto, “los efectos de la explotación se concretan directamente en el deterioro de la salud de la clase obrera, ya que tanto la intensidad e incremento en la productividad del trabajo como la prolongación de la jornada acarrear un creciente desgaste físico y psíquico del trabajador. Esta situación contribuye grandemente para que se presenten accidentes de trabajo o el obrero sea presa de diversas enfermedades...”. (Soriano, R. 1988)

Por tanto, la explotación de la clase trabajadora por parte del capital no es un fenómeno abstracto sino que se expresa en miembros concretos, históricamente ubicados y con determinadas características sociales.

Conjuntamente con las condiciones desfavorables de salud de los trabajadores, es importante destacar que las medidas preventivas y de control que protegieran a los trabajadores eran prácticamente nulas descuidándose la salud y el bienestar del proletariado. Sin embargo, la salud de los obreros, en el modo de producción capitalista constituía la clave para el incremento de la producción, pues en la medida que el organismo humano se encontrase en óptimas condiciones, se podría exigir de ella un mayor rendimiento y la obtención, por tanto, de un mayor excedente. Y aunque si bien en la sociedad capitalista se establecen sistemas de seguridad social, con el supuesto fin de proporcionar los medios para la recuperación de la clase obrera y su inmediata reincorporación al proceso productivo, dentro de este contexto, la atención médica constituye un elemento más de la opresión y explotación a que es sometido el obrero pues se busca su reinserción al trabajo de tal manera que no se pierda su cualidad más preciada: su carácter productivo. Por tanto, la seguridad social lleva el sello de la explotación capitalista representada por los intereses de la clase dominante y la explotación de la clase proletaria.

Marx analiza dialécticamente todos los aspectos de la sociedad capitalista que conllevan al deterioro de la salud del proletariado como clase explotada, contextualizando el proceso salud- enfermedad en individuos concretos diferenciados socialmente y con características históricas y biopsicosociales marcadamente definidas que llevan a la

comprensión de dicho proceso no solo biológicamente sino también como un proceso social.

A partir de los años 70 del siglo XX, existía todo un perfeccionamiento de las visiones de la salud y la medicina con la influencia de disímiles paradigmas que posibilitaron el tránsito de la Sociología Médica a la Sociología de la Salud en los años 70 integrando todos aquellos procesos sociales que aparecen y se desarrollan en torno a la salud lo que posibilita comprender el proceso de salud-enfermedad con un enfoque multifactorial y multiparadigmático.

En consecuencia, es importante destacar que en esta evolución del objeto de estudio de la Sociología de la salud se han desarrollado otras múltiples perspectivas, entre ellas aquellas que dirigen su atención al individuo como la perspectiva interaccionista. Esta ve la enfermedad como un proceso mediado socialmente que revela particular importancia en las interacciones sociales aún en el ámbito de una institución y presta particular atención a la influencia que ejercen las interacciones humanas en el estado de salud, y viceversa.

Esta visión, en tanto más culturalista, es partidaria de que cada cultura se enfrenta de un modo diferente a la enfermedad tanto en el modo de nombrarla y reconocerla como en la elección de un tratamiento para combatirla y parte más del carácter activo del enfermo y su capacidad para elegir. Es por ello que existen toda una gama de ideas, valores y normas generadas y legitimadas socialmente en torno a la salud y la enfermedad analizada y a su vez rechazada por Parsons como cultura popular sobre cuestiones médicas. De ahí que la relatividad cultural de la salud y la enfermedad signifique que cada grupo social posea una definición de salud en estrecha relación con las nociones y creencias de cada individuo, las cuales se han transmitido y afianzado de generación en generación como tradiciones familiares y de otras instituciones sociales. Esas creencias, nociones, prácticas y expectativas conforman “el lado “subjetivo” en la utilización de los servicios, mientras que, preferencias, oportunidades y acciones concretas representan el lado objetivo” (Bronfman, M. 2006). Estas costumbres y dogmas en torno a la salud y la enfermedad hacen incomparables los servicios tradicionales con los modernos pues, si bien el acceso a los servicios de salud se miden mayoritariamente en términos financieros y geográficos, también puede evaluarse en términos culturales lo que conlleva a que en muchos grupos el recurso de la medicina tradicional sea más fácil y disponible que el de los servicios de salud basados en la medicina moderna.

En consecuencia, una familia opta por un servicio médico específico en dependencia de una serie de elementos, circunstancias y conductas que pueden variar o alterar la selección y que están relacionadas en gran medida con la escasez de información que se tiene sobre la red de servicios públicos de salud y también con las propias percepciones y fundamentos que tiene estos sectores sobre la medicina pública. Las familias a su vez van conformando un criterio selectivo en base fundamentalmente a la confianza que va a determinar las prácticas futuras que realice para restablecer la salud de alguno de sus miembros.

Este vuelco hacia el estudio de las interacciones sociales se destaca particularmente en Erving Goffman. La particularidad de su obra reside en el hecho de que está completamente consagrada en analizar las interacciones, es decir, lo que ocurre cuando al menos dos individuos se encuentran uno en presencia del otro. Goffman se interroga sobre las formas que adopta dichas interacciones, las reglas a las que responden, los roles que cumplen los actores implicados y el orden específico que ellas constituyen. De ahí que lleva a cabo un estudio sobre las Instituciones en su totalidad y en particular de los Hospitales Psiquiátricos y dentro de estos se centra especialmente en el mundo del interno tratando de exponer una versión sociológica de la estructura del “yo”. Este análisis del mundo del interno va dirigido desde que se ingresa al hospital hasta que le dan el alta y es en este período de tiempo donde el paciente va desarrollando, a partir de su interacción con el entorno, el personal y sus compañeros, diferentes pautas conductuales, en unos casos adaptativas a la institución y en otros casos de desafío y rebeldía frente a la misma. Los internos llegan a la institución con lo que Goffman denomina una “cultura de presentación”, o sea, un estilo de vida y una rutina de actividad. Sin embargo, una vez ingresado el paciente comienza el proceso de “desculturización” al verse imposibilitado temporalmente para enfrentarse a determinadas circunstancias de la vida cotidiana en el exterior. Esto supone, por consiguiente, una primera incapacidad de la estructura del “yo” al ser despojado de su rol. Goffman analiza el tecnicismo que caracteriza las instituciones de internos al clasificar al interno como un objeto que se introduce en una maquinaria.

Sobre el personal de la institución Goffman plantea dos situaciones en las que se enmarca su labor. La primera tiene que ver con las normas humanitarias que debe seguir el personal respecto al trato con los internos y la segunda con la implicación emocional que conlleva a la aceptación de los pacientes como criaturas razonables y susceptibles emocionalmente. El personal debía, a la vez, reducir a los internos a la obediencia y

atenerse a las normas humanitarias y a los fines racionales de la institución. Sin embargo, Goffman destaca el primordial interés del personal de hacer prevalecer los fines institucionales y no las necesidades del paciente, los cuales sufren una progresiva estigmatización como enfermos mentales. (Goffman, E. 1999)

La obra de Goffman nos describe escenas teatrales y dramáticas en un hospital psiquiátrico con actores (los pacientes internados) que asumen su papel en función de las expectativas que de ellos tiene la audiencia (el personal de la institución). Además, la interacción está regulada por normas y rutinas que garantizan los privilegios y castigos del paciente. El autor se refiere a la interacción entre los pacientes y el personal como la apropiación de la intimidad de la propia identidad de este último sobre el primero. De esta forma la hospitalización psiquiátrica no es más que un falso teatro que no responde a un modelo médico. Toda esta dramaturgia facilita la legitimación de todo lo que ocurre en el hospital como ajuste al marco de referencia del servicio médico. Así, las privaciones y padecimientos de los pacientes limitan el ajuste de la personalidad considerando el rechazo como una muestra de patologías y la aceptación como una confirmación de su estado. De ahí que Goffman propone como única alternativa del paciente para salir del hospital: “demostrar que aceptan de buen grado el puesto que allí se les adjudica; y ese puesto consiste en apoyar el rol ocupacional de quienes, al parecer, imponen esa condición. Esta autoalienante servidumbre moral del yo. Que acaso ayude a comprender el estado de confusión mental en que se hunden algunos internos, se cumple en nombre de la tradición ilustre de los servicios de reparación profesionales, y sobre todo de su variedad médica. Los pacientes mentales pueden encontrarse aplastados por el peso de un ideal de servicio, que a las demás personas nos allana la vida” (Goffman, E. 1999).

Goffman, con su teoría de la interacción de actores estudia los ritos de interacción comunicativa que se aprenden y se ponen en juego en nuestra vida cotidiana demostrando, basándose en un hospital psiquiátrico, cómo las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas, lo cual determina tipos específicos de conductas y significados que son seleccionados, organizados, reproducidos y transformados por las personas en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos. En conclusión, la Sociología de la Salud es una disciplina multiparadigmática, multidimensional, cuyo objeto de estudio se ha ido construyendo y transformando paulatinamente de una perspectiva médica que no asumía los procesos estructurales de la

sociedad como determinantes en los problemas de salud- enfermedad, hasta una Sociología de la Salud que aporta una visión específica y una comprensión global que trasciende la explicación de los factores biológicos de la enfermedad y analiza las causas socioculturales que a nivel global inciden en el fenómeno. El aporte esencial de la Sociología reside en su visión compleja y totalizadora de la sociedad que incluye una diversidad de construcciones sociales (grupos sociales, clases sociales...) que están ejerciendo una influencia en los procesos de salud- enfermedad y a su vez estos procesos inciden en las funciones de las instituciones, en las posiciones sociales, en la propia estructura de la sociedad.

EPÍGRAFE 1.2: FEMINISMO Y TEORÍA DE GÉNERO EN EL CAMPO DE LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD. VISIÓN SOCIAL DE LA INFERTILIDAD.

La ciencia es un sistema de diferenciación social, desarrollada en la interacción transformadora entre el sujeto humano actuante y la naturaleza, así, los sistemas de salud son diferenciadores sociales que segmentan poblaciones e incrementan su exposición y vulnerabilidad y una de sus determinantes sociales lo constituye el género basado en un sistema de diferenciación social estructurado sobre relaciones jerárquicas de poder determinadas por el nivel de control sobre los recursos de mujeres y hombres. El pensamiento sociológico se ha caracterizado desde sus orígenes hasta la actualidad por ser una respuesta a nuevas y distintas situaciones sociales. Este proceder marcó la determinante negativa que caracterizó el impacto de las cuestiones femeninas en el discurso académico y en el pensamiento sociológico. En consecuencia, ha existido entre los clásicos de la Sociología, una miopía en cuanto al análisis y explicación de las causas de las notables diferencias sociales entre hombres y mujeres.

En este sentido, junto al intento de explicar la dinámica de la organización de la vida familiar en la Sociología, aparece siempre la reflexión sobre la relación entre los sexos dentro de la propia estructura familiar pues en la mayoría de los sociólogos de esta época el sexo femenino no se concibe en otro espacio que en el doméstico, y sólo allí, por tanto, es posible pensar su relación con el otro masculino. Visiones más positivistas como las de Comte y Spencer relacionan a la mujer con el entorno doméstico y a los hombres con las instituciones del gobierno. La vida doméstica pertenece a las mujeres, en tanto, ellas son guardianas de la moral desde sus diferentes condiciones: de madre,

esposa e hija. El gobierno en la sociedad positiva pertenece a los hombres. (Fleitas, R. 2006 a).

Le Play, al igual que Comte, legitima las diferencias hacia el interior de la familia, tanto entre los padres e hijos, como entre hombres y mujeres imponiendo la subordinación de la mujer al marido en el ejercicio de su rol de esposa y materno. De igual forma, Parsons incorpora al análisis nuevas definiciones en el modelo diferenciador de la familia: el rol instrumental masculino y el rol expresivo femenino; categorías que sintetizan los límites espaciales de interacción de cada sexo: el hombre determinado para lo público y la mujer para lo doméstico. Su teoría estructural-funcionalista descansa en las diferencias de roles masculinos y femeninos, enfoque parsoniano que reproduce el androcentrismo como tradición dominante del saber masculino dominante en la Sociología académica.

Esto evidencia la neutralidad con la que tradicionalmente se ha abordado la estructura sexual de poder en la sociedad, si bien no se intenta justificar la insubordinación femenina, tampoco se le menciona. Se analiza la sociedad como un dominio asexuado y se ignoran las relaciones de dominación y conflicto entre ambos sexos así como los cambios sociales que se producen al respecto. Esta “invisibilidad” ha influido en que se mantenga una distribución desigual de poder en la atención de los servicios de salud con los consecuentes riesgos para la vida y la salud del sexo femenino. Se trataba de una literatura escrita por hombres, concebida por hombres y consumida también por hombres, lo que realimentaba la concepción androcéntrica de la sociedad a modo de un círculo cerrado de intereses propiamente masculinos. La representación de la sexualidad se basaba en una dicotomía que encerraba todas las diferencias y que establecía espacios y funciones preconcebidas para los sexos: por un lado la reproducción, correspondiente al sexo femenino y la producción propia del sexo masculino; el mundo público para los hombres y el espacio doméstico para las mujeres.

Sin embargo, otras corrientes de pensamiento como el marxismo, privilegiaron el enfoque de clases, pero no abandonaron otras desigualdades como las sexuales, incluso en este punto se conservó una posición de avanzada para la Sociología de la época pues se denunció el carácter explotador de la dominación masculina sobre la mujer contribuyendo así a gestar una tradición teórica que tuvo continuidad en el pensamiento sociológico feminista posterior. “En el Capital Marx denuncia las condiciones laborales de explotación que vive la mujer obrera por su condición de sexo inferior y reconoce la importancia del trabajo público femenino, masificado por el capitalismo, para su emancipación.” (Fleitas, R. 2006 a) En la perspectiva marxista se afirma, que allí donde

imperaba el derecho materno la mujer goza de una mejor posición comparativamente con la familia patriarcal. Al igual que el marxismo, la conceptualización de las relaciones entre sexos realizada por Stuart Mill representó una clara defensa de la igualdad de derechos, social y política de las mujeres al plantearse además de la igualdad, la emancipación del sexo femenino. Estas posiciones, aún construidas por hombres, defienden la igualdad de los sexos y denuncian la esclavitud de las mujeres en la sociedad capitalista.

Producto de estas desigualdades de sexos en la sociedad tradicional, existían también desigualdades en los servicios médicos, en tanto hacían de la salud una mercancía de difícil acceso y desigual distribución. En este sentido, las investigaciones clínicas han tenido como objeto de estudio preferente a los varones, debido a que el saber médico tradicional se representaba a la mujer como un ser inferior, totalmente incompleto, frágil e impura y esas cualidades devenían de su distintividad fisiológica, la menstruación se explicaba como un momento de impureza en la mujer que debía por ello vivirlo aislada de la sociedad para no contaminarla; las características anatómicas del sexo femenino se perciben mutiladas frente a los genitales masculinos.

Es por esta razón, que a finales del siglo XVIII surge un movimiento social y político que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación, y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad. Los orígenes del feminismo como movimiento colectivo de mujeres hay que situarlo en los albores de la Revolución Francesa. En ella veremos aparecer no sólo el fuerte protagonismo de las mujeres en los sucesos revolucionarios, sino la aparición de las más contundentes demandas de igualdad sexual. El voto y la educación se convirtieron en las demandas esenciales de las mujeres en pro de su libertad durante ese período.

En el siglo XX, con el renacer del movimiento feminista, este “estuvo interesado en un principio, en presionar a las instituciones del gobierno y específicamente a las instituciones de salud para hacer realidad la idea de la salud como un derecho para todos, una institución que debía reproducir la igualdad de los sexos tanto de los hombres como de las mujeres. En un segundo momento se presentó como una corriente de pensamiento que, desde una nueva perspectiva analítica, se inclinaba por la crítica al discurso médico y su práctica, tratando de demostrar el enfoque androcéntrico que caracterizaba la

medicina tradicional”. (Fleitas, R. 2006 a) y en oposición permanente a la cultura patriarcal entendida como sistema de dominación masculina que es transversal a toda la vida social entre el hombre y la mujer y que caracteriza el sistema social que oprime a las mujeres. El feminismo asume la teorización sobre la sociedad patriarcal a fin de elaborar un esquema para comprender el modo en que la sociedad generaba la discriminación femenina y la necesidad de actuar no solo en el mundo público sino también en el mundo privado tomando como eje inicial de transformación a la familia en relación con los componentes sociales.

Una de las contribuciones centrales de la teoría feminista dentro del ámbito de la Sociología de la Salud es la insistencia en problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad, de manera tal que se tomen en cuenta dichos problemas para un debate crítico de la práctica médica. Desde esta perspectiva, se han llevado a cabo múltiples investigaciones que van desde la relación entre trabajo femenino y salud hasta la búsqueda de la desmitificación de la maternidad. En este sentido se trata de problematizar las condiciones en que se da la inserción de las mujeres en el mercado laboral y explorar con más detalle las variables intervinientes que modifican el efecto del empleo de la mujer en el bienestar de los niños, con el fin de lograr una explicación más comprensiva de este fenómeno.

Un tema que ha sido abordado con particular interés desde una perspectiva feminista es el que se refiere a la salud mental; las estadísticas de enfermedad mental son un indicador de la opresión a la que están sujetas las mujeres, ellas muestran que las mujeres sufren más padecimientos mentales que los hombres; y las investigaciones feministas explican que sucede porque están sujetas a condiciones de vida más opresivas que derivan, en última instancia, en tales trastornos. Sin embargo, existen investigaciones que han propuesto que la diferencia en las estadísticas refleja también la predisposición de la sociedad patriarcal para clasificar a las mujeres como enfermas mentales. (Bronfman, M. 1998)

La violencia contra las mujeres constituye otra de las preocupaciones centrales de los estudios feministas en tanto el discurso patriarcal asume que el problema de la violencia doméstica contra las mujeres es un asunto privado de cada familia dado que tiene lugar en el ámbito del hogar. El hogar es considerado el recinto íntimo, exclusivo de la jurisdicción del "jefe" que, la mayoría de las ocasiones, es un hombre. Lo que ocurre dentro de él es considerado un asunto personal, en el que las instancias públicas no tienen derecho a inmiscuirse. Como respuesta a esta privatización de lo personal, la

teoría feminista proclamó lo personal como político e impulsó toda una línea de investigación sobre este tema, con miras a desentrañar los mecanismos específicos que generan y perpetúan la violencia contra las mujeres.

El feminismo también ha estudiado el proceso histórico a través del cual el embarazo y el parto dejaron de ser una forma común de conducta social para constituirse en fenómenos médicos, que eran fenómenos biológicos que justificaban el dominio médico en este campo. En este sentido, en el discurso médico norteamericano el parto es definido como un evento en el que el papel activo es jugado por los médicos obstetras, y el pasivo por la mujer que pare, eventos que han sido expropiado y redefinido por la ciencia médica masculina, y que tienen implicaciones directas en la manera en que las mujeres de hoy interpretan y viven estos fenómenos.

Por otra parte, se ha analizado también el sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina, en particular respecto a la manera aparentemente "objetiva" y "científica" con que es abordado el tema de la reproducción humana. El cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente hacia la reproducción y organizado jerárquicamente. Esta descripción metafísica e incongruente del organismo femenino tiene consecuencias negativas en la asimilación de determinadas funciones de dicho organismo por el resto de la sociedad. Tal es el caso de la menstruación, descrita como un propósito fracasado, como un proceso de construcción malogrado, en términos de debilitamiento, fracaso, degeneración, declinación que evidencian la cultura patriarcal médica.

Junto a la crítica del discurso patriarcal, desde la perspectiva feminista se ha impulsado toda una línea de investigación tendiente a rescatar otros saberes, otras formas alternativas de pensar y vivir los fenómenos de la salud y la enfermedad. En este sentido se han estudiado las construcciones significativas que realizan las mujeres en relación a los diversos aspectos de la reproducción humana

Otros estudios enfatizan en la cuestión de los estereotipos sobre la condición de la mujer, en tanto que, para la práctica médica existen funciones socialmente legitimadas para cada sexo y una información incoherente en este sentido desnivela al médico de sus objetivos iniciales. La estigmatización de la mujer en su actividad reproductiva es un ejemplo de ello. La función establecida de la mujer es la reproducción y si este fenómeno no se puede consumir, la mujer será rechazada y enajenada de su entorno social. Se ha demostrado, entonces, que el grado de adecuación de las pacientes a los

supuestos culturales que maneja el médico se relaciona directamente con la calidad de la atención que estas reciben. (Bronfman, M. 1998).

Investigaciones feministas dentro de este campo se han concentrado en las profesiones de la salud donde la profesionalización de la medicina ha significado, entre otras cosas, el monopolio masculino de la misma. Cuando se habla de profesionales médicos, se asume que se habla de médicos-hombres. Si este supuesto no se cumple, es necesario especificar que se habla de médicas-mujeres. (Bronfman, M. 1998)

La teoría feminista constituye una de las teorías sociales de mayor auge que demuestra la reivindicación de la mujer como cultura activa y transformadora de la estructura social. Como esfuerzo académico, ha demostrado que existe toda una realidad de dominación sobre la mujer que había sido totalmente ignorada por la historia oficial (masculina) de la ciencia. La salud sexual y reproductiva constituye uno de los ejes principales en sus análisis por cuanto la maternidad es concebida como una construcción sociocultural definida dentro de un sistema de dominación patriarcal y la infertilidad como un problema femenino, una anomalía, una “desviación” que implica la estigmatización y exclusión de la mujer de sus actividades cotidianas. Por tanto, es considerado un problema social de relevante discurso sociológico y médico.

Una categoría importante que sobresale en el discurso feminista es el género, cuyo surgimiento está vinculado con las luchas feministas que comenzaron desde el siglo XIX y tuvieron un auge notable en la década de los años 60 cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer e igualdad entre los dos sexos.

Es en la década del 80 que surge en el discurso médico y de las ciencias de la salud la perspectiva analítica de género con el objetivo de reconstruir muchos postulados que sobre la mujer y el hombre se habían construido en la medicina y que propiciaron prácticas y representaciones discriminatorias hacia la mujer.

El enfoque de género permite un acercamiento sociológico a la problemática de la salud, que desborda lo biológico en cuanto a la diferencia sexual anatómica y fisiológica, porque es capaz de contextualizar la forma en que los factores sociales conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y, por ende, los modos de vivir, enfermar y morir de los géneros masculino y femenino. A su vez, este término ha sido utilizado para señalar el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a las mujeres y a los hombres. Son vitales porque definen la existencia de las personas, es decir, no son particularidades de tipo formal, sino conductas, formas de actuar y pensar que dan sentido a la vida y determinan en gran parte su existencia. “El

género es visto como un conjunto de fenómenos determinantes de la vida social, colectiva e individual, generalmente las sociedades reconocen dos géneros, sobre los cuerpos sexuados masculinos y femeninos, basados en un conjunto de cualidades y atributos vitales que se adquieren como parte de un proceso pedagógico que se enseña, se aprende y muchas veces se desobedece” (Castañeda, Ileana. 1999). La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad en tanto se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, sobre las características biológicas establecidas por el sexo. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian ambos sexos.

Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. Este enfoque durante mucho tiempo fue reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y en otros casos a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer con respecto al varón. Sin embargo, el análisis de género no se restringe al ciclo reproductivo de la mujer, sino que enfatiza además en el conjunto de factores sociales que pueden desfavorecer la salud de ambos sexos: los roles de género, la capacidad de acceso y control sobre los recursos, la identificación de necesidades prácticas y estratégicas y valora el impacto que tales procesos de conducta tienen en la salud e identifica las vías para dar solución a las inequidades que surgen por las diferencias en las relaciones de poder entre los sexos. (Artiles, L. 2006) El enfoque de género favorece la visión holística y compleja de la salud en función de las sobrecargas sociales asumidas y asignadas en función de cada sexo.

La salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer distan de ser las mismas que para el hombre. Es decir, viven de manera diferente, lo que conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes. A escala global los patrones de enfermedad muestran

marcadas diferencias entre hombres y mujeres tanto en la mortalidad como en la esperanza de vida. Desde un punto de vista sociocultural, los roles sociales que se le asignan a hombres y a mujeres los exponen a riesgos diferentes que influyen en la morbilidad y en la mortalidad pues si bien los patrones con que se definen los roles masculinos varían de una cultura a otra, es frecuente que el tabaquismo, el consumo de alcohol y la violencia se asocien con caracteres masculinos y en consecuencia se observe en los hombres mayores tasas de mortalidad por accidentes, violencia y por la ingestión excesiva de alcohol. (Colectivo de autores. 2007) Los riesgos laborales constituyen otro factor diferencial entre ambos sexos pues los hombres se someten a trabajos de más peligro que implica una mayor exposición a los riesgos de muerte. En muchas ocasiones, se asocia al sexo femenino con tareas que se pudieran considerar como extensión del rol reproductivo, como por ejemplo, el cuidado de la salud en enfermería o el cuidado de los hijos en las tareas relacionadas con el sector educacional. Otras profesiones como técnicos agrícolas, muchas ingenierías e incluso algunas especialidades médicas, como las quirúrgicas, que demandan de esfuerzo físico o enfrentamiento a situaciones agresivas y cruentas, son mayormente realizadas por hombres. Todo esto es un reflejo de la división sexual del trabajo que se aprecia no solamente en la vida privada del hogar, sino también en el espacio público, así como, por la manifestación de los estereotipos, de acuerdo a lo aceptado por la sociedad.

Otro de los aspectos en que existe una manifestación diferente entre varones y mujeres son los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Es en esa área que se enmarca el estudio que respalda este marco de referencia teórico.

