



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

MONOGRAFÍA

Función de la consulta psicológica en los casos de esterilidad y/o infertilidad humana por causas psicológicas.

Montevideo
30 de octubre de 2014

Tutora:
Prof. Elina Carril

Estudiante:
Márquez Álvarez, María Carolina
CI: 4.155.634 - 7

Resumen

Este trabajo presenta una revisión acerca de los aportes de la psicología – desde el psicoanálisis y otras corrientes teóricas - como insumo para fundamentar la inclusión de la consulta psicológica universalmente en la clínica médica, para la prevención, tratamiento y seguimiento de la infertilidad, principalmente en casos que no presentan evidencias físicas ó médicas. Se enmarcan los trastornos reproductivos y las técnicas de fertilización asistida en el contexto legal actual del Uruguay. Asimismo, se toman en cuenta la perspectiva de género y las dificultades que afrontan las parejas frente al diagnóstico, a modo de resaltar la importancia de la función del psicólogo y de la interdisciplinariedad en esta área.

I. Introducción

El tema del presente trabajo se centra en la función de la consulta psicológica en los casos de esterilidad y/o infertilidad humana por causas psicológicas en el contexto legal vigente del Uruguay. Una de las problemáticas en torno a estas disfunciones reproductivas se relaciona con la ausencia de integración de la consulta psicológica al proceso médico por el cual transitan los consultantes frente a la imposibilidad de tener hijos, ya sea por no poder lograr la concepción ó por no lograr llevar a término un embarazo.

La importancia de la temática elegida radica particularmente en que se advierte que aún cuando en algunos casos no se encuentran explicaciones biológicas o evidencias en el cuerpo para el diagnóstico de éstas disfunciones, no se toman en cuenta los aspectos psicológicos como posibles factores intervinientes en la imposibilidad de tener hijos. Resulta evidente entonces que el tema está signado por una concepción negativa del binomio salud-enfermedad, ya que se concibe desde un plano biologicista, contrariamente a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (1946) en relación al enfoque positivo de la salud, entendiéndola como el estado de completo bienestar bio-psico-social y no solamente la ausencia de enfermedad. Se evidencia entonces que el factor “psi” queda excluido completamente.

Para poder abordar el tema es necesario considerar el contexto legal actual en el Uruguay, que tiene su origen a partir de dos grandes hitos: el cambio de paradigma de la concepción de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la

Conferencia Internacional de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo de 1994, en la cual se establecen los Derechos Reproductivos y la Salud Reproductiva.

Si tomamos en cuenta que los aspectos psicológicos integran la concepción actual de salud y que por ende las afecciones psicológicas deben cobrar la misma importancia que se le otorga a las afecciones del cuerpo -ya que así lo asumieron como compromiso los estados que tomaron parte en la mencionada Conferencia, como es el caso de Uruguay- la función del psicólogo no debería estar ausente en estos casos.

En este sentido, se presentan algunos aportes desde diferentes corrientes teóricas de la psicología que pueden ser tomados como fundamento para la inclusión de la consulta psicológica en la clínica médica para la prevención, tratamiento y seguimiento de casos de disfunción reproductiva, especialmente en aquellos diagnosticados por causas no médicas.

Asimismo, se consideran los aspectos emocionales implicados en las diferentes situaciones por las que debe transitar una pareja heterosexual al poner el cuerpo y enfrentarse tanto al diagnóstico de la disfunción reproductiva como al tránsito por las tecnologías de reproducción asistida.

II. **Acerca de la infertilidad y la esterilidad.**

Técnicamente, la comunidad médica define a la infertilidad como la *“incapacidad de completar un embarazo después de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas”*. Habitualmente los términos infertilidad y esterilidad son usados como sinónimos pero en la literatura hispana la esterilidad refiere a la *“dificultad de lograr un embarazo”* mientras que la infertilidad se considera como la *“pérdida recurrente de embarazos”*. La literatura inglesa considera que la infertilidad refiere tanto a la imposibilidad de concebir el embarazo naturalmente como a la imposibilidad de mantener un embarazo concebido o mantenerlo sin poder dar a la luz un recién nacido vivo (Brugo - Olmedo, S., Chillik, C. y Kopelman S., 2003, p. 228, 229).

Entre las causas de que una persona sea infértil se encuentran la edad en que la que se decide concebir, el tabaquismo y el alcoholismo y las enfermedades de transmisión sexual.

Según este artículo, aproximadamente un 15 % de las parejas *“pueden no exhibir ninguna alteración objetiva que lleve a un diagnóstico definitivo. Entonces son clasificados como pacientes con infertilidad inexplicada, por lo menos al momento del diagnóstico”*. Asimismo, sostiene que *“los individuos con infertilidad inexplicada deberán ser conscientes del hecho de que es probable que el embarazo ocurra sin tratamiento (médico), pero que les llevará más tiempo que a otras parejas”* (Brugo - Olmedo y otros, 2003, p.229).

En el Uruguay, la Ley 19167 de 2013 que regula las técnicas de reproducción humana asistida, define la infertilidad como *“la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales”*

Desde el texto de De la Fuente, G., González, D. y Percovich, M. (2011) en la práctica habitual de la medicina se considera que un sujeto es infértil ó estéril, si ha mantenido relaciones sexuales durante un año sin cuidados anticonceptivos y no ha logrado el embarazo. En las parejas mayores de 38 años el tiempo se reduce a seis meses. Por otro lado, en aquellas parejas en las que no hay una aparente causa de esterilidad el tiempo puede ser de hasta dos años.

En el entendido de que todo adulto tiene derecho a la procreación, desde hace algunas décadas se comenzaron a aplicar las técnicas de reproducción asistida en personas o parejas infértiles. Estas técnicas se definen en la publicación de la Asamblea General del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2007-2009) como los procedimientos capaces de reemplazar o colaborar en las diferentes etapas naturales del proceso de reproducción, lo cual implica de por sí la desnaturalización y medicalización de la cuestión.

Hasta la década del 70 la infertilidad era generalmente tomada como un problema psicosomático y a partir de los avances tecnológicos que propiciaron el éxito en los tratamientos médicos, la cuestión fue reconstruida en enfermedad.

Según el artículo de Mendes (2000), la esterilidad refiere estrictamente a aquellos casos en los que no es posible el embarazo debido a causas irreversibles. A partir de estos casos comenzaron a desarrollarse las técnicas de reproducción asistida y sería estrictamente en estos casos en las que deberían aplicarse. Sin embargo, así como las cirugías estéticas fueron creadas inicialmente para corregir lesiones graves a causa de accidentes, entre otros, y hoy se utilizan para alcanzar los ideales de belleza, las técnicas de reproducción asistida han sido generalizadas para satisfacer los

deseos de maternidad/paternidad en casos no tan definitivos. De hecho, hoy en día se toma como plazo un tiempo de dos años sin éxito en la búsqueda de embarazo para dar comienzo a los estudios médicos en busca de las causas del trastorno reproductivo. Quedan así excluidos los aspectos psicológicos implicados.

III. Contexto legal

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, organizada por las Naciones Unidas y llevada a cabo en El Cairo en el año 1994, se propuso un Programa de Acción a los países participantes, siendo Uruguay uno de ellos. Se aborda en esta Conferencia lo referente a Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, estableciendo: *“Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: (...) prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad (...)”* Se destaca la necesidad de contar con Servicios de Planificación Familiar, que sean accesibles a todos, manteniendo un buen nivel de calidad. Los gobiernos se comprometen a procurar que todas las personas puedan lograr sus objetivos de procreación y planificación en cuanto a la misma.

A partir de la Ley N° 18.426 “Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva” (2008) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay, se establece en el Artículo 1º que *“El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos...”*

El Artículo 4, numeral e, establece: *“Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno de tenerlos; (...) protocolizar la atención en materia de anticoncepción e infertilidad”*.

En el Artículo 6º, numeral f, se dispone *“la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”*.

Siguiendo con el texto de De la Fuente et al. (2011) se visualiza como un derecho de los uruguayos el *“acceso a la posibilidad de elección de métodos de regulación de la*

fecundidad seguros, eficaces, aceptables y accesibles (...) el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, identidad sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo a su ciclo vital.”

A partir de 1986 se comienzan a aplicar técnicas de fecundación asistida en nuestro país sin una reglamentación al respecto, lo cual genera distintas consecuencias y brechas en cuanto a la accesibilidad. Recientemente, y en el entendido de que es un derecho sexual y reproductivo el acceso a las tecnologías disponibles para tener un hijo, se crea la Ley N° 19.167 de fecha 22 de noviembre de 2013. Esta Ley se ocupa de regular las técnicas de reproducción humana asistida. En cuanto a su alcance, en el Artículo 2 se establece que éstas *técnicas “podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad (...) para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas (...) mujeres con independencia de su estado civil...”* Respecto al deber del Estado, el Artículo 3 además de establecer la garantía por parte del Estado en cuanto a la inclusión de éstas técnicas en las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, indica la promoción de la prevención de la infertilidad *“combatiendo las enfermedades que la puedan dejar como secuela, así como la incidencia de otros factores que la causen.”*

En el Artículo 5 se listan y especifican las técnicas o procedimientos de baja y alta complejidad que deben quedar incluidos en las prestaciones del SNIS y se establece que los mismos *“incluyen los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento, material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran, el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad, las posibles complicaciones que se presenten y la medicación correspondiente en todos los casos.”*

A partir del Artículo 29 se establece la creación de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, integrada por un representantes de cada una de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Donación y Transplante, Facultad de Medicina, Facultad de Derecho, Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, Colegio Médico del Uruguay y un representante de los usuarios.

Entre sus principales tareas se encuentran el asesoramiento al Ministerio de Salud pública en políticas de reproducción humana asistida, promoción de normas para la implementación, actualización del conocimiento de profesionales y científicos en la materia, etc.

Domínguez (2002) plantea que tanto en Inglaterra como en Australia se ha comenzado a legislar sobre programas de consejería en infertilidad en las clínicas que trabajan con ésta disfunción, mientras que en Estados Unidos organismos como la American Society of Reproductive Medicine recomiendan la misma para todos los centros que trabajan con técnicas de reproducción asistida. La consejería en infertilidad refiere a la educación y atención psicológica como disciplina resultante de la interacción entre los conocimientos psicológicos y médicos sobre la temática, sin perder de vista los aspectos éticos.

En lo que respecta a Latinoamérica, aún se encuentra en desarrollo el apoyo psicológico a parejas infértiles y específicamente en Uruguay, el trabajo del psicólogo no ha sido incorporado de forma universal en el proceso desde la detección de la disfunción hasta el tratamiento o no de la misma.

IV. **Algunos aportes desde la psicología a modo de fundamento para la inclusión de la consulta psicológica en casos de infertilidad.**

Desde diferentes corrientes psicológicas surgen aportes que bien valen como argumento teórico para que la consulta psicológica sea incluida y valorada como un aspecto fundamental – y muchas veces determinante - en el proceso que atraviesan las personas o parejas diagnosticadas con infertilidad, tanto en los casos en que las causas se ubican a nivel biológico, como en los que no existen causas físicas aparentes. La función de la consulta psicológica cobra importancia aún en etapas previas al diagnóstico de infertilidad (trabajando sobre al deseo de hijo que llevará a la búsqueda del mismo) y se extiende al momento tanto del diagnóstico como al atravesamiento por las diferentes técnicas y eventual logro o fracaso en el objetivo. Todos los aspectos que integran el entramado subjetivo de los individuos son pasibles de influir en la psiquis y por ende en las causas de la infertilidad y en los resultados de los tratamientos de reproducción asistida. Veremos entonces que variados procesos psicológicos en diferentes etapas de la vida de los individuos, mandatos sociales, pautas de género socialmente establecidas, estándares naturalizados en cuanto a familia y pareja, factores externos como el estrés, entre otros, influyen no solamente en las disfunciones reproductivas sino también en el resultado de los tratamientos que hoy se ofrecen gracias a los avances tecnológicos.

El psicoanálisis propone interesantes aportes a la temática y así también lo hacen otras corrientes teóricas que serán incluidas en este trabajo.

En el artículo de Domínguez (2002) se establece una relación causal entre conflictos psicológicos tempranos e infertilidad en la adultez, según estudios realizados en mujeres con infertilidad de causa desconocida, quienes fueron diagnosticadas como pacientes con “infertilidad psicógena”. Algunos de estos estudios, anteriores a la década del 70, sostenían que la esterilidad femenina provenía de la relación madre-hija en base a una vivencia de hostilidad y rechazo en la infancia, lo cual se replicaría en la adultez produciendo iguales emociones frente a la posibilidad de maternidad y rechazando inconscientemente el embarazo. Esta hipótesis continúa presente en estudios más recientes.

Otros estudios indicaban que la infertilidad constituía un cuadro psicósomático, una defensa frente al estrés producido por el embarazo y la maternidad. Las críticas sobre estos estudios apuntaron a la imposibilidad de generalización de las conclusiones obtenidas y a la falta de consideraciones en cuanto a la perspectiva de género, ya que no se ha tenido en cuenta que cerca del cuarenta por ciento de los casos de infertilidad en la pareja tienen su explicación en el integrante masculino.

En 1980 comenzó a estudiarse la incidencia del estrés en la infertilidad, que llegó a ser considerada como una situación crónica de estrés. Estudios más actuales plantean que es posible que el estrés influya en los tratamientos de reproducción asistida e incluso que sea el factor desencadenante de la infertilidad. El grado de afectación dependerá de la capacidad de los sujetos de modificar la respuesta frente al elemento de estresor.

Aunque los avances en las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad redujeron considerablemente el porcentaje de personas diagnosticadas con infertilidad psicógena, estos estudios son la base que sostiene la necesidad de incorporar el apoyo psicológico en casos de infertilidad.

Domínguez sostiene la hipótesis de que los conflictos psicológicos que se describen en estos estudios pueden existir tanto en personas fértiles como infértiles aunque en determinados sujetos pueden adquirir una singular significación, debido a que la persona se vuelve más vulnerable frente a la situación de disfunción reproductiva y consecuentemente genera conflictos intrapsíquicos en torno a la maternidad.

Moscoso (2009) desde la perspectiva cognitiva, plantea que la salud de los individuos es afectada por las emociones, por lo tanto los sistemas de funcionamiento humano pueden alterarse debido a un factor estresante desestabilizando otros sistemas de funcionamiento a causa de las múltiples interconexiones entre la mente y el cuerpo. El paradigma biopsicosocial fundamenta científicamente la inexistencia de la dicotomía

entre el cerebro, el sistema nervioso, el sistema endocrino, el sistema inmune y la mente. De hecho, la ciencia ha comprobado que modificando pensamientos, emociones y comportamientos se modifica la biología de los sujetos. La forma de pensar y sentimientos de una persona derivan de la actividad bioquímica de las células nerviosas y de su expresión en el sistema inmune y endocrino. Esto es lo que determina el estado de salud del individuo en un momento dado, siendo la homeostasis el equilibrio requerido para el bienestar.

Aquí, el estrés psicológico es entendido como la percepción de un factor estresor interno o externo, evaluado por el individuo como amenaza, que será recibido con determinado grado de intensidad y tratado según los recursos de manejo personales del sujeto. Esta ruptura en la homeostasis determina la falla en la interacción de los sistemas, generando malestar.

La relación entre infertilidad y estrés está determinada por los recursos psicológicos con los que cuente cada persona para poder enfrentarlo, siguiendo con lo establecido por Domínguez (2002). El diagnóstico de infertilidad resonará de forma única y variada en cada persona y generará una respuesta igualmente única. Esta particularidad en la respuesta estará determinada por una serie de factores incidentes como el género, la historia personal previa, rasgos de personalidad, estilos de manejo de situaciones adversas, relaciones sociales, cultura, determinantes del diagnóstico en cuanto a si el origen de la disfunción está en la mujer, en el hombre o se desconocen las causas y, por supuesto, la posibilidad de acceso a un adecuado tratamiento.

En general, el diagnóstico de infertilidad repercute negativamente en la psiquis de los individuos y aunque el grado siempre dependerá de las herramientas psicológicas con las que cuente cada uno para responder frente a la situación, algunos estudios han demostrado la incidencia del estrés en los resultados de los tratamientos de reproducción asistida. Domínguez (2002) cita el estudio de Newton y colaboradores (1999) llamado "Inventario de Problemas asociados a Infertilidad", en donde se establece una escala de medición de estrés frente a la infertilidad y se evalúan factores tales como los aspectos sexuales, sociales, relación de pareja, necesidad de hijos, rechazo a la posibilidad de vivir sin hijos. De esta manera es posible caracterizar y darle dimensión a las respuestas de cada persona, de manera de poder orientar y evaluar el efecto del trabajo del psicólogo.

Las investigaciones señalan que la infertilidad resulta más estresante para mujeres que para hombres, ambos perciben la problemática como más estresante cuando las

causas de la misma se identifican en el varón. Esto podría deberse a la connotación social en torno al tema que afecta la autoestima del hombre. Frente a esta situación la mujer tiende a proteger al hombre que ve amenazada su masculinidad y esto resulta en la imposibilidad de sociabilizar el problema y poner afuera las emociones.

Según Luisa Barón, la pareja experimenta una crisis signada por intenso estrés frente al diagnóstico de infertilidad y usualmente ésta es la primera crisis enfrentada en forma conjunta, ya que habitualmente, hasta aquí, uno de los integrantes pudo haberse apoyado en el otro pero ahora los sentimientos son compartidos.

No debe perderse de vista que tanto la familia como el medio social cumplen un factor de presión adicional en estas situaciones, que puede y suele operar negativamente.

Barón propone *“no sustituir la causalidad orgánica por la psíquica sino abordarla como un síntoma que si bien está situado en el cuerpo no por ello deja de ser enigmático”*.

Antequera Jurado, R. y otros (2008) proponen la infertilidad idiopática – sin detección de factores funcionales tanto en el aparato reproductor masculino como femenino – partiendo de la teoría psicodinámica, posteriormente reformulada bajo los principios teóricos del estrés en base a los estudios realizados por Facchinetti y otros (1992). Aquí se establece que aún cuando la relación entre la función reproductiva y los estresores físicos está demostrada, el papel de los estresores psicosociales no ha podido establecerse cabalmente debido a la dificultad para diferenciar entre causas y efectos, a pesar de que en la clínica se han observado constantemente determinantes que fundamentan esa relación. A modo de ejemplo, se refiere a las parejas que no tienen éxito en los tratamientos de reproducción asistida y resuelven adoptar un niño o niña. Sucede que mientras se encuentran en ese proceso o ya concretaron la adopción consiguen el embarazo espontáneamente.

Los autores advierten que la infertilidad ha sido considerada por la OMS como una enfermedad crónica y el impacto del diagnóstico de la misma es emocionalmente contundente. La diferencia entre la infertilidad y otras enfermedades crónicas radica en que no implica limitaciones físicas, no presenta una sintomatología que la identifique ni representa riesgo de vida, lo cual permite la elección entre adoptar un tratamiento o no. Frente al diagnóstico y posterior tránsito por los distintos tratamientos de reproducción asistida, el estado emocional varía enormemente y esto constituye una de las características de la enfermedad, signada por el deseo de lo inexistente. Los autores refieren a un carrusel de emociones negativas y positivas que se desarrollan alternativamente en un corto período de tiempo, a diferencia de otras enfermedades crónicas donde claramente se diferencian distintas etapas de adaptación que habilitan una disminución en las alteraciones emocionales. El comienzo de cada tratamiento de

reproducción asistida resulta inaugural y cada fracaso representa un final, una alternancia y desgaste de emociones típico y característico en estos casos.

Los autores, basados en Fassino et. al (2002) indican que la predisposición a la infertilidad puede ser encontrada en un tipo de personalidad que se compone de altos niveles de ansiedad, represión de la ira y depresión. Este tipo de personalidades predicen los casos de infertilidad funcional en el 97% de los casos, lo cual coincide con los postulados de las teorías psicosomáticas.

En el contexto de avance de las técnicas de reproducción asistida y a la luz de los aportes de distintas disciplinas que se han ocupado de abordar el tema, surge la Psicología de la Reproducción como un nuevo campo interdisciplinar de actuación de los psicólogos. La misma deriva de la rama de la Psicología de la Salud, cuyo objetivo es prevenir y/o tratar los emergentes psicológicos relacionados con el ciclo reproductivo desde la pubertad hasta la vejez. Más recientemente, en España, Moreno Rosset (2008) explica que el enfoque se ha puesto en las dificultades de reproducción, acompañando el núcleo de estudio médico científico más cercano en el tiempo. La atención psicológica en estas situaciones es necesaria y podría contribuir al éxito de los tratamientos en algunos casos y/o a mejorar la calidad de vida de los consultantes diagnosticados como infértiles o estériles.

Los avances en ese país en materia de evaluación de recursos adaptativos en aquellas personas infértiles que eligen adoptar técnicas de reproducción asistida, incluyen un test llamado DERA: Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (Jenaro Río, C. y otros 2008) el cual proporciona información acerca de la posible existencia o ausencia de desajuste emocional. Sus creadores sostienen que los resultados obtenidos mediante la aplicación de ésta herramienta pueden ser muy útiles para la creación de un programa de apoyo o intervención psicológicos que se ajusten a cada situación en su especificidad.

V. **Aportes desde la teoría psicoanalítica.**

Desde la perspectiva psicoanalítica, se considera relevante hacer algunas puntualizaciones en materia de género y del deseo. En este sentido, la temática es rica en consideraciones psicológicas que trascienden la problemática de la infertilidad, haciendo referencia a lo masculino y lo femenino y, en relación a ello, al deseo de ser padres o tener hijos.

Cincunegui, S., Kleiner Y., Woscoboinik, P. (2004) advierten que el estatus de mujer se ha ido modificando a través de los siglos. En un comienzo se consideró a la mujer como un recipiente y la desvalorización del discurso religioso signaba el concepto de mujer en la Edad Media. A partir del siglo XVIII la mujer entra en el ámbito médico como paciente y es así que comienza a valorarse positivamente la función materna y nace el mito que hasta hoy se sostiene: mujer = madre. Ya comenzado el siglo XIX el rol materno es idealizado y equiparado a una condición sublime, el amor y el cuidado hacia a los hijos pasa a ser primordial y aún cuando la mujer ya se ha incorporado al ámbito laboral, sigue siendo responsable absoluta del cuidado de los niños. La maternidad y el deseo de tener hijos son considerados la esencia de la femineidad hasta mediados del siglo XX, momento en el cual entra en escena el control de la natalidad. Este hecho histórico propicia un cambio en las relaciones de género, el sexo ya no tiene únicamente fines reproductivos sino que se relaciona con el goce y reposiciona los roles femeninos y masculinos en la pareja. Ahora la mujer está habilitada a decidir el momento en el cual desea tener hijos y con quién, mientras que el hombre debe afrontar la pérdida de control en su capacidad de engendrar independientemente de la voluntad femenina.

El control de la natalidad permitió a las mujeres el acceso a deseos y posiciones nunca imaginados en épocas anteriores. Es así como se genera un quiebre con las antiguas figuras identificatorias femeninas, madres y abuelas no llegaron a acceder a estos derechos y por ende no forman parte ya de los ideales a perseguir.

Por su parte, el hombre fue incluido en la crianza de sus hijos más recientemente y su rol en los casos de infertilidad fue incorporado después que el de la mujer a la práctica médica.

Carril (2000), sostiene que las decisiones reproductivas tienen que ver con cómo el sujeto quiere ser padre o madre, con quién quiere tener hijos y cuándo quiere hacerlo. Estas decisiones están determinadas por aspectos inconscientes, conformados por las vivencias histórico biográficas de cada sujeto, por el contexto histórico social, conformándose así, a través de procesos identificatorios su configuración intrapsíquica. La teoría psicoanalítica, con la noción de inconsciente, puede dar visibilidad a aquello que subyace tras las decisiones de tener o no tener hijos.

Esa configuración intrapsíquica, queda determinada por las vivencias en cuanto al desarrollo afectivo-sexual del sujeto. En este sentido, hay diferencias en dichas vivencias, marcadas, entre otras cosas, por el género. En su teorización clásica, el psicoanálisis freudiano propone que la niña ingresa en el Complejo de Edipo en busca de aquello que no le fue dado, que es valorado y que el padre posee, por lo cual se da

un cambio en el objeto de amor, pasando de la madre al padre. En este momento, la niña rivaliza con la madre y al ver que el padre no la dota de pene, desea que le de un hijo. Ese hijo se erigiría entonces como un Ideal del Yo para el género femenino, en cuanto a tener algo valorado. Por otro lado, en lo que tiene que ver con las identificaciones, la mujer, a partir de la pubertad, puede querer ser madre con una pareja exogámica, identificándose con ella, conformándose así la femineidad normal. En cuanto al modelo de mujer y teniendo en cuenta un enfoque más actual con perspectiva de género, el ideal prevalente sería el de la maternidad y, a su vez, se vería un alto grado de represión sexual. En este sentido, los hijos podrían estar relacionados con el narcisismo femenino, o como sustitutos eróticos, lo cual se advierte en la práctica psicoanalítica, tal como lo menciona la autora.

Aún perdura la idea de que ser madre es una determinación biológica de las mujeres, lo cual acarrea sacrificio y desprendimiento, renunciando a otros logros personales con tal de cumplir con el socialmente valorado instinto maternal. De hecho, en general, en nuestra sociedad, aún cuesta aceptar que una mujer con ciertas condiciones dadas, no tenga el deseo de ser madre.

Por otro lado, Carril (2000) señala, que el psicoanálisis, en sus teorías tradicionales, prácticamente no se ha ocupado de teorizar en cuanto al deseo de ser padre. El género masculino, se ha constituido en base a un modelo tradicional y hegemónico. El varón, al igual que la mujer, se identifica en primera instancia con la madre, conformándose en él una especie de femineidad inicial de la cual deberá desprenderse, lo cual acarrea ciertos costos. Luego, tomará al padre como modelo identificadorio. Esta identidad de género, tiene que ver con la fuerza física, fortaleza emocional, el logro de éxito, la preeminencia de la razón, etc., por lo cual la paternidad, no sería un referente identitario de peso. Si bien existiría un deseo narcisista de perpetuación, la paternidad no se integraría de un modo tan arraigado a la identidad masculina, como sí se daría en el caso de las mujeres.

Alkolombre (2008) sostiene que la voluntad de tener un hijo, desde el psicoanálisis, proviene de un deseo inconsciente que es procesado de forma particular en cada persona y conlleva sus igualmente particulares resonancias. En la mujer, está presente desde muy temprano el mandato de maternidad que más adelante será aunado a la función reproductiva. Comienza en la etapa pre edípica, continúa en el tránsito del Complejo de Edipo y se extiende hasta la concreción o no de la llegada de ese hijo. El camino recorrido comienza con el deseo de tener un hijo de su propio padre, luego de un hijo "autoengendrado" y más tarde de un hijo con su pareja. Una

característica destacable de este recorrido es que está pautado desde su comienzo por la espera.

Carril (2002) define al cuerpo de la mujer como un *“cuerpo en espera”* y propone desentrañar los efectos de esa espera en la subjetividad femenina, la cual se construye a partir de las fantasías que el tiempo de espera propicia y de la incorporación de significaciones de la cultura que las mujeres van adquiriendo desde niñas. Desde muy temprano las mujeres tomamos conciencia de que nuestro cuerpo cambiará y cada cambio estará necesariamente pautado por la espera. La espera a que el cambio llegue justo antes de la primera menstruación, durante el embarazo hasta parir, en el climaterio hasta la llegada de la menopausia, nos acompaña toda la vida y deja su huella en nuestra subjetividad.

Siguiendo con Alkolombre (2008) habrá que esperar hasta llegar a la adolescencia para que el cuerpo esté apto para engendrar un hijo pero aún cuando lo esté, puede que la espera no termine allí. Aquí empiezan a operar las pautas sociales en cuanto a la *“edad justa”* para concebir. Los embarazos adolescentes no son compatibles con los planes de educación, lo cual producirá consecuentes posibilidades en el mercado laboral. Por otra parte, las pautas sociales marcan el camino hacia el casamiento o concubinato, con su obvio requisito de independencia económica, antes de la concepción de un hijo (aunque se han flexibilizado en el correr de los años). Estos pasos previos impresos en nuestra psiquis como mandatos sociales también implican postergación y espera. Aún cuando los prerrequisitos se hayan seguido al pie de la letra, la esterilidad o infertilidad pueden sobrevenir aunque biológicamente no parezca haber ninguna razón. Frente a estos problemas la espera se repite y el tiempo estará signado por la ausencia o no del embarazo deseado.

Alkolombre (2008) plantea una diferencia entre el deseo relacionado al embarazo y el deseo de tener un hijo. El primero correspondería al plano de lo imaginario donde el hijo no es considerado como un tercero independiente sino como fusionado a la madre, privado de autonomía. En contraposición, el deseo de tener un hijo rompe con el narcisismo y acepta a ese tercero abandonando la fusión y el sentimiento de completud. Es así que permite la triangulación, la entrada simbólica de la terceridad.

A través de un interesante recorrido por los aportes de la teoría psicoanalítica sobre el deseo y la pasión en la búsqueda de un hijo, tanto en el hombre como en la mujer, tomando como referencia a diferentes autores post freudianos, la autora propone una

clara diferencia entre “deseo de hijo” y “pasión de hijo”. El deseo estaría marcado por la posibilidad de reconocer a ese hijo en su alteridad, como otro diferente, mientras que la pasión de hijo puede sobrevenir en mujeres con trastornos reproductivos (situación que no tiene su equivalente en el hombre) como un enamoramiento o desborde de la libido yóica sobre el objeto, *“...la pasión se define por la intensidad afectiva y una fuerte dependencia hacia un objeto (...) esperar todo de él: la restitución de la plenitud narcisista...”* *“... la pasión de hijo se ubica en las fronteras de la maternidad, en el límite entre un deseo de maternidad y una “neurosis maternal”...”*.(Alkolombre 2008, pág. 54; 60)

Durante mucho tiempo esta problemática fue pensada exclusivamente desde el lugar de la mujer, dando por sentada la participación del hombre y considerando la masculinidad únicamente desde la perspectiva cultural por todos compartida: el hombre como proveedor, poseedor de potencia y virilidad. Frente a la ausencia de alguna de estas características el hombre siente amenazada su identidad, es así que lógicamente los trastornos reproductivos sean vividos con vergüenza y sentimientos de inferioridad dando lugar al sentimiento de pérdida de la identidad, de masculinidad. Esta es una de las causas por las cuales los estudios médicos se han centrado históricamente primero en el cuerpo de la mujer y mucho después en el cuerpo del hombre. La esterilidad masculina propone la elaboración de un duelo en un contexto social que no habilita esta posibilidad.

Mendes (2000) sostiene que desde la teoría psicoanalítica puede advertirse que el deseo inconsciente juega un rol muy importante en estas situaciones ya que sexualidad y procreación no van de la mano, no están coordinadas para producir tal o cual efecto según lo conscientemente planeado o lo socialmente esperado. Por otra parte, es común que estos conflictos se evidencien frente a la búsqueda del primer hijo por su carácter de inaugural, ya que se trata de un viaje de ida, un giro definitorio en la subjetividad. El reduccionismo de los consultantes al plano exclusivamente biológico descarta completamente la historia de los mismos, excluye del análisis factores psíquicos que en muchos casos explicarían la imposibilidad. De hecho, aún cuando las nuevas tecnologías sean capaces de producir embriones fuera del cuerpo, esto no significa que los mismos encuentren viabilidad para su existencia en el útero o que el embarazo se complete sin complicaciones.

Por su parte, Meler (2001) introduce una división en la cultura contemporánea entre quienes defienden las técnicas de reproducción asistida como forma de lograr un

“proyecto narcisista de omnipotencia” y quienes se horrorizan ante este proyecto en base a argumentos conservadores. En muchas ocasiones la pareja busca proteger su unión mediante la procreación, pero el tránsito por estas técnicas, que requiere tiempo, dinero y propicia las más variadas experiencias emocionales, no siempre es exitoso y puede derivar en la ruptura de la misma. Muchas de estas vicisitudes emocionales pueden ser solapadas en pos de un “instinto maternal” o lo noble de la tarea. En muchos casos se trata de imposiciones culturales y de género, que al encontrarse naturalizadas obturan la posibilidad de concebirlas desde otra perspectiva, desde la propia subjetividad. Por otra parte, la producción neuroendocrina deficiente puede deberse a conflictos psicológicos que podrían necesitar ser atendidos.

No tener la posibilidad de agotar las técnicas existentes para la concreción de la procreación, puede generar un sentimiento de culpa que está anclado a una concepción del género mujer de carácter ancestral. La maternidad, es muchas veces vista como el fin último de la mujer y su mayor logro de acuerdo a lo promocionado culturalmente desde hace algunos siglos.

En la sociedad uruguaya, así como en muchas otras, esta tarea no es compatible con las exigencias laborales. Se visualiza también que la legislación no ha acompañado la promoción de maternidad que tiene un fuerte mandato social, aún en el marco de la sociedad consumista que precisa de la reproducción para asegurar productores y consumidores.

Muchas veces las técnicas de fertilización asistida generan embarazos múltiples dificultando mayormente la compatibilidad entre el trabajo y las tareas de madre. Esto genera conflictos en la misma y las consecuentes repercusiones en los niños.

Para el caso de los varones, el mandato de procreación estaría más relacionado con el imaginario social de la virilidad y la continuidad genética. Muchas veces un hombre estéril podría ser socialmente desvalorizado por la imposibilidad de inseminación. En otros casos, el deseo de tener un hijo puede vincularse con la intención de aparentar normalidad, encajar y ser parte de lo que “todo el mundo tiene”, evitar la soledad a través de la descendencia o cuestionamientos que refieran a proyectos de vida.

Frente a la cantidad de ofertas de técnicas de fertilización asistida, Meler (2001) plantea que el desconocimiento del psiquismo de los pacientes que no presentan una dificultad física y biológica clara, conlleva al reduccionismo de estas personas y por ende a una *“medicina veterinaria”*, donde los mismos son tratados como *“animales”*. Frente a esta situación, el logro de tener un hijo *“puede constituir un éxito de índole paradójal. La mujer que basaba en él su realización (...) puede experimentar*

trastornos emocionales, o la pareja que cifraba su consolidación en la descendencia se puede divorciar”

Es importante incluir las cuestiones subjetivas frente a estas demandas desde un abordaje interdisciplinario que supere lo tecnicista y abra un espacio para el análisis psicológico y sociocultural. Poder realizar un estudio psicológico de las personas o parejas que decidan utilizar las técnicas de fecundación asistida, de manera de detectar los conflictos inconscientes o disfunciones sexuales que puedan estar conectados con la esterilidad, es una cuestión crucial para Meler, quien se basa en el supuesto de que podría producirse una paradoja en caso de que se consiga tener un hijo, resultando este logro perjudicial para él o los sujetos.

Allegue y otros (2005) proponen la posibilidad de abrir nuevas formas de pensar acerca del origen de la vida, en un espacio clínico donde lo desconocido y las fantasías dan lugar a los miedos así como a los cambios en el orden de lo simbólico con el consecuente surgimiento de nuevas problemáticas que influyen y modifican el psiquismo y la subjetividad de consultantes y terapeutas. Las técnicas de reproducción asistida ponen en jaque a la intimidad habilitando la entrada del médico, entre otros, produciendo nuevas y variadas significaciones sobre la sexualidad, la paternidad y maternidad, el deseo y la vida. El sufrimiento psíquico que conlleva el pasaje por estas experiencias no se resuelve desde la tecnología y debe ser abordado multidisciplinariamente.

La hipótesis manejada en el mencionado artículo propone que las nuevas tecnologías producen en la psiquis individual y vincular un efecto traumático, una herida producida por un acontecimiento intenso frente al cual no hay capacidad de respuesta, que genera consecuencias en la organización de la psiquis. Dicho trauma es posible debido a su propia naturaleza, al momento de la vida en que se produzca el mismo, y a la situación que imposibilita generar adecuada respuesta, no logra integrarse conscientemente y por lo tanto presupone un cierto grado de violencia. El efecto traumático debe ser analizado también en el terapeuta.

Las técnicas de reproducción asistida proponen un quiebre en el imaginario y exigen nuevas significaciones así como nuevas formas de ser en el mundo. El efecto de trauma estará relacionado con las posibilidades de cada sujeto de elaboración psíquica de la nueva situación, de las nuevas y diversas formas de ser y estar en el mundo.

Cincunegui, S., Kleiner Y., Woscoboinik, P. (2004) plantean desde la concepción vincular, algunas observaciones desde la experiencia clínica en cuanto a la “infertilidad

enigmática” - terminología propuesta para los casos de infertilidad reversible en donde la concepción no se concreta - referentes a los embarazos que aparecen mágicamente luego de haberse diagnosticado la infertilidad y antes de comenzar cualquier tratamiento, a aquellos que se dan inesperadamente luego de haber concretado la adopción de un hijo no biológico, a los que irrumpen una vez que la pareja logra aceptar un tiempo mayor de espera por consejo del médico. El asombro de la comunidad médica sobreviene frente a la ausencia de evidencias físicas que impiden lograr el embarazo, en cuyo caso el diagnóstico será “infertilidad sin causa aparente”, lo cual implica un desconocimiento frente al problema, un no poder explicar, un no saber, un enigma. En definitiva la imposibilidad de poder incorporar otras variables que escapen al saber médico como son las variables psicológicas.

VI. Cómo afecta la problemática a la pareja

Muchas son las situaciones que las parejas deben transitar desde el diagnóstico del trastorno reproductivo hasta agotar las posibilidades existentes en cuanto a técnicas de reproducción asistida, si es que así lo deciden. El proyecto compartido de tener un hijo es uno de lo más importantes y constituye por lo tanto uno de los parámetros que definen a la pareja como tal.

Puget y Berenstein (1989) plantean que la pareja tiene componentes definitorios que hacen a dicha estructura o unidad. La misma, muchas veces se enfrenta a la dificultad de construir su propia estructura familiar, ya sea por la incapacidad de lograr un saludable desprendimiento de los vínculos parentales o por la dificultad de transformar estos modelos en una nueva unidad formada por la propia pareja.

Según los autores, existen cuatro especificaciones que son propias de la díada y determinan su encuadre y sentido. Estas son: la cotidianeidad, el proyecto de vida en común, las relaciones sexuales y la tendencia monogámica.

Interesa especialmente para este trabajo el proyecto de vida compartido, que es en la pareja, *“la acción de re-unir representaciones de realización o logro ubicadas en la dimensión del tiempo futuro”*

Todo proyecto es creado en la ausencia, brindando la posibilidad de simbolizar en el futuro. Cuando un proyecto a futuro se ve amenazado, la pareja tenderá a formular uno nuevo. Los autores plantean que *“perdido el proyecto, no saben lo perdido con él”*

Según

Para **Luisa Barón, (...)** el estrés producido en la pareja frente al diagnóstico de infertilidad genera una crisis que suele ser inaugural. Cada sujeto hará frente a la novedad según sexo, historia personal, subjetividad y tiempos propios pero conjuntamente enfrentarán una larga lista de pérdidas, entre ellas la autoestima, la confianza en la propia pareja y la independencia. Una de las pérdidas más importantes se relaciona con la intimidad ya que desde el inicio de los exámenes médicos la figura del doctor comienza a operar como un tercero que debe saber todo e intervenir sobre los cuerpos en pos de la consecución del objetivo. Si éste no se logra, a modo de lo mencionado anteriormente como parámetro definitorio de la pareja, es un proyecto compartido que se pierde y se presenta la posibilidad de perder el vínculo amoroso.

Cincunegui, S., Kleiner Y., Woscoboinik, P. (2004), desde el psicoanálisis de los vínculos y tras varios años de trabajo e investigación en la clínica, proponen el término “infertilidad enigmática” para designar al trastorno sufrido por parejas que no logran la concepción a pesar de que desde el punto de vista médico las causas de su infertilidad eran consideradas reversibles. Este enigma, esta imposibilidad de comprender desde el saber médico, desborda emocionalmente a la pareja conduciéndolos al plano de lo inconsciente, del deseo oculto. Se advierte una negativa inconsciente a la procreación que pautará la vida emocional de la pareja ya que se trata de una herida narcisista traducida en sentimientos de vergüenza, dolor, envidia y desánimo.

Sus observaciones conducen a proponer que las historias de las familias de origen de los consultantes, sus historias personales, sus traumas, duelos no resueltos respecto de la sexualidad y procreación, el mandato social en cuanto a la descendencia y los traumas resultantes del impedimento de tener hijos, se relacionan directamente con la infertilidad e intervienen en el encuentro de la pareja. El síntoma se expresa en el cuerpo debido a que no se le puede dar trámite en el plano psíquico.

Sus hipótesis de trabajo sostienen que la infertilidad enigmática es un problema de la pareja, efecto del vínculo de la misma, independientemente de que sea uno de los integrantes el portador del síntoma. En cierto número de casos estudiados la infertilidad enigmática está basada en traumas que fueron experimentados en relación a la gestación, que afectaron el psiquismo de alguno de los consultantes y que pueden provenir de las historias personales actuales como de generaciones anteriores. Por

otra parte, la pareja deviene eslabón generacional al momento de concretar la búsqueda de un hijo y esto activa los mecanismos de transmisión transgeneracional.

El tema de la descendencia está signado por el deseo y el mandato en la pareja, por ende, las dificultades que puedan presentarse en este contexto se sitúan en la intersección y en los espacios representacionales de lo vincular, lo social y lo individual. **Resonancias en el cuerpo**

Las técnicas de reproducción asistida conllevan la exploración del cuerpo de los consultantes mediante exámenes clínicos de diagnóstico y seguimiento, así como el sometimiento a diferentes procedimientos, según la causa de la disfunción. Los estudios clínicos (exámenes de sangre, ecografías transvaginales, espermogramas, por mencionar algunos) no sólo se utilizan para hallar la causa de la infertilidad sino también para dar seguimiento a la aplicación de las técnicas de reproducción.

La American Society for Reproductive Medicine (2002) difunde a través de un folleto los diferentes tratamientos médicos existentes, entre lo cuales se encuentran la FIV (Fertilización In Vitro) que se aplica en casos de imposibilidad de unión del óvulo con el espermatozoide. Esta unión se realizará fuera del cuerpo de la mujer (en laboratorio) para luego implantar uno o varios óvulos fertilizados en el útero. La Fertilización In Vitro es utilizada en la actualidad como tratamiento para diferentes casos de infertilidad. El procedimiento incluye una serie de pasos que comienzan con la estimulación de los ovarios a través de medicamentos para la producción de óvulos, luego la recolección de los óvulos producidos mediante la aspiración de los mismos en cirugía, luego se espera la fertilización de esos óvulos por los espermatozoides en incubadora, seguidamente el cultivo de los embriones y finalmente la transferencia de los embriones.

La estimulación ovárica - primer paso en el proceso de la FIV - puede utilizarse también para concebir mediante una relación sexual normal, en casos de mujeres con alteraciones hormonales u ováricas. Esta estimulación se realiza a través de medicamentos que propician el crecimiento de varios óvulos en un mismo ciclo.

La Dra. Luis Barón explica en su artículo "Infertilidad" que la Inseminación Artificial ó Inseminación Intra Uterina (IUI) se trata de la estimulación ovárica a través de medicamentos para que en el momento de ovulación se prepare y coloque en el cuello del útero una muestra de esperma.

En el procedimiento denominado Transferencia de Gametos a las Trompas de Falopio (GIFT) los óvulos son recolectados a través del mismo procedimiento utilizado en la FIV pero, a diferencia de ésta última, los mismos son inmediatamente transferidos, junto a una muestra de esperma, a la trompa de Falopio casi inmediatamente. La diferencia consiste en que la fertilización no se produce en el laboratorio sino en su ambiente natural.

Para el caso de anomalía espermática ó testicular, se aplica una técnica denominada Fertilización por inyección Citoplasmática de espermatozoides (ICSI), la cual requiere una muestra de esperma mediante eyaculación normal o aspiración. Lo fundamental de este procedimiento es la selección y preparación de los espermatozoides viables, conjuntamente con el estudio genético de los mismos. Para la mujer ésta técnica implica los procedimientos de estimulación ovárica y recolección de óvulos explicada anteriormente.

El cuerpo de los consultantes queda expuesto a la manipulación e intervención médica, muchas veces con absoluto desconocimiento de los procedimientos y sus consecuencias físicas y emocionales. Esto implica un sentimiento de pérdida de control sobre el mismo que se suma al sentimiento de pérdida de intimidad anteriormente mencionado.

Como señalan Jenaro Río, C. y otros (2008) citando a Wallston (1989) la percepción de control conlleva cierto grado de dominio del entorno, cuando está presente actúa como factor protector del estrés y habilita al sujeto a activar conductas saludables que repercuten positivamente en su salud.

Con la aparición y desarrollo de los métodos anticonceptivos, así como de las técnicas de reproducción asistida en el Siglo XX, el cuerpo se percibe como un campo predecible, dominable y controlado por la medicina y la tecnología. Cuando algo escapa a ese control, como en el caso de la infertilidad, el cuerpo puede transformarse en territorio desconocido e incomprensible. Aparece una herida narcisista derivada de la tensión entre el deseo del sujeto y el cuerpo que no produce los resultados deseados. Se establece un nuevo vínculo entre psiquis y cuerpo, éste último se percibe como frustrante y ajeno al yo. Para la pareja la dependencia de la consulta médica pasa a ser parte de su historia, el médico será el encargado de reparar sus cuerpos para que den hijos. El hijo que no llega los expone a la confrontación frente a la pérdida de control de los cuerpos así como de sus planes y proyectos. Asimismo, mediante la consulta médica comienza a perderse la privacidad característica de la

pareja y sus asuntos comienzan a tornarse públicos. Esto último puede conducir a conductas de aislamiento para evitar compartir espacios con niños, mujeres embarazadas o situaciones que los puedan movilizar (Alkolombre, P. 2008).

Antequera Jurado R. y otros (2008) plantean que los avances tecnológicos en reproducción asistida generaron grandes expectativas en cuanto a eficacia y se consideran una vía efectiva para satisfacer el deseo de tener un hijo, lo cual resulta en gran optimismo en las personas diagnosticadas y las ayuda en la adaptación frente a la agresividad de los tratamientos, así como frente a la irrupción en la vida privada y cotidianeidad. El malestar generado por los tratamientos resulta menos ansiógeno y disruptor que afrontar la idea de no poder tener hijos biológicos. El sentimiento de inferioridad, la depresión y la ansiedad frente al diagnóstico se ven compensados por la posibilidad de acceder al tratamiento

Por su parte, el tratamiento con fármacos para la estimulación hormonal ovárica puede incidir en el estado de ánimo de la mujer, incluso propiciando una depresión, disminución de la libido y labilidad emocional, con su consecuente repercusión en la pareja. Generalmente se trata de inyecciones que se aplican durante algunos días y pocas son las veces en que los médicos detallan los efectos y posibles resultados. Existen casos en los que el procedimiento no tiene éxito y las pacientes suelen desorientarse, desanimarse o culparse por ello. Por otra parte, se advierte que el lenguaje utilizado por los médicos puede impactar negativamente en los consultantes. Cuando las técnicas de reproducción avanzan exitosamente y los pacientes deben esperar unos días en casa por los resultados, la figura del médico desaparece y suele aparecer en los consultantes una sensación de abandono y desamparo y es aquí donde se disparan grandes picos de estrés y conductas obsesivas (Moreno Rosset, C. 2008). Este artículo señala que también en las relaciones sexuales de la pareja aparecen dificultades – si es que no existían previamente y se agudizan – tales como mantenerlas aún cuando uno o ambos no sienten ganas de hacerlo. Muchas veces se programan según las fechas del ciclo establecidas para alcanzar el objetivo, entonces es el médico quien establece la agenda para el encuentro íntimo.

Cincunegui, S., Kleiner Y., Woscoboinik, P. (2004, pág. 55) plantean que *“la infertilidad puede ser conceptualizada como la negativa del cuerpo a procrear. Negativa que se expresa en una inhibición de la función reproductora”* y esta inhibición, que se presenta en forma de síntoma y que se contradice con el deseo consciente de

concebir, funciona a modo de barrera protectora frente al conflicto que sobrevendría de otra manera. Es la forma de evitar el conflicto entre los contenidos reprimidos y traumáticos y el deseo consciente. Esta imposibilidad de elaboración manifestada en la inhibición del cuerpo provoca igualmente gran malestar y angustia al contraponerse al deseo consciente de procreación.

La infertilidad produce el enfoque de la pareja en el cuerpo, más precisamente en su arista somática, pasando de ser fuente de placer a representante del dolor psíquico padecido frente al impedimento de poder darle un hijo al otro integrante de la pareja. Esto abre una herida narcisista y genera un monto angustiante de culpa frente a la interrupción de la cadena generacional. Simultáneamente, se produce este cambio de significación sobre los cuerpos, la pérdida de erogeneidad: cuerpos que fueron objetos de deseo, ahora objetos de la ciencia. La lupa está puesta en el funcionamiento de los ovarios, en el estado del semen, en el útero, en las trompas de Falopio. La sexualidad se resignifica en pos de concretar la descendencia – sexualidad y placer se disocian - y si éste proyecto presenta dificultades, la frustración dominará el vínculo de la pareja y el problema será inmediatamente medicalizado en busca de una pronta solución. Entonces la infertilidad pasa a ser un síntoma somático que hay que resolver, una enfermedad aislada del contexto. El médico entra en escena como un intruso en la vida íntima de la pareja y los géneros masculino y femenino se ven modificados en cuanto el hombre pierde su carácter de fecundador – fuerte herida narcisista a su virilidad - y la mujer entrega su cuerpo a la experimentación médica. El costo emocional de estas vicisitudes en la pareja suele ser muy elevado. La propuesta de los autores apunta a implementar el abordaje psicoanalítico antes de recurrir a las técnicas de reproducción asistida, ya que estas no conforman una terapéutica sino una forma de procreación. Se destaca la importancia de abrir un espacio de interrogación y pasar de la demanda de hijo al deseo del mismo.

Reflexiones

La dimensión biopsicosocial del concepto de salud propuesto por la OMS, así como las leyes promulgadas en nuestro país a partir de la Conferencia de El Cairo en cuanto a derechos en materia de salud sexual y reproductiva, no parecen haber sido incorporadas cabalmente ni en el discurso ni en la práctica de los servicios de salud. El caso de la infertilidad y las nuevas técnicas de reproducción asistida son un buen ejemplo de esta realidad, ya que la consulta psicológica no es incluida universalmente en el proceso, y su función para el sostén y comprensión de los aspectos emocionales

puestos en juego en el intenso tránsito por esta experiencia, no es tenida en cuenta en la mayoría de los casos. Este escenario representa una paradoja que queda bien ilustrada en los casos específicos de infertilidad sin evidencia de causas físicas. El propio vacío en el conocimiento médico en cuanto al abordaje de la psiquis de los consultantes, además de inhabilitar la entrada en escena de la psicología como disciplina privilegiada para atender estos aspectos, repercute en el consultante negativamente.

Desde el lenguaje médico científico ya podemos apreciar un cierto grado de violencia en cuanto a la terminología utilizada para nombrar a la disfunción reproductiva: la infertilidad o esterilidad será diagnosticada a modo de incapacidad de concebir luego de determinado tiempo de mantener relaciones sexuales prescindiendo de métodos anticonceptivos. Desde el diagnóstico parece quedar obturada cualquier posibilidad de concebir el embarazo, noticia que tendrá sus repercusiones emocionales en los diagnosticados.

Por su parte, el factor tiempo impuesto en la definición de infertilidad juega un rol fundamental en el contexto de una sociedad signada por la velocidad, que gira en torno a las soluciones inmediatas en todos los aspectos de la cotidianidad. Los parámetros de tiempo establecidos para el logro o la consecución de cualquier objetivo, operan como ansiógenos en el aparato psíquico cuando los resultados positivos no son alcanzados. Asimismo, el tiempo en cuanto a la edad adecuada para concebir, presiona y se contrapone a la carrera por lograr estabilidad económica, constituir una pareja, lograr la independencia y otras condicionantes impuestas como mandato social, en un país en donde pocos logran estos ideales lo suficientemente temprano como para permanecer dentro de la edad fértil en su máxima expresión biológica.

La infertilidad fue considerada hasta los años 70 como una disfunción psicósomática. La salida del psicólogo de escena y la entrada del médico en la misma fue propiciada por los avances médico-tecnológicos a través de las técnicas de reproducción asistida y su exitosa implementación. La desnaturalización de la reproducción humana y la medicalización de la cuestión tuvieron su inicio cuando la infertilidad cobró entidad de enfermedad. Esta condición determinó la escisión y exclusión de los aspectos emocionales. Aún hoy, a pesar de los grandes avances en materia conceptual y legislativa, como puede apreciarse en el Artículo 2 de la Ley 19.167, las técnicas de reproducción asistida constituyen la metodología terapéutica principal a ser aplicada

en casos de infertilidad. Aunque en el Artículo 3 de la misma Ley se menciona la prevención de la infertilidad, ésta refiere a las enfermedades que puedan producirla como secuela y otros factores que la causen, sin ninguna mención específica a la gran importancia que tiene el abordaje psicológico en estos casos. En este contexto, legislar acerca del abordaje psicológico requerido en la prevención, tratamiento y seguimiento frente a estas disfunciones, es una de las aristas pendientes a ser tratadas en nuestro país.

Si bien la dimensión psicológica se plantea como inherente al concepto de salud, como fue mencionado anteriormente, parece necesario fundamentar teóricamente la función de la psicoterapia en la clínica médica y posicionar a la psicología como campo disciplinario privilegiado de conocimiento para la atención de ésta dimensión en todas las áreas y espacios destinados a la atención en salud.

Conflictos psicológicos tempranos, estrés físico y psicosocial -no sólo como consecuencia sino también como desencadenante de la infertilidad- la modificación de los comportamientos, las emociones y los pensamientos con su repercusión en el sistema inmune y endocrino, la resonancia del diagnóstico de infertilidad de acuerdo al género, la historia personal, los rasgos de personalidad, el manejo de situaciones adversas, las relaciones sociales, la cultura, correr la carrera de un sinfín de altibajos emocionales para alcanzar el deseo por lo inexistente, la subjetividad ignorada en el proceso, son todos aspectos que han sido abordados desde la psicología por diferentes autores pero que no parecen tener el suficiente peso en la concepción médica de la cuestión.

Las herramientas con las que cuente cada persona para afrontar esos conflictos deben ser develadas, potenciadas, entendidas conscientemente para afrontar de la mejor manera posible la condición de infertilidad. Entender cómo operan los conflictos intrapsíquicos frente a la búsqueda y el deseo de la llegada de un hijo, frente a la posibilidad o no de la maternidad/paternidad, parece ocupar un lugar primordial en estos procesos.

Otro aspecto imprescindible para poder fundamentar cómo opera el psiquismo en estas cuestiones, se relaciona con los aportes propuestos por el psicoanálisis en materia de género y del deseo de tener hijos. El devenir histórico en materia de género y de tratamiento de la infertilidad van de la mano y explican la valoración actual en cuanto a la maternidad como algo sublime, a la mujer como equivalente a madre, al

deseo de tener hijos como característica inherente de la femineidad, a la imposibilidad de fecundación del hombre como pérdida de virilidad y masculinidad. El deseo o no de tener hijos se vincula directamente con las valoraciones sociales de género, lo cual implica un condicionamiento y una influencia en la psiquis de las personas según lo que se espera de ellas. Los trastornos reproductivos en los hombres son vividos con vergüenza debido a que sienten amenazada su identidad y esta esterilidad da paso a la elaboración de un duelo que no tiene cabida en el contexto social.

Desde el psicoanálisis también se advierte que la inscripción del deseo de maternidad tiene su origen muy temprano en la niña y se destaca aquí un componente que se relaciona con la inmediatez en la que vivimos actualmente: la espera. El tiempo de espera del cuerpo de la mujer para concebir comienza su recorrido en la niñez y no es de extrañar que con la llegada a la etapa adulta y tras la búsqueda de concreción de esa maternidad, el tiempo opere como otro punto de presión y propulsor de conflictos psíquicos. Esa espera repercute en la subjetividad femenina y es preciso descubrir sus efectos.

Por otra parte, ese deseo puede transformarse en pasión en la psiquis de las mujeres que sufren dificultades reproductivas. Esta pasión tiene su base en la dependencia hacia el hijo por venir como portador de un sentimiento de completud que le será restituído a la mujer a modo de plenitud absoluta y esto puede constituirse en una neurosis.

Todos estos aspectos que no están siendo analizados hoy en día en cada uno de los casos de infertilidad dejan al descubierto el desconocimiento médico en los casos donde no pueden determinar causas biológicas. No parece haber explicaciones en el cuerpo para quienes logran embarazarse naturalmente luego de haber adoptado o en el ínterin entre el diagnóstico y la espera de inicio de algún tratamiento.

La experiencia clínica con parejas da visibilidad a gran variedad de conflictos emocionales frente al diagnóstico de infertilidad, toda su configuración se ve modificada: vida social, intimidad, sexualidad, vínculo amoroso. Es aquí donde los atravesamientos individuales y subjetividades se ponen en juego en pos de un objetivo común tan valorado como lo es en el caso de la mujer. El fin último de toda pareja adulta es la procreación, la descendencia. Cuando el objetivo no es alcanzado puede presentarse un vacío o sentimiento de inutilidad del vínculo. Es preciso preguntarse cuánto hay de deseo individual en ésta búsqueda, cuánto de deseo de pareja, cuánto de presión social y cuánto de mandato de género. El entrecruzamiento de estos

aspectos y su influencia en cada sujeto, así como el vínculo de pareja, será determinante a la hora de evaluar si la búsqueda de hijos es tan importante para ellos como lo es para los demás.

Así como los conflictos emocionales se evidencian en el cuerpo, la manipulación del cuerpo en los procedimientos médicos requeridos por las técnicas de reproducción asistida, tienen su impacto en la psiquis y nuevamente en el cuerpo, a modo de círculo que se retroalimenta. La ilusión de control sobre la anatomía y la biología impuesta por la medicina moderna se desvanece frente a la falta de respuesta ante los tratamientos y el cuerpo comienza a percibirse como algo extraño y enigmático. Aunque la dicotomía entre cuerpo y psiquis está planteada desde el inicio en estos tratamientos, tanto médicos como pacientes refieren a este extrañamiento como vacío de conocimiento. Pero aún cuando el cuerpo se percibe como extraño al yo y esto es manifestado por todos los actores, sigue siendo ofrecido a la ciencia, sigue siendo sometido al logro del objetivo sin que se considere la posibilidad de revisar y construir una representación armónica porque el abordaje emocional está ausente.

Muchas veces los medicamentos utilizados modifican el estado de ánimo pero esto no es conocido por los consultantes, el impacto de la medicación sobre el cuerpo queda muchas veces en el saber de los profesionales. Ese mismo cuerpo será el que desaparezca de escena en situaciones que lo confronten con otras realidades, ya no habrá reuniones sociales con niños, ni embarazadas, toda la realidad se ve modificada, ahora sólo será el representante del dolor psíquico frente a la imposibilidad de concebir. Cómo puede ser esto tan evidente y a la vez tan ignorado?

En la velocidad en la que vivimos tal vez el abordaje psicológico que implica tiempo para la comprensión y develamiento de lo que subyace tras los conflictos psíquicos no cuadra en la mercantilización de la medicina, ya que la búsqueda de soluciones inmediatas no sólo está pautada por lo biológico sino también por los mandatos sociales. Si es posible pagar – con dinero o sufrimiento - por tratamientos efectivos para lograr el objetivo, tal vez no se encuentre sentido en “perder tiempo” en psicoterapias.

La consulta psicológica debería incluirse aún antes del diagnóstico de infertilidad, una vez que los consultantes recurren al médico para presentar el problema, deberían iniciarse conjuntamente tanto los estudios médicos como la asesoría psicoterapéutica.

Las personas adultas pueden ejercer el derecho a tener hijos y cuando lo hacen “naturalmente” no suele cuestionarse la decisión, sin embargo, frente a las disfunciones reproductivas, se enfrentan a la pregunta del por qué o para qué.

Abrir un espacio para el descubrimiento de lo que subyace tras la demanda de tener un hijo resultaría beneficioso para los consultantes y también para los médicos, ya que está claro que dar luz a los aspectos inconscientes que envuelven y atraviesan a los sujetos propicia mejores resultados.

Referencias bibliográficas

Antequera Jurado, R. y otros (2008)

Alkolombre, P. (2008) *Deseo de Hijo. Pasión de Hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del Psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Letra Viva.

Allegue, R. y otros (2005). *El cambio psíquico en pacientes y terapeutas a la luz del trabajo clínico actual en dificultades reproductivas*. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VII, número 1.

Baron, L. (...). Infertilidad.

Recuerpado de: http://www.luisabaron.com/?page_id=96

Brugo - Olmedo, S., Chilik, C., Kopelman, S. (2003). *Definición y causas de la infertilidad*. Artículo de Revisión. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol 54, N° 4. Recuperado de:

http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol54No4_Octubre_Diciembre_2003/v54n4a03.PDF

Cardeillac Gulla, J. (2007) *Reproducción biológica y social: una aproximación al caso de las tecnologías de reproducción humana asistida*. VI Jornadas de Investigación Científica. "15 años de la Facultad de Ciencias Sociales"

Recuperado de: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Cardeillac.pdf>

Cárdenas, A., Chávez, S., Lozano, C. (...). Actitudes de la pareja ante su infertilidad.

Recuperado de: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/76_actitudes_de_pareja.pdf

Carril, E. (2000). *El deseo parental. El ayer y hoy de una construcción compleja*.

Recuperado de: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro2/elina_carril.htm

Carril, E. *Cuerpo de mujer: un cuerpo en espera*. El cuerpo en Psicoanálisis. Diálogos con la Biología y la Cultura. APU. Montevideo

Cincunegui, S., Kleiner Y., Woscoboinik, P. (2004). *La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (1994). Cap. VII *Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva*. Recuperado de: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

De la Fuente, G., González, D. y Percovich, M. (2011). *Estado de situación de Esterilidad/Infertilidad en el Uruguay. Conclusiones y recomendaciones*.

Domínguez, R. (2002). *Psicología e Infertilidad*. Revista Médica de la Clínica Las Condes, Vol. 13, N°1. Recuperado de: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_13_4/PsicologiaInfertilidad.pdf

Jenaro Río, C. y otros (2008). *La evaluación psicológica en infertilidad: El "dera" una prueba creada en España*. Papeles del Psicólogo, vol. 29, num 2, pp. 176-185. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829202>

Ley N° 18.426. (2008). *Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva*.
Recuperado de: http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/Ley_No_18-426.pdf

Ley N° 19.167 (2013). *Técnicas de reproducción humana asistida*
Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19167&Anchor=>

Meler, I. (2001). *La fecundación asistida, a la luz de la diferencia entre deseo y demanda*. Coordinadora del Foro de Psicoanálisis y Género de la APBA. XXIII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Obstetricia y Ginecología Psicosomática. Buenos Aires.

Mendes, M. (2000). *Trastornos en Fertilidad. Reuniones de Biblioteca: Red de Investigación en Psicoanálisis; Conferencia de Grupos de Investigación "Novedades en la clínica psicoanalítica"*. Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina. 2000.
Recuperado de: www.efba.org/efbaonline/mendes-01.htm

Moreno Rosset, C. (2008). *Infertilidad y Psicología de la Reproducción. Papeles del Psicólogo* [en línea] 2008, 29 (mayo-agosto): [Fecha de consulta: 10 de agosto de 2014]

Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829201>> ISSN 0214-7823

Moscoso, M.S. (2009). *De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología*. Revista de Psicología, Vol. 15, N°2, Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Recuerado de: <http://www.redalyc.org/pdf/686/68611924008.pdf>

Puget, J.; Berenstein, I. (1989). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Ed. Paidós: Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (1946) *Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional*. New York.

Proyecto de Ley (2012). *Técnicas de Reproducción Humana*.

Recuperado de: <http://www.uruguayprocrea.org/proyectocs.pdf>

UNESCO (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2007-2009). *Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina*. San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística. Ana María Damonte (...) Variables Estadísticas

Relevantes Durante el Siglo XX - Área Sociodemográfica

Fasc.: 2.

Recuperado de:

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/variables%20siglo%20xx/partelltexto1ultimo.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. Juan José Calvo (2009). Censos 2010. Informe sobre Fecundidad y Mortalidad.

Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/talleres/Informe%20final%20-%20Fecundidad%20y%20Mortalidad.pdf>