

Vida Conyugal y Práctica Médica. La Atención de Parejas con Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en México.

Diana L. Reartes.

Cita:

Diana L. Reartes (Noviembre, 2004). *Vida Conyugal y Práctica Médica. La Atención de Parejas con Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en México.* V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/diana.reartes/7>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pNbO/zCU>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Vida Conyugal y Práctica Médica. La Atención de Parejas con Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en México.

Diana L. Reartes.

Cita:

Diana L. Reartes (2004). *Vida Conyugal y Práctica Médica. La Atención de Parejas con Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en México*. V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/35>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evNx/ebg>

Vida Conyugal y Práctica Médica.

La Atención de Parejas con Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en México

Diana L. Reartes*

Resumen

A pesar de que los profesionales médicos reconozcan que en la mayoría de los casos, el diagnóstico de VPH conlleva consecuencias y conflictividades de diversos grado en las parejas y ciertos malestares sexuales, en la consulta poco hablan de los mismos, aduciendo el escaso tiempo de consulta, la falta de preparación y entrenamiento profesional para afrontarlos o el que los propios pacientes no los manifiesten abiertamente. Del mismo modo, los médicos consideran que ante disrupciones en la vida de pareja, ellos no pueden intervenir ya que esto implicaría una intromisión en la vida privada de sus pacientes, ámbito que no les incumbe profesionalmente, dejando a la pareja resolver por sí sola estos problemas.

Palabras Claves: Infección por VPH - Conflictos conyugales - Atención a parejas - Práctica médica.

La ponencia analiza el rol que juegan los médicos en los conflictos conyugales que en ocasiones emergen al conocerse el diagnóstico de esta infección de transmisión sexual asociada al cáncer cervical. Los datos derivan de una investigación realizada en la clínica de displasias (servicio de oncología) y en la clínica de Enfermedades de transmisión sexual (ETS) de un hospital-escuela público de gineco-obstetricia, de reconocido prestigio y excelencia, de la ciudad de México. El mismo atiende a población de niveles socioeconómicos medios y medios-bajos y particularmente, el primero de los servicios mencionados (la clínica de displasias) fue elegido por ser uno de los pocos en su tipo que ofrece atención tanto a mujeres como a varones, en tanto la mayoría de los servicios públicos sólo se dirige a la población femenina.

Los informantes médicos seleccionados fueron diez (ocho varones y dos mujeres) distribuidos según las siguientes categorías: cinco médicos adscritos, de los cuales dos son cirujanos oncólogos, dos son infectólogos y uno gineco-oncólogo, y cinco estudiantes del Diplo-

mado en Colposcopia que se desarrolla en la clínica de displasias. También entrevistamos a 9 parejas pacientes. Los resultados que se presentan están basados en entrevistas que fueron realizadas durante los meses de mayo del 2000 a diciembre del 2001¹.

Tal como es reportado por trabajos de investigación en diferentes contextos, ante el diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, médicos y pacientes admiten que además de las consecuencias en la salud física son frecuentes los problemas emocionales y afectivos interpersonales debido a la carga simbólica negativa que detentan estas infecciones (Giffin y Lowdes, 1999; Gogna et al., 1997; Steven, 2000).

El diagnóstico de VPH no escapa a esta constante y con frecuencia es desencadenante de conflictos o ciertas disrupciones a nivel de las parejas. Puede hacer emerger la sospecha de relaciones extramatrimoniales o constituirse en la prueba que confirme una supuesta infidelidad por parte de algunos de los miembros, puede reactivar problemas anteriores en la relación y llevar a crisis más o menos importantes. Con esto no estamos, sin embargo sugiriendo que éstas sean las únicas vías de enfrentar y dar resolución a estos problemas; en otros casos, la enfermedad puede acercar y fortalecer el vínculo o bien no conllevar mayores dificultades, asumiendo las parejas la enfermedad con cierto pragmatismo.

En este escenario, "los médicos juegan un importante rol de intermediarios y una de sus principales funciones es la de disipar dudas" (Gogna et al., op.cit.:19). Fue así como para el caso específico del VPH, nos preguntamos: ¿qué rol dicen jugar y realmente asumen los médicos cuando la paciente le manifiesta que han surgido problemas con su pareja derivados del diagnóstico de la infección? ¿Intervienen, minimizan o niegan los conflictos? ¿Qué tipo de apoyo ofrecen a la pareja? ¿existe un diálogo entre médicos y pacientes en relación a los problemas que conlleva la enfermedad en el terreno de lo

* CIESAS D.F. Juárez 87. 14000-Tlalpan, México D.F. Mail: dlrp@prodigy.net.mx

emocional y en el ámbito de la sexualidad? ¿Se hacen cargo de estos problemas conyugales, derivan a los pacientes a otros profesionales como psicólogos o terapeutas familiares o dejan a la pareja resolverlos por sí?. Las respuestas ofrecidas por la totalidad de los profesionales coinciden en enfatizar que el papel del médico debe restringirse a atender clínicamente la infección y a no involucrarse en los posibles conflictos surgidos en las parejas, lo que sí debe hacer es ofrecer información acerca de las características particulares que presenta esta ETS con la intención de que con esta información la pareja decida cómo enfrentar tales problemas:

“Yo durante todo eso soy un poco cauto de no meterme a esos asuntos porque no me interesan, me interesa el cuadro clínico y cómo tratarlo, el aspecto social y personal de la persona pues a uno no le debe de atañer ... se trata de dar algún tipo de apoyo a las parejas, pero realmente nunca saliendo de lo que es la verdad de la enfermedad y cómo se transmite la infección y qué medidas deben de tomar” (MED 6, varón, 3-8-2000).

“Uno no está enterado bien de todos los antecedentes de la vida de él, de ella, ¿no? como para meter las manos al fuego y yo como juez para decirle: ‘No, no se separen’, o sea, uno maneja cierta información, se las da a ellos y ellos ya con esa información ya tendrán suficiente juicio para decidir hasta dónde llegan” (MAO 1, varón 30-8-2000).

Varios de los informantes afirmaron que ellos no son jueces, aludiendo al hecho de que no tienen la función de intervenir en los conflictos, que no pueden ni deben tomar partido por uno u otro miembro de la pareja ni aconsejar acerca de lo que deben hacer como pareja, en tanto que al no ser este un campo médico queda fuera de su incumbencia profesional:

“A nosotros no se nos otorga la facilidad de ser juez, solamente somos personas que estamos dedicadas a esta área, tenemos cierto grado de experiencia que nos permite explicarle de una manera concreta y correcta a la persona que recibe la atención de qué se trata pero ya de ahí cruzar la barrera de decir qué debe hacer o cómo debe comportarse pues ya es muy diferente. Entonces, sencillamente estar a la disposición para que cualquier duda, solicitud de algún tipo de información adicional, pero no puedo influir en ningún momento en la toma de decisiones que ellos van a decidir uno no puede decidir sobre ella y sobre él, lo que van a hacer, yo solamente les

comento qué sería lo más adecuado, la decisión siempre debe ser de ellos y uno debe respetarla, solamente que uno como médico puede sugerir más no puede indicar qué deben hacer, porque no ... la verdad no nos compete porque eso ya sería como atravesar la intimidad de lo que es una relación de pareja ... en el momento que pregunten algo directo contestar y nada más” (MED 6, varón, 15-8-2000).

De manera coincidente otro médico opina:

“Tú si ves a la paciente que está mal, que está en un conflicto, orientarla ‘¿qué sucede?, ¿en qué podemos ayudarte?, mira cuenta con esto, con esto’, pero ya tanto como yo tomar partido, decidir ‘Ah, tú eres malo, tú eres bueno ...’, no, eso no se puede, ni se debe porque no es nuestro lugar, no es nuestra ética de trabajo, no es nuestra profesión juzgar a la gente, realmente ya existen abogados y jueces y gente no sé policías que son los que se encargan de decir si el comportamiento de alguna persona está bien o no está bien. Nosotros en base a lo que es la salud, la enfermedad, el bienestar de la persona y si en eso nos involucra un poco un conflicto personal y podemos orientar pues perfecto pero nada más” (MED 8, varón, 16-1-2001).

Más aún, uno de los profesionales indicó que si la paciente no es quien le refiere la existencia de problemas o conflictos con su pareja, no es conveniente que el médico indague al respecto porque esto podría alentar la emergencia de dudas o interrogantes en las pacientes que ni siquiera se lo han planteado:

“Si ellas no lo refieren es muy difícil poder abordarlas en ese sentido, no es tan fácil inmiscuirse ... no es imprescindible ese tipo de problemas, si uno aborda el tema sin que la paciente dé la pauta ¿sí?, uno va a ser quien empieza a ocasionarle un problema cuando a la mejor no era para tanto ¿no?. Ya cuando la paciente lo refiere pues lo que yo siempre he pensando como médico es que está uno para resolverle los problemas al paciente y no para crearles más ¿no?, entonces no nada más es no crearle un problema con un tratamiento, sino el no propiciar situaciones que puedan trastornar su estabilidad emocional, ¿sí?,” (MAO 1, 30-8-2000).

Cuando es la paciente quien plantea que entre ella y su pareja han surgido problemas derivados de sospechas por una presunta infidelidad, la mayor parte de los profesionales señaló que la responsabilidad del médico con-

siste en no acrecentar el conflicto, proporcionando información con la intención que la pareja tenga los elementos necesarios para reconsiderar la situación disruptiva por la que están atravesando:

“Yo creo que la responsabilidad del médico consiste en no agravar un conflicto más del punto al que ha llegado un conflicto entre la pareja ¿no?. O sea, yo diría que el médico debe ser capaz de identificar si la pareja está atravesando por un conflicto consecuencia del diagnóstico, debe ser capaz de identificar si en ese conflicto está involucrada mala información de parte de otros médicos previos o de parte de los medios de comunicación masivos o de parte de familiares, etc. Y diría yo que el médico debe proporcionar la información necesaria para que esa pareja que se encuentra en conflicto no tenga elementos adicionales de conflicto, esto quiere decir que si el médico detecta que es una pareja que de por sí está ya con problemas en ese momento, que la información que proporcione el médico no sea un motivo más de conflicto en esa pareja o no sea la gota que derrame el vaso o el motivo de la separación final ¿no?” (MAO 2, varón, 5-9-2000).

La importancia otorgada por todos los entrevistados al suministro de información “veraz” nos llevó a un análisis de lo que los profesionales “dicen” respecto de la infección por el VPH. Esta información presenta como principales características:

a) Trata de equipar la infección por el VPH con otras infecciones de transmisión sexual como la clamidia e incluso con otras enfermedades virales como una gripe, con la intención de minimizar su gravedad en términos de estigma, vergüenza o culpa derivados de padecer una infección sexual:

“Entonces, pues la información que yo les manejo es que bueno, está bien, puede ser una infección de transmisión sexual pero igual hay otras también que se dan en la vida sexual de una pareja estable y que no se hace tanto escándalo como con ésta ¿no?, entonces la infección está allí y hay que tratarla hasta que el problema se resuelva. Trato de ser lo más conciso y lo más específico y tratando, también, de no ocasionar más problemas en la paciente. Yo hago mucho énfasis en la información que necesita el paciente ¿no? en el hecho de que esto es una infección como tantas otras que se pueden dar durante la vida sexual de una pareja, inclusive estable y que bueno ya cada quien sabe hasta dónde quiere hacer un problema

de algo que pueda ser que no lo justifique o pueda que igual sea la gota que derramó el vaso” (MAO 1, varón, 30-8-2000).

b) Aunque los profesionales dicen que el virus se transmite fundamentalmente por vía sexual, mencionan también la posibilidad de contagio a través del contacto con materiales contaminados, como por ejemplo, los baños públicos:

“A veces utilizo una mentirita piadosa y les digo: ‘Una pequeña cantidad de pacientes, que pudieran ustedes estar en ésta, es que a veces el hombre se sienta en una taza de baño y si tiene menos de 20 minutos que alguien que tenía virus del papiloma humano estuvo ahí, dejó secreciones y estuvo ahí en contacto con la taza y el otro llega y se sienta y también el pene toca la taza pudiera adquirir el virus, es muy pequeña la cantidad ... pero ustedes que no han sido promiscuos ni nada pudiera haber sido por ahí ... un poco para yo dejarla protegida, desde el punto de vista mental ...” (MAETS 1, varón, 9-3-2001).

c) Enfatiza la posibilidad de la prolongada latencia del virus con la finalidad de desvanecer la sospecha de que la infección es producto de un contacto sexual cercano en el tiempo, derivado de una relación extramarital, exculpando, de este modo, a ambos miembros de la pareja de este comportamiento negativo:

“Yo les digo, este virus dura hasta 27 años, entonces, no sabemos si su esposo antes de casarse con Ud. tuvo una parejita o si tuvo ... –si ya interrogué al paciente y me dice: ‘No, pus sí tuve tres parejas, cuatro, cinco’, ‘Y Ud. señora?’, ‘Pues, yo tuve una, dos’, no sabemos de dónde vino, no culpemos a nadie porque pudo estar hasta 27 años, somos adultos y hay que manejar esto como adultos ... orita le quitamos las lesiones y el virus se va a quedar ... para toda la vida, entonces, lo que tenemos que vigilar es que no reaparezcan las lesiones ... yo le pediría que esto no provoque problemas en pareja ...” (MAETS 1, varón, 9-3-2001).

d) Ante la imposibilidad de saber el momento en que se contrajo el virus, el discurso médico resalta más la necesidad de tratar la infección que de buscar conocer las circunstancias del contagio:

“Yo al menos es lo que digo cuando viene una paciente: ‘Es que dígame doctora, ¿me lo pegó mi esposo?, ‘No, mi’ja, tienes un virus, como un virus de la gripe que se puede contagiar, bah, bah’, ‘¿Cómo fue?’, ‘Ya pus, qué te importa? ¿no?,

trátate, es lo más importante, que no te pase algo más grave o más delicado ¿no?” (MED 10, mujer, 30-5-2000)

También los profesionales admitieron que a veces utilizan mentiras piadosas para evitar conflictos entre las parejas con el fin de mantener la armonía conyugal:

“Yo trato de lo más que se pueda de mantener unida a esa pareja, eso es lo que yo trato de hacer, a lo mejor no soy lo suficientemente honesto porque tanto es culpable el que mata la vaca como el que le amarra la pata pero cuando se puede ... si veo que pudiera eso traer problemas entre ellos y que los hijos son en los que va a repercutir pues no me meto, me hago mejor de la vista gorda –como decimos aquí- o trato de pasar inadvertido esto, trato de un poquito cambiar ... la situación que es verdad, hasta 27 años puede durar el virus ¿no?” (MAETS 1, 9-3-2001).

Más aún, cuando interrogamos a uno de los informantes acerca de cómo se comportaría si el esposo de una paciente le confesaría a él su infidelidad, el médico nos respondió que actuaría de igual modo, reflejando una clara complicidad genérica:

“Aun cuando yo tuviera la certeza de que el individuo se ha infectado en otro sitio y él es prácticamente el autor de la infección de su esposa, aún en esos casos no creo conveniente afirmarlo de esa manera ... en ningún momento enjuiciar a ninguno de los dos y en ningún momento darle elementos a alguno de los dos para enjuiciar al otro, finalmente el enjuiciamiento que se hagan uno del otro es asunto de ellos (MAO 2, varón, 5-9-2000).

Desde el discurso médico, la función de estas “mentiras piadosas”, o el “hacerse de la vista gorda”, términos utilizados por uno de los informantes, tiene la buena intención de desvanecer cualquier sospecha de infidelidad que emerja en la pareja, favoreciendo la armonía conyugal y tratando de evitar la disolución de la pareja en bien de los hijos. Así, la práctica médica se atribuye una especie de protección de la estabilidad conyugal y familiar.

Otro aspecto mencionado por sólo uno de los profesionales y que involucra su intervención para evitar posibles conflictos tiene lugar cuando una paciente que ha manifestado o presenta la infección se va a casar y su pareja no ha sido atendida. En estos casos, el profesional (teniendo en cuenta cuán machista sea el varón) considera la conveniencia o no de enterar al futuro esposo de la situación de salud de la mujer, ofreciendo su mediación:

“Hay veces que viene una mujer que apenas se va a casar y me dice: ‘Tengo VPH: ¿qué hago, le digo o no le digo?’ ‘Mire señorita, pues es un problema bastante complejo, yo le pediría que me trajera su pareja para que yo platique con él, déjeme a mí esta labor para que científicamente yo se lo explique y no haya ningún problema ...’, hay veces que me dicen: ‘Doctor, ya tiene varios años que no han salido lesiones, me voy a casar, cómo ve, siento la obligación de platicárselo a mi esposo’, ‘¿Cómo ve a su esposo?’ ‘según ella pues ya lo catalogo, aquí hay hombres que tenemos como que el machismo muy adentro, como que nosotros sí tenemos un poquito de derecho de haber tenido otras parejas, pero la mujer tiene que llegar virgen y si le dice que tuvo VPH puede ser que se eche todo a perder ... entonces según el compañero con el que te vayas a casar es como que tienes que dárselo o no ...’ (MAETS 1, 9-3-2001).

Este es otro ejemplo, de cómo la intervención médica en los asuntos de la pareja sólo es legitimada si se dirige a mantener la relación en armonía y bienestar.

Estos hallazgos coinciden con los de Gogna et al. (Op.cit.:18-19) a partir de una investigación realizada en Buenos Aires acerca de las creencias de la población acerca de las ETS y el VIH-SIDA, en la que también se recupera la actitud médica en relación a estas enfermedades. Las autoras señalan que frecuentemente la palabra médica refuerza la creencia lega acerca de que una de las principales vías de contagio de las ETS son los baños sucios, aunque los profesionales se comportan diferente si el que consulta es un varón o una mujer. Los mensajes sobre el baño como causa primera y última, son habituales en las consultas de mujeres más no en las de los varones. Asimismo, los médicos se autodefinen como custodios de la institución familiar y orientan sus mensajes en esa dirección.

De forma similar, un estudio realizado en Brasil en relación a la prevención y tratamiento de Chlamydia reveló que los ginecológicos entrevistados señalaron que evitaban la discusión sobre la fidelidad sexual con sus pacientes femeninos a pesar de que enfatizaban la necesidad de tratamiento de la pareja sexual, rehusaban contestar las preguntas de las mujeres acerca de cómo ellas fueron infectadas y creían que dar información detallada sobre cómo la chlamydia fue transmitida podría convertirse en una interferencia injustificada en la vida privada de las parejas.

Según las autoras, estas prácticas médicas tienen el propósito de no causar problemas a la pareja a la vez

que se considera que una discusión acerca del comportamiento sexual de los miembros de una pareja no es una responsabilidad del profesional médico. Para las autoras, sin embargo, esta estrategia protege a los varones al no exponerlos a un reconocimiento de su actividad sexual extramarital, reproduciendo así la vulnerabilidad de las mujeres ante las ETS (Giffin y Lowndes, 1999).

Así, para los profesionales entrevistados la conducta correcta a seguir cuando existen desavenencias conyugales consiste en no intervenir en los conflictos ya que esto implicaría involucrarse en la vida privada de la pareja y sólo consideran aceptable brindar información que evite el agravamiento de los problemas y que posibilite que la pareja tome una decisión acertada.

La derivación a terapeutas con la intención de que la pareja encuentre en ellos cierto apoyo para resolver los problemas no es una práctica utilizada por estos profesionales, aun cuando algunos profesionales hayan reconocido su incompetencia para brindar asesoría en este aspecto y el hospital cuente con un departamento de salud mental. Sólo dos de los profesionales, el coordinador del servicio de Oncología y una estudiante del diplomado, manifestaron que sólo en contados casos han recomendado a la paciente que busque la ayuda de algún psicoterapeuta de pareja.

En la opinión ofrecida por algunos médicos pareciera que la no canalización está basada en cierta resistencia de la población para asistir con un psicólogo más que en el reconocimiento de las propias dificultades para admitir que no sólo se requiere atender la enfermedad sino también el padecimiento de los sujetos:

“Decirles ‘Vayan a ver a un psicólogo’, a veces sí les puede ayudar, no es algo que lo acepten ellos, ni por esto ni por otras razones, ir a ver a un psicólogo es a veces decirle que pus, están loquitos ¿no?. Entonces, no, nunca ha sido algo tan fácil de manejarle a una paciente decirle que necesita del psicólogo, el psiquiatra para que puedan salir de su problema porque no estamos acostumbrados” (MAO 1, varón, 30-8-2000).

A pesar de que los profesionales reconozcan que en la mayoría de los casos, el diagnóstico conlleva consecuencias y conflictividades de diverso grado en las parejas y ciertos malestares sexuales, en la consulta poco hablan de los mismos, aduciendo el escaso tiempo de la consulta, la falta de preparación y entrenamiento profesional para afrontarlos o el que los propios pacientes no los manifiesten abiertamente. Del mismo modo, los médicos consideran que ante disrupciones en la vida de

pareja ellos no pueden intervenir ya que esto implicaría una intromisión en la vida privada de sus pacientes, ámbito que no les incumbe profesionalmente, dejando a la pareja resolver por sí sola estos problemas. En otras palabras, los límites de la práctica médica se restringen a la dimensión de la enfermedad; la dimensión del padecimiento, de los problemas emocionales queda fuera de su actuación/intervención.

Del lado de las parejas usuarias, la mayoría tampoco exigen de los profesionales su mediación o consejo para afrontar o resolver las alteraciones en el vínculo que la enfermedad les acarreó. Sólo dos de las nueve parejas entrevistadas reconocieron haber sentido el deseo de hablar con algún profesional aunque también el insuficiente tiempo que tienen para hacerlo. En términos generales, las parejas cuando se vieron afectadas por estos problemas recurrieron al soporte de familiares o amigos y en un caso, a la integración en un grupo católico.

La intervención de los profesionales médicos en los conflictos conyugales conlleva sin lugar a dudas a una discusión sobre la pertinencia de su intervención a riesgos de medicalizar el campo de la vida emocional de la pareja así como si el sector salud es el más adecuado para dar consejería en estos aspectos. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la necesidad de información y apoyo a las parejas es reconocida por los profesionales y aunque por una minoría, también por algunos pacientes. La posibilidad de que la consejería esté a cargo de otros profesionales no médicos como enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas debidamente entrenados para tratar con los aspectos emocionales y el proceso de adaptación a la enfermedad puede ser una vía alterna. En países como Canadá existen grupos de apoyo que funcionan incluso en locales de la comunidad, a través de teléfonos o grupos de discusión en sitios de internet donde las personas pueden externar sus problemas de forma anónima (Steben, 2000:46-47).

Teniendo en cuenta que la mayoría de los profesionales no han sido capacitados para hacer frente a estos problemas, consideran que no es de su incumbencia hacerlo o no están dispuestos a ejercer este rol y que por lo tanto, los consejos que brindan son consejos “personales ligados al sistema de valores subjetivos” (Franco Ramini, 1992:125) y muchas veces permeados por estereotipos y roles de género que refuerzan las desigualdades existentes entre mujeres y varones, sería conveniente que los médicos u otros integrantes del equipo de salud o de la comunidad que así lo desearan fueran sensibilizados y capacitados para ofrecer una consejería

que reconociera la pertinencia de abordar las consecuencias emocionales de la infección por el VPH alentando la posibilidad de un diálogo al interior de las parejas que favorezca relaciones más igualitarias.

Notas

¹ En la transcripción de fragmentos de entrevistas correspondientes a los profesionales médicos, las siglas utilizadas para identificar a cada informante corresponden a: MAO (Médico adscrito Oncología); MAETS (Médico adscrito Clínica de ETS); MED (Médico estudiante diplomado colposcopia). En cada caso se señala también el sexo del profesional.

Referencias

- FRANCO RAMINI, J. A., 1992. Insuficiente educación sexual en medicina. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 38 (2):123-130.
- GIFFIN, K. y M. LOWDES, 1999. Gender, sexuality and the prevention of sexually transmissible diseases: a brazilian study of clinical practice. *Social science & medicine*, 48:283-292.
- GOGNA, M.; E. A. PANTELIDES y S. RAMOS, 1997. *Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad*. CEDES-CENEP, Buenos Aires.
- STEVEN, M., 2000. Counselling persons with HPV infections. *Memorias de la Reunión AEPCC y HPV clinical workshop Colposcopia y HPV2000, Barcelona, 21-23 de julio*: 46-47. Asociación española de Patología cervical y colposcopia, Barcelona.

Indagación Antropológica sobre Medicinas y/o Terapias Alternativas en Uruguay-2004¹

Sonnia Romero Gorski*

Introducción al tema y a los trabajos que componen este estudio del equipo Antropología y Salud, Dpto. de Antropología Social, Instituto de Antropología

Presentación

En esta introducción reviso en primer lugar conceptos teóricos y análisis (S.Romero, 1993- 2003) sobre la complejidad y transformaciones del campo de la salud, para avanzar en la comprensión del auge actual de oferta y demanda de terapias y/o prácticas medicinales llamadas 'tradicionales' y 'alternativas', curas mágico-religiosas, chamánicas y múltiples técnicas de sanación y armonización. El tema fue abordado en equipo durante los primeros meses del año 2004, realizando una búsqueda documental y trabajo de campo, con visitas a instituciones, entrevistas a diferentes especialistas, con observación y registro de programas de difusión mediática. Una variedad de tratamientos y/o sistemas de atención (desde los tratamientos vinculados a las características *new age*, a la acupuntura, a sanaciones de tipo mágico-religiosas) fueron localizados en Monte-

video y en su área de influencia conocida como Ciudad de la Costa (F. Davyt; B. Emeric; S. Cheroni; V. Rial; A. Buti).

Asimismo se tomó en consideración la permanencia de prácticas de 'medicina popular', remanentes residuales de conocimientos empíricos y simbólicos en medio rural, contando con un estudio de caso en Valle Edén, Dpto. de Tacuarembó, a unos 300 kilómetros de la capital (A.C. Rodríguez).

Un aspecto a destacar es que la diversidad de sistemas y/o terapias no tiene un vínculo directo ni exclusivo con necesidades materiales, sino que casi siempre la demanda surge como forma de complementar diagnósticos, tratamientos ya aplicados pero juzgados insuficientes. Asimismo intervienen como prevención, como sistema de consulta y auxilio inmediato, disponibles en el entorno familiar, vecindario u otros. Se distribuyen grosso modo en dos grandes categorías, según que los mismos operen en el orden real/empírico o en el orden simbólico; al primero corresponden aquellos tratamientos que se proponen actuar sobre el plano físico, el dolor, patologías y/o descompensaciones psico-físicas. Al segundo

* Equipo de Antropología y Salud-Dpto. de Antropología Social-Instituto de Antropología-FHCE