Las mujeres tienen más dificultades para acceder al ejercicio pleno de su sexualidad, para ellas, se presenta una limitación considerable en el contacto y manipulación de su cuerpo y resulta alarmante su desconocimiento como fuente de placer, todo lo cual, influye en la salud y la calidad de vida. Las condiciones de vida de las féminas y algunas circunstancias vinculadas al transcurso vital repercuten en la posibilidad de asumir y vivir plenamente la sexualidad que se ha reducido, en muchas ocasiones a los fines reproductivos. El tratamiento del tema de la salud de la mujer se ha relacionado en gran medida con la salud reproductiva y es importante no sólo tener en cuenta las variables relacionadas con el sexo, sino también la etapa del ciclo vital, la existencia o no de pareja, lo relacionado con la planificación familiar en cuanto a métodos anticonceptivos, la escolarización, la ubicación geográfica y las implicaciones que el ejercicio libre de la reproducción tiene sobre el tiempo y la salud mental de la mujer.

La identificación de diferencias de género conlleva a la búsqueda de las desigualdades o inequidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el tratamiento de la salud. La inequidad se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. Las inequidades de género se producen a su vez, a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades. La desigualdad de derechos está relacionada con la justicia, se puede solucionar cuando existe la voluntad de crear un sistema de leyes dirigido hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Mientras, que la de oportunidades depende de los diferentes posicionamientos, condicionamientos y capacidades de cada ser humano en función de su forma de pensar y de vivir; su eliminación no se logra tan solo con la igualdad de derechos, al contrario, muchas veces se agrava. Se logra con el compromiso social de ayudar a cada quien, de acuerdo a sus características particulares. (Castañeda, I. 2007).

La equidad de género toma en cuenta las diferencias entre los sexos y evita que se transformen en manifestaciones de exclusión social. Considera la igualdad en el acceso a las oportunidades, pero no, la de los resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la capacidad individual. “La base de la relación entre género y desarrollo de la salud es, pues, la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo y con una participación de las mujeres en las decisiones que afectan el bienestar común. .” (Gómez, E. 2006). La equidad de género está incluida dentro de los 8 objetivos del milenio, promoviendo la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

Los derechos reproductivos, además del derecho básico de las parejas para decidir el número de hijos y cuándo tenerlos, permiten tener una buena salud sexual y reproductiva y constituye una de las fuentes básicas por las que se ha discriminado a la mujer. En estos conceptos se incluye la preocupación de las parejas que no pueden tener hijos, y una fecundidad deteriorada puede ser debida a una incapacidad relativa o absoluta de concebir, que puede afectar por igual a hombres y mujeres y causar un considerable sufrimiento personal y familiar. Históricamente a la mujer se le asignan binomios inseparables, tales como: que la mujer es igual a madre, o que mujer es igual a familia, esto hasta de forma mítica, todo lo que ha definido algunos mitos femeninos, entre los que se encuentra como más relevante el de mujer = madre, que este influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición.

Por tanto, el simple hecho de no poder procrear es considerado como un evento paranormativo y de desorganización de la vida familiar.

En una entrevista realizada al Profesor Manuel Gómez Alzugaray este expresó: “la infertilidad constituye un problema de salud y un problema social que a su vez tiene una repercusión en el aspecto psicológico de la pareja.”. (Gómez Alzugaray. 2010)

Visto de otra forma, la infertilidad es un fenómeno de salud que puede ser abordado y analizado desde la Sociología en tanto involucra un conjunto de factores sociales, psicológicos y culturales que implican transformaciones profundas en la estructura de la vida de la pareja. Estos factores conllevan a situaciones difíciles en la pareja que se mueven desde el sentimiento de fracaso hasta la ruptura de las relaciones de pareja y sus implicaciones en el sistema de relaciones y roles de cada uno, por tanto pasa de ser un mero problema de salud a ser un problema social y psicológico. La infertilidad es un problema de salud en el que influyen determinantes sociales, pero a su vez ella incide en el mundo social de quienes lo viven. Un aspecto social importante que caracteriza el fenómeno es el impacto social que tiene sobre la pareja ya no solo el hecho de no poder tener hijos, sino también las incidencias y presiones que reciben del exterior. La familia, es la institución social que más presión ejerce en la fecundidad de la pareja tanto desde el punto de vista femenino como del masculino. También están las presiones de los amigos y compañeros de trabajo y las presiones que se ejercen dentro de la propia pareja. Otro aspecto social es el impacto en la vida económica y laboral pues en muchos casos el tratamiento requiere de tiempo y de gastos innumerables.

Otro problema que surge con la infertilidad es el impacto social sobre ambos sexos pues siempre se ha considerado a la mujer como la más vulnerable y frágil ante este tipo de fenómenos y a los hombres como imparciales y neutrales. Sin embargo, de acuerdo con lo expresado por el Profesor Alzugaray, el impacto social de la infertilidad es igual en ambos sexos aunque la mujer tiende a externalizarlo más que los hombres y esto es producto en gran medida al legado patriarcal que coexiste en una sociedad machista y de sobrevaloración del sexo masculino.(Gómez Alzugaray. 2010)

Como se ha demostrado, si bien la infertilidad se considera una enfermedad, que a su vez se acompaña de signos y síntomas dolorosos o lamentables desde el punto de vista biofisiológico para quienes la vivencian, también constituye un padecimiento que tiene importantes implicaciones en la vida social y psicológica de las personas que la padecen, pues acarrea una serie de dificultades en el seno de la familia que está en construcción, toda vez que para una pareja, tener hijos significa haber llegado a la cúspide de sus

expectativas. Es posible afirmar entonces, desde la sociología, que nos encontramos ante un fenómeno social que debe ser tratado como tal.

EPÍGRAFE 1.3: SOCIOLOGÍA DE LA SALUD EN CUBA. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD.

En todas las sociedades la medicina se ocupa de la lucha contra las enfermedades, no obstante se ha abierto paso, de modo lento, pero firme, el criterio de que la salud humana requiere que la organización de la sociedad dedique atención, con prioridad, a prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No sólo sistemas de atención médico-curativa. En Cuba el enfoque de salud de la población encuentra la situación más favorable para su desarrollo exitoso, en primer lugar por ser pertinente para integrarlas en la batalla de ideas, contexto donde el concepto de salud de la población puede difundirse, fortalecerse y aplicarse. A esto se añade el efecto multiplicador y apoyo consecuente que varios programas de vasto alcance social desarrolla el país como son el de formación emergente de maestros, el de formación de trabajadores / as sociales, el de agricultura urbana, el de introducción de la computación en las escuelas primarias, el de la Universidad para Todos y la televisión educativa, entre otros. Cada uno de estos programas ejerce efecto positivo en diversa forma, sobre los determinantes de la salud. (Rojas, F. 2004).

El desarrollo de la sociología de la salud en Cuba ha posibilitado el estudio social de la práctica médica y de aquellos factores sociales que influyen en el estado de salud como el medio ambiente, lo económico, político, educacional y psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad. En la esfera de la salud el desarrollo humano en Cuba se resuelve en la práctica de la elaboración de una política y de su aplicación que ha tenido como propósito lograr la igualdad de oportunidades, promover la atención a la salud reproductiva en condiciones de equidad. “La Revolución cubana creó un marco político donde la igualdad se convirtió en un instrumento para cambiar la realidad

de la relaciones entre los géneros en todas las esferas, y de manera particular, en el subsistema de atención a la salud reproductiva.” (Fleitas, R. 2006 b)

Los servicios primarios descansan en la atención clínica ginecológica y materno-infantil, también en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de una fecundidad no deseada que se apoya en actividades educativas y sanitarias, así como de divulgación y distribución de medios anticonceptivos. A pesar de esto, en las representaciones sociales sobre la salud reproductiva en Cuba aún se sigue planteando el dilema genérico de la responsabilidad no compartida en la planificación familiar que sigue recayendo sobre la mujer también en la práctica de la anticoncepción.

En las representaciones del hombre cubano promedio, además, sigue aún operando la tesis de que una intervención quirúrgica que neutralice su capacidad de fecundar merma su virilidad, todavía en sus criterios sobre lo masculino se mantiene un grado elevado de asociación entre fecundación y potencia masculina.

Sin embargo, existen muchos problemas de salud que no han sido dotados de análisis más específicos que desbordan el debate médico pues, si bien la maternidad ha sido estudiada desde una perspectiva médica con énfasis en cuestiones sociales como la realización de la mujer como sujeto racional y autónomo y sus implicaciones en el contexto social, la infertilidad como proceso opuesto a la maternidad ha sido privado en una alta proporción de análisis sociales constituyendo una amenaza al proyecto de vida de las personas, alterando su funcionamiento social, afectando la autoestima y, con frecuencia, afectando la vida sexual de la pareja.

“La infertilidad en Cuba es un reto del Sistema Nacional de Salud porque las técnicas utilizadas son de alta tecnología y son técnicas altamente costosas y realmente en los últimos años, el MINSAP ha trabajado en el país como tal para tratar de implementar estas técnicas, porque es un hecho que la incidencia y la prevalencia de la pareja infértil es muy alta.”(Rodríguez, K. 2010)

El Profesor Gómez Alzugaray afirma que: “el Ministerio de Salud Pública en los últimos años ya se está preocupando por la situación de las parejas infértiles, sin embargo, no ha constituido todavía un aspecto prioritario para el Ministerio de Salud Pública supongo que sea porque están priorizados los planes materno- infantil”. No obstante, no se podrían concebir los planes materno- infantil sin tener en cuenta los problemas de infertilidad. (Gómez Alzugaray. 2010).

Según el entrevistado, los enfoques que han prevalecido en los estudios sobre infertilidad en una primera etapa eran fundamentalmente biomédicos. Sin embargo, el

tránsito a un segundo momento proporcionó el desarrollo de investigaciones psicosociales. A pesar de esto, las investigaciones sociales desarrolladas sobre la infertilidad han provenido fundamentalmente de la Psicología, con estudios sobre las conductas, las actitudes y las representaciones sociales sobre la infertilidad pero desde la Sociología es escaso el debate teórico sobre dicha cuestión médica. A nivel mundial, los artículos e investigaciones que se encuentran sobre este tema, se centran en los aspectos clínicos y psicodinámicos de la pareja infértil como etapas de duelo, aspectos emocionales e interaccionales.

Tal es así, que en la psicología la infertilidad ha sido percibida como un evento disociador entre el logro de los anhelos y las aspiraciones personales, así como de la pareja, y las demandas socioculturales del contexto en el que se insertan las vidas de las personas que la padecen, lo que genera -a su vez- un sentimiento de frustración personal y de pérdida en la medida en que la pareja no puede lograr tener los hijos que desea y en el momento en que lo cree conveniente. En este sentido, “el médico debe ser consciente de la situación del paciente como ente que vive en un medio social y, por tanto, no puede prevalecer solo el enfoque médico sino que debe tener un enfoque integral.”(Gómez Alzugaray. 2010)

Aún cuando las estimaciones sobre su incidencia no son muy precisas y varían según la región geográfica, este fenómeno en Cuba tiene magnitudes elevadas pues de un 12 a un 14% de las parejas no pueden tener hijos y esto se traduce en que existen alrededor de 50 000 parejas en Cuba que necesitan reproducción asistida. (Gómez Alzugaray. 2010)

La infertilidad como problema de salud, puede y debe ser estudiado como un fenómeno social que repercute negativamente en disímiles aspectos de la vida de las personas. Esta es una preocupación a nivel mundial pues se ha estimado que la prevalencia de infertilidad afecta entre un 5 y 15 % de las parejas en edad reproductiva y que en el mundo hay 60-80 000 000 de parejas infértiles. A pesar de los más recientes avances tecnológicos en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, en el 10 al 20 % de las parejas infértiles no se logra reconocer la causa de la enfermedad. (Hernández, A. 1999). Los datos más recientes que se tienen sobre el tema son los que reportan los resultados de un estudio realizado por el profesor Dr. Rubén Padrón en 1996, en el que se encuestaron 952 parejas de diversos municipios y provincias, y que arroja que existe entre un 12 a un 14% de parejas infértiles, de las cuales entre el 42 y el 43% desea el embarazo.

Según los datos obtenidos en el Censo de Población y Viviendas del año 2002; la población femenina cubana en edad fértil alcanza la cifra de 2 999 898 y esa misma fuente reporta que 1 934 204 de ellas, mantienen una relación estable de pareja. De todo esto se deduce que en Cuba, 270 788 parejas presentan trastornos de la fertilidad, y de ellas poco menos de la mitad desean alcanzar la procreación (43%), por lo cual inferimos que 116 439 son susceptibles de atención en consultas especializadas por problemas de infertilidad y aproximadamente 23 287 (el 20%) serían tributarias de métodos de reproducción asistida de alta tecnología. (Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007)

Sin embargo, a causa de las dificultades económicas que ha padecido nuestro país en los últimos decenios, la conducta médica ante la pareja infértil ha estado notablemente limitada por la lógica e incuestionable utilización de los recursos sanitarios disponibles en otras actividades vitales como lo ha sido la atención al Programa Materno- Infantil, lo que conllevó a la reducción de la mortalidad infantil hasta cifras sólo comparables con algunos países del primer mundo (5.3 al cierre del año 2006).

De ahí que, Cuba, en el momento actual, no tiene un camino definido para la solución del problema de la pareja infértil pues se presentan trabas como la carencia de recursos y tecnologías que ha obstaculizado la solución eficaz del problema.

La Atención Primaria (APS), base fundamental de nuestro sistema, no cuenta con posibilidad alguna para enfrentar la problemática, ni con vías de remisión establecidas oficialmente para estos casos y las Instituciones del Segundo Nivel que realizan procedimientos de reproducción asistida de baja tecnología, más que todo animados por el deseo de satisfacer una demanda creciente, lo hacen sin normativas específicas y con amplio margen para la espontaneidad, con los consecuentes riesgos de mala praxis y de violaciones técnicas y éticas. (Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007)

En todo este proceso se producen demoras excesivas, tanto en la búsqueda de la posibilidad de recibir un servicio, como en el tiempo empleado para alcanzar un diagnóstico y en los intentos de tratamiento de las parejas, encontrándose, por último, los casos que requieren de procedimientos de alta tecnología (RAAT) que se tropiezan entonces en una especie de callejón sin salida, pues el único centro con que cuenta el país radica en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”, y cuenta con escasos recursos para proporcionar atención a todas las parejas que requieren este tipo de tratamiento y, por tanto, no tiene posibilidades, por sí solo, de dar verdadera cobertura social al problema nacional.

Es por ello que una buena parte de estas mujeres envejecen esperando por la posibilidad de encontrar solución a su problema y que, mayoritariamente, la oportunidad de recibir este tipo de tratamiento, en los casos que lo han logrado, se haya materializado en el exterior mediante viajes financiados por el Estado, para lo cual el gasto en que se incurre es excesivo en extremo en comparación con los pobres resultados obtenidos. (Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007)

Se trata también de abordar este problema con una concepción moderna, que vaya de acuerdo con su contenido y problemática reales, partiendo de la base de que la pareja infértil forma una unidad biológica, social, y por tanto, es un problema que afecta a dos personas y que el médico dedicado a la práctica de la medicina reproductiva debe considerar un estudio integral, simultáneo y completo a los dos miembros que constituyen la pareja afectada de infertilidad conyugal. Su estudio y tratamiento es una tarea multidisciplinaria y, por tanto, deben participar diversas especialidades tanto médicas, como psicológicas y sociales que aporten visiones diferentes y complejas del problema.

Es por esta razón que se deben precisar tanto los factores femeninos como los masculinos pues ambos pueden, de igual probabilidad, ser causantes de la infertilidad. Esto significa que, tanto hombres como mujeres son responsables de la reproducción y no solo la mujer como se ha dogmatizado en mucho tiempo, pues, a pesar de que la mujer tradicionalmente ha sobrellevado la responsabilidad de la pareja infértil, en la realidad cotidiana la capacidad reproductiva del varón es deficiente en al menos el 40% de los casos, de ahí que su evaluación debe hacerse desde el comienzo mismo de la investigación. (Valencia Madera, I. 2002).

La prevalencia de la infertilidad masculina y especialmente la femenina, en los países en vías de desarrollo, reporta cifras importantes convirtiendo la infertilidad conyugal en una problemática médico-social.

La investigación de los factores que impiden la concepción en la especie humana ha sido realizada en tiempos pasados sin bases científicas reales y sujetos a una serie de tabúes, prejuicios e inclusive artificios, pero desde hace aproximadamente dos décadas y media, son analizados, estudiados y sometidos a la terapéutica adecuada, con objeto de solucionar la imposibilidad de concebir y finalizar con el estado de angustia y frustración que aquejan estas parejas.

Es por esta razón que es importante que cada país conozca la epidemiología de la infertilidad en su territorio pues el sistema de salud requiere estimados más exactos para poder calcular la demanda real y potencial de servicios donde se evalúan adecuadamente estos trastornos reproductivos. Es por ello que a partir del 2007 el MINSAP formó una comisión nacional para darle seguimiento a la atención de la pareja infértil, porque hasta hace un tiempo la pareja no tenía un modo de acceder al sistema de salud, ya que no se conocía, había dificultades en las consultas por equipamiento, por superación y porque mucho médicos no querían estas consultas. (Ferramora, Luís. 2010)

Posteriormente, se creó un programa nacional que está avalado por los tres niveles de atención: el nivel primario, donde la pareja comienza la atención en un policlínico de cada uno de los municipios del país que va a estar dentro del Servicio de Planificación Familiar, consulta equipada con recursos para la atención especializada y que cuenta con un equipo integral formado por un ginecobstetra y además un psicólogo o un psiquiatra entrenado en reproducción asistida, un urólogo, un clínico y que pueden inteconsultar con tantos especialistas como se requiera. En este nivel es importante el apoyo psicológico de la pareja, el tratamiento y prevención de la sepsis vaginal, los factores masculinos y femeninos de infertilidad, seguimiento del ciclo ovulatorio, terapias de pareja y de familia y va a ser la puerta de entrada y el eslabón para que la pareja llegue al segundo nivel. (Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007)

Este segundo nivel o baja tecnología se realiza en los hospitales provinciales, y por ende hay uno en cada provincia y cuenta con la tecnología adecuada mínima para lograr atender a la pareja y darle solución a los problemas. En este nivel también se requiere de un equipo integral formado por un ginecobstetra, del urólogo y el resto del personal que se puedan consultar. En el mismo se da continuidad a las parejas remitidas del Nivel Primario de Salud y cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para asumir el estudio completo de la pareja infértil así como para ofertar toda la gama de modalidades terapéuticas, excepto la Reproducción Asistida de Alta Tecnología.

“Una vez concluido el estudio en el segundo nivel, se crearon tres niveles intermedios de baja tecnología mejorados en cada uno de los territorios: uno va a estar ubicado aquí en Ciudad de la Habana, otro en Cienfuegos y el último en Holguín, el cual va a dar cobertura a todo el Oriente de nuestro país, Cienfuegos al Centro y el de Ciudad de la Habana al Occidente más la Isla de la Juventud. En este centro mejorado se harían las pruebas, que en los centros de baja tecnología provinciales no pueden concluir con un diagnóstico y va a ser el ciclo de forma integral para que pase a la Comisión Nacional.

La Comisión Nacional, como tal, es la que va a aprobar los casos con criterio o no para una alta tecnología, la cual sería el tercer nivel, que hoy solo se encuentra en el hospital Hermanos Ameijeiras, con una capacidad insuficiente de recursos humanos y materiales para darle cobertura a la necesidad del país que tiene, en cuanto a los casos que llevan reproducción in Vitro. Hoy, ese es el único lugar en el país donde se hace, aunque se pensó hacer otros dos centros más que, por la situación económica del país, en estos momentos no se ha podido dar cobertura por los costos del procedimiento y porque el % de efectividad es de un 30 %. Por tanto, es un procedimiento caro para hacerlo de forma masiva y de forma gratuita según los principios del sistema de salud.” (Ferramora, Luís. 2010)

Con este programa nacional y las consultas municipales y provinciales lo que se quiere es: rescatar la evaluación estadística del problema, conocer de forma epidemiológica los casos de infertilidad que existen en el país, de estos casos, conocer el factor de infertilidad más frecuente, tanto en las mujeres como en los hombres, para poder accionar contra ellos. Es decir, crear un programa donde la pareja tenga una puerta y una vía de entrada en el sistema de salud y dar una cobertura y una atención general a estas parejas y en general hoy en día estos son los logros que tenemos. (Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007)

Como se evidencia este es un problema de salud de notable repercusión en la sociedad y, por tanto, su análisis debe trascender los marcos de lo biológico y lo médico incorporando un seguimiento detallado y cuantitativo del fenómeno que está ausente en la sociedad actual cubana, integrando y estudiando a la pareja como un ente social, una construcción sociocultural que establece relaciones de conflicto, tensión y frustración durante el período de tratamiento y afrontamiento del problema.

CAPÍTULO 2: DEFINICIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

EPÍGRAFE 2.1: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Situación problematizadora

Para muchas personas, el tener descendencia constituye un elemento de suma importancia, por los significados sociales y culturales que ello implica. Sin embargo, existen ocasiones donde el embarazo y la propia descendencia no se logran de manera simple y espontánea, lo que obliga a las personas a reformular las expectativas en relación con la paternidad y la maternidad y todo lo que esto implica.

La infertilidad como parte de este proceso, trae implícito connotaciones en el orden psíquico y social de los seres humanos y sus consecuencias recaen no solo en las personas que la padecen sino también en el círculo de relaciones en el que ésta se desarrolla.

De igual forma, la infertilidad ha sido vista, en la mayoría de los estudios e investigaciones, en términos eminentemente médicos, como un padecimiento más dentro de la gama de enfermedades que puede experimentar el ser humano. Sin embargo, la infertilidad es más que una simple enfermedad, un problema médico, sino es también, un problema social que afecta y se asume desigualmente en cada miembro de la pareja. La infertilidad femenina se traduce en una concepción perpetuada y culturalmente arraigada, en cuanto al responsable papel femenino en la reproducción biológica y social de la especie, en tanto, el binomio mujer= madre persiste en el imaginario social y se refleja en la praxis cotidiana, tanto a nivel interno del grupo como entre grupos heterogéneos. En tanto que para los hombres, la infertilidad significa la pérdida de la identidad masculina traducida en la presión social dirigida a forzar a los varones a tener hijos, ya que se tendería a dudar de la hombría de aquellos que no cumplieren ese mandato.

“La paternidad no es percibida por los varones y la sociedad en general, solamente como una confirmación de la última prueba de virilidad masculina, al garantizar que pueden

fecundar a una mujer, sino que su interpretación también les garantiza a ellos la existencia de un espacio de patriarcado dentro del contexto familiar, pues se convierten en jefes de la familia, en la autoridad del hogar, y su trabajo permite cubrir las necesidades de la familia y de los hijos”. (Díaz Bernal, Zoe. 2011)

Por eso la infertilidad resalta en estos varones sentimientos de inferioridad, de diferencia puesto que su valor como hombre completo se ve afectada al no poder construir la familia que tanto desea y cumplir de esta forma con las expectativas sociales. Si dichas funciones se vieran anuladas por cualquier razón, puede ser bastante alta la probabilidad de que se vea afectada su autoestima, incluso con capacidad de afectación para la estabilidad de pareja y la familia, llegando hasta el punto de la disolución de la relación primera. Todo ello estaría aparejado a un potencial cuestionamiento desde lo social, a nivel colectivo dentro del grupo (entre los hombres) y entre los grupos (en relación con las mujeres), de sus capacidades como varón.

Es por todo lo anterior que considero importante el estudio de la infertilidad como problema social y la inclusión de un análisis de género para determinar precisamente todas aquellas desigualdades que hacia el interior de la pareja produce este problema de salud. También, la ausencia de investigaciones sobre la infertilidad combinado con el incremento del fenómeno en el país, como evidencian estudios ya citados, son razones suficientes para plantearnos en el presente estudio, valorar por primera vez en Cuba el fenómeno desde una perspectiva sociológica, de ahí que se plantee como **problema:**

¿Cómo viven la infertilidad, desde la cultura de género, un grupo de parejas que establecen una relación conyugal, atendidas por este padecimiento en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras durante el año 2010?

Preguntas de investigación

¿Qué patrones sexuales de comportamiento en las parejas atendidas en la institución estudiada se observan en relación a la infertilidad?

¿Genera la infertilidad conflictos de género en la relación de esas parejas?

Objetivo General

Analizar las vivencias de la infertilidad desde la cultura de género de un grupo de parejas que establecen una relación conyugal, atendidas por este padecimiento en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras durante el año 2010.

Objetivos Específicos

- Sistematizar las teorías sociológicas, con énfasis en la teoría de género, que han aportado diferentes visiones sobre la salud y específicamente sobre la infertilidad.
- Describir el perfil sociodemográfico de las parejas a estudiar.
- Analizar el comportamiento de los patrones sexuales de las personas infértiles que conforman la muestra, en la institución donde se realiza el estudio.
- Explicar las relaciones de conflicto que se producen en una relación de pareja que experimenta vivencias de infertilidad.
- Analizar comparativamente desde la perspectiva de género, el comportamiento de algunos indicadores entre parejas que difieren entre sí según el sexo de quien es portador de la infertilidad.

Definición de las variables del problema

Cultura de género: Constituye el conjunto de pautas, estereotipos, creencias y patrones establecidos y legitimados socialmente que delimita y determina los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada género. En una cultura patriarcal esos patrones son conflictivos.

Relación Conyugal: Aquellas parejas que mantienen y desarrollan relaciones íntimas ya sea a través del matrimonio o unión consensual.

Pareja infértil: Aquellas parejas que llevan más de un año de relaciones sexuales no protegidas y no logran concebir un hijo

Conflictos de género: Constituyen desigualdades y factores discriminatorios en la relación entre ambos géneros. Se trata de toda situación que coloca en una posición desigual en términos de oportunidades a uno de los sexos que forma parte de la relación, sea conciente o no de esa realidad. Esa situación los enfrenta, los divide en polos opuestos de una relación conflictiva latente o manifiesta. La cultura patriarcal crea esa relación de conflicto entre hombres y mujeres.

Operacionalización o construcción de indicadores

1. Perfil sociodemográfico de las parejas infértiles estudiadas.

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Situación conyugal
- ✓ Color de la piel
- ✓ Ocupación
- ✓ Nivel de escolaridad
- ✓ Estructura de la familia con la que establece relaciones domésticas, afectivas y de convivencia en su vida cotidiana.
- ✓ Territorio donde reside

2. Patrones sexuales de comportamiento de la infertilidad en las parejas seleccionadas para el estudio de la institución.

1. Edad al inicio a las relaciones sexuales
2. Cantidad de parejas estables.
3. Numero de hijos de cada miembro de la pareja
4. Conocimiento de anticoncepción de cada miembro
5. Compra y Uso de anticoncepción por cada miembro de la pareja
6. Cantidad de abortos
7. Frecuencia de las relaciones sexuales
8. Menarquia
9. Enfermedades de transmisión sexual
10. Años de infertilidad
11. Años de relación de pareja
12. Otras enfermedades de origen biológico que inciden en la infertilidad

3. Conflictos de género.

Diferencias de género que la infertilidad produce en la relación de pareja en cuanto

a:

- a) Valoraciones sobre la maternidad y la paternidad
- b) Valoraciones sobre la infertilidad masculina y femenina
- c) Situaciones de conflictos en la relación de pareja. Comparaciones en la pareja antes y después de conocer la infertilidad.

- d) Valoraciones sobre el apoyo recibido por cada miembro y la posible ruptura de la pareja
- e) Situaciones laborales diferentes que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles ocupacionales.
- f) Situaciones familiares que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles familiares.
- g) Experiencias de conflictos relacionadas con la infertilidad vivenciadas por cada miembro de la pareja

Epígrafe 2.2: Metodología y técnicas

A fin de abordar a profundidad el tema de investigación se escogió el modelo exploratorio y analítico- descriptivo, pues se trata de indagar sobre las vivencias de la infertilidad de un grupo de parejas desde la cultura de género y familiar a través de las variables seleccionadas. La investigación exploratoria nos permitió familiarizarnos e indagar un poco más sobre el fenómeno de la infertilidad y sus implicaciones en la relación de pareja debido a la inexistencia de investigaciones desde la perspectiva sociológica del tema en el país. De igual forma, el análisis analítico- descriptivo da cuenta de la medición y descripción de un conjunto de variables, dimensiones y aspectos significativos del fenómeno objeto de estudio.

De ahí que fue conveniente utilizar en esta investigación la triangulación metodológica, es decir, la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, haciendo énfasis en la metodología cualitativa que permite el conocimiento de las valoraciones, ideas, motivaciones, opiniones, creencias y del comportamiento humano. La integración de ambas metodologías permitió no solo el análisis exhaustivo de la información sino también la selección de los criterios muestrales, el cruce de variables y el análisis comparativo basado en datos cualitativos y estadísticos.

Una de las ventajas que ofrece la metodología cualitativa es que permite hacerle modificaciones al diseño de estudio mientras que la investigación está en proceso, da la posibilidad a los investigadores de examinar directamente a los grupos beneficiados, por otra parte, es más económica y puede ejecutarse y analizarse con rapidez sin necesidad del procesamiento automático de los datos. La investigación cualitativa trata de comprender el problema desde el punto de vista de los sujetos en estudio.

Como parte de la metodología cualitativa, se utilizaron técnicas como la entrevista en profundidad que permitió conocer elementos importantes de la esfera sexual de las

parejas en estudio, así como la dinámica de la pareja y los posibles conflictos asociados a ella.

Por su parte, la metodología cuantitativa permitió el análisis más exhaustivo de algunos indicadores, a través de la encuesta, que permitieron llegar a conclusiones comparativas entre ambos miembros de la pareja como la ocupación, el nivel escolar, la edad, entre otros aspectos de la caracterización sociodemográfica y de los patrones sexuales de comportamiento.

Una de las metodologías aplicadas durante toda la investigación fue el método comparativo el cual es consecuencia de la conciencia de la diversidad: la variedad de formas y procesos, de estructuras y comportamientos sociales, tanto en el espacio como en el tiempo, lleva necesariamente a la curiosidad del estudioso el examen simultáneo de dos o más objetos que tienen a la vez algo en común y algo diferente. De esta forma, es interés en esta investigación realizar un análisis comparativo entre el hombre infértil y la mujer infértil al interior de la relación de pareja buscando las valoraciones, la distribución de roles, las responsabilidades ante el problema, tanto en cuestiones semejantes como divergentes entre ellos. Se debe precisar además, que, como estrategia de recogida de información, se conformó una declaratoria de confidencialidad y anonimato que permitiera la realización de la encuesta y la entrevista con total libertad y sinceridad. Es por ello que en esta se aclara la correspondencia de las técnicas a aplicar con las necesidades de la institución y la incorporación de los resultados a las historias clínicas como parte del proceso que se lleva a cabo para la selección de las parejas de reproducción asistida y la construcción de un perfil social de cada una de ellas.

Es por ello que en esta investigación se aplicaron las siguientes técnicas:

Entrevista en Profundidad con el objetivo de conocer las valoraciones, significados y vivencias específicas de cada pareja a estudiar. Se elaboró un guión de entrevista para guiar la conversación, siempre con el propósito de dejar hablar al entrevistado. La variable conflictos de género fue explorada mejor a través de esta técnica pues en ella se exponen las apreciaciones y opiniones de cada miembro de la pareja. También se midieron las situaciones familiares que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles familiares así como las situaciones laborales que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles ocupacionales. “Debido al estilo especialmente abierto de esta técnica permite obtener una gama informativa verdaderamente rica a través de las palabras y enfoques de los entrevistados. Proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de

interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o de encuesta.” (Ibarra Martín, F. 2001)

Entrevista a experto: Con el objetivo de recoger la unidad de análisis y la muestra representativa para esta investigación. De igual forma se elaboró un guión de entrevista a experto que recogerá los principales cuestionamientos de la investigación. Se usó para recoger datos sobre el comportamiento del fenómeno en Cuba y poder elaborar el diseño actual de investigación, debido a la ausencia de investigaciones sociales sobre el tema en Cuba.

Fichaje de documentos para obtener herramientas suficientes para realizar el estudio pertinente a través del análisis de las historias clínicas existentes en la consulta que permitió determinar los patrones sexuales de comportamiento de la infertilidad en parejas atendidas por la institución. De hecho se usó para el estudio de las investigaciones que sobre el tema se han desarrollado en el campo de la sexualidad y la reproducción. Fue la técnica que dio cuenta de los datos del marco teórico del presente diseño.

Encuesta. La encuesta es una técnica de investigación cuantitativa que permite la recogida de información, ya sea a través de un cuestionario o mediante una entrevista, en este caso se optó por la modalidad de la entrevista para recoger datos sobre las variables socio demográficas y algunos de los patrones sexuales de comportamiento de la pareja infértil. Se realizó a partir de un guión de entrevista semi estructurada con el objetivo de facilitar el diálogo entre entrevistador y entrevistado. Además, esta se efectuó cara a cara para velar por la respuesta de cada una de las preguntas y además para observar las expresiones simbólicas y manifestaciones del entrevistado ante cada cuestión.

Epígrafe 2.3: Unidad de análisis y selección de la muestra

El objetivo central de esta investigación reside en el estudio de las parejas infértiles y las comparaciones al interior de la misma. Por tanto se seleccionó primeramente un universo constituido por 150 parejas que asistieron a la consulta de infertilidad del Hospital Hermanos Ameijeiras en el año 2010. La selección del año estuvo basada fundamentalmente en la necesidad de trabajar con parejas que permanecieran bajo estudio e investigación médica en dicha institución, pues es en este período donde los sentimientos, emociones, conflictos y relaciones desiguales se encuentran más visibles. Esta es la fase por excelencia donde se producen las rupturas de parejas, las infidelidades

y las incomprensiones por parte de la familia, amigos y en el grupo laboral creando situaciones de incomodidad, inestabilidad y desequilibrio emocional.

De las 150 parejas atendidas en dicho año, 42 constituyen parejas donde ambos miembros son infértiles (28.0% del total), 84 donde predomina el sexo femenino (56.0 %) y solamente 24 donde prevalece el masculino (16.0%).

El comportamiento de las edades, tanto de hombres como de mujeres se aprecia en el siguiente esquema.

Tabla # 1 Población que se trata por infertilidad de uno de sus miembros o de ambos, según grupos etáreos y sexo

Grupos de edades	Mujeres	%	Hombres	%	Total	Porcentajes
20-24 años	2	1.3%	1	0.7%	3	1.0%
25-29 años	14	9.3%	13	8.7%	27	9.0%
30-34 años	38	25.3%	17	11.3%	55	18.3%
35- 39 años	69	46.0%	48	32.0%	117	39.0%
40- 44 años	24	16.0%	40	26.6%	64	21.3%
45- 49 años	2	1.3%	16	10.6%	18	6.0%
50- adelante	1	0.7%	3	2.0 %	4	1.3%
No responde	---	--	12	8.0 %	12	4.0%
Total	150	100%	150	100%	300	100%

Fuente: Elaborado por la autora.

Advertimos, gracias a los datos ofrecidos por las tablas, que la presencia, tanto de mujeres como de hombres en el grupo etáreo de 35 a 39 años sobresale con respecto a los otros. Por tanto, de manera general el grupo de edad predominante entre las 150 parejas atendidas en la consulta de infertilidad del Hospital Hermanos Ameijeiras en el año 2010 es el de 35 a 39 años de edad, con un valor de 46.0% del total, en lo que respecta a las mujeres, y un 32.0% en los hombres. Sin embargo, podemos observar que, en el caso de los hombres, el grupo etáreo siguiente es de 40 a 44 años de edad cuya diferencia con el grupo anterior es de solamente 8 hombres, para un 26.6%, y en el caso de las mujeres el grupo etáreo siguiente es el de 30 a 34 años con un porcentaje de 25.3%. Las diferencias que se observan en las edades explican como en la población la selección de parejas obedece a los criterios tradicionales de mujer de menor edad y

hombre mayor, lo cual queda evidenciado igualmente que, de las 150 parejas, 87 constituyen relaciones donde el hombre es mayor que la mujer (58.0%), 35 donde sucede a la inversa (23.3%), 16 donde ambos miembros de la pareja tienen la misma edad (10.7%) y los 12 restantes lo constituyen hombres que no respondieron esa pregunta.

Tabla # 2 Distribución de la población según la relación sexo, infertilidad y grupo etáreo.¹

Grupo etáreo								
Infertilidad	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y +	Totales
Mujer infértil	2	12	16	38	14	2	0	84
Hombre infértil	0	1	3	12	6	1	1	24
Ambos (Ella)	0	2	14	20	6	0	0	42
Ambos (Él)	0	2	5	14	10	7	0	38

El criterio de selección de la muestra en esta investigación fue basado en la intencionalidad debido, en gran medida, a que las parejas seleccionadas deben residir actualmente en Ciudad de la Habana puesto que era necesario su presencia en varias ocasiones para las entrevistas y encuestas a realizar. También serán excluidas aquellas parejas que llevan solamente 1 año de tratamiento dado que -según criterio de experto-la mayoría de los conflictos y controversias personales, familiares y laborales surgen después de un año de tratamiento y seguimiento exhaustivo del problema con el cansancio, el agotamiento físico y emocional, el estrés, la impotencia y el debilitamiento de la relación de pareja.

De esta forma, la relación de parejas atendidas según la provincia de procedencia se ajusta al siguiente esquema: (Se expone como total 149 parejas pues en 1 ocasión no se especifica dirección ni lugar de residencia)

Tabla # 3 Relación entre Provincias y Cantidad de parejas atendidas en la consulta

Provincia	Cantidad de parejas	Porcentaje (%)
Pinar del Río	7	4.7%

¹ De las 42 parejas donde ambos son infértiles, 2 hombres no aclararon edad

Ciudad de la Habana	85	57.0%
Provincia Habana	16	10.7 %
Matanzas	13	8.7%
Cienfuegos	7	4.7%
Villa Clara	4	2.7%
Sacti Spíritus	3	2%
Ciego de Ávila	6	4%
Camaguey	5	3.4%
Holguín	2	1.3%
Guantánamo	1	0.7%
Totales	149	100%

De estas 85 parejas que residen en Ciudad de la Habana se tomaron 19 parejas para realizar el estudio que cumplieran con los requisitos anteriores. De ellas, en 7 el factor de infertilidad está en la mujer, 5 en el hombre y 7 donde son ambos miembros los que presentan el problema. Esta división propiciará un análisis diferenciado y profundo de la pareja tomando como categoría central las desigualdades de género, según el enfrentamiento del problema, así como los conflictos y situaciones específicas que se produzcan entre ellos.

La muestra escogida para el presente estudio proviene del Hospital Hermanos Ameijeiras perteneciente a la provincia de Ciudad de la Habana. La selección del lugar de estudio estuvo basada en la posibilidad de trabajar con un mayor número de pacientes y en consecuencia con una base de datos más amplia y organizada pues en este hospital es donde se lleva a cabo la Fertilización In Vitro (FIV) a nivel nacional. Es por ello que se hace un seguimiento más detallado y exhaustivo de las causas de infertilidad en ambos miembros de la pareja, así como existe un mayor control de la cantidad de parejas infértiles atendidas en cada año y de varias de sus características sociodemográficas. Esto lo aseveramos a partir de la experiencia que tuvimos de conocer el proceso de atención en otras instituciones tales como: el hospital América Arias y el Instituto Nacional de Endocrinología.

Epígrafe 2.4: Plan de análisis de los resultados

Para el análisis de todas las técnicas cualitativas aplicadas (entrevista en profundidad y entrevista a experto) se llevó a cabo el análisis de contenido. El análisis de contenido es

el instrumento preciso para poder lograr la cuantificación de la información cualitativa que se obtuvo, mediante el cual se descubrieron los contenidos latentes que subyacieron en los mensajes: de ahí que se diga que el análisis de contenido es la fundamentación científica del arte de leer entre líneas. (Ibarra, F. 2001)

El análisis descriptivo estadístico fue preciso también para analizar la encuesta, con la aplicación y el cálculo de por cientos, moda, media, mediana y frecuencia; y además se le realizó a la entrevista en profundidad, pues, a pesar de su carácter cualitativo, se categorizaron algunos indicadores tales como las valoraciones sobre la infertilidad, tanto masculina como femenina, y los conflictos de género que surgen al interior de la relación, a fin de comparar y buscar las frecuencias con que cada uno se presenta en cada miembro de la pareja.

De igual forma se realizó la transcripción e interpretación de las respuestas a las entrevistas realizadas a expertos para recolectar datos que contribuyan al análisis del problema así como a las entrevistas realizadas a las parejas, para conocer las diferentes realidades de cada una de ellas.

La información se recogió por separado a través de cada técnica y se empleó el cruzamiento de distintas variables con el objetivo de profundizar en los resultados. De esta forma es intención de esta investigación analizar los conflictos de género que se producen en las relaciones de pareja en relación al padecimiento o no de dicho problema de salud y las valoraciones que se tiene sobre la infertilidad tanto del sexo masculino como del sexo femenino.

Es importante también, la posibilidad de la consulta y análisis de las historias clínicas del año seleccionado lo que posibilitó la construcción y procesamiento además, de una base de datos que complementaría el análisis sociodemográfico de la población y la comparación con la muestra seleccionada.

Se efectuó, como se explicitó anteriormente, un análisis comparativo de los sexos en la relación de pareja, a fin de extraer elementos semejantes, valoraciones, opiniones o elementos diferentes en las formas de vivir, sentir y definir la infertilidad como problema de salud.

Desde el punto de vista metodológico la perspectiva de género es básica para el análisis del comportamiento de los indicadores. Como se estudió las relaciones de pareja, se realizó un análisis de género transversal a cada una de ellas.

Epígrafe 2.5: Línea de tiempo y presupuesto de la investigación

La investigación constó de tres etapas fundamentales en su desarrollo. La primera etapa que va desde septiembre hasta diciembre (2010) corresponde a una revisión bibliográfica de los textos fundamentales y de las teorías que sustentan la base de la investigación así como el perfeccionamiento de los capítulos teóricos y el metodológico, con el objetivo de realizarle adaptaciones y reajustes en el contenido. Fue en esta etapa donde se realizaron las entrevistas a expertos con el objetivo de seleccionar el territorio o institución adecuada donde realizar la investigación.

En la segunda etapa se diseñaron las técnicas a llevar a cabo para posteriormente aplicarlas, tales como el cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos y la entrevista en profundidad a las parejas infértiles atendidas en la institución. También en esta etapa se realizaron las encuestas y el fichaje de los registros médicos para obtener la información necesaria para la elaboración de los resultados finales. Esta etapa comenzó alrededor del mes de enero y culminó a mediados del mes de abril.

Ya para los meses restantes (Abril, Mayo) se comenzó a realizar la transcripción de las entrevistas realizadas y el levantamiento de toda la información, así como la elaboración de los restantes apartados (tercer capítulo, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos) para luego cerrar con la impresión y entrega de la tesis en Junio.

Conformando los detalles de dicha investigación, es necesario aclarar los recursos utilizados en ella, que van desde el transporte con un total de 20 viajes de ida y regreso que equivale a un total de 16 pesos (0.80 cent cada viaje) hasta los paquetes de hojas empleados (teniendo en cuenta no solamente las notas de campos sino la impresión de las copias de tesis entregadas) y demás utensilios de trabajo como bolígrafos, grabadora y cassettes que se necesitó para la aplicación de las entrevistas.

En resumen, el presupuesto total utilizado en esta investigación queda reflejado de la siguiente forma:

Recursos utilizados	Cantidad	Precio (MN)	Total a pagar
Hojas	1000	0.40 cent	400
Bolígrafos	3	45	135
Agenda	1	87.5	87.5
Grabadora	1	500	500
Cassettes	3	25	75
Transporte	20 viajes	0.8 cent	16

Totales	-----	-----	1213.5
---------	-------	-------	--------

Capítulo 3: Desigualdades de género e Infertilidad como problema social de salud. El caso del Hospital Hermanos Ameijeiras.

EPÍGRAFE 3.1 PERFIL SOCIAL DE LAS PAREJAS INFÉRTILES EN LA INSTITUCIÓN.

Caracterización Sociodemográfica del Universo de la población infértil atendida en la institución.

La carencia de estadísticas visibles sobre la infertilidad en el país, motivó nuestro propósito de que este acápite no se quedara en la caracterización de la muestra que se acostumbra a realizar. La posibilidad del acceso a todas las historias clínicas de los pacientes nos permitió tener información sobre el universo de varios años. Para no complicarnos en el trabajo decidimos hacerlo con la población del 2010, de la cual deberíamos seleccionar la muestra. Este, por tanto, es un resultado de interés para la institución, toda vez que nunca se ha sistematizado.

Edad

El universo de esa población del 2010 estuvo constituido por 150 parejas, todas las cuales se atienden en el Hospital Hermanos Ameijeiras. El valor promedio de las edades de las 150 mujeres es de 35.57 años y de los hombres es de 38.46 años, lo que destaca que el promedio de edad de los hombres es ligeramente más elevado que el de las mujeres ya que se encuentran en el mismo rango de edad de 35 a 39 años.

La edad que más se repite (moda), para el caso de las mujeres es de 37 años mientras que la de los hombres es de 38 años, ambas edades ubicadas en el grupo etáreo de 35 a 39 años de edad.

Si se compara de manera global las edades de los dos grupos como población se tiene que, entre los hombres existe también una pequeña parte que se agrupa entre los 40 y 49 años de edad (56). Al analizar comparativamente la edad de hombres y mujeres que forman una relación de pareja, se obtiene que en 87 parejas (de las 150 totales), el

hombre es mayor que su cónyuge femenino (58.0%), en 35 sucede a la inversa (23.3%), en 16 ambos miembros de la pareja tienen igual edad (10.7%) y en 12 restantes los hombres que no respondieron esa pregunta. Este dato muestra la reproducción de un perfil de pareja tradicional que prevalece, donde los estereotipos de género sobre la edad aún persisten (hombre adulto y mujer más joven), pero también es importante el número donde se observa ya una situación diferente.

Color de la piel

El resultado que se obtuvo en el comportamiento de la variable color de la piel permite aseverar que, en esta población, la infertilidad es un fenómeno que predomina entre mujeres y hombres de raza blanca, pues 95 mujeres, que representan el 63.3% de la población femenina, y 83 hombres que representa un 55,3% pertenecen a ese grupo. En el caso de las mujeres solamente 10 son mestizas (6.7%) y 8 negras (5.3%) y para los hombres, 8 son mestizos (5.3%) y 5 negros (3.3%).

Ocupación

En lo que respecta a la ocupación de ambos sexos, en la tabla siguiente puede observarse el desempeño de las mujeres en ocupaciones profesionales representando el 42.0% y un 20.0% como Técnico Medio con 30 mujeres. Es notable la baja presencia femenina en plazas laborales asociadas a la dirección y administración, puestos generalmente dominados por los hombres producto de la demanda de mayor cantidad de horas fuera de la casa y del papel central que juega la mujer en lo doméstico.

Tabla # 4 Distribución de la población atendida por infertilidad según sexo y ocupación.

Ocupación	Mujeres	%	Hombres	%	Porcentajes totales
Trabajadora doméstica no remunerada	18	12.0%	-	0%	6.0%
Administrativa	4	2.7%	6	4.0%	3.3%
Dirigente	7	4.7%	14	9.3%	7.0%
Técnico Medio	30	20%	34	22.6%	21.3%
Profesional	63	42%	28	18.7%	30.3%
Cuentapropista	1	0.7%	6	4.0%	2.3%
Obrera	2	1.3%	9	6.0%	3.7%
Servicio	18	11.3%	30	19.3%	15.3%
Militar	2	1.3%	12	8.0%	4.7%
Desocupado	1	0.7%	3	2.0%	0.7%

Campesino	-	0%	3	2.0%	1.0%
No lo declaran	5	3.3%	6	4.0%	3.7%
Total	150	100%	150	100%	100%

No obstante, es apreciable el número de mujeres en ocupaciones profesionales que sobrepasan el valor masculino, siendo este último más numeroso en actividades de menor calificación, lo que queda reflejado con la existencia de 57 parejas donde la mujer tiene una ocupación de mayor prestigio que la de su pareja (38%). Seguidas por 46 donde ambos tienen una ocupación de igual calidad (30.7%) y el resto se divide en 41 hombres de mejor ocupación (27.3%) y 6 que no respondieron la pregunta. En este caso, donde las mujeres prevalecen en ocupaciones profesionales o mejores que sus esposos, se observa una ruptura en el patrón patriarcal de la pareja.

De las 63 mujeres profesionales, 30 se encuentran en el grupo etáreo de 35 a 39 años de edad, lo cual sucede de manera semejante en el resto de las ocupaciones, tanto entre los 14 Técnico Medio con, como en los 6 que son de servicios. Esto demuestra la limitante más importante que, según expertos, está enfrentando la población femenina al momento de tener un hijo, “lo más importante que está sucediendo ahora con el empoderamiento de la mujer es el desplazamiento de la edad de reproducción, de la edad de parir... pues el pensamiento gira en torno a “culminar o priorizar el lado profesional” y luego entonces se dedican a la familia y terminan en las edades de 32 a 39 años y posiblemente hasta más. Eso es un diseño social que está dado por las circunstancias sociales.” (Sosa, M. 2011) En este sentido, muchas de esas mujeres dedican también más tiempo al ámbito profesional al no poder lograr su hijo en el momento deseado y buscan en ese aspecto una salida o una posible alternativa a su problema tratando de olvidar o simplemente fijar sus pensamientos en cosas diferentes.

Aunque las historias clínicas no recogen el comportamiento del nivel escolar, se infiere que predomine entre la población el universitario terminado, con 91 personas, en su mayoría del sexo femenino. Se recomendó, no obstante, a la institución la inclusión de este indicador en las historias clínicas pues puede suceder que mujeres y hombres, con niveles de educación superior puedan estar desempeñándose en categorías ocupacionales inferiores. La comparación de las edades que prevalecen con el tipo de ocupación explica que la postergación de la maternidad está asociada al desarrollo de un proyecto de vida personal profesional para las mujeres que le permite colocarse mejor en el mercado laboral.

Territorio

Por su parte, la infertilidad en dicha institución, se encuentra repartida entre los 15 municipios que conforman la provincia de Ciudad de La Habana, siendo los territorios de mayor concentración de parejas infértiles Plaza con un 16.3 % (14), seguido por Playa con un 15.1% (13). La distribución de las parejas según municipio se distribuye de la siguiente forma:

Tabla # 5 Distribución de la población según parejas infértiles y municipio de residencia

Municipios	Cantidad de parejas	Porcentaje (%)
Centro Habana	8	9.3
Cerro	7	8.1
San Miguel del Padrón	4	4.7
Cotorro	3	3.5
Regla	1	1.2
10 de Octubre	9	10.5
Marianao	4	4.7
La Lisa	4	4.7
Habana Vieja	4	4.7
Habana del Este	3	3.5
Guanabacoa	1	1.2
Boyerros	5	5.8
Arroyo Naranjo	5	5.8
Plaza de la Revolución	14	16.3
Playa	13	15.1
Totales	85	100

Caracterización Sociodemográfica de la muestra seleccionada

Algunas de las características de las variables analizadas en el universo se comportan semejantes en la muestra seleccionada.

Esta estuvo constituida por 19 parejas que se atendieron en el hospital Hermanos Ameijeiras en el año 2010. De ellas 7 son parejas donde predomina la infertilidad femenina, 7 donde es compartido y 5 parejas en el cual es el hombre quien la padece.

El valor promedio de la edad de los miembros de la muestra es de 37, 87 años. Por su parte, las mujeres promedian 37.21 años de edad mientras que los hombres 38.53 años,

ambos promedios comprendidos en los grupos etáreos de 35 a 39 años de edad. Sin embargo como vemos en la tabla siguiente, se observa un aumento en el grupo etáreo de 40 a 44 años en el caso de los hombres que se corresponde con el conjunto precedente. Esto significa que, en comparación con los grupos etáreos de mujeres en esas edades, prevalecen las relaciones del tipo de familia patriarcal donde la mujer es de menor edad y el hombre mayor que ella. Esto se evidencia de igual forma con la presencia de 9 parejas donde le hombre es mayor que la mujer (47.4%), 6 donde sucede a la inversa (31.6%) y el 21.1% representan las parejas de igual edad.

Tabla # 6. Distribución de la muestra seleccionada según sexo y grupo etáreo

Grupo etáreo	Mujeres	Hombres	Porcentajes
20-24 años	-	-	0%
25-29 años	-	1	2.6%
30-34 años	5	5	26.3%
35-39 años	11	6	44.7%
40-44 años	2	6	21%
45-49 años	1	-	2.6%
50 y más	-	1	2.6%
Total	19	19	100%

La edad que más se repite (moda) de la muestra escogida en su totalidad es de 38 años (perteneciente al grupo etáreo de 35 a 39 años). Por su parte, en el caso de las mujeres coincide con el valor anterior mientras la de los hombres es 39 años, ambas pertenecientes al mismo grupo de edad.

Los resultados obtenidos en cuanto al color de la piel ratifican lo señalado con anterioridad, que la infertilidad es un fenómeno que predomina entre mujeres y hombres de color de la piel blanca con 17 mujeres y 16 hombres de ese color representando un 89.5% y un 84.2% respectivamente. El 10.5% restante en las féminas lo ocupan 2 mujeres de color de la piel negra y el 15.8% del otro grupo lo ocupan 3 hombres de color de la piel mestiza.

De la totalidad de parejas que componen este estudio, 14 mantienen una situación conyugal de matrimonio mientras que 5 permanecen en unión consensual, sobresaliendo el matrimonio por encima de la unión consensual de las parejas. No existen parejas inestables y eso se debe en gran medida a que el tipo de servicio que se ofrece en el

hospital se basa en el criterio de que la pareja debe tener una relación conyugal ya sea por vías legales o no. La consulta tiene como requisito que se ofrece a la pareja, a diferencia de la Consulta de Planificación Familiar.

El nivel de escolaridad promedio es el universitario terminado con un 50.0%, secundado por el Nivel Medio Superior terminado con un 39.5%, quedando un 10.5% de secundaria terminada. Advertimos en la tabla siguiente, que las mujeres ostentan el mayor porcentaje en el nivel universitario y los hombres las secundan con un 5.2% de diferencia entre ambos. En el Nivel Medio Superior sucede de igual manera, las mujeres en superioridad a los hombres con un 5.2% de diferencia.

Al aplicar el enfoque de género al análisis del comportamiento del nivel educacional en la relación de pareja, se observa en la mayoría una paridad, el 63.2% (12) tienen ambos cónyuges el mismo nivel escolar, en 5 las mujeres tienen nivel superior y en 2 los hombres.

Tabla # 7. Distribución de los niveles de educación según sexo.

Nivel Escolar	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
Secundaria	1	5.3	3	15.8	10.5
Nivel Medio Superior	8	42.1	7	36.8	39.5
Universitario	10	52.6	9	47.4	50
Total	19	100	19	100	100

En consecuencia, en lo que respecta a la ocupación de ambos sexos, en la tabla siguiente puede observarse el desempeño de las mujeres en ocupaciones profesionales representando un 36.8% del sexo femenino, sobrepasando a los hombres en un 10.5%. Aunque también se aprecia una baja representación de estas en puestos laborales de dirección y administración, ocupaciones generalmente dominados por los hombres. Sin embargo, de las 19 parejas, en 7 hay paridad ocupacional (36.8%), siendo las 12 restantes parejas donde se observa diferencias de género en la ocupación, en 6 donde es el hombre quien tiene una mayor ocupación y 6 donde es la mujer (31.6%).

No obstante, es apreciable el papel femenino en ocupaciones profesionales y menos en ocupaciones domésticas donde tradicionalmente es más frecuente encontrarla. Aunque en la variable ocupación no se observa un viraje notable en la equidad de la pareja como muestra el indicador de nivel educacional, es importante destacar la diversidad de

situaciones, y en particular entre 13 parejas que forman la mayoría donde las mujeres o están en paridad o tienen mejores ocupaciones que sus cónyuges.

Tabla # 8 Distribución de la población seleccionada según sexo y ocupación

Ocupación	Mujeres	%	Hombres	%	% totales
Trabajadora doméstica no remunerada	4	21.1	-	-	10.5
Servicio	1	5.3	2	10.5	7.9
Dirigente	2	10.5	3	15.8	13.2
Obrero	-	-	1	5.3	2.6
Cuentapropista	-	-	3	15.8	7.9
Profesional	7	36.8	5	26.3	31.6
Técnico Medio	5	26.3	4	21.1	23.7
Desocupado	-	-	1	5.3	2.6
Total	19	100	19	100	100

Un análisis combinado de los indicadores ocupación y nivel educacional en la pareja arrojó que 7 de ellas se caracterizan por la equidad educacional y ocupacional. En todos los casos se refiere a profesionales o de nivel técnico.

Hay que distinguir que, de las 3 parejas donde el hombre mantiene un puesto laboral de mayor prestigio que la mujer, 2 de ellas son amas de casa y la otra tiene una ocupación pública de menor prestigio. En la muestra 2 parejas mantienen diferencias en ambas categorías y una de ellas perdió su trabajo por el padecimiento de la infertilidad.

Todo el análisis anterior ratifica, una vez más, la independencia económica y social que paulatinamente sobresale en la mujer cubana, destacándola en áreas que habitualmente eran dominadas por hombres y estereotipadas por la sociedad.

El tipo de familia donde conviven estas parejas es conyugal en un 52.6%, seguidas por un 26.3% de parejas que viven en una familia extensa completa matrilocal, lo que queda reflejado en la tabla siguiente:

Tabla # 9. Distribución de la población seleccionada según tipo de familia

Tipos de familias	Frecuencia	Porcentajes
Conyugal	10	52.6%
Extensa Completa Matrilocal	5	26.3%

Extensa Completa Patrilocal	2	10.5%
Extensa Completa bilocal	1	5.3%
Extensa incompleta matrilocal	1	5.3%
Total	19	100%

Con relación al territorio de residencia, al diferencia del universo, Centro Habana agrupa una mayor cantidad de parejas representando un 26.3% del total con 5 parejas. El grueso de las parejas se encuentra dispersas en distintos territorios. En cada uno de los mencionados, Plaza y 10 de Octubre con 3 parejas, en Playa, Arroyo Naranjo y Cerro se hayan 2 y solo 1 en: Boyeros y Marianao.

Por tanto, se puede concluir que Centro Habana constituye el municipio que encierra una mayor cantidad de parejas infértiles de la muestra, siendo a su vez –según una investigación consultada- el municipio que presenta una situación compleja por sus niveles de hacinamiento, calidad de las viviendas, higiene comunal, contaminación del medio ambiente, así como diferencias económicas y sociales en las diferentes áreas de salud, (Cuellar, Liliam. 1999), factores que - según expertos- conllevan al deterioro de la salud sexual y reproductiva tanto de hombres como de mujeres, e inciden de manera indirecta en la infertilidad de ambos sexos.

EPÍGRAFE 3.2. PATRONES SEXUALES DE COMPORTAMIENTO DE LA INFERTILIDAD EN LAS PAREJAS SELECCIONADAS.

La edad al inicio de las relaciones sexuales difiere relativamente en ambos sexos. En el grupo femenino las edades que más se repite son 16 y 18. Y un análisis de frecuencia arroja que las mujeres con 16 años al inicio de la RS representan el 26.3%, al igual que las de 18 años. Mientras que los hombres son más precoces, a pesar de que casi siempre tienen la primera eyaculación más tardía. Aquí el mayor % que se inicia a la actividad sexual está entre los de 14 y 16 años, con un 31.6% cada uno. Lo importante de este dato se observa en los valores extremos de las modas de cada edad, femenina y masculina, pues entre los hombres es 14 y en las mujeres 18. Significa que entre los hombres prevalece la precocidad al inicio de las relaciones, y entre las mujeres es más tardía.

En el análisis de pareja se ratifica que un 63.2% (12) de los hombres de las 19 parejas, comenzaron sus relaciones sexuales antes que sus mujeres, quedando solo un 26.3%(5)

donde sucede a la inversa y el resto donde se iguala el valor de la edad. Esto demuestra las inequidades de género en las relaciones sexuales y de pareja, no solo en la edad de inicio de las relaciones sexuales sino también en la cantidad de relaciones estables asumidas por ambos miembros de la pareja.

En este sentido, 6 de las 19 mujeres han tenido solamente 3 parejas (31.6%) siendo este además el valor que más se repite en ambos miembros de la pareja, no siendo igual el valor promedio estando este en las féminas de 3.26 parejas mientras que en los hombres de 5 parejas. Sin embargo, más del 50% de la muestra analizada lo constituyen parejas donde el hombre ha tenido un número mayor de relaciones que las mujeres (52.6%), seguido de una cantidad semejante de relaciones en ambos miembros con un 26.3% y solamente 4 parejas donde es la mujer la que supera a su cónyuge. Esto responde a la concepción tradicional que prevalece en la sociedad cubana donde la mujer debe ser menos activa sexualmente que el hombre y se le exige más tener relaciones estables, duraderas y prolongadas mientras que al hombre no se le cuestiona igual la inestabilidad emocional y por ende al cambio reiterado de relaciones conyugales.

El indicador de tener hijos no tiene la relevancia que en otros estudios, pues se trata de parejas infértiles. Pero era interés saber si esa situación se producía posterior a tener un hijo y formar una nueva pareja o se trataba de hombres y mujeres que no habían vivido la experiencia de la paternidad, y cómo se manifestaba de manera diferencial ese fenómeno entre hombres y mujeres.

El número de hijos constituye un factor nulo en las mujeres seleccionadas para la muestra, y exiguo entre las 150 mujeres que se atienden en la institución desde el 2010, pues solamente 2 tienen 1 hijo, mientras que las 148 restantes no tienen ninguno. Por su parte los hombres, en su mayoría (77) no tienen hijos, lo cual coincide con la muestra seleccionada (17 hombres no tienen hijos) aunque, sin embargo 42 del total tienen entre 1 y 4 hijos. Este dato es importante para comprender porque tener un hijo es más deseado entre la mayoría de las mujeres, porque no han vivido la experiencia.

Durante el período que mostraron interés por el control de su fertilidad las parejas de la muestra se caracterizaron por usar diversos métodos anticonceptivos. El 68.4% de las parejas (13) estudiadas tienden por combinar el condón con el resto de los anticonceptivos femeninos (orales y DIU), mientras que, el 21,1% usan solo métodos femeninos ya sean orales, DIU o ambos y el resto, con solo 2 parejas usan como único método anticonceptivo el condón.

En consecuencia, los hombres en su mayoría son los encargados de la compra y uso del condón (57.9%) y es por ello que en la mayoría de los casos la responsabilidad es compartida, mientras que la compra y uso de los métodos femeninos es responsabilidad de la mujer con un 71.4%. Esto demuestra la adquisición de responsabilidades masculinas en el uso de la anticoncepción incurriendo sobre ellos la responsabilidad del uso del preservativo y no en su pareja.

Los abortos, por su parte, constituyen el gran problema de salud que hay en estos momentos para la fecundidad cubana, el cual es un tema sociológicamente complicado que tiene que ver también con el crecimiento de la infertilidad. Y más aún cuando se trata de los abortos provocados y no deseados, siendo los hombres contaminadores de embarazos para levantar su ego y su hombría a nivel de interrupciones innecesarias. Esto eleva considerablemente la probabilidad de infertilidad femenina y reduce la calidad de vida de las mujeres. (Sosa. M, 2011).

Al preguntarle a las mujeres cuántos abortos se han hecho, el 78.9% de ellas afirman que entre 1 y 2 abortos en su vida, valor que se corresponde con un 51.3% de la población total en el año comprendido.

Sin embargo, la pregunta a los hombres de cuántos abortos se han hecho sus parejas muestran valores con cierta diferencia, pues en el 52.7% de los casos sus parejas se han provocado de 1 a 3 abortos en el transcurso de sus relaciones sexuales. Esto está asociado a un nivel mayor de actividad sexual entre los hombres, combinado con irresponsabilidad y la práctica de una cultura machista en la anticoncepción.

No obstante, el 38.9% de los abortos son mujeres profesionales que han tenido entre 1 y 2 abortos, que constituyen a su vez las 7 mujeres profesionales que abarca el estudio, lo cual significa una postergación de la maternidad, si obtenemos además, que la mayoría de esas profesionales se encuentran en edades de 35 a 42 años de edad. El aborto es, entonces, una vía para estimular los planes profesionales y retardar los proyectos maternos, provocando el aumento de la infertilidad femenina y el deterioro de la salud sexual y reproductiva y en consecuencia, 5 de las 7 mujeres profesionales son infértiles ya sea sola o compartida con su pareja.

La frecuencia de relaciones sexuales se mantiene estable en 3 veces por semana, siendo este a su vez la variable que más se repite con un total de 63.2%. Este valor coincide además con los resultados obtenidos a nivel general con un 43.3% de parejas que mantienen relaciones sexuales 3 veces por semana.

La menarquía en las mujeres recae en la edad de 11 años, siendo este también el valor que más se repite, con un 26.3%, seguido de las de 14 años con un 21.1%.

El 78.9% de las parejas seleccionadas para el estudio no han padecido ninguna enfermedad de transmisión sexual y el resto se divide entre 2 mujeres con Chlamydia, una con Herpes Simple y un hombre con esta última. Por tanto las mujeres padecen más enfermedades de transmisión sexual que los hombres con una diferencia de 10.5%. Estos valores se corresponden con los datos generales donde la diferencia entre ambos sexos es de 13.5%, predominando las mujeres portadoras de alguna enfermedad por encima de los hombres y con un total, a su vez, de 116 parejas que no padecen ninguna enfermedad de transmisión sexual.

El 21.1% de las parejas llevan entre 7 y 13 años de infertilidad, seguidas por un 10.5% que llevan entre 8 y 12 años. Por su parte, el 15.8% de las parejas llevan entre 12 y 14 años de relación en ambos casos, seguido por las relaciones de 3, 5 6, 10 y 15 años con un 10.5%. Sin embargo, las relaciones de mayor duración (15 años) son dos parejas donde la mujer es infértil, seguidas por dos parejas de 14 años de relación donde el hombre es infértil y 2 parejas de 12 años donde son ambos los que presentan la infertilidad.

No obstante, 8 de las 19 parejas llevan más años de infertilidad y menos de relación con su pareja actual, siendo 5 de ellas mujeres infértiles, 2 donde es compartido y 1 donde es el hombre infértil. Por tanto, las mujeres pierden más relaciones por su condición de infertilidad que los hombres.

El 57.9% de las mujeres (11) presentan como causa de infertilidad la obstrucción tubárica bilateral asociado directamente a los embarazos ectópicos pues 6 de ellas han presentado de 1 a 2 embarazos de este tipo. “Los embarazos ectópicos no son más que consecuencias de una infertilidad y como causa de una infertilidad es la implantación de un óvulo en un lugar que no le toca y no le toca porque ya está lesionado casi siempre por infecciones y por abortos.” (Sosa, M. 2011) Evidentemente la conducta sexual patriarcal tiene un peso importante como determinante del problema, pues si las mujeres cargan con la responsabilidad de la anticoncepción y sus métodos son de mayor riesgo, terminan haciéndose abortos, y al final poniendo la mayor población infértil.

Por su parte las causas de infertilidad preponderante en los hombres son el varicocele y la astenoteratozoospermia. La primera referida al aumento de las venas del cordón espermático que drenan los testículos y se vuelven curvas y extendidas y la segunda a

una baja motilidad² de los espermatozoides (astenozoospermia) y un aumento de formas anormales (teratozoospermia), factores que inciden en la infertilidad masculina.

Por otro lado se encuentran algunos factores que, según expertos inciden de manera indirecta sobre la infertilidad de ambos sexos, en particular del sexo masculino, en virtud de que como género le corresponde desempeñarse en ocupaciones que ponen en peligro su salud sexual y reproductiva. “Son muchos los factores que inciden sobre la infertilidad, están los factores psicológicos, de exposición a agentes físicos, agentes químicos, la exposición a radiaciones, el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas. Todos constituyen factores, que no son determinantes, pero inciden en aquellos hombres que tienen ya genéticamente una condición que limita el proceso de espermatogénesis testicular que es el que está directamente vinculado con la formación de espermatozoides. Las condiciones de trabajo también pueden influir negativamente, sobre todo aquellos pacientes que se exponen a radares, a entrenamientos en fábricas, que, aunque no hay un estudio, por lo menos a nivel de este centro, pero si hemos podido ver que la incidencia de la infertilidad es alta en aquellos pacientes que trabajan con factores específicos como radiaciones, excesivo calor, es decir, se muestra un perfil específico por ese factor.” (Rodríguez, K. 2010)

Aunque el 54.3% de la población analizada (163) no se expone a ninguna de las situaciones antes mencionadas, el 7.7% de este universo fuma (23), el 4% ingiere bebidas alcohólicas (12), el 3.3% se expone a agentes físicos (5), el 1.7% a agentes químicos y el resto no responde la pregunta.

Sin embargo, comparativamente, el hombre (36) se expone en mayor medida a agentes tóxicos (24%) en relación a las 14 mujeres que forman parte de este grupo, que representan un 9.3%. El desempeño entre los hombres en tareas de mayor peligro para su salud sexual y reproductiva tiene que ver con la división sexista del trabajo, en la que al hombre le corresponden tareas de mayor riesgo y que demandan un mayor esfuerzo físico, mientras que a la mujer se le asocia con labores que se le pueden considerar como extensión del rol reproductivo, como el cuidado de la salud, el hogar y la educación.

EPÍGRAFE 3.3. DIFERENCIAS DE GÉNERO QUE LA INFERTILIDAD PRODUCE EN LA RELACIÓN DE PAREJA

² Facultad de moverse que tiene la materia viva ante ciertos estímulos

Epígrafe 3.3.1- Valoraciones sobre la maternidad y la paternidad.

La maternidad y la paternidad constituyen la culminación de un proyecto de vida, la creación de ilusiones, metas, expectativas de compartir todo lo aprendido durante la vida. La presencia de un hijo en la vida de la mayoría de las personas constituye un elemento vital de sumo valor, fundamentalmente por los múltiples significados sociales y culturales que esta representa y tiene importancia diferente para cada uno de los miembros de la pareja.

Este indicador se midió a través de la entrevista con la pregunta sobre la importancia atribuida a la maternidad/paternidad, con el objetivo de indagar sobre el significado de la maternidad y la paternidad en las parejas infértiles y la importancia que le atribuyen a estos roles.

El 100% de las mujeres afirman que la maternidad es lo más importante en sus vidas, es lo fundamental, lo más grande del mundo y lo mejor que le puede suceder a una mujer. Consideran además la maternidad como la creación de una familia, el desarrollo del rol materno, protección, afecto, educación, la realización personal de toda mujer.

“La maternidad para mi es tener una familia, tener un descendiente, una generación, un bebé al que cuidar, significa todo en una mujer. (Entrevista # 5)

“Para mi, ser madre es una de las cosas más importantes en esta vida, por no decirte que en estos momentos es la más importante. Yo digo que ser madre es una bendición para cualquier mujer” (Entrevista # 8)

Por su parte el 100% de los hombres ven en la paternidad la posibilidad de crear una familia, tener una descendencia y enseñar todo lo que han aprendido a lo largo de la vida.

“Para mi es algo muy importante, tener un hijo, alguien a quién enseñar todo lo que has aprendido en la vida, alguien se pueda ocupar de ti cuando seas una persona que no pueda valerse por sí misma, tener una descendencia, una familia propia”.(Entrevista # 8).

“Es importante tener una descendencia, tener una personita a la cual enseñarle la vida, la experiencia”. (Entrevista # 14)

Para ambos miembros de la pareja, tener un hijo significa formar una familia propia, con la tarea de enseñar, de educar todo lo que alguna vez les enseñaron a ellos y lo que poco a poco han ido aprendiendo con el paso del tiempo.

Sin embargo, el hombre dirige más su percepción de la paternidad hacia la descendencia, la continuidad de su apellido, el legado patriarcal que debe continuar prevaleciendo en la familia de procreación y esto se evidenció con mayor fuerza en las parejas donde ella es infértil pues el 71% de los hombres que conforman estas parejas identificaron la paternidad con la descendencia y la formación de una familia. Así para la mujer, ser madre tiene una connotación más elevada al asentir que “es lo más importante en sus vidas”, lo involucran más con su realización personal, mientras que para el hombre recae solo en formar una familia y tener un descendiente y es que la paternidad, al igual que la masculinidad, es una construcción cultural que se reproduce socialmente al interior de las familias, ganando sentidos de acuerdo a la época, y a las características del contexto socioeconómico, cultural e histórico en el que se construye y analiza. Además, esta construcción es considerada por los propios varones como un proceso "natural" e inherente a todos ellos, por ello se trata de dejar un descendiente y de cumplir con lo que “naturalmente” debe hacer un hombre: formar una familia.

Epígrafe 3.3.2 Valoraciones sobre la infertilidad femenina y masculina

Los padecimientos constituyen uno de los principales fenómenos de construcción de significados (individuales y colectivos), ya que los actores necesitan entender, explicar y manejar los procesos que los amenazan y/o interfieren en sus vidas y que suelen involucrar a otras áreas de la realidad social. Un ejemplo lo constituye la infertilidad, la cual es vivenciada (por las personas que la padecen) como un proceso de profundos dolores y sentires (Santana. F, 2006) y es considerada como un evento de desorganización que obstaculiza el desarrollo de la dinámica familiar y que puede generar reacciones de ansiedad, depresión, frustración y aislamiento.

De esta forma, el 52.6% de las mujeres identifican la infertilidad como una frustración, algo traumático y una gran depresión emocional, acompañado por sentimientos de impotencia, inestabilidad, inseguridad y soledad.

“La infertilidad para mi es una frustración muy grande, un problema que te hace sentir impotente, diferente a los demás, inestable e inseguro con uno mismo y con la pareja” (Entrevista # 1).

El 16% alega que es algo difícil y complicado ya sea por una sensación de inferioridad o por las múltiples presiones sociales que deben afrontar y el resto lo distingue en términos

de sacrificio y vacío emocional, siendo estas últimas relaciones donde solamente el hombre es infértil.

“Imagínate que me estoy sacrificando por mi marido, ya te puedes imaginar lo que eso significa, dejar de tener hijos por él” (Entrevista # 18).

Del total de mujeres que distinguen la infertilidad como frustración, depresión y trauma, el 31.4% pertenece a mujeres donde ella es la que no puede tener hijos y por tanto su estabilidad emocional y afectiva se ve más dañada y afectada que las del resto de las parejas por su sentido de responsabilidad y culpabilidad, incluso aún más, que si ambos miembros son infértiles, pues en este último caso el respaldo sentimental, y las emociones que de ella puedan derivar se ven compartidos por ambos miembros al igual que la responsabilidad de no poder tener una familia completa.

Por su parte, los hombres tienen criterios sobre la infertilidad que varían en dependencia de la condición del padecimiento. En las relaciones donde el hombre es infértil, la infertilidad es percibida como un sentimiento de inferioridad, de diferencia social al no poder cumplir con las expectativas sociales, algo que frena la realización personal como hombre.

“Eso psicológicamente afecta al ser humano, no es que esté incapacitado para la vida pero generalmente la sociedad lo mira como un tipo con problema, diferente a los demás que no puede tener un descendiente.” (Entrevista # 5)

“Preocupación, frustración, de todo un poco sobre todo porque no puedes cumplir con las expectativas sociales y eso te hace ver diferente en la sociedad.” (Entrevista # 14)

“La paternidad no es percibida por los varones y la sociedad en general solamente como una confirmación de la última prueba de virilidad masculina al garantizar que pueden fecundar a una mujer, sino que su interpretación también les garantiza a ellos la existencia de un espacio de patriarcado dentro del contexto familiar, pues se convierten en jefes de la familia, en la autoridad del hogar, y su trabajo permite cubrir las necesidades de la familia y de los hijos. Por eso, la infertilidad, puede implicar, en los varones, sentimientos de inferioridad, dado que su valor como varón se vería limitado por no poder construir la familia anhelada, y de este modo crear un sistema de jerarquía, donde él jugaría el papel principal. De manera que si estos roles de procreador, proveedor y persona capaz de construir una familia se vieran frustrados por cualquier razón, sobre todo si esa incapacidad fuera por una causa ajena a su voluntad, son muy altas las probabilidades de que la autoestima de estos "padres varones frustrados" se vea afectada, incluso, al nivel de debilitar la armonía familiar, más específicamente de

pareja, que alcanza la disolución de esta relación y un potencial cuestionamiento social de las capacidades del individuo como varón pleno.” (Díaz Bernal, Zoe. 2001)

Por otro lado, se encuentran las parejas donde ella solamente es infértil y en estos casos la infertilidad es vista para ellos como un impedimento, una imposibilidad o simplemente un problema serio que frustra los planes futuros. Esta posición se asemeja a la asumida por las mujeres cuando ella no era infértil pues en ambos casos se asumen posturas egoístas y cómodas dejando a un lado la posición como miembros de una pareja estable y con perspectivas de formar una familia y sí cargando de culpas y responsabilidades al otro miembro de la relación.

“Sería como un poco de frustración en la vida, en los planes futuros de crear una familia, de tener una descendencia, es un impedimento” (Entrevista # 1).

Por último se encuentran las parejas donde ambos miembros son infértiles y solo en estos casos es vista la infertilidad como lo que realmente es, una frustración, una preocupación y mucha tristeza. Aquí, al ser ambos infértiles, el respaldo y la compañía emocional es compartida y por tanto la relación fluye y avanza con más facilidad.

Epígrafe 3.3.3. Situaciones de conflictos en la relación de pareja. Comparaciones en la pareja antes y después de conocer la infertilidad.

La infertilidad, produce en las parejas sentimientos de culpa, de desorganización y puede llegar incluso a la ruptura de la pareja. Debido a las expectativas y esperanzas que se frustran cada mes, la situación puede volverse tensa y distante, limitándose el deseo sexual a la necesidad de alcanzar el embarazo y cumplir con los dictámenes del médico.

Todas las áreas de la pareja están trastocadas por la infertilidad: el área de la comunicación, la relación sexual, el significado que la situación tiene para cada uno. Se puede dar la falta de sincronía: uno quiere terminar el tratamiento, el otro no; uno quiere congelar embriones y el otro no.

El impacto en la sexualidad por la infertilidad aumenta con la pérdida de la privacidad, del ritmo de relaciones programado en estos casos por un especialista que dicta la hora y el día de sus relaciones, lo que genera una gran frustración, incluso disfunciones como la eyaculación precoz o la dificultad de experimentar orgasmos.

Todo esto provoca un cambio en la relación de pareja, la cual pasa de ser una relación buena, de entendimiento a ser un terremoto de peleas y conflictos internos aún cuando ambos miembros conocían de la infertilidad antes de empezar con sus parejas.

De esta forma, el 89.4% de las mujeres afirman que la relación siempre cambia y que antes era una relaciones buena, como cualquier otra y solamente dos de ellas afirmaron que no cambiaba, no siendo así la opinión de una de sus parejas y es que, sin embargo, en desacuerdo con sus parejas, el 36.8% de los hombres afirmó que la relación no cambiaba, se mantenía igual, mientras que el 63.2% dijo que aunque antes era muy buena, siempre cambia en este sentido y solamente una pareja coincidió en que la relación se mantenía igual. Esto sucede en gran medida por las enormes barreras de género con las que se enfrentan los hombres para dialogar y debatir su vida íntima y relaciones sexuales. A estos se les imposibilita más comentar sobre sus dificultades, sus necesidades sexuales y sus preocupaciones en la relación de pareja, mientras que la mujer lo ve como una vía para liberar sus penas, sus angustias y sus problemas con sus parejas.

Las situaciones de conflictos en la pareja para las mujeres van dirigidos fundamentalmente al cambio de las relaciones sexuales (63.2%) asimilando esta ya no tanto como algo pasional, bonito, sino más bien como una vía para lograr el embarazo: *“...hemos tenido problemas en las relaciones sexuales pues muchas veces terminamos discutiendo, además te pasas todo el tiempo pensando, en tu ciclo menstrual, en tu ciclo reproductivo y te pasas ese tiempo esperando esa relación no como algo pasional que te llega, bonito, sino como algo impuesto, tiene que ser ese día, no al otro y entonces te das cuenta que la relación cambia completamente”* (Entrevista # 15)

Este cambio en las relaciones sexuales por lo general va acompañado de afectaciones en la comunicación, en la convivencia pues surgen sentimientos como el agotamiento, la monotonía, el estrés, la rutina que perturban la estabilidad emocional y debilita la relación de pareja. Además también se encuentra presente el miedo, la inseguridad en relaciones donde ella es infértil pues temen el abandono de sus parejas para tener un hijo en otras relaciones o la infidelidad de las mismas.

“...Me preocupa el hecho de que yo soy la del problema, él se puede buscar a otra para tener hijos cuando él quiera y eso es algo preocupante, tener que pensar en eso todo el tiempo porque es una posibilidad” (Entrevista # 3).

Lo mismo sucede con las valoraciones de los hombres en aquellas parejas donde él es infértil, la mayoría inclinadas hacia el miedo y la culpa por no poder darle un hijo a sus parejas.

“...el tiempo pasa y no sucede nada y yo siempre voy a ser infértil en cambio ella puede tener hijos cuando lo desee y eso me preocupa y me estresa a mi también al punto de

que yo sé que la última InVitro que no se pudo realizar fue por mi culpa porque yo estaba tan nervioso, estresado, preocupado que sin querer le hacía daño a ella también y toda esa carga negativa se la transmití a ella al punto de que cuando llegó al hospital no podía casi ni hablar, ella temblaba y sé que fue por eso” (Entrevista # 18).

El resto de las situaciones conflictivas para los hombres recaen en las relaciones sexuales al igual que para las féminas, acompañadas de cansancio, estrés, falta de comunicación y discusiones reiteradas.

Por tanto, de manera general la mayor situación de conflicto en la pareja es en las relaciones sexuales destinada a la reproducción, a la concepción de un embarazo y dejando a un lado sentimientos imprescindibles en la relación de pareja como la pasión, el deseo y el amor.

Epígrafe 3.3.4- Valoraciones sobre el apoyo recibido y la posible ruptura de la pareja.

El apoyo mutuo de ambos miembros de la pareja se hace necesario para el enfrentamiento exitoso del problema y la culminación, lo menos dolorosa posible, del tratamiento impuesto por el especialista. En este caso, el 100% de las parejas, tanto hombres como mujeres reciben apoyo total de sus parejas, alegando no solo la preocupación por los turnos médicos sino también la compañía en cada uno de ellos.

Sin embargo, los sentimientos negativos ya sea de miedo o de culpa siempre están presentes, tanto en las mujeres como en los hombres sobre todo cuando la infertilidad es de uno de los dos miembros. Es por ello que la totalidad de parejas donde él es infértil, 5 han pensado terminar su relación: 3 donde ha sido la mujer y no el hombre quien lo ha pensado, 1 donde han sido los dos y 1 donde ha sido él. En estos casos se entrelaza el miedo, la culpa del hombre por no poder darle un hijo a su pareja, al punto de dejarla libre para que lo tenga con otra pareja, con los deseos enormes de la mujer por ejercer el rol materno poniendo en duda su capacidad de sacrificio por mantener la relación a cambio de dejar la maternidad como objetivo de vida siendo este deseo más poderoso que el simple hecho de mantener la relación de pareja.

Por su parte 4 de las relaciones donde ella es infértil han pensado lo mismo: 3 donde ha sido ella quien lo ha pensado y 1 donde ha sido él. De igual forma el sentimiento de culpa y miedo se entrelaza de cierta forma al deseo de la paternidad aunque en este caso el primero es más fuerte que el último.

Solamente 2 parejas donde ambos miembros son infértiles han pensado en la posibilidad de concluir su relación. Una por la posibilidad que su pareja tenga un hijo fuera de la relación, a pesar de que él también es infértil y otra por las repetidas discusiones que han llevado a ambos miembros a pensar repetidas veces en la ruptura definitiva de la pareja. Por tanto, de manera general, el 58% de las parejas han pensado en la ruptura de su relación ya sea por ambas partes o por una de ellas.

Epígrafe 3.3.5- Situaciones laborales diferentes que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles ocupacionales.

El medio laboral es uno de los más afectados en los tratamientos de infertilidad, no solo por la falta de entendimientos y de apoyo en dicho medio sino también por el estrés, la falta de concentración y por ende el bajo rendimiento laboral que provocan estos tratamientos, las consultas y los ciclos que puedan resultar fallidos. En estos casos la pareja cae en un período de depresión, desestabilidad emocional que conlleva a la ausencia indeterminada de la concentración laboral, el buen rendimiento y la incorporación adecuada a los roles ocupacionales.

El 53% de las féminas alegan presentar o haber presentado algún problema de este tipo, al punto que dos de ellas renunciaron a puestos de trabajo por la necesidad de ausentarse constantemente. Una logró incorporarse al trabajo en un puesto de menos calificación que el que tenía y la segunda todavía sigue desocupada.

El 63% de las que presentan problemas laborales, están asociados a problemas con los superiores, falta de entendimiento y de apoyo y por tanto un aumento excesivo del estrés, la carga de trabajo y las presiones laborales. El resto constituyen problemas vinculados a la concentración y al bajo rendimiento laboral, haciendo de la infertilidad el tema central en el trabajo, lo cual produce una disociación al estar más pendiente de las consultas, de los tratamientos, de las llamadas, que del propio contenido de trabajo. Estos problemas se ven con más frecuencia en mujeres con profesiones medias pues el 50% de las mujeres que presentan dificultades laborales son técnicos medios, el 30% son profesionales y el 20% restante se divide entre 1 de los servicios y 1 dirigente.

Por su parte, el 84.2% de los hombres alega no presentar ningún problema laboral ni siquiera desconcentración o estrés y es que, ante una situación como esta, “los hombres tiende a aislarse y a refugiarse en su trabajo. Es común que el hombre se vuelque en el trabajo y comience a llegar más tarde a la casa, como una forma de evadir el problema.”

(Aguilar, G. 2009)

No se puede olvidar que al ser las mujeres la mayoría de las que experimentan la infertilidad son ellas quienes se ven sometidas a la mayor cantidad de situaciones estresantes en sus trabajos y son ellas también las que ocupan posiciones de mayor prestigio y por tanto la responsabilidad y la carga de trabajo se incrementa en cada una de ellas.

Epígrafe 3.3.6- Situaciones familiares que deben enfrentar para la atención del problema según sus roles familiares.

La familia constituye uno de los eslabones más débiles y complicados del padecimiento de la infertilidad sobre todo por la falta de entendimiento, la burla, el rechazo, los celos y las presiones que se ejercen sobre cada miembro.

Muchas parejas prefieren mantener a la familia al margen de sus problemas evitando posibles conflictos y situaciones entre ambas partes. Es por ello que 4 de las 19 parejas prefirieron mantener a sus familias al margen de su situación alegando que son problemas únicamente de la pareja.

Por otro lado, 5 mujeres de las 19 parejas afirmaron tener conflictos con las familias de sus parejas unas por no poder darles un hijo, otras por la diferencia de edad y otras sencillamente porque consideran que su hijo merece algo mejor.

Para las mujeres, los mayores conflictos se ven en parejas donde ambos miembros son infértiles (3 parejas) y en todos los casos porque sus familias consideran que con otra relación pueden lograr un embarazo y que la culpa de todo la tiene la mujer, es por ello que rechazan la relación con miradas, comentarios negativos y burlas en relación a la pareja y así lo demuestra el siguiente comentario de una de esas parejas:

“Yo tengo muy en claro que para mi esposo sus padres son sagrados pero cuando nosotros nos casamos la felicitación de su mamá fue: “aunque tu no eres la mujer que yo siempre soñé para mi hijo, porque yo no sé si algún día tú me puedas dar un nieto, yo te felicito”. (Entrevista # 15)

El resto de las mujeres, sin embargo, alegan mantener buenas relaciones familiares y recibir apoyo y estima por parte de las familias de sus parejas a pesar de que muchas de ellas mantienen solo relaciones afectivas y no de convivencia. En este sentido, 7 de las 10 mujeres que reciben apoyo total de las familias de sus parejas no mantiene vínculos de convivencia con ellas, pues 5 conviven solamente con sus parejas y 2 con su madre o ambos parientes.

Sin embargo, los hombres reciben más apoyo de las familias de sus parejas que las mujeres, pues el 68.4% de ellos afirman que reciben apoyo total de las familias contrarias mientras que el 21% no le da participación a la familia en los asuntos íntimos de la relación de pareja, en correspondencia con sus parejas y solamente el 10.5% (2) alegan haber tenido algún problema ambas por la falta de apoyo y la discrepancia en cuanto a la pareja seleccionada en cada caso.

Epígrafe 3.3.7- Experiencias de conflictos relacionadas con la infertilidad vivenciadas por cada miembro de la pareja

Las experiencias de conflictos más frecuentes en las relaciones de pareja están asociadas a discusiones por temas diversos que van desde las relaciones sexuales, los cambios de humor hasta la adopción.

Más del 74% de las parejas alegan como experiencias de conflictos fuertes discusiones que giran en torno al tema de la infertilidad. El 57.1% de estas discusiones se basan en el deterioro de las relaciones sexuales y en el mal humor que deviene de los tratamientos, de los resultados fallidos, del estrés y de la carga laboral. También influyen las presiones sociales, no solo de la familia y del trabajo sino también la presión emocional de la pareja.

El 42.9% restante se divide en conflictos por inseguridad, generalmente femenina y discusiones por la adopción donde en la mayoría de los casos la mujer está en desacuerdo con este procedimiento pues desean con ansias un hijo propio.

“...a veces discutimos porque él quiere adoptar y yo la verdad, hasta donde me den mis fuerzas voy a seguir intentando tener un hijo propio, mío y él no está muy de acuerdo con eso” (Entrevista # 10).

El 10.5% de las parejas, a pesar de no presenciar discusiones de pareja, sí presentan grandes conflictos internos, una por la dicotomía relación/ maternidad pues él es infértil y ella asume la relación como un sacrificio para su bienestar psicológico y social y la otra por todas las situaciones que la infertilidad provoca en ella y los sentimientos que de ella se derivan.

Los conflictos relacionados con la infertilidad no superan los marcos verbales, pues en ninguno de los casos de presencié violencia o maltrato físico y sí en muchos de ellos maltrato verbal e interno.

Por todo lo anterior se puede decir que los conflictos de género se evidencian con mayor fuerza en parejas donde él es infértil y se debe, en primer lugar, al valor que las mujeres

atribuyen a la maternidad, estando dispuestas a la ruptura de la relación para cumplir con la meta propuesta. En segundo lugar, a la versatilidad del comportamiento masculino, el cual tiende a rendirse y despreocuparse con más facilidad que sus parejas y esto produce paulatinamente el agotamiento físico y emocional de su pareja, y por último, el complejo que coexiste en la relación de pareja donde es él quien no puede darle un hijo a su compañera y esto lo hace sentirse culpable, inferior, diferente, inseguro y por ende las discusiones entre ambos tienden a agudizarse. En el grupo de parejas estudiadas donde él es infértil, su totalidad ha pensado terminar la relación de pareja, en particular las mujeres.

Las historias siguientes confirman algunas de las particularidades de los conflictos de género cuando se descubre que el hombre es infértil:

“Yo recuerdo que uno de las peores discusiones que nosotros hemos tenido fue cuando me dieron el resultado negativo, él se quería morir, me decía que se iba de la casa, que ya no podía más con todo eso de los tratamientos porque no iba a poder aguantar otro resultado negativo y que por tanto iba a desistir y yo imagínate me puse mal también cuando oí eso porque tal parece que era yo la del problema y no él y yo me estaba sacrificando más que él para que asumiera esa actitud conmigo” (Entrevista # 17)

“Mira, si te soy sincera, yo a él lo adoro pero a veces yo me pongo a pensar en que si yo esté dispuesta a sacrificarlo todo por un hombre, esa es la pregunta. Ahora no me preocupa tanto porque sé que hay tiempo, pero imagínate cuando yo llegue a los 40 y tantos y nada, en qué situación yo estaría. Yo soy única hija al igual que él y mi mamá y mi papá quieren ser abuelos pronto, imagínate que yo les diga que no van a ser abuelos porque quiero quedarme con un hombre que no puede tener hijos, es difícil y si algún día me toca tomar la decisión, estoy segura que él me entendería” (Entrevista # 18).

CONCLUSIONES

La infertilidad constituye un evento disociador entre el logro de los anhelos y aspiraciones personales y de pareja, y las demandas socioculturales del contexto en el que se insertan las vidas de estas personas, generando a su vez un sentimiento de pérdida y frustración personal, en la medida que la pareja no puede lograr tener los hijos que desea y en el momento que lo cree conveniente. De esta forma la imposibilidad de concebir un/a hijo/a trasciende las fronteras de la medicina para convertirse en un problema social pues acarrea una serie de dificultades en el seno de la familia que está en construcción, toda vez que para una pareja tener un hijo significa haber llegado a la cúspide de sus expectativas como pareja.

Así, la maternidad y la paternidad, no son hechos de la naturaleza, sino construcciones sociales y culturales marcada por roles y expectativas desiguales para ambos miembros de la pareja. Estas inequidades en las relaciones de pareja son expresión de las desigualdades de poder determinadas por el condicionamiento de género, formuladas fenoménicamente en las funciones y estereotipos que le caracterizan, lo que se refleja en los comportamientos ante el propio embarazo o ante la imposibilidad de lograrlo. La cultura patriarcal excluye al hombre de sentimientos y comprometimientos afectivos, lo que influye en que los varones mantengan una distancia durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, "protectora" de la repercusión social que ello representa para su masculinidad y de los sentimientos de inferioridad que les genera, mientras que la mujer se involucra con repercusión para su autoestima, satisfacción personal y salud mental. (Díaz Bernal, Zoe. 2011)

Es importante, por tanto, la necesidad de asumir un enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud a fin precisamente de visualizar las múltiples formas en las cuales las construcciones de género producen situaciones de inequidad que afectan la salud, y de analizar las normas culturales que "naturalizan" dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables. En el campo de la salud el desafío radica en demostrar y estudiar cómo el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención.

Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las diferencias de las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada sexo. Entre los factores culturales que explican dichas actitudes para las mujeres, se encuentra su participación en las decisiones que afectan a su salud, lo que debe promoverse y potenciarse desde la atención primaria.

Al interior de la investigación se hizo un recorrido por las diferentes corrientes que dieron lugar a la Sociología de la Salud, partiendo de los supuestos y concepciones más antiguas como la Comunidad Primitiva y la Grecia Antigua con Hipócrates, hasta la conformación de una Sociología de la Salud en el siglo XX, identificándose tres grandes corrientes que se distinguen por su enfoque social del proceso salud-enfermedad. La corriente estructural funcionalista con Talcott Parsons y su análisis totalizador de la práctica médica, la corriente marxista y el enfoque sociohistórico del proceso salud-enfermedad y la corriente interaccionista y el giro hacia el individuo y sus interacciones sociales, todas ellas consignadas a la revelación de la Sociología de la Salud como ciencia multiparadigmática y multifactorial con una visión compleja y abarcadora de los procesos de salud- enfermedad.

Además se realizó un análisis de la importancia del feminismo dentro del campo de la sociología de la salud así como del enfoque de género para un acercamiento sociológico a la problemática de la salud que explique los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; ponga de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, y por tanto facilite el cambio de esa realidad, aterrizando el análisis en la infertilidad como fenómeno biológico y social.

Por último, se realiza un análisis de la importancia de la salud, y específicamente la Salud Sexual y Reproductiva y la infertilidad para las ciencias sociológicas así como la importancia de esta última como fenómeno social y los diferentes enfoques que han prevalecido para su discusión y análisis. La entrevista a experto me permitió reconstruir la situación de la infertilidad a nivel nacional y determinar un incremento del fenómeno en el país.

La infertilidad constituye un problema social que interfiere y afecta la vida de las parejas que la padecen. Por tanto, las vivencias que de ella se derivan, se inclinan a conflictos personales y de la pareja, por las diversas presiones sociales que inciden sobre ellos, presiones que van desde la familia, los amigos, el medio laboral, hasta las presiones internas y entre ambos miembros.

La presente investigación analizó, precisamente esas vivencias de las parejas infértiles que se atienden en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”

- En las parejas seleccionadas para el estudio, predomina el criterio de selección patriarcal donde el hombre es mayor, según edad, que su pareja.
- Las mujeres tienen un mayor nivel educacional y ocupación que sus parejas
- El tipo de familia que prevalece es conyugal y el municipio de más incidencia en las parejas infértiles es Centro Habana.
- La edad de inicio de las relaciones sexuales y la cantidad de parejas estables es mayor en los hombres que en las mujeres.
- El número de hijos es mayor en los hombres y casi nulo en las mujeres.
- La responsabilidad del método anticonceptiva en las parejas es compartida. El hombre se encarga del condón y las mujeres del resto de los anticonceptivos femeninos.
- En las valoraciones sobre la maternidad y la paternidad, continúa prevaleciendo el aspecto afectivo, doméstico, educacional en las mujeres mientras que para el hombre es la descendencia, la continuidad de su legado patriarcal.
- En las valoraciones sobre la infertilidad, mientras que para las mujeres es algo frustrante y traumático, para los hombres es señal de diferencia e inferioridad al no poder cumplir con las expectativas sociales.
- Los conflictos más usuales en las relaciones de parejas infértiles se sitúan en las relaciones sexuales, en los miedos por el abandono de su pareja y en la culpa de no poder tener un bebé.
- La mayoría de las parejas seleccionadas han pensado alguna vez en la ruptura definitiva de la pareja en la mayoría de los casos por el miedo de abandono y por el deseo de tener un hijo en ambos miembros.
- Las situaciones laborales se hacen más difíciles para las mujeres que para los hombres, por la falta de entendimiento y la carga de trabajo y porque son ellas las que ocupan posiciones laborales de mayor prestigio.
- Las relaciones familiares se hacen más viables para los hombres que para las mujeres, aunque, la mitad de las mujeres alegan recibir apoyo y mantener buenas relaciones.
- Las experiencias de conflictos se asocian a discusiones fuertes por el deterioro de las relaciones sexuales y los cambios de humor que generan los tratamientos tanto en los hombres como en las mujeres.

- Los conflictos de género se evidencian más en las parejas donde es él quien presenta la infertilidad.

La infertilidad, al igual que muchas otras situaciones y fenómenos de la vida cotidiana está marcada por relaciones desiguales de género tanto en la relación de ambos sexos dentro de la pareja, como en el contexto social donde cada uno de ellos se desenvuelve.

Los estereotipos creados por la tradición y legitimados en la sociedad, crea en ellos, sentimientos de inferioridad, diferencia social, inseguridad, baja autoestima, todos los sentimientos que generan afectaciones profundas en los estilos de vida, las relaciones laborales, familiares y de pareja.

Todo lo anterior demuestra cómo vivencian la infertilidad desde la cultura de género las parejas infértiles de la institución seleccionada, cómo, se agudizan los conflictos, las discusiones de pareja, los maltratos y las presiones sociales, todas ellas por un mismo tema, lo que tradicionalmente está naturalizado para el hombre y para la mujer: ser padre como prueba de virilidad, y ser madre como muestra de sensibilidad y afecto doméstico.

Sin embargo, la mujer no deja de ser lo que es porque no sea madre, ni el hombre porque no sea padre. La maternidad y la paternidad se traducen en sentimientos fáciles de adaptar, a un niño sin padres, a un sobrino, a un hermano, o a cualquier niño de un amigo o un vecino. Como muchas de las parejas entrevistadas confirmaron, esos sentimientos se comparten, se transmiten a cualquier niño que lo necesite, solo se necesita un cambio, una ruptura con esos patrones sexistas que determinan y otorgan valores preconcebidos para cada sexo, paso a paso desviando el camino hacia la comprensión y el apoyo de estas parejas a fin de convertir la infertilidad no en un trauma, sino en un arma para luchar por el anhelo principal, tener un bebé.

“Los hijos son las anclas que atan a la vida a las madres”

Sófocles

Recomendaciones:

La infertilidad ha sido abordado desde diferentes enfoques y perspectivas que van desde la medicina, hasta la psicología. Sin embargo, ha sido privada de análisis más sociales y culturalistas que tengan en cuenta la perspectiva de género. Es un hecho que, desde la propia Sociología no se ha concebido un estudio anterior sobre este tema.

Por consiguiente se recomienda que:

- Incentivar los estudios sociológicos sobre el tema haciendo énfasis en la perspectiva de género para un abordaje más profundo y complejo del mismo donde se considere que mujeres y hombres vivencian este padecimiento desde construcciones sociales diferentes y en conflicto
- Promover las estadísticas y los estudios cuantitativos sobre el tema a fin de conocer con mayor exactitud la tasa de infertilidad a nivel nacional y de cada uno de los indicadores sobre el tema, en particular por género.
- Promover la atención a las parejas infértiles con un balance entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Facilitar los mecanismos legales y disuadir las creencias erradas para que las parejas imposibilitadas para tener hijos, puedan utilizar la adopción como una alternativa más para dar solución a tal imposibilidad.
- Mejorar la divulgación científica y política sobre el tema para contribuir al desarrollo de la investigación y al fomento de una cultura de la salud en torno a la infertilidad.
- Fomentar la inclusión de indicadores más sociológicos en las historias clínicas, tales como nivel de escolaridad, situación conyugal, entre otras que permiten un análisis más complejo y exhaustivo de la realidad de las parejas infértiles.
- Incluir el tema de la infertilidad en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, a fin de monitorear el tema a nivel nacional.

Bibliografía

- Artiles, L. (2006): Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud, en “Selección de Lectura de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Ares MP. (2000): Genero, salud y cotidianidad. Editorial Científico Técnico. La Habana.
- Aguiar. Gloria. (2009): La infertilidad duele, en: <http://fernanda.com.mx>
- Bronfman, Mario. (2006): La utilización de los servicios médicos, en “Selección de Lectura de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Bronfman, Mario. (1998): Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión, en “La condición de la mujer en el espacio de la salud” Editorial J.G. Figueroa. México DF
- Calero JL, Santana F. (2006): La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Revista Cubana Endocrinología; 17(1). La Habana.
- Calero JL. (1999): Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? Rev Sexología y Sociedad; 5(3). La Habana
- Calero JL, Santana F (2001): Percepciones de los y las adolescentes sobre la iniciación sexual, embarazo y aborto. Revista Cubana de Salud Pública; 27(1). La Habana.
- Calero JL, Magallanes M, García M (2003): Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este fenómeno desde la perspectiva masculina peruana. Rev Cubana de Salud Pública; 29(suplemento 1)
- Castañeda, Ileana. (1999): Algunas reflexiones sobre el género. Revista Cubana de Salud Pública, 25(2). La Habana
- Castañeda, Ileana. (2007): Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Revista cubana de Salud Pública, 33(2).
- Castro, R. Bronfman, M. (1998): Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión.

- Colectivo de autores. (2006): Sociología y Medicina: Importancia de la visión marxista- leninista del hombre para la medicina, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Colectivo de autores. (2007): Análisis de género e investigación en salud, en “Una mirada de género en la investigación en Salud Pública en México.” Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva. México D.F.
- Cuellar Luna, Liliam; Prieto Díaz, Vicente. (1999): Distribución espacial de enfermedades seleccionadas en el municipio Centro Habana 1993- 1995. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 37(1).
- Díaz Bernal, Zoe; García Jordá, Dailys. (2011): La perspectiva de género y la relación médico paciente para el problema de la infertilidad. Revista Cubana de Medicina General Integral. 11(1).La Habana
- Donati, Pierpaolo. (2006): Paradigma médico y paradigma sociológico: las bases teóricas de la sociología sanitaria, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Durán, M. (2006): Las perspectivas sociológicas en el estudio de la salud y la enfermedad. Problemas metodológicos, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Engels, F (1974): La situación de la clase obrera en Inglaterra. Editorial Ciencias Sociales. La Habana. 1974.
- Fernández, L (2002): Personalidad y relaciones de pareja. Editorial Félix Varela, La Habana.
- Fernández A, Rivero R. (1997): Trastornos de la fertilidad en el municipio "Arroyo Naranjo". Rev Cubana Obstet Ginecol; 23(1). La Habana.
- Ferramora, Luis. (2010). Entrevista hospital América Arias
- Fernández, Malbys. (2002): Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral, 18(2). La Habana.
- Fleitas, R (2006) a: Género y pensamiento médico. Hacia un nuevo enfoque de la salud femenina, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Fleitas, R (2006) b: Equidad de género y salud reproductiva en Cuba, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.

- Fleitas, R. (2005): Las tradiciones teóricas en los estudios sociológicos sobre la familia, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Familia.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba
- García, JC (2006): Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Gómez Alzugaray. (2010). Entrevista Instituto Nacional de Endocrinología
- Goffman, Erving (1999):<http://html.rincondelvago.com/erving-goffman.html>
- Gómez, E. (2006): Equidad, Género y Salud: Mitos y Realidades, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- González, Ubaldo (2002): El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista cubana de Salud Pública, 28(2). La Habana
- González I. (2002): La infertilidad, el maternaje frustrado. Rev Cubana Medicina General Integral; 18(3).La Habana
- González I. (2001): Infertilidad y sexualidad. Revista Cubana de Medicina General integral; 17(3).La Habana
- González. L. (2001): El proceso reproductivo. Algunas consideraciones sobre el maternaje. Rev Cubana Medicina General Integral; 17(5). La Habana
- González Annia. (2005): Dilemas éticos actuales en torno a la reproducción asistida. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu>
- González A, Castellanos, B (2003): Sexualidad y géneros: alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. Editorial Científico-Técnica, La Habana, Cuba.
- Hernández, A. (1999): Caracterización de la mujer infértil: resultados de un estudio estandarizado. Revista Cubana de Endocrinología, 10(1).
- Hernández Sampier, Roberto (2003): Metodología de la investigación, tomo I y II, Edit. Félix Varela, La Habana,
- Hernández de Ávila. A (1997): Seguimientos de parejas infértiles durante dos años. Revista Cubana de Endocrinología; 8(2). La Habana.
- Ibarra Martín, Francisco (2001): Metodología de la Investigación Social, Editorial Ciencias Sociales, La Habana.

- Moragas, R (2006): Concepciones de salud, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Ovies, Gisel. (2010): Entrevista Instituto Nacional de Endocrinología
- Padrón RS, Martínez V (1993): Prevalencia de infertilidad en un sector urbano-rural. Rev Cubana Endocrinología.; 4(1). La Habana
- Padrón RS, Hernández AJ, Más J, Valdés F. (1997): Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de la fertilidad. Rev Cubana Endocrinología; 8(3).
- Padrón RS, Guillén M (1996): Epidemiología de la infertilidad en Cuba. Rev Cubana de Ginecología y Obstetricia; 6(1). La Habana.
- Parsons, T. (2006): Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- Programa Nacional de Atención a la pareja infértil. 2007
- Ritzer, G. (2007): Teoría sociológica clásica. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba
- Rodríguez Gómez, Gregorio y otros (1996): Metodología de la Investigación Cualitativa, junio 1996, texto digital.
- Rodríguez, Kenia (2010). Entrevista hospital Hermanos Ameijeiras
- Roa, J (2008): Significados de la infertilidad y de las prácticas de tratamiento de reproducción asistida contruidos por parejas diagnosticadas infértiles y que se hayan en tratamiento en el centro Profamilia Bogotá. Disponible en: <http://www.monografias.com>
- Rojas, F. (2004): El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública, 30(3). La Habana
- Santana, Felipe. (2006): La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. Revista Cubana de Endocrinología, 17(2). La Habana.
- Sosa, Miguel. (2011). Entrevista Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia (SOCUDEF)
- Soriano, R. (1988): Capitalismo y enfermedad. Edit Plaza y Valdés. México D. F
- Sciarra, J. (1994): Infertility: An international health problem. International Journal of Gynecology and Obstetrics’, 1994, 46.

- S. Valles, Miguel (2003): Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional, Cap. V, Editorial Síntesis, 1997, en De Urrutia Barroso, Lourdes y Graciela González. Metodología de la investigación social, Editorial Félix Varela, La Habana.
- Valencia Madera, I (2002): Valoración óptima y actualizada de la pareja infértil. Texto digital.
- Veranes M. (2004): Evaluación de la pareja infértil. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p.373-57
- Winter, K. (1954): Sobre la relación entre la higiene social y la sociología médica. Ediciones Madrid. Unión Soviética

ANEXOS

Anexo # 1. Modelo de Encuesta

Declaratoria de confiabilidad y anonimato

Mi nombre es Alina Alvarez y soy la socióloga del departamento de reproducción asistida. En conjunto con la Dr. Kenia Rodríguez, estamos realizando una revisión de las historias clínicas con el objetivo de realizar una investigación social y epidemiológica de las parejas que se atienden en la institución por infertilidad. Este análisis permitirá conocer mejor las parejas en tratamiento y elaborar un perfil social de cada una de ellas. Es por esta razón que necesitamos respondan las preguntas con total libertad y sinceridad y de sentirse incómodo con alguna pregunta o situación puede rehusarse a contestar o interrumpir su participación cuando lo desee. Le agradecemos de antemano su cooperación.

Encuesta (Guión de entrevista semi estructurada)

1.- Sexo.

1. F ____ M ____

2. Edad. _____

3.- Color de la piel. 1. B. ____ 2. M. ____ 3. N. ____

4.- Nivel Escolar.

1.- Analfabeto. _____ 2.- Menos de 6to grado. _____ 3.- Primaria terminada. _____

4.- Secundaria sin terminar. _____ 5.- Secundaria terminada. _____

6.- Nivel medio superior sin terminar. _____ 7.- Nivel medio superior terminado. _____

8.- Universitario sin terminar. _____ 9.- Universitario terminado. _____

5.- Situación conyugal.

1.- Soltera/o. ____ 2.- Unida/o. ____ 3.- Casada/o. ____ 4.- Divorciada/o. ____

5.- Separada/o ____ 6.- Viuda/o. ____

6 - Ocupación.

1.- Ama de Casa ____ 2.- Administrativa ____ 3.- Servicio ____ 4.- Dirigente. ____ 5.- Obrera/o. ____ 6.- Estudiante. ____ 7.- Trabajador por cuenta propia. ____ 8. Jubilada/o ____ 9. Profesional ____ 10. Técnico Medio ____ 11. Desocupado ____ 12. Otras. ____ Cuáles? ____

7-Ubicación Regional

.- Especifique el municipio y provincia en el cual reside _____

8 -Estructura Familiar

- 1- ¿Cuántas personas conviven en tu hogar actual? _____
- 2.- ¿Quiénes conviven contigo actualmente? (Marcar una cruz en todos los parientes que convivan)
- 3.- 1.- Sola/o _____ 2.- Esposo/a _____ 3.- Hijos _____ 4.- Madre _____ 5.- Padre _____
- 6.- Otros parientes _____
- ¿Cuáles? _____ 7.- Otros no parientes. _____

9-Edad al inicio de sus relaciones sexuales _____

10-Cantidad de parejas que ha tenido. _____

11-Cantidad de hijos. _____

12-¿Desde que tuvo su primera relación sexual, en sus relaciones sexuales usted (o alguna pareja suya) ha usado un método anticonceptivo alguna vez? La esterilización femenina (ligadura) y masculina (vasectomía) se consideran métodos anticonceptivos

- 1-Sí _____ 2-No _____ 3-No sabe. _____ 4-No responde. _____

13-¿Cuáles métodos han sido utilizados por usted -o por alguna pareja suya- desde que inició sus relaciones sexuales?

- 1-Orales _____ 2-Condón _____ 3-Métodos femeninos químicos _____
- 4-DIU _____ 5- Inyectables _____ 6-Diafragma _____ 7-Implantes subdérmicos _____
- 8-Ritmo _____ 9- Retiro _____ 10- Esterilización femenina (ligadura) _____
- 11- Esterilización masculina (vasectomía) _____
- 12- Otro _____

14- En el caso de ser el condón: ¿quién lo compra y garantiza su uso?

- 1- Usted _____ 2-Su pareja _____ 3-Ambos _____ 4-No responde _____

15-Si es un método oral: ¿qué participación tiene su pareja en la compra y uso de ese método?

16- Enfermedad de transmisión sexual que ha padecido usted o su pareja

- 1- Sífilis _____ 2- HPV _____ 3- Condiloma _____ 4-SIDA _____ 5- Hepatitis B _____
- 6-Hepatitis C _____ 7-Blenorragia _____ 8-Otra _____ ¿Cuál? _____

17-Presenta usted algún miembro de la familia con problemas de infertilidad?

- 1-Si _____ 2-No _____ 3-No sabe _____

18- Sexo del pariente infértil

1- F____ 2-M____

19- Relación de parentesco _____

20-Edad de ese pariente al descubrimiento de la infertilidad _____

21.- Nivel Escolar del mismo

1.- Analfabeto.____ 2.- Menos de 6to grado.____ 3.- Primaria terminada.____

4.- Secundaria sin terminar.____ 5.- Secundaria terminada.____

6.- Nivel medio superior sin terminar.____ 7.- Nivel medio superior terminado

22- Ocupación

1.- Ama de Casa____ 2.- Administrativa____ 3.- Servicio____ 4.-

Dirigente.____ 5.- Obrera/o.____ 6.- Estudiante.____ 7.- Trabajador por cuenta

propia.____ 8. Jubilada/o____ 9. Profesional____ 10. Técnico Medio____ 11.

Desocupado____ 12.Otras.____ Cuáles____

Anexo # 2. Modelo de entrevista en profundidad

Hombre Infértil

- 1-¿Qué importancia usted le atribuye al hecho de ser padre?
- 2-¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?
- 3-¿Cuénteme de sus relaciones sexuales anteriores, de los embarazos que ha logrado esas mujeres con ud y cómo han concluido? (en parto, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebe, etc.)
- 4-¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?
- 5-¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?
- 6-En su relación de pareja actual: ¿cuál de los dos es infértil? ¿Y cómo ud supo que no lo era? ¿Acaso está embarazada de usted alguna mujer actualmente?
- 7-¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?
- 8-¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?
- 9-En el caso de que él sea infértil, qué apoyo ha recibido de su pareja actual.
- 10-¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?
- 11-¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?
- 12-¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?
- 13-¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?
- 14-¿Cómo cree usted que ha sido interpretado por sus amigos u otros hombres el hecho de no haber tenido hijos (o con esta pareja)?
- 15-¿Qué ha significado para usted no haber podido realizarse como padre? O en el caso que lo sea, no haber podido experimentarlo con la actual pareja

Mujer Infértil

- 1-¿Qué importancia usted le atribuye a la maternidad?
- 2-¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

- 3-** Cuénteme de sus relaciones sexuales anteriores, de los embarazos que ha tenido con sus parejas (ya sea la actual o no) y cómo han concluido (en parto, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebe, etc.)
- 4-¿**Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?
- 5-¿**En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?
- 6- ¿**Ha experimentado usted experiencias de maltratos o acoso sexual, tanto físico como psicológico por partes de sus relaciones de pareja anteriores o de la actual?
- 7-¿**Asocia usted esas experiencias a alguno de los trastornos sexuales que después se generó?
- 8-¿**Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?
- 9-Có**mo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?
- 10-¿**Recibe usted apoyo de su pareja para el enfrentamiento del problema?
- 11-Qué** experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?
- 12-¿**Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?
- 13-¿**Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?
- 14-¿**La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?
- 15-¿**Qué ha significado para usted no haber podido realizarse como madre? ¿O en el caso que lo sea, no haber podido experimentarlo con la actual pareja?

Anexo # 3 Trascipción de la entrevista # 5

Infertilidad Masculina (Yamila y Francisco)

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye a la maternidad?

Yamila: La maternidad para mi es tener una familia, tener un descendiente, una generación, un bebé al que cuidar, significa todo en una mujer.

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Yamila: La infertilidad es algo muy difícil en la vida de una pareja y de una mujer, significa muchas cosas, muchas repercusiones negativas en la vida.

Entrevistador: Cuénteme de sus relaciones anteriores, de los embarazos que ha tenido con sus parejas (ya sea la actual o no) y cómo han concluido (en partos, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebé).

Yamila: Yo anteriormente me hice una regulación menstrual con mi primera relación que no resultó

Entrevistador: ¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?

Yamila: La decisión fue mía precisamente en ese momento porque no estaba preparada para eso y mi pareja lo entendió y aprobó mi decisión, aunque él estaba más embullado que yo.

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Yamila: Al inicio de mis relaciones sexuales tuve una T por alrededor de 6 años, ya cuando comencé con esta pareja a buscar un hijo me lo quité y no me protegí más.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Yamila: La relación era buena antes de conocer el problema de la infertilidad

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Yamila: Sí ha cambiado mucho la relación, saber que hay un trastorno de infertilidad nos hace discutir bastante, a mí sobre todo, porque me hace sentir muy mal, a él no porque tiene hijos y ya un tanto como que se despreocupa de eso. Yo soy la que se siente frustrada y más triste. Él se hizo hace un tiempo una vasectomía y sin embargo en mi estudio todo está normal. También hemos tenido problemas en las relaciones sexuales pues muchas veces terminamos discutiendo, además te pasas todo el tiempo pensando un

tu ciclo, en tu ciclo menstrual, en tu ciclo reproductivo y te pasas ese tiempo esperando esa relación no como algo pasional que te llega, bonito, sino como algo impuesto, tiene que ser ese día, no al otro y entonces te das cuenta que la relación cambia completamente

Entrevistador: ¿Recibe usted apoyo de su pareja para el enfrentamiento del problema?

Yamila: El apoyo de él es al cien por ciento y yo pienso que sí lo he apoyado porque a pesar de saber que hasta el momento la única causa de no poder tener hijos es por él, por la vasectomía que se hizo, todavía me mantengo con la relación, entonces pienso que sí lo apoyo.

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Yamila: Sí hemos tenido unas cuantas discusiones y siempre por lo mismo, por la misma causa, porque yo sé que puede ser la causa la vasectomía que se hizo pero entonces me da rabia pensar que por qué se la hizo la vasectomía si era joven todavía podía conocer otra persona como yo con 24 años y sin hijos y eso me da roña y por eso siempre discutimos, me da roña y por eso a veces pienso si será justo que yo me sacrifique por él, porque él no pensó en nadie cuando se hizo eso.

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?

Yamila: Sí, varias veces precisamente por esa misma causa, porque yo merezco un hijo, él ya tiene, pero yo he pensado tener mi hijo de otra manera.

Entrevistador: ¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Yamila: El apoyo familiar si es muy bueno, mi mamá a pesar de ser mi mamá lo quiere mucho a él y siempre me dice que sí que hay la posibilidad que no me preocupe, ellos me apoyan de esa manera, a lo mejor si me hubiera dicho bueno mijita bótalo y búscate otro, a lo mejor lo hubiera hecho hace tiempo, el apoyo familiar si es muy bueno

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Yamila: Sí, muchísimos problemas porque creo que mi medio es muy estresante y sé que la causa de ese estrés en mi trabajo antes no la tenía, apareció cuando empecé con todo eso de la infertilidad, es decir se me bloquea a veces un poco mantenerme en las

consultas y más que a veces yo trabajo con niños, yo trabajo Medicina General Integral en un consultorio, y en qué policlínico, es un policlínico de excelencia y entonces ya se puede imaginar, es un régimen de trabajo bastante fuerte y antes de comenzar con las consultas de infertilidad para mí era maravilloso ser médico y mi trabajo era lo primero, lo ideal, no tenía otros pensamientos, pero cuando comencé con todo el rollo de la infertilidad de verdad que me estreso demasiado y no pienso en otra cosa que no sea eso.

Francisco.

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye al hecho de ser padre?

Francisco: Es una de las cosas más importantes para el ser humano, constituir una familia, tener un hijo y prepararlo para la vida.

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Francisco: Eso psicológicamente afecta al ser humano, no es que esté incapacitado para la vida pero generalmente la sociedad lo mira como un tipo con problema, diferente a los demás que no puede tener un descendiente.

Entrevistador: ¿Cuénteme de sus relaciones sexuales anteriores, de los embarazos que ha logrado esas mujeres con ud y cómo han concluido? (en parto, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebe, etc.)

Francisco: Yo tengo 2 hijos con los dos matrimonios anteriores, uno con el primer matrimonio y otro con el segundo

Entrevistador: ¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?

Francisco: Fue una decisión de los dos, en ambos matrimonios, yo quería esos niños.

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Francisco: En mis dos matrimonios usábamos el preservativo, al principio y después nada y yo me hice una vasectomía cuando terminé mi segundo matrimonio porque consideraba que ya no quería tener más hijos pero cuando conocí a mi pareja actual sabía que había cometido un error grave.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Francisco: Bueno realmente desde que nosotros comenzamos ella ya sabía que yo estaba limitado y yo como hombre pensé que la relación iba a ser algo pasajero sin

importancia pero todo fue solidificándose y comenzamos a buscar un niño aunque para mi era irreversible la operación que yo me había hecho.

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Francisco: Ha habido momentos que yo he visto que esto le afecta a ella también porque se siente incapacitada de tener algo que le gusta tanto porque a ella le encantan los niños, de hecho en ocasiones trabaja con niños y yo veo que eso le afecta mucho y siempre se lamenta por lo que yo hice y me reprocha por eso, me dice que es mi culpa, que si yo no lo hubiese hecho ahora viviríamos más felices y es que yo tuve problemas con mi esposa anterior, con mi hijo tuvo tratamiento porque tenía problemas serios en los músculos y se le caían las cosas de las manos y yo dije que para no volver a tener más problemas ni pasar por eso nuevamente me sacrifiqué yo, además ya yo tenía casi 40 años, yo nunca pensé volver a tener hijos, ni conocer a una muchacha con 24 años y que no tuviera hijos. Es por ello que a veces me da miedo de perder esta relación.

Entrevistador: ¿En el caso de que él sea infértil, qué apoyo ha recibido de su pareja actual?

Francisco: Total, ella me apoya mucho, está al tanto de todo, de los turnos, de los ciclos menstruales, de las pastillas del tratamiento, en fin.

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Francisco: Hemos tenido conflictos en este mismo tema de la vasectomía. A mí no me gusta que ella me reproche algo que hice hace tanto tiempo antes de conocerla y que aunque pueda ser la causa de que no hayamos podido tener hijos, yo me siento tan mal o más que ella.

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?

Francisco: No nunca.

Entrevistador: ¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Francisco: Por parte de mi familia no ha habido problemas porque son gente que no conoce mucho y no se involucra y por la parte de ella tampoco, su mamá me quiere y me aprecia mucho.

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Francisco: En ocasiones tengo que ponerme fuerte y eso pero nada serio, todos mis compañeros me entienden y me apoyan cuando me hace falta salir

Entrevistador: ¿Cómo cree usted que ha sido interpretado por sus amigos u otros hombres el hecho de no haber tenido hijos (o con esta pareja)?

Francisco: El cubano es muy inculto e ignorante y esas personas que te dan consejos son gente que no tiene ningún tipo de nivel y entonces yo no oigo esas cosas, porque mis amistades conocen que yo tengo hijos, no sé le aconsejarán a ella que se busque otro, no sé.

Anexo # 4. Transcripción de la entrevista # 15

Infertilidad Compartida (Ambos) Karina y Danka

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye a la maternidad?

Karina: Para mí eso es algo muy importante. Yo soy fruto de una familia muy numerosa, pero además soy una mujer que de toda una vida me han gustado mucho los niños y para mí ser mamá es muy importante. Yo creo que de las peores cosas que he vivido en mi vida fue cuando me dijeron que yo no podía tener un hijo, no solo por la noticia sino por la forma en que se me enfocó la noticia que fue muy dura me dijeron “tú no puedes ser mamá a menos que ocurra un milagro”, por eso fue muy duro, fue muy impactante. Yo creo que tener un hijo sería parte de mi realización personal, y yo siento que no he logrado realizarme por completo porque me falta ese pedacito. Yo fui una de las personas que programó eso en una etapa de su vida, yo desde los 23 años estoy tratando de salir embarazada porque lo deseo, porque consideré que en mi vida profesional ya había dado un paso adelante y me faltaba eso

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Karina: Yo hoy puedo hablar del tema con más soltura que en otros momentos pero realmente yo estaba emocionalmente muy afectada, muy afectada porque para mí eso algo que estaba programado en mi vida. Para mí ha sido muy difícil, incorporarme a trabajar después de la invitro fallida porque incluso yo trabajo con niños, yo llevé unos meses que no pude ni trabajar, mis compañeros de trabajo me ayudaron muchísimo e incluso pensaron hasta cambiarme de esfera en el trabajo porque yo entraba a una escuela y me deprimía mucho y me ponía a llorar hasta que después me di cuenta que yo no podía seguir así, yo no sé hacer otra cosa que trabajar con niños y me gusta lo que hago y si pasa el tiempo y no puedo tener hijos entonces tendré que darle todo el cariño, el amor y los conocimientos que tengo a los hijos de los amigos, de la familia y a esos niños con los que yo trabajo diariamente. Existen días también que son muy difíciles para mí, por ejemplo los días de las madres son difíciles aún cuando yo tengo a mi mamá y a mi abuelita viva, pero yo siento que ya era el momento de yo también celebrar el día de las madres como lo hacen ellas. Los fines de año son muy duros también porque veo que pasó un año más y yo no pude realizar mi sueño. Tuve un tiempo difícil el año pasado cuando mi hermana menor me dijo que estaba embarazada porque a ella le costó decirme

que estaba embarazada. Para la familia fue una alegría pero le costó mucho trabajo decirme que yo estaba embarazada porque pensaron que yo no iba a asimilarlo bien

Entrevistador: Cuénteme de sus relaciones anteriores, de los embarazos que ha tenido con sus parejas (ya sea la actual o no) y cómo han concluido (en partos, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebé).

Karina: Sí tuve un embarazo anterior y yo creo que es una de las cosas de las que más me arrepiento en mi vida. Yo me casé muy jovencita, con 19 años, casi por salir de la casa y tuve un embarazo que además no era un embarazo deseado. Yo me hice un ultrasonido y el médico me dijo que era de gemelares y que no se podía interrumpir. Imagínate yo me ericé, porque yo no quería ese embarazo. Rápidamente mi mamá hizo gestiones y el en Gonzáles Coro me hice una interrupción, un legrado. En Octubre, el 20 de Octubre en la madrugada a mí me da un dolor muy fuerte, me llevaron al hospital que me examinaron me dijeron que tenía una hemorragia interna que no se quedaba claro si fue un ectópico o un folículo. Me operan de urgencia y es entonces cuando se descubre que era un folículo hemorrágico que se había roto y había hemorragia interna

Entrevistador: ¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?

Karina: En aquel momento era un embarazo no deseado, me arrepiento hoy toda la vida por la situación en que estoy pero en ese momento fue una decisión de los dos. Ese fue un matrimonio que se acabó muy temprano porque no nos entendíamos como pareja y tal vez estuviera contenta con mis dos hijos pero igual iba a ser de un matrimonio que no funcionó, a lo mejor no hubiese podido terminar mi carrera, no sé.

Entrevistador: ¿Ha experimentado usted experiencias de maltratos o acoso sexual, tanto físico como psicológico por partes de sus relaciones de pareja anteriores o de la actual?

Karina: Sí, después que yo me separé de este hombre del embarazo, yo tuve una relación que se puede decir que fue seria porque vivimos juntos en la casa, de esas relaciones que uno las hace serias sin tener pleno consentimiento de eso, que es con la pareja que a mí me dicen que yo necesito la fertilización invitro. Nunca hubo un maltrato de caerme a trompones pero verbal hubo mucho maltrato, ya incluso de ambas partes porque yo soy un gallito de pelea y cuando yo me sentía agredida verbalmente me ponía hecha una fiera y él también. No eran golpes precisamente pero yo digo que cuando alguien le da un trompón a la pared es para no dármelo a mí. Pero yo siempre me dije que yo tenía que aguantar como una mujer todo eso, ya yo había llegado a la fertilización invitro y para yo estar en eso tengo que tener una pareja y si yo dejaba esa

relación, cómo me iba a hacer ese tratamiento. Yo me decía a mí misma que yo tenía que aguantar y que en cuanto yo saliera embarazada ese hombre salía de mi casa. Pero Bueno, por surte luego apareció Danka, y bueno gracias a Dios con él las cosas son distintas, nosotros desde un principio hablamos muy claro de todo lo que estaba pasando y él estuvo en la mejor disposición del mundo de apoyarme en todo esto y bueno cuando comenzamos el tratamiento nos dimos cuenta de que él tenía sus problemas con el espermiograma pero bueno era sabido que el problema más grave era mío.

Entrevistador: ¿Asocia usted esas experiencias a alguno de los trastornos sexuales que después se generó?

Karina: No realmente no

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Karina: Bueno además del condón, me puse un DIU un tiempo y luego me lo quité y comencé con las pastillas y con estas me quedé.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Karina: Desde un principio la relación estuvo basada en el entendimiento y en la comunicación y eso lo ponemos en práctica en todo momento.

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Karina: Yo noto que he cambiado un poco, estoy más fría, después de la InVitro yo no soy la misma, yo a veces soy un poco ácida y mis cambios de humor repentino son fatales ni yo misma me soporto. Además después de la invitro yo tuve un hipotiroidismo y una de las consecuencias era una inapetencia sexual muy grande al punto de que hubo un tiempo en que nos pasamos más de un mes sin tener relaciones y yo me sentía tan mal que tuve que hablar con él y decirle que me tenía que ayudar si quería continuar con la relación, que yo lo quería pero no quería tener relaciones y si de mí dependía no íbamos a tener relaciones más nunca, y, yo siento que eso afectó un tanto la relación. Realmente ya no es igual que antes, ya no tenemos la misma frecuencia de relaciones, a veces nos pasamos hasta 15 días sin tener relaciones muchas veces por el estrés, el cansancio, pero en fin, esto a pesar de todo no ha impedido que nos sigamos queriendo hasta ahora. Después de la invitro nosotros seguimos siendo una pareja viva, con energía

Entrevistador: ¿Recibe usted apoyo de su pareja para el enfrentamiento del problema?

Karina: Sí como no, 100 %.

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Karina: Yo creo que de todo lo más feo que nosotros hemos pasado es cuando discutimos sobre la adopción, él quiere adoptar y entonces nos peleamos porque yo siempre le digo que yo quiero un hijo mío, propio y que nadie me lo quite. Y ese es un tema bastante polémico entre los dos, porque él dice que él quiere un hijo a toda costa, sin importar de donde venga, aunque no sea de su sangre, y él lo que no sabe es que yo deseo un hijo más que él incluso, pero lucharé hasta el final para conseguirlo.

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?

Karina: Mira, la verdad es que a veces considero injusto y tal vez hasta por gusto, no, que él esté pasando por todo esto cuando en realidad es culpa mía en su gran mayoría que no podamos tener hijos. Y digo por gusto porque mira, ya me hice una invitro y fue fallida y tal vez, la segunda también lo sea, eso sí me dan la oportunidad nuevamente, eso es bien difícil y más en estos casos cuando la probabilidad de que funcione es de un 50% solamente.

Entrevistador: ¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Karina: Él tiene una presión muy grande de su familia y por eso también hemos tenido problemas. Él es el mayor de dos hermanos por parte de madre y los otros hermanos por parte de padre no tienen comunicación casi con ellos. Cuando a él le dio mal el espermiograma en su casa pusieron el grito en el cielo, que eso era un error, que los médicos debieron haber confundido el semen, que eso no podía porque en esa familia nunca se había dado ese caso. Te podrás imaginar el padre que tuvo dos hijos de ese matrimonio y 5 de otro y cuando le dieron esa noticia, para qué fue aquello. Yo tengo muy en claro que para mi esposo sus padres son sagrados pero cuando nosotros nos casamos la felicitación de su mamá fue: “aunque tu no eres la mujer que yo siempre soñé para mi hijo, porque yo no sé si algún día tú me puedas dar un nieto, yo te felicito”. Cuando yo le dije eso a mi esposo, él me dijo que su mamá era incapaz de decir algo como eso y me dijo que esa pelea no la echara nunca porque ellos eran sus padres, como diciéndome que contra ellos nada así que bueno. También otra expresión fue cuando la esposa del hermano de Danka salió embarazada e hizo un embarazo muy malo, el bebé

nació vivo pero estuvo en peligro de muerte por 3 meses y en todo ese alboroto un día dijo: “yo nunca pensé que esto me fuera a pasar a mí, mi hijo Danka no me puede dar un nieto y mi hijo Reinier me da un nieto y se está muriendo”, y entonces toda esa situación para mí es muy complicada, yo hablo con ella lo necesario, por respeto a él pero nada más porque yo entiendo que ellos quiera y tengan deseos de ser abuelo pero es imposible que ellos tengan más deseos de ser abuelos que yo de ser madre.

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Karina: Realmente, por suerte por ese lado no he tenido problemas, siempre yo he sido muy comprendida en el trabajo

Danka

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye al hecho de ser padre?

Danka: A mí me encantan los niños y siempre he querido tener hijos, sobre todo porque es una gran responsabilidad, educar y enseñar a ese niño todo de la vida

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Danka: Realmente es algo difícil de tratar y de llevar, algo frustrante fundamentalmente en una relación porque en el caso mío los dos desde un inicio teníamos que ver porque trabajábamos con niños y coincidimos en ese aspecto, a los dos nos encantan los niños y entonces eso lo hace más difícil a la hora de que queremos tener un hijo y no podemos lograrlo por vías naturales y entonces tenemos que estar a la espera de esto y eso hace la relación más complicada

Entrevistador: ¿Cuénteme de sus relaciones sexuales anteriores, de los embarazos que ha logrado esas mujeres con ud y cómo han concluido? (en parto, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebe, etc.)

Danka: No, siempre me he cuidado bien.

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Danka: Bueno, el condón y los dispositivos intrauterinos como la T y ASA.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Danka: Es que realmente nosotros cuando empezamos ya yo sabía todos los problemas que ella presentaba

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Danka: Bueno, yo creo que las relaciones tienen sus altas y sus bajas y al estar en este proceso eso se agudiza un poco porque hay días en los que quieres sentirte querido, estar junto a alguien, pero hay otros que lo que quieres es borrarle del mapa, sobre todo esos días en los que ella se pone de muy mal humor y en parte yo la entiendo, lo que no entiendo es por qué se pone tan agresiva conmigo, precisamente conmigo, yo no tengo la culpa de nada y yo quiero un hijo tanto como ella. También ella presentó ese problema de tiroides que nos hizo discutir bastante pero bueno, al final siempre se sale de toda crisis.

Entrevistador: ¿En el caso de que él sea infértil, qué apoyo ha recibido de su pareja actual?

Danka: Siempre el apoyo ha sido recíproco, tanto ella de mi como yo de ella.

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Danka: El día más fuerte dentro de la relación lo tuvimos el día que nos dieron la noticia de que la invitro había dado negativa. Se deprimió tanto que yo no sabía que decirle, ni qué hacer, le gritaba y lloraba, no quería hablar con nadie, fueron días difíciles, no tengo palabras para describírtelo, ella estaba desmotivada totalmente, desencantada de todo, hasta de mí y te digo en estos 4 años que llevamos de relación ese ha sido el momento más duro para los dos y a veces también discutimos por lo de la adopción pues yo quiero un hijo como sea y siento que el tiempo pasa y nada.

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?

Danka: No, hasta ahora no.

Entrevistador: ¿Qué posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Danka: De apoyo total por ambas partes.

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Danka: No para nada, siempre ha habido entendimiento por ese lado.

Entrevistador: ¿Cómo cree usted que ha sido interpretado por sus amigos u otros hombres el hecho de no haber tenido hijos (o con esta pareja)?

Danka: No sé, de eso no hablamos mucho y además estamos jóvenes todavía.

Anexo # 5. Transcripción de la entrevista # 1

Infertilidad Femenina (Dunia y Rubén)

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye a la maternidad?

Dunia: Bueno, la maternidad para mi es muy importante. Vengo de un medio de baja potencialidad intelectual y en mi familia yo fui la única que me esforcé, al principio más bien para complacer a mi papá que siempre me daba muchos consejos pero ya después me dediqué enteramente a mi profesión porque me gustaba lo que hacía. Una vez que me gradué quise dedicarme unos años a mi especialidad, pasar mi servicio social y trabajar en poco más a mi trabajo. En este mismo período conocí a mi pareja actual, y él estuvo de acuerdo con mi decisión pues éramos todavía muy jóvenes para tener un niño. Poco tiempo después, comenzaron los problemas de infertilidad y actualmente llevo 15 años intentando salir embarazada y no puedo, así que te podrás imaginar lo que significa para mi la maternidad. Mi punto de vista es muy diferente al de una madre que ya tiene un niño, pues yo lo veo como un anhelo y ella lo ve como un hecho, una realidad.

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Dunia: La infertilidad para mi es una frustración muy grande, un problema que te hace sentir impotente, diferente a los demás, inestable e inseguro con uno mismo y con la pareja.

Entrevistador: Cuénteme de sus relaciones anteriores, de los embarazos que ha tenido con sus parejas (ya sea la actual o no) y cómo han concluido (en partos, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebé)

Dunia: Bueno, solamente tuvo dos embarazos ectópicos, que a raíz de esos embarazos fue que comenzaron los problemas de infertilidad con la obstrucción de las trompas y demás

Entrevistador: ¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?

Dunia: Cuando yo pensé que estaba embarazada mi esposo se puso de lo más contento, no hacía otra cosa que hablarme de eso, pero ya vez, todo fue una desilusión, una tristeza que nos vino a empeorar las cosas.

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Dunia: Realmente era muy joven y no tenía por objetivo salir embarazada por eso me protegía, primero con anticonceptivos orales y luego con el preservativo.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Dunia: La relación con mi pareja siempre ha sido buena. Cuando yo empecé con este problema yo me preguntaba ¿de qué me agarro para seguir adelante? Y fue entonces cuando yo me senté a hablar con él y le dije:-la única vía que tengo es empezarnos a ocupar de nosotros mismos porque realmente llevamos mucho tiempo que la sexualidad la hemos llevado en función de algo, él me controla cuando estoy ovulando, si tengo el período o no, y es que realmente llevamos mucho tiempo en función de eso. Yo hablé con él y le dije que necesitábamos un espacio para la relación pues era algo que no teníamos en los últimos años y olvidarnos de todo lo que nos está pasando por un tiempo. Que no me controle más nada, no esperar a acostarnos a dormir pues muchas veces yo tengo sueño y estoy cansada y ese es el momento entonces que él elige para tener relaciones o simplemente conversar estos temas tan debatidos a diario.

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Dunia: Siento que este problema, a pesar de todas sus complicaciones, nos ha unido más, nos ha hecho ver en realidad cuanto nos queremos y hasta donde somos capaces de apoyarnos mutuamente y de entendernos. Siempre existen sus complicaciones, como estas mismas que te estaba diciendo, el control, la rutina de las relaciones sexuales, que siempre hacen decaer un poco la vida en pareja, pero siempre logramos entendernos y salir adelante por suerte, hasta ahora.

Entrevistador: ¿Recibe usted apoyo de su pareja para el enfrentamiento del problema?

Dunia: Sí, total

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Dunia: Que yo recuerde ninguna, simplemente las conversaciones serias que tenemos a cada rato cuando yo me deprimo mucho, él me habla duro, serio y me dice que deje la bobería que todavía hay tiempo y la esperanza es lo último que se pierde.

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja?
¿Por qué?

Dunia: No, lo he presionado a él, pero si me deja me muero. Él es muy dejado, al igual que su familia y a veces me toca un tanto como que regañarlo y presionarlo, pero nada más.

Entrevistador: ¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Dunia: Por parte de mi familia, tanto mi mamá como mi hermano, son incondicionales con ambas partes, tanto conmigo como con mi pareja. Pero por parte de su familia, sobre todo con mi cuñada, ha habido ciertos conflictos, no sé si por celos o por este mismo problema de la infertilidad pero te ve con burla o no se, rechazo, te ve diferente y es con los dos, no solamente conmigo. También ha habido ciertas situaciones con una sobrina mía, pues ella es joven y se ha realizado muchos legrados y regulaciones y ella todo eso lo conversa con mi pareja y a él le duele todo esto pues ve lo que nosotros estamos pasando ahora y por lo que ella pudiera pasar en un futuro y eso ha traído ciertos conflictos también en la familia.

Todos esos celos son feos y me duelen mucho, me duele sobre todo porque yo sé que tuve la posibilidad de pasar un ciclo de fertilización in Vitro y ellos no supieron nada y no yo no les dije precisamente por no crear una expectativa, una falsa ilusión.

También con mis suegros tuve ligeros conflictos al principio pero ya todo ha ido aminorando.

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Dunia: Un poco por las ausencias y los problemas que he tenido que me han imposibilitado un tanto realizar adecuadamente mi trabajo, por la presión, el estrés, etc. Mis compañeros de trabajo y mi jefe me han apoyado y entendido completamente, realmente por ese lado no he tenido tantos problemas.

Rubén

Entrevistador: ¿Qué importancia usted le atribuye al hecho de ser padre?

Rubén: Bueno, es algo que deseo bastante, pero parece que la vida lo decidió así y si no puede ser, no puede ser. Para mí la paternidad es lo más importante, enseñar, educar, yo soy hijo de padre y madre unidos de toda la vida, así que te podrás imaginar cómo se sienten ellos pero cómo me siento yo también, el peso que cae sobre mí.

Entrevistador: ¿Qué significado tiene para usted la infertilidad?

Rubén: Sería como un poco de frustración en la vida, en los planes futuros de crear una familia, de tener una descendencia, es un impedimento.

Entrevistador: ¿Cuénteme de sus relaciones sexuales anteriores, de los embarazos que ha logrado esas mujeres con ud y cómo han concluido? (en parto, abortos, regulaciones, problemas de salud para ellas y para el bebe, etc.)

Rubén: Bueno solamente los embarazos ectópicos

Entrevistador: ¿Cómo ud y sus parejas participaron en las decisiones que se tomaron de tener o no esos niños?

Rubén: Bueno, yo sí estuve totalmente de acuerdo a pesar de que estábamos en los comienzos de la relación, llevábamos unos meses nada más, pero yo siempre quise tener un niño. Ella fue la que estuvo un tanto en desacuerdo pues ella estaba comenzando el servicio social y era muy joven también y no esperaba eso tan pronto.

Entrevistador: ¿En ese pasado de sus relaciones sexuales, cuénteme qué estrategias asumió de control de su fertilidad con cada pareja?

Rubén: En los inicios nos protegíamos con preservativo y ella tomo durante un tiempo pastillas anticonceptivas y con otras parejas también utilizaba preservativo. Aunque ya después de que comenzamos la búsqueda del niño no hemos utilizado mas ninguno.

Entrevistador: En su relación de pareja actual: ¿cuál de los dos es infértil? ¿Y cómo ud supo que no lo era? ¿Acaso está embarazada de usted alguna mujer actualmente?

Rubén: Ella es la que tiene el problema. No lo he sabido por los espermogramas, llevo 15 años haciéndomelos y todos han dado bien. Si te soy sincero, yo soy hombre, trabajo en la calle y a veces veo cosas que me hacen dudar y pensar en cómo sería tener otra pareja con la que pudiera tener hijos normalmente. Ha habido cosas en la vida tentadoras pero realmente nunca he llegado a nada.

Entrevistador: ¿Cómo percibe usted que ha sido su relación con su actual pareja antes de conocer la infertilidad?

Rubén: Al principio todo estuvo bien, éramos una pareja como cualquier otra

Entrevistador: ¿Cómo ha cambiado esa relación después de conocer la infertilidad?

Rubén: Realmente la transformación ha sido más en ella. O sea, el impacto fue igual para los dos pues ambos nos vimos afectados por esta situación pero la transformación mayor ocurrió en ella, psicológicamente, desde que se dio cuenta que ya tenía trastornos serios que le imposibilitarían salir embarazada. También, los años nos han unido mucho, la compenetración, pero si ha habido afectaciones psicológicas severas, sobre todo

porque siento que muchas veces ella se culpa por todo, por no poder darme un hijo y más que ella siente que el tiempo pasa y todavía nada. Incluso yo le he hablado de adoptar pero ella no lo ha pensado todavía.

Entrevistador: ¿Qué experiencias de conflictos ha vivido con su actual pareja relacionadas con la infertilidad?

Rubén: Ha habido trastornos sexuales, sobre todo por la parte de ella la hora de su satisfacción. Ella se obsesiona con eso y se concentra solamente en el aspecto reproductivo

Entrevistador: ¿Ha pensado usted en algún momento terminar su relación de pareja? ¿Por qué?

Rubén: No, aunque ha habido momentos en los que ella me ha presionado tanto que me ha sacado de mis casillas, pero siempre he manejado eso como una última opción que no me quede mas remedio.

Entrevistador: ¿Que posición ha tenido la familia, tanto la suya como la de su pareja, con relación al descubrimiento de la infertilidad? ¿Cómo los han apoyado en la solución a ese problema de salud? ¿Qué conflictos ha tenido con las familias asociadas a este tema?

Rubén: Al principio hubo muchas laceraciones por parte de la familia de ella, eran los celos, también la forma de enfrentar el problema, le aconsejaban en varias ocasiones que se buscara otro, le decían:- búscate otro pa' que tú veas como vas a tener hijos en seguida- y cosas como esas. Mi mamá también al principio no estuvo de acuerdo con la relación por este mismo problema pero ya parece que se han adaptado, se han dado cuenta de que nos queremos y que por esta situación no vamos a terminar la relación.

Entrevistador: ¿La situación actual de infertilidad ha tenido implicaciones para sus relaciones laborales?

Rubén: Hasta ahora, en este aspecto no he tenido problemas, yo me senté con mi jefe y conversé todo esto, además la historia mía se la sabe todo el mundo allí en mi trabajo.

Entrevistador: ¿Cómo cree usted que ha sido interpretado por sus amigos u otros hombres el hecho de no haber tenido hijos (o con esta pareja)?

Rubén: Mis amigos la mayoría me han apoyado, alguno que otro, como decimos vulgarmente berracos dicen alguna barbaridad pero yo no les hago caso. Me aconsejan que me busque otra para tener un hijo, que no sea comemierda, en fin, pero a mi no me interesa nada de eso.

Anexo # 6 Trascipción entrevista al Dr. Gómez Alzugaray

Entrevistador: ¿Cuáles son los diferentes enfoques teóricos y prácticos que a nivel internacional se han realizado sobre infertilidad?

Entrevistado: La infertilidad se ha estudiado desde muchos puntos de vista o los aspectos de infertilidad de la pareja que es como se han enfocado los estudios. Ha tenido un enfoque médico, psicológico, social y como tal se ha unido la psicosociología, ha tenido un enfoque investigativo, muchas investigaciones se han realizado en el mundo sobre la infertilidad. El problema fundamental que nosotros tenemos es que cada país debe darle la importancia que para ellos tiene el problema de la pareja infértil. Particularmente yo estoy seguro de que esto constituye un problema de salud y un problema social que a su vez tiene una repercusión en el aspecto psicológico de la pareja.

Ya hace unos cuantos años nosotros estamos trabajando en este campo de la infertilidad, hace ya unos 30 años pero no es que hace 30 años esto es un problema, esto constituye un problema desde mucho antes pero bueno, hace 30 años que estamos metidos en este campo específico de la infertilidad especialmente esta institución, el instituto de endocrinología creó incluso una clínica de infertilidad y con proyecciones de desarrollarse cada vez más. Creemos que todavía el Ministerio de Salud Pública en los últimos años ya se está preocupando por la situación de las parejas infértiles sin embargo no ha constituido todavía un aspecto prioritario para el Ministerio de Salud Pública supongo que sea porque están priorizados los planes materno- infantil, aunque nosotros creemos que parte de estos planes materno- infantil tienen que tener en cuenta los problemas de infertilidad debido a: Primero la prevención de la muerte materno- infantil se hace desde el embarazo. Aquí hay un grupo de personas que necesitan tener un hijo y esto está en una constitución discutida internacionalmente del derecho de la pareja de tener el número de hijos que desee y en el momento que lo desee y esto es un derecho que hay que defender. Pero creo que aparte existe el problema del nivel de reemplazo que en Cuba es bajo y ese aumento de la población puede estar en dependencia de la prolongación de la esperanza de vida y no por los nacimientos. El nivel de reemplazo se puede medir de diferentes formas, es decir, el promedio de dos hijos por mujer o de una hija hembra por mujer que se llamaría nivel de reemplazo que garantiza que la población se mantenga y no se ponga vieja. Por estas razones hay que atender este grupo de

mujeres pues si queremos fomentar los nacimientos hay que garantizarle el derecho de tener sus hijos.

¿Por qué nosotros consideramos que la infertilidad es un problema de salud? Mundialmente el problema de la infertilidad se mueve entre un 10 y un 25% dependiendo de los países. Cuando hablamos de un 10 a un 25% es el % de parejas en edad reproductiva que no logran el embarazo. En Cuba esto se mueve entre un 12 y un 14% y esto significa que un 12 al 14% de las parejas en edad reproductiva no tiene hijos o tiene problemas para la fecundación. Por lo tanto esto en un cálculo moderado tiene un peso importante, en un cálculo que se hizo para la reproducción asistida (in Vitro, etc) se calculó que en Cuba hay alrededor de 50 000 parejas que necesitan reproducción asistida. Ya esto de por sí nos da la magnitud del problema a groso modo, pero si a esto uno le suma que estas parejas viven en un constante estrés pues esa pareja recibe presión social de los compañeros de trabajo, de la familia que presiona también, las dos partes de la pareja se presionan y al final la presión propia de ellos de no poder lograr lo que ellos desean. Por tanto, desde el punto de vista ya psicológico de la pareja ya va produciéndose un daño, un daño que también va en el comportamiento social de esa persona, pues esa persona vive angustiada y una persona angustiada no rinde igual socialmente y se siente fracasado.

Esto lleva al final a varios problemas: o ya llegan a una edad donde no pueden reproducir y llegan con ese sentimiento de fracaso, o se rompe la pareja, o hay situaciones graves dentro de la pareja, es decir que ya no es solo un problema desde el punto de vista de salud, de la posibilidad de tener hijos o no, sino que es un problema social, psicológico. A veces se pudiera decir: “bueno el problema de la infertilidad no es una enfermedad”, pero sí es una enfermedad, como quiera que tú lo mires. Primero por las causas, las causas biológicas que aunque no sean causas de enfermedades crónicas que provoquen la muerte sí son problemas de salud de esta persona bien sea la mujer o el hombre o los dos miembros de la pareja. Entonces desde este punto de vista, desde este enfoque llegamos a la conclusión de que es un problema de salud que hay que darle atención, médica, psicológica y atención social. De hecho aquí existió una clínica de infertilidad que estaba formado por endocrinólogos, ginecólogos, urólogos, psicólogos y sociólogos. Estaba conformado de esta forma porque por un lado estaban los médicos que se encargan de darle solución al problema de la pareja infértil desde el punto de vista médico, el psicólogo es necesario porque muchas de estas parejas necesitan un tratamiento, un seguimiento psicológico y la socióloga porque es la encargada de ver la

proyección de esa pareja hacia la sociedad y los problemas que confrontan en el período hacia la culminación de lo que ellos deseen.

Una pareja se considera que es infértil cuando llevan más de 1 años de relaciones sexuales estables, no protegidas y no se embarazan. Ese es el concepto que la OMS emplea para categorizar a una pareja como infértil. Pero esto puede ser desde 1 año hasta parejas que llevan 10- 15 años buscando su solución y no la encuentran porque la gama de causas de infertilidad es grande tanto para las mujeres como para el hombre y al final uno como médico tiene que tratar de lograr un tratamiento que haga feliz a esta pareja. Te imaginarás que en este transcurso de tiempo que puede ser desde muy corto hasta muy largo unos cuantos problemas va confrontando esta pareja. Esto es, vamos a decir, desde un punto de vista sentimental, psicológico, depresivo.

Otro aspecto social de esta pareja es que ella necesita un tiempo para estudios, tratamientos, tiempo que conlleva viajes, gastos, ausencia al trabajo por las consultas, necesitan entendimiento que a veces lo hay y a veces no lo hay porque estas parejas deben venir quizás con una frecuencia de cada 2 meses, a veces tienen que venir en forma seguida durante 15 días, todos los días y repetirlo todos los meses, es decir que desde el punto de vista social tiene una connotación en el aspecto laboral de esa pareja y económico porque una pareja que vive por ejemplo en Santiago de Cuba y Guantánamo pero que a veces vienen para acá, así como la que vive en Marianao, tiene que hacer una inversión económica para el viaje que implica pérdida de tiempo, de trabajo y muchas veces no son entendidos. A esto tú le sumas los aspectos de presión alrededor de la pareja cuando por ejemplo se someten a una inseminación artificial y viene un mes y no tuvieron nada y otro mes y nada, sufren cuando llega la menstruación y ven su sueño derrumbado pues es un fracaso de algo que ellos están esperando. Entonces a consideración nuestra esto tiene peso en salud, peso en lo psicológico y peso en lo social. Cuando tu estas allí tu ves una serie de situaciones que ellos enfrentan donde el médico puede aconsejar, puede servirle un poco de neutralizador para aliviar un poco la angustia, ya no solo desde el punto de vista de su problema de no tener hijos sino desde el punto de vista económico, de trabajo, estudios y de todas las presiones que recibe del medio. Son entes que están por todos lados de la pareja como tal y aunque ellos a veces se visten de un barniz y alguno de ellos aparentan que no hay problemas sí lo sienten. Fíjate si esto es así que cuando el mayor % casi el 100% de estas parejas cuando logran el embarazo no vienen más nunca al hospital a no ser que deseen otro embarazo. Y es que el período que ellos están en estudio y tratamiento es tan angustioso que cuando

logran sus objetivos intentan olvidar todo lo que pasaron. Tiene consecuencias desde el punto de vista social porque son personas que a veces pierden su trabajo, se meten en problemas laborales grandes. Por ejemplo, yo tuve una pareja que hubo que realizarle la fertilización in Vitro, o sea la reproducción asistida de alta tecnología. Muchas veces eso requiere de una inversión económica e incluso a veces debes ir fuera del país pues en nuestro país se está empezando a desarrollar pero no hay condiciones para llevarlo a cabo y eso es una inversión económica grande que a veces reciben apoyo pero otras muchas no reciben apoyo y lo buscan ellos. Esto desde el punto de vista de un enfoque general de la problemática de la infertilidad es lo más característico.

Entrevistador: ¿El impacto social de la infertilidad es más fuerte en la mujer o en el hombre?

Entrevistado: Aparentemente el impacto mayor es sobre la mujer porque la mujer es la que más se abre a la sociedad y en nuestra sociedad, al igual que las del resto del mundo predomina la sociedad machista. El hombre trata de ocultarlo. Te das cuenta cuando llegan a la consulta, que muchas veces se dice “no doctor el problema es que yo no puedo tener un hijo” y no es así, ustedes no pueden tener un hijo o en otro casos el hombre dice “no, yo no tengo problemas yo vine por complacer a mi mujer” y sin embargo cuando tú le dices mira eres tú el del problema se quedan estupefactos y esto es un % de posibilidades. Aparentemente esto impacta socialmente más en la mujer pero creo que esto está solapado por el machismo e incluso la mujer trata de respaldar cuando el problema es del hombre pues este se acompleja. Pero a mi me parece que impacta igual en los dos lo que se exterioriza mas en las mujeres que en los hombres. Más o menos un 25% o un 30% el problema de infertilidad está en la mujer, de un 20 a un 25% el problema está en el hombre, alrededor de un 25% son los dos y hay alrededor de un 15% que no se sabe, los dos son normales aparentemente y sin embargo no logran el embarazo y ahí es donde la medicina tiene su error y su fallo pues no haya como diagnosticar la pareja pues muchos de estos problemas son inmunológicos pues muchas de estas parejas cuando se separan inmediatamente tiene sus hijos. Por tanto, el impacto social es parejo para los dos.

Entrevistador: ¿Usted me podría citar algunos expertos nacionales e internacionales que le han dado seguimiento al problema de la infertilidad?

Entrevistado: Esto es una preocupación a nivel mundial. Existe en Latinoamérica una sociedad que se llama Asociación Latinoamericana de Reproducción Humana. Esa asociación agrupa a todos los países de Latinoamérica y en ella hay, que se reúnen cada 2 años, ginecólogos, hay endocrinólogos, hay psicólogos, hay sociólogos, hay investigadores básicos, inmunólogos, urólogos, es decir toda una gama de especialistas que desde diferentes puntos y enfoques estudian los problemas de infertilidad. En una primera etapa de esta asociación cuando nos reuníamos la gran parte de las problemáticas era biomédica, investigación de laboratorio, o desde el punto de vista médico y clínico y la parte social era pequeña.

En el momento actual la situación está pareja porque esto ha tenido tanto peso que han ido aumentando las investigaciones, los estudios en los aspectos sociales y psicológicos de la pareja infértil y desde ese punto de vista la propia presidenta de la Asociación es una Socióloga Argentina.

Por otra parte, en el mismo Latinoamérica existe una red latinoamericana de reproducción asistida. También hay una asociación denominada ANDRO que es iberoamericana de andrología, es decir que se dedica al estudio del hombre que tiene un gran peso en la infertilidad del hombre donde está España, República Dominicana, Cuba, Portugal, Argentina, etc. Esta la Sociedad Nacional de Andrología que también se dedica a los estudios de infertilidad masculina. Está también la Sociedad Española de Andrología que también tiene un enfoque sobre la infertilidad. El 10 de marzo se celebró el Congreso de la sociedad iberoamericana de andrología donde participamos nosotros, hay problemas de transmisión sexual, los trastornos espermáticas, reproducción asistida, la fertilidad e infertilidad masculina, fundamentalmente en el hombre aunque también hay enfoques de parejas. Como vez esto internacionalmente tiene un gran impacto y nuestro país está tratando de adentrarse un poco más en este asunto y de sumarse a este gran movimiento. Esto constituye un problema de tal peso que en la OMS existe un departamento que se dedica solamente a los problemas de reproducción que durante muchos años estuvo financiando muchísimas investigaciones sobre infertilidad.

Entrevistador: ¿Cuáles son las investigaciones que se han realizado sobre la infertilidad?

Entrevistado: Bueno, aquí nosotros hemos realizado investigaciones de causas de infertilidad en la pareja, causas de infertilidad en la mujer, en el hombre, profundizar en algunas de estas causas, tratamientos de infertilidad, en aspectos psicosociales de la infertilidad de las cuales se han hecho muchas investigaciones y se siguen haciendo y actualmente se está realizando una sobre la actitud de la pareja ante la infertilidad.

Entrevistador: Pero a pesar de esto, ¿el peso de las investigaciones recae en lo médico?

Entrevistado: Bueno recae fundamentalmente en lo médico para hallar la causa pero va acompañado de investigaciones en aspectos psicosocial como estas investigaciones que se están llevando a cabo y estas ven las repercusión en la pareja infértil, se hacen estudios de población por eso sabemos que la infertilidad en Cuba va de un 12 a un 14%. Es decir, tratamos de ir cubriendo todas las expectativas que nos lleven a un mejor manejo de la pareja infértil. Es decir las investigaciones empezaron siendo biomédicas pero lo psicosocial ha ido cobrando fuerza en los últimos 10-15 años que es cuando más fuerza a cogido. En los programas de los Congresos se aprecia ese desarrollo pues al principio era una solo premio y ahora son 2 premios uno para lo biomédico y otro para la parte psicosocial. Te das cuenta entonces que este aspecto va en desarrollo y tiene que ir en desarrollo, es una necesidad. El médico debe ser conciente de la situación del paciente como ente que vive en un medio social y por tanto no puede prevalecer solo el enfoque médico sino que debe tener un enfoque integral.

Anexo # 7. Transcripción de la entrevista a Dra. Kenia Rodríguez

Entrevistador: ¿Cómo cree usted ha evolucionado la situación de la infertilidad en el país y en el territorio que atiende su consulta de manera particular?

Entrevistado:

La infertilidad en Cuba es un reto del Sistema Nacional de Salud porque las técnicas utilizadas son de alta de tecnología y son técnicas altamente costosas y realmente en los últimos años, el MINSAP ha trabajado el país como tal para tratar de implementar estas técnicas porque es un hecho que la incidencia y la prevalencia de la pareja infértil es muy alta.

En estudios que se han hecho en años anteriores oscila entre un 16 a un 20% de las parejas que son tributarias de estas técnicas. Se ha tratado lograr, a través del Sistema Nacional de Salud Pública que parta desde las provincias donde va a haber una consulta especializada en la atención a la pareja infértil. Esta consulta especializada, rectorada por el PAMI (Programa de atención materno-infantil) delega los casos que sean tributarios de la baja tecnología, la inseminación artificial intrauterina a los centros que se proyectan para ser de baja tecnología que van a existir 3 centros en estos momentos en el país, que van a estar distribuidos de acuerdo a las provincias, es decir: Ciudad de la Habana, Cienfuegos, Villa Clara, Holguín, para que puedan cumplir las necesidades de las parejas que son tributarias de la técnica de cualquier lugar de Cuba y el centro nuestro que se encarga de la reproducción asistida de alta tecnología que es la fertilización in Vitro, que en estos momentos es el único centro que se dedica a la implementación de estas técnicas que hace ya varios años estamos trabajando en esto, es decir, este hospital hizo un primer ciclo por los años 90, se reanudaron los ciclos a partir del 2004 y se ha venido trabajando todos los años a partir de este último con un grupo de parejas mínimo que consta entre 30 y 50 parejas que son las que han podido llegar al nivel más alto de la fertilización in Vitro porque como ya re dije es un proceder altamente costoso donde se requiere tecnología de primer nivel, tecnología que se nos dificulta por el mismo bloqueo porque hay que usar medios de cultivo de países que se requieren para la implementación de dichas técnicas en el laboratorio. Todo lo que se usa es desechable, los gastables son de un alto precio, pero a pesar de todas estas dificultades se ha podido crear este centro con todas las condiciones, donde pasa a ser el único centro en el país con estos requerimientos.

Estamos trabajando en conjunto con una comisión que la Comisión Nacional de atención a la pareja infértil que pertenece al MINSAP donde los casos fluyen a través de esta comisión y que a ella llegan los casos a través del PAMI de cada área. Allí es donde se valora y se evalúan los pacientes que son tributarios de un centro de atención terciaria, que en este caso sería este hospital.

Este problema de salud lleva un programa pero en estos momentos no se puede hacer extensivo a todas las parejas que lleven la técnica porque es un número considerable de parejas que son tributarias por la técnica porque la enfermedad tubárica que es una de las principales causas por las que las pacientes tienen que ejecutar este tipo de procedimiento aparece cuando las parejas o en este caso la mujer ha tenido frecuentes infecciones de transmisión sexual, cuando se han hecho interrupciones con legrados, regulaciones menstruales, cuando hay infecciones por Chlamydia, u otros parásitos y bacterias, las infecciones ginecológicas. Estos son procesos que conllevan a largo plazo a la enfermedad de las trompas. También influye la obesidad que acarrea trastornos metabólicos que, secundariamente, pueden producir infertilidad y yo creo que una de las cosas que tiene el Ministerio de Salud es precisamente el hecho de luchar por la prevención de que las parejas, tanto las mujeres como los hombres en edad fértil hagan conciencia, tengan una educación adecuada para evitar aquellas cosas que constituyen factores de riesgo que a largo plazo conduzcan a la infertilidad y consecuentemente necesiten de este tipo de técnica para lograr la reproducción y la fertilidad y esto incluye también a los hombres pues hay un número considerable de hombres con factor masculino y esto conlleva que el semen tenga problemas. Es decir, hay muchas cosas que son evitables y que limitarían el uso por los pacientes de estas técnicas

Entrevistador: ¿Qué factores biológicos, psicológicos y socioculturales inciden sobre la infertilidad en general?

Entrevistado:

Son muchos los factores que inciden, además de los que ya te he comentado, están los factores psicológicos, de exposición a agentes físicos, agentes químicos, la exposición a radiaciones, el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas. Todos constituyen factores, que no son determinantes, pero inciden en aquellos hombres que tienen ya genéticamente una condición que limita el proceso de espermatogénesis testicular que es el que está directamente vinculado con la formación de espermatozoides.

También hay procesos obstructivos, como la enfermedad de la próstata, las prostatitis, una serie de condicionantes orgánicas que, a largo plazo, contribuyen a la infertilidad y que son causas eminentemente biológicas. Las condiciones de trabajo también pueden influir negativamente, sobre todo aquellos pacientes que se exponen a radares, a entrenamientos en fábricas, que, aunque no hay un estudio, por lo menos a nivel de este centro que yo te pueda dar datos exactos, pero si hemos podido ver que la incidencia de la infertilidad es alta en aquellos pacientes que trabajan con factores específicos como radiaciones, excesivo calor, es decir, se muestra un perfil específico por ese factor.

Entrevistador: Observaciones de conflictos existentes entre ambos miembros de la pareja.

Entrevistado:

En este caso se ven muchas particularidades y diferentes situaciones y formas de enfrentar el problema. Hay parejas que el propósito es común y cuando esto sucede y cuando la pareja se concentra que la fertilidad es un proceso de dos, los resultados, aún en la consulta de infertilidad primaria, es decir que no requiere de estas técnicas, son positivos en términos de embarazos, pues hay comprensión, apoyo, compenetración y esto contribuye a un mayor rendimiento de la pareja. Sin embargo, existen parejas que traen a la consulta un conflicto psicosocial muy profundo porque deciden separarse por este motivo, disminuye la cohesión de pareja, existen frustraciones raíz de este conflicto. Se puede percibir incluso en la consulta el machismo que aún impera en la sociedad actual cubana donde hay mujeres que no se sienten amparadas o respaldadas por la parte masculina, son excluidas o recriminadas en la relación y esto las hace sentirse al margen de la sociedad en que vive y se desarrolla.

En muchos casos también sucede que las mujeres se acomplejan cuando llegan a la consulta, porque además tienen la presión de la familia, como si fuera la máxima responsable de la maternidad o del problema que afronta la pareja, sobre todo cuando es la mujer quien presenta el problema de infertilidad. En el caos del comportamiento masculino es diferente, pues es siempre la mujer quien se enfrenta con más decisión al problema y en ocasiones es ella la que se inculpa de presentar la enfermedad y no el hombre. Y es ahí donde los médicos deben trabajar, que ellos entiendan que la infertilidad no problema de uno u otro miembro sino que la fertilidad es de los dos. Sin embargo, cuando el factor es masculino, a veces el manejo psicológico es mejor, porque

la mujer juega un papel importante en eso, pues en la mayoría de los casos trata de que él no se sienta mal, es más cooperadora en la situación y esto producto también del mismo machismo. También se ve en un número increíble de parejas la infidelidad, la mayoría de las veces cuando es el factor femenino. Cuando ellos llegan a la consulta te encuentras con que él tuvo una relación extramatrimonial y tuvo un hijo y esto crea un conflicto donde al final él quiere que la mujer asuma esa condición y para ella es bastante difícil sobre todo porque es ella el que no le puede dar un hijo a su pareja y esto es frustrante para ella.

La prevalencia reside en las causas femeninas, es decir predominan más las mujeres infértiles que los hombres pero esto no significa que exista una diferencia abismal entre ellos.

Anexo # 8 Transcripción de la entrevista al Dr. Miguel Sosa.

Existen diferentes factores que pueden estar incidiendo de manera directa en la infertilidad que van desde colocar correctamente los dispositivos intrauterinos para que no hayan mujeres infértiles y por ende utilizar un anticonceptivo seguro para evitar todos los malestares de la infertilidad. Cómo este tratamiento del grupo de la infertilidad se puede insertar en las necesidades que tiene el país de frenar un tanto la tendencia que tiene el país a la disminución de la natalidad. Estas son las medidas de Salud Pública que se aborda en el orden práctico a través de un programa, un documento seriamente escrito. Salud Pública contribuye a resolver el necesario estímulo de los nacimientos de la población cubana de muchas formas pero a nosotros no nos toca todo. A nosotros no nos toca la canastilla, ni resolver el problema de vivienda.

Yo, en colaboración con la ONE hice un trabajo hace un tiempo donde nosotros descubrimos que la fecundidad tenía muchas cosas serias. Primero que la población cubana no tiene un sentido de responsabilidad en cuanto a la natalidad, dos, en que la gente que quiere tener un hijo tiene algunas limitantes y en cuanto a limitantes, lo más importante que está sucediendo ahora con el empoderamiento de la mujer es el desplazamiento de la edad de reproducción, de la edad de parir. Es muy importante en la medida que se va complejizando la cosa social pues el pensamiento gira en torno a “culminar o priorizar el lado profesional” y luego entonces se dedican a la familia y terminan en las edades de 32, 39 y posiblemente hasta más. Eso es un diseño social que está dado por las circunstancias sociales.

La mejor edad de tener hijos es entre 20 y 29 años. El rango de crisis o epicrisis es entre 30 y 35 años y después de 35 años es una crisis total. Resulta ser que nosotros estamos abordando socialmente la consecuencia social de los nacimientos, es decir las mujeres parirán su primer hijo después de los 30 años y su segundo hijo, después de los 38, eso es lo que nos está dando ahora como resultado en las investigaciones realizadas. Porque ya después apareció la segunda pareja, el hombre ideal y entonces esa mujer quiere tener un segundo o un tercer hijo con ese hombre y es ahí donde vienen los problemas. Nosotros, hicimos una investigación hace algunos años que es secreto, que nosotros guardamos porque son cosas que no se van a resolver. Ha habido un desplazamiento de la idea de la reproducción en la sociedad cubana. También se puede decir que en Cuba existe una mentira conceptual, “en Cuba se acabó el machismo y se acabó la pareja”, los machos influyen en Cuba en un tema agresivísimo en la fecundidad, que son

contaminadores de embarazos para levantar su ego a nivel de interrupciones de embarazo y este es el gran problema de salud que hay en estos momentos para la fecundidad cubana, el volumen enorme de los abortos que es un tema sociológicamente complicado que tiene que ver con la fecundidad y tiene que ver con el crecimiento de la infertilidad. Nosotros empezamos a trabajar sobre la base de las causas que están generando todo esto, todo el mundo piensa que la anticoncepsual pero esta no es la determinante en Cuba, las determinantes en Cuba son otras cosas que no tienen que ver con Salud Pública, la sociología apunta a que la gente no quiere tener hijos porque no termina la carrera, porque no tienen una economía visible. Nosotros hicimos un trabajito, en silencio ha tenido que ser, que sacamos cuanto cuesta un hijo hoy, actualmente, cuánto cuesta en dinero cubano, un hijo para que viva con lo elemental que no es el culero de divisa ni el de mejor calidad, la cunita de palo, ese gasta 750 pesos como mínimo y una pareja que gane 350 pesos mensuales no le da la cuenta, por tanto no hay una economía preconcebida para tener hijos y eso tu no lo puedes decir porque entonces caes en contrarrevolución. Pero cómo esa pareja va a tener un hijo en circunstancias normales, que no esté robando, ni haciendo nada malo, ganando 350 pesos y eso sin contra los gastos normales de la casa. Las parejas no tienen un sustento económico fiable para tener un hijo. Ya cuando es el temita del culerito de calidad y la compotita buena son 2002 pesos mensuales. Entonces la pregunta es, ¿qué tiene que ver Salud Pública con la economía?, nada, esa medida no es de Salud Pública, eso le tocaría a otra gente. El tema vivienda, a lo mejor tú tienes un tío en el extranjero que manda dinero o tu pareja es busca vidas, cuentapropista y estás aplazando, voy dejando esto para después. Hay un cambio en la conceptualización de la fecundidad pero no por un fenómeno de desarrollo, esto no tiene nada que ver con el desarrollo.

En Cuba no hay una percepción del riesgo del aborto por una sencilla razón, porque el nivel de convencimiento, de influencia dentro de la propia población, sobre todo la población juvenil, es grande. Una le dice a otra que ella se ha hecho 3 regulaciones y no le ha pasado nada y lo que esa persona no sabe es que ya tiene un 25% de probabilidad de ser infértil, se le afectan las trompas y lleva alta tecnología que es más complicado.

Otro aspecto, ¿qué condiciones existen para que tú trabajes y cuides un hijo al mismo tiempo?, ¿están resultas?, entonces se hizo un gran programa, que es el programa secreto que hizo el Comité Central donde se habla de todas estas cosas, y donde se especifica que la labor que debe realizar Salud Pública es la de favorecer que no siga aumentando la infertilidad y el tema es disminuir los abortos, y para ello necesitamos anticoncepción

y cuando le propusimos a Lazo que era el que estaba presidiendo eso que para mejorar la infertilidad, necesitábamos anticonceptivos inocos que no provocaran infección como los DIU dijo “pero cómo inocos, lo que quieren anticonceptivos para no tener hijos” y nosotros le explicamos lo siguiente: si yo pongo una buena anticoncepción, (que pueden ser hormonales de baja complicación), para que tú evites los embarazos en ese período de tiempo que tú estás aplazando, con eso evito que te embraces y te hagas un aborto, y este último puede darte un 25% de infertilidad, aunque sea uno solo y eso no lo sabe la gente, se trata de aplazar con seguridad. Y el grupo que más reincide en este tema son los adolescentes, las estudiantes y pasa que cuando sucede esto el macho no aparece por ningún lado y ni se entera.

Los embarazos ectópicos no son más que consecuencias de una infertilidad y como causa de una infertilidad es la implantación de un óvulo en un lugar que no le toca y no le toca porque ya está lesionado casi siempre por infecciones y por abortos. Como ves los anticonceptivos, los abortos y las infecciones de transmisión sexual son las causas fundamentales que inciden en los embarazos ectópicos y en las infecciones que se producen. Las enfermedades de transmisión sexual inciden de manera directa y hay un incremento en la sociedad cubana actual.

También le toca a la Salud Pública asegurar el riesgo preconcepcional, que las mujeres de 40 años paran con buena salud y eso es un problema, no es lo mismo asegurar eso en una muchacha de 20 a 29 años que con una vieja de 40 años. Ya a esa edad eres hipertensa, diabética y eso pone en peligro tu vida. Esas son las medidas para incrementar la calidad de vida, porque no es solo tener hijos sino tenerlos con calidad.

Un conflicto de género serio es todo esto que te acabo de hablar, es decir, el hombre contaminador de embarazo para levantar su ego y su hombría y al mismo tiempo provoca la infertilidad de la mujer. Otro conflicto: el condón como conflicto de género que incide en la infertilidad, pues como ya te dije las infecciones de transmisión sexual producen infertilidad y no es un secreto para nadie que los hombres odian el condón y eso pues trae serios problemas en la salud sexual y reproductiva tanto de hombres como de mujeres; y también el hombre como causante de la infertilidad en la pareja, el 90% de los hombres que presentan problemas de infertilidad han presentado o presentan alguna enfermedad de transmisión sexual. Todo esto son los factores fuertes, después parece el tema de la dieta, un hombre gordo, obeso, es infértil y en la mujer es lo mismo, una mujer gorda no sirve para parir porque se le diluyen las hormonas en la manteca, porque

tú eres sexualmente activa y eficaz mientras no aumentes de peso o disminuyas en exceso. La obesidad o la desnutrición tiene que ver con el fenómeno funcional ovárico y temático, es decir, que la dieta tiene que ver por esta vía, aunque no se puede absolutizar, frecuentemente es así.

El caso del hombre es bastante complicado, estimular la espermatogénesis del hombre es bastante difícil, a veces salen jorobaditos, muertos, con dolor de cabeza que no sirven para nada y hay técnicas más modernas que no utilizan el esperma, cogen el DNA y se lo introducen al óvulo es un ICSI, eso en este país es complicadísimo y en el mundo esa técnica es muy cara y aumenta considerablemente el número de hombres que lo necesita. Entonces, cuando tú trates todo eso, que se supone que sea un 15% de la población de parejas estables en un momento determinado. De ese 15%, el 60% son mujeres, 40% hombres pero entre este rango existe una variación de más menos 20% que participan las dos causas. Este 60% de la mujer, en su totalidad son tubáricas y más del 60% de esas tubáricas son con antecedentes de abortos y de DIU y el resto son infecciones de transmisión sexual. Este 15% de la población representan más o menos 800 000 parejas. De ese total, solamente son tributarias de alta tecnología el 4%, el 96% resulten en la atención primaria y servicios básicos, esta última pudiera aportar un poco al incremento de la natalidad pero la otra solo aportaría en una cifra aproximada 500 niños la año, cifra que no es representativa en comparación con la otra, entonces esta no es la vía para incrementar la natalidad. Por tanto nunca digas que la solución para el crecimiento de la natalidad está en la alta tecnología. Pero más importante que esto es que yo evite que en el futuro siga siendo un 15%, sino quiero llevarlo a un 8%, disminuyendo el aborto, las ITS y quitando el DIU y poniendo anticonceptivos de calidad, de ahí el interés de Salud Pública en todos estos temas, la infertilidad la está acabando las ITS. Un DIU no es que sea malo sino que combinado con una infección de transmisión sexual es muy dañina. También otro tema importante es la higiene y en este país no es muy buena que digamos, cuántas veces tiene que ir a un baño público y no puede poner la nalga en una tasa porque sabe que está infestada, hay que higienizar a toda la población, niños, adultos, ancianos, todo el mundo y sobre todo a los adolescentes, en esas becas parece que se cae el mundo en relación a la higiene, ahí hay una falta de higiene terrible y todo esto es para evitar las infecciones de transmisión sexual, que pasa por la higiene, hábitos, costumbres, abandonamos la higiene personal y sexual. En el caso del agua contaminada no es tanto ingerirla como lavarse con ella, porque ingerirla puede ocasionar parasitismo intestinal pero lavarse con ella puede ocasionar una infección vaginal

