

# ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGIA

Título del proyecto de investigación:

**Abordaje psicoterapéutico en parejas que están en proceso de  
inseminación asistida.**

Cátedra de radicación:

**Psicología Clínica**

Supervisora:

**Lic. Carmen Rodríguez Salgado**

Co-supervisora:

**Lic. Graciela Beatriz Pla**

Alumna:

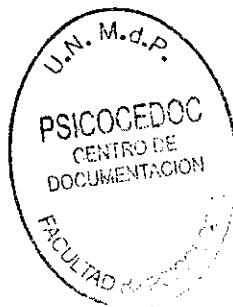
**Marcela Susana Boronat**

Matrícula y año:

**1519/89**

Año:

**1994**



CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-199 3	
	N° INVENTARIO:
	R-439

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDO: MARCELA SUSANA BORONAT.

MATRICULA Y AÑO: 1519/89

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION: Psicología Clínica.

SUPERVISOR: Lic. Carmen Rodríguez Salgado - SUPERVISOR: Lic. Graciela Pla.

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO  
SI.....NO X.....

TITULO DEL PROYECTO: "Abordaje Psicoterapéutico en parejas que están en  
proceso de inseminación asistida".

PALABRAS CLAVE (hasta cinco): Inseminación - Fertilidad - esterilidad - Mitos  
MATERNIDAD - PATERNIDAD - Adaptación.

DESCRIPCION RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120  
palabras, escrito a máquina o P.C. y luego pegado):

Desarrollaré mi trabajo, explicitando en un comienzo los diversos aspectos que involucran los conceptos de: MATERNIDAD Y PATERNIDAD; a nivel social y de pareja, para luego llegar a conocer los mitos, creencias y realidades que se suscitan en torno a estos roles.

Trataré las limitaciones que impiden llevar adelante este proyecto, haciendo hincapié posteriormente sobre aquellas parejas que deciden realizar tratamiento de inseminación asistida, ubicando de este modo el rol del psicólogo dentro del equipo que asiste a la pareja, así como los objetivos y maneras de llevar a cabo el abordaje psicoterapéutico.

Rescataré de la teoría psicoanalítica el modo en que esta concibe a la maternidad, tomando también para ello, aportes de la psicología del YO, donde el abordaje de la conflictiva a tratar será a través de una psicoterapia focalizada.

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la Investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa): Mi investigación será exploratoria.

MÉTODOS Y TÉCNICAS (Fuentes, procedimientos y análisis de datos):

- Asesoramiento de personal especializado desde Buenos Aires: "FECUNDITAS" (INSTITUTO Integral de Fertilidad) desde Mar del Plata: Profesionales que trabajan en este tema dentro del Hospital Periodo de Comunidad.
- Elaboración y Análisis de Material teórico (bibliográfico).
- Posibilidad de ejemplificar mi trabajo con alguna enterista o parejas que deseen realizar tratamiento de inseminación.

LUGAR DONDE REALIZARA EL TRABAJO:

Dado que mi trabajo es de tipo

bibliográfico, trataré de ejemplificar el mismo con enteristas o parejas en tratamiento de inseminación asistida en el Hospital Periodo de Comunidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- Lectura de bibliografía
- Elaboración y outline de la misma.
- Asesoramiento con profesionales especializados de Mar del Plata y Buenos Aires.
- Enteristas que se realizaron a parejas en forma semi-dirigida.

en forma semi-dirigida.

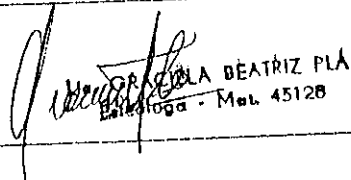
- Diseño de una encuesta focalizada de los enteristas realizados.

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA: "MATERNIDAD, MITO y REALIDAD" de MIRTA VIDELA.

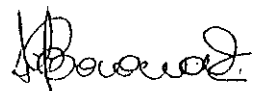
- Esterilidad de la pareja "de Mirta Videla, SAURANSKY y SAS.
- Aspectos psicológicos de la inseminación" de LESLIE SCHOVER, Robert Collins y SUSAN BICHARDS.
- "Inserción y adaptación entre mujeres con fertilidad dañada" del Dr. Giambeoni.
- "Estructuras y Abordajes en psicoterapias". HECTOR FIORINI.
- "El campo teórico y clínico de las psicoterapias psicoanalíticas" de H. Fiorini.
- "Hacia un modelo clínico situacional". de ISAAC LUDHINA.
- "EL MALESTAR SILENCIADO" de DASRAL Y RAVAZZOLA
- "Voces de Femenidad" de SALAS - ALIZADE - KRISTEVA - NASIO.



CARMELA BEATRIZ PLA  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
M.P. 44167



Firma Co-Supervisor



Firma del Alumno

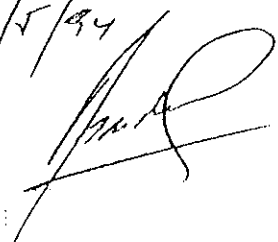
Comite de Investigación

Comite de Investigación

2/2

FECHA CONFORMIDAD:

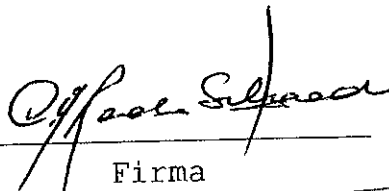
5/5/94



Esta monografía es propiedad de la alumna Marcela Susana Boronat perteneciente a la Escuela Superior de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicada en todo o en parte o resumirse, sin el consentimiento de la autora.

Monografía aprobada por:

Supervisora: Lic. Carmen Rodríguez Salgado



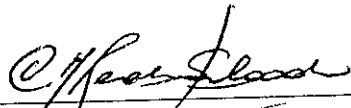
Firma

CARMEN M. RODRÍGUEZ SALGADO  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
M. P. 48167

Aclaración

Mar del Plata, de agosto de 1994

La Supervisora del presente informe, aprueba los contenidos del mismo, siendo éste redactado por la alumna Marcela Susana Boronat, matrícula 1519/89.



Lic. Carmen Rodríguez Salgado

Supervisora

CARMEN M. RODRIGUEZ SALGADO  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
M. P. 48167

Monografía aprobada por:

Cosupervisora: Lic. Graciela Beatriz Pla



---

Firma

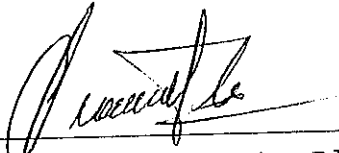
Lic. GRACIELA BEATRIZ PLA  
Psicóloga - Mat. 45128

---

Aclaración

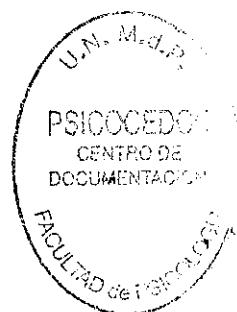
Mar del Plata, de agosto de 1994

La Cosupervisora del presente informe, aprueba los contenidos del mismo, siendo éste redactado por la alumna Marcela Susana Boronat, matrícula 1519/89.



---

Lic. Graciela Beatriz Pla  
Cosupervisora





que aún no se reconocería como diferenciada de la madre. Es decir: el deseo de tener un hijo, puesto que supone el reconocimiento de la castración, de una incompletud, de una falta, se despliega predominantemente en una dimensión simbólica; en tanto que el deseo de ser madre corresponde fundamentalmente a una dimensión imaginaria.

Recordemos que en el orden simbólico hay triangulación, hay corte, tanto con respecto al Otro (la madre), como al sujeto mismo (escisión impuesta por la represión que estructura al sujeto como Sujeto del Inconsciente). En el orden imaginario en el que se despliega el deseo de ser madre habría unicidad, unidad ilusoria, fusión con el Otro, lo que permitiría gozar de una supuesta "plenitud" en el sentido de un completamiento narcisista indeferenciado.

En la historia del pensamiento, naturaleza y cultura eran en un comienzo entidades opuestas. Lo podemos observar a través de los desarrollos de Rosseau al respecto. Para el psicoanálisis el sujeto ya no es homologado al campo de la conciencia (pienso, luego existo), sino que está sujetado a lo inconsciente en el ser cuya naturaleza es la cultura. El discurso social sustenta el supuesto de un funcionamiento "natural" de la reproducción humana. Se piensa la maternidad como una función biológica y la paternidad como una función social. La primera del lado de lo Real, la segunda, del lado de lo Simbólico. Esta oposición binaria refiere a la categorización de hombre y mujer como conceptos fijos, inmutables, ahistóricos. Se trata de un determinismo absoluto que intenta fallidamente aliviar la angustia generada por las incertidumbres y la imposibilidad de saber realmente sobre la sexualidad humana mas allá de lo meramente fisiológico.

S  
biológica, la es *para la* entonces dicha supuesta función  
"natural". La cor *moderación* en tanto falla de esa función  
absoluto ser con *moderación* sarrollo y nacimiento, no puede en  
indispensable situ *moderación* ente biológico. Por el contrario, es  
lica y fantasmática.

Por todo esto, la mujer infértil representa un serio cuestionamiento a la oposición binaria basada en la función "reproductora" de la mujer.

La que no es ni será madre, no puede por lo tanto, ser mujer.

La imposibilidad de la maternidad, real o no, la remite al vacío más absoluto, a la absoluta falta de sentido, a la pérdida de identidad.

La mujer infértil, aunque lo sea transitoriamente, se expondrá a cualquier tipo de manipulaciones a fin de corregir rápidamente esta "anomalía". Generalmente este camino se recorre a partir de la pertinente consulta al ginecólogo, quien después de una responsable y minuciosa revisión, le informa que "está todo bien". Lo que, obviamente, no la tranquiliza en nada.

La mujer infértil habla obsesivamente de la ovulación, el pH vaginal, los niveles hormonales. El cuerpo está cada vez más presente, con más peso en lo Real. Supuestamente allí y sólo allí está el obstáculo. Allí buscará la respuesta al enigma, tratando de resolver lo que angustia cada mes y cada vez más con cada ciclo menstrual, dificultando progresivamente el hallar la anhelada solución.

Se cuentan minuciosa y angustiosamente los días previos a la menstruación, esperando "una falta", la falta de "la falta", aumenta la angustia, crece la sensación de "me falta un hijo".

El hombre (su pareja) recientemente -y no hace muchos años- se está incorporando, desde lo Real y como parte de una conflictiva que afecta a ambos, poniendo el cuerpo y con éste la posibilidad de tratar si hubiera alguna patología posible, su propia dificultad.

Forma parte de una realidad que mitológicamente no altera su identidad de hombre, sino que pone en juego otros aspectos, como su capacidad asociada a una menor virilidad e impotencia.

Numerosas mujeres con dificultades para embarazarse y sin ningún impedimento orgánico, como se demuestra en abundante bibliografía médica específica, "medicalizan" este signo que remite a una otra cosa

(deseo inconsciente que podrá revelarse a través de la palabra y sus actos fallidos), transformándolo en síntoma de una supuesta enfermedad. Así se pierden de vista todas las determinaciones históricas y estructurales que constituyen al ser humano como tal, reduciéndolo a un mero organismo.

Esta mujer renunciará a preguntarse por su demanda de un hijo y su significación particular en esa historia singular. Se etiquetará como "estéril" y así comienza a cuestionar su Ser Mujer.

Así como se corre el riesgo de la medicalización de un signo, por el lado de la psicología, el riesgo paralelo es el reduccionismo torpe y simplista de algunas gastadas y trilladas interpretaciones al estilo de: "Usted no se embaraza porque no quiere". Echando un balde de brea sobre todo lo que el psicoanálisis nos permite pensar y descifrar al respecto en la infinita circulación de representaciones de nuestro universo simbólico.

Es necesario aclarar que lo propuesto no es de ninguna manera, sustituir la causalidad orgánica por la psíquica; sino tomar la infertilidad como un síntoma que por el hecho de situarse en el cuerpo no lo hace menos enigmático.

La propuesta del psicoanálisis no consiste en absoluto en la sustitución de una doctrina por otra, sino en el ofrecimiento de una escucha diferente al conflicto de quien consulta, con el propósito de posibilitar diversas soluciones.

Ningún conflicto puede reducirse por la fuerza. A veces, las nuevas tecnologías de reproducción humana pueden llegar a ser un intento de satisfacer una demanda. La imposibilidad de procrear implica una muy seria herida narcisista que debe necesariamente ser considerada en todas sus dimensiones.

Tal cual lo expresado en el proyecto de investigación, intentaré desarrollar mi trabajo explicitando en un comienzo los diversos aspectos que involucran los conceptos de Maternidad y Paternidad a nivel social de la pareja, para luego llegar a conocer los mitos, creencias y realidades que se suscitan en torno a esos roles.

Trataré las limitaciones que impiden llevar adelante este proyecto, haciendo hincapié en aquellas parejas que deciden llevar a cabo tratamiento de inseminación asistida, ubicando de este modo el rol del psicólogo dentro del equipo que asiste a la pareja, así como los objetivos y maneras de orientar el abordaje psicoterapéutico.

## **2. Desarrollo**

### **2.1. La maternidad como imposición social: Mitos y realidades.**

Es importante que cada pareja que decide tener un hijo sea consciente de su decisión y de lo que en realidad podrá llevar a cabo.

Como lo mencioné en la introducción, la pareja se encuentra imbuida de varios mitos y de distintas realidades que deberá afrontar:

"...El mito es la imagen del parto doloroso pero acompañado, la realidad: el abandono y la denigración. El mito es el traje blanco y los niños sanos y bien alimentados, la mesa suculenta y el esposo sonriente; la realidad es el embarazo de soltera, el salario miserable, la falta de alimentos y la huelga."

"El mito es también la madre amamantando a su bebito, la realidad es la oposición social a ese contacto, desde el pediatra que prescribe la mamadera, hasta el patrón que nada quiere saber sobre este problema e indefectiblemente, y con apoyo legal, le hace volver al trabajo a los 45 días, si antes no la despide."

"Es la realidad la mujer embarazada a la que se niegan las posibilidades de trabajo, las inalcanzables leches maternizadas que no se pueden comprar con el salario."

"El mito es un lindísimo cuarto de bebé, tal como lo demuestran las revistas para la mujer, que le proponen medidas o productos absurdos, para la realidad de una villa, o un inquilinato, donde varias personas comparten una habitación y un baño..."; así lo distingue claramente Mirta Videla, en su texto antes citado<sup>1</sup>.

Es indudable que la sociedad y la cultura proponen determinados modelos de "la familia" y de "la maternidad"; haciendo que los individuos deban ajustarse a esas pautas con un gran esfuerzo de adaptación a esos modelos propuestos, aún cuando éstos se opongan o no correspondan con sus propias posibilidades naturales o las de su núcleo familiar.

Se suele tratar a las dificultades para el ejercicio de la maternidad, sólo como resultantes de problemas inconscientes, provocados a su vez por perturbaciones en las relaciones parentales de la infancia, sin prestar atención a la determinación de la sociedad, que no constituye una suma de individuos, sino una unidad funcional que suele restringir la libertad personal en función de normas sociales colectivas.

Así, un cúmulo de normas sociales preestablecidas reglamenta el modo en que debe establecerse el vínculo madre-hijo durante los primeros meses de vida, ligazón que puede corresponderse o no con una real necesidad afectiva de mutua posesión; y entonces, muchas veces el placer de ser madre y ser hijo, se convierte en un vínculo impuesto, en una exigencia inmodificable a cuyo mantenimiento la sociedad contribuye en todas sus expresiones.

En la mayoría de los países que conocemos, la carga de la crianza recae sobre la mujer. La función del padre parece reducirse a una simple presencia episódica, una breve intervención orientadora o prohibitiva-castradora en la adolescencia de los varones. Es como si la heroica tarea de trabajar para mantener la familia fuese paralelamente, una especie de salvoconducto para no asumir la responsabilidad de la crianza de los hijos.

Lo realmente válido es poder considerarnos complementarios en esta tarea tan gratificante como ardua, que es tener un hijo.

Hoy en día la mujer se permite dar lugar a otras actividades que también la gratifican, teniendo en algunos casos, que optar entre el cuidado a tiempo completo de su bebé, o pedir ayuda por un tiempo determinado a otra persona que pueda "suplirla" en sus funciones.

El entorno social que circunda a esta madre no vacilará en juzgarla como egoísta y descuidada. Pero tampoco le proporcionará una preparación adecuada para recibir a su hijo con todas las intenciones de otorgarle todos los cuidados que hacen a sus necesidades vitales, como el afecto que nadie le supo hacer experimentar, como importante de ser

transmitido. Y ¿el deseo? ¿Qué lugar ocupa en esa madre? ¿Y en la sociedad?

Considero oportuno remitirme a mi experiencia personal, dado a que tuve la posibilidad de optar entre seguir adelante con mi carrera o dedicarme por entero al cuidado de mi hija. Elegí seguir mi carrera, y no por ello dejé de amar a mi hija. Hoy, tal vez con algunos años más, puedo ver lo importante y necesario que es la serenidad y el disponer de un buen tiempo para establecer un buen vínculo madre-hijo. Nadie anteriormente pudo hacerme vivenciar esa necesidad, si bien por la carrera que elegí, tenía conocimiento teórico de su importancia.

El deseo puede modificar o no, ello depende de la situación por la que se atraviesa. Es tan fácil determinar "el deseo correcto" como lo es también señalar qué está bien o está mal; lo importante es la vivencia fecunda que nos permite reconocer la necesidad y optar. Lo malo a mi entender es el daño que pueda provocar al niño una opción errada, estando con él por compromiso o estando ausente.

Cerraré esta idea con otra otorgada por Mirta Videla: "...por último, entre las cosas que pueden hacerse en favor de una maternidad deseada y asumida, no impuesta socialmente ni forzada por los profesionales, podremos mencionar la urgente necesidad en nuestro país de la creación de centros especializados en maternidad y perinatología, es decir Centros Materno Infantiles preventivos, profilácticos, destinados a brindar a la mujer la información científica necesaria y la orientación psicológica que busca y el contacto con profesionales especializados (1990: aún no lo hemos logrado)".<sup>2</sup>

## **2.2. Normalidad y conflictos del embarazo**

De acuerdo a lo expuesto, podemos decir entonces, que el embarazo constituye un fenómeno normal en la vida del ser humano, pero cobra diferentes características según las diferentes culturas. se presenta de manera distinta en cada mujer y en cada uno de los partos.

"...Cuando una mujer busca embarazarse consciente o inconscientemente, posee dos grupos de potenciales psicológicos de referencia:

1. El resultante de la relación con su madre y con su padre, con los elementos de identificación y de diferenciación.

2. Los elementos que el condicionamiento sociocultural le han brindado: forma en que cada sociedad vive las diferencias sexuales, las relaciones genitales, importancia del rol maternal, enseñanza escolar, influencia de las amistades, relaciones amorosas, etc.

Es decir que cualquier alteración o información deformada en alguno de los grupos de potenciales determinantes producirá patología en la maternidad. ¿Qué se quiere decir cuando se refiere a patología en la maternidad o "embarazo patológico" psicológicamente hablando?. Para contestarnos, primero debemos tener bien claro qué es un embarazo normal".<sup>3</sup>

"El examen psicológico de las mujeres muestra cómo durante el embarazo aparecen síntomas que nosotros podemos llamar "el lenguaje de los órganos". A través de ellos vamos a encontrar el significado del hijo para la mujer y también para el hombre (cosa que generalmente se niega en nuestra sociedad)."<sup>4</sup>

"Los síntomas de la pareja frente al embarazo son índices de un conflicto con la maternidad, y no un rechazo al hijo. Mejor aún, otra manera de decir podría ser que los síntomas son indicadores de un conflicto en la pareja con respecto al hijo que se está gestando y lo que éste significa, moviliza o representa para ambos. El síntoma aparece así no como un elemento de menosprecio hacia la personalidad de la mujer gestante, sino como una especie de señal mediante la cual la mujer y/o la pareja, nos indican su necesidad de comprensión, entendimiento y ayuda, en ese difícil momento por el cual atraviesan."<sup>5</sup>

"Sin duda para entender tanto las reacciones normales como las patológicas que presenta un adulto frente al embarazo, debemos



remontarnos a su infancia y diremos con Freud que el Complejo de Edipo constituye el nódulo central de las neurosis. El famoso triángulo es el fundamento del desarrollo del embarazo, puesto que durante el mismo, los padres vuelven a vivir, en relación con su hijo, las pautas internas de su propio triángulo edípico."<sup>6</sup>

"Frente al hijo los padres reeditarán los mismos afectos encontrados, los mismos impulsos conflictuales que vivió en una primera edición, durante su infancia, en el curso de la relación con sus padres: es lo que se ha dado en llamar "el complejo de Edipo en el espejo". Puesto que lo que distingue a uno del otro es simplemente diferente posición, el distinto vértice que ocupan en el eterno "triángulo edípico"."<sup>7</sup>

"Una pareja o una mujer con conflictos, puede expresarnos con su cuerpo aquello que no puede verbalizar o exteriorizar a nivel consciente. Si una mujer está biológicamente sana y anatómicamente íntegra para gestar, la aparición de síntomas está expresando un conflicto detrás del cual habrá un sentimiento básico de la mujer o de la pareja frente al hijo, que se llama "ambivalencia". Esta ambivalencia, este querer y no querer se expresa a través de los síntomas que aparecen tanto en la mujer como en el hombre." <sup>8</sup>

"Si el conflicto no logra resolverse en una suerte de equilibrio, bien puede llegarse a un parto prematuro o al aborto."<sup>9</sup>

"Todos conocemos cuáles son los síntomas de la embarazada por vivencia, relato o literatura; éstos varían según que el feto o embrión esté o no incorporado y según sea la primera o segunda mitad de la gesta. Los síntomas pueden ser de carácter físico o psicológico. Entre los primeros encontramos y generalmente en pareja, es decir, aquellos que corresponden a todas las zonas erógenas de la evolución psicosexual, vómitos y antojos, diarreas y constipaciones, retención del feto y parto prematuro, lipotimias o pérdidas del conocimiento total o parcial, astemia o desgano general, hiperactividad, obesidad acompañada de oralidad incontrolada, anorexia o falta de apetito, adelgazamiento marcado, etc. Todas implican la lucha frente

a la ambivalencia y ésta a su vez la falta de resolución de los conflictos edípicos. Si decimos que al vomitar trata de expulsar al hijo por la boca (y en la diarrea por el ano), también debemos pensar que trata de retenerlo por los antojos a través de la boca. Ese "no sé qué" que a veces suele pedir y que tan peyorativamente se le interpreta a la embarazada. Dentro de los síntomas psicológicos tenemos por ejemplo: los miedos, ansiedades, fobias, trastornos psicosexuales como la frigidez y la impotencia, etc."

Durante el embarazo y el parto, la mujer repite su relación primitiva con su madre y suele identificarse con el feto reviviendo su propia vida intrauterina (manifestada en el letargo y la somnolencia). Además para la mujer embarazada el feto representa a su propia madre y especialmente a su superyo materno; así es como su relación ambivalente con la madre es revivida a través de su propio hijo.

Si tenemos en cuenta los conceptos de la evolución psicosexual, podemos describir la infinita gama de representaciones a nivel de la fantasía inconsciente que puede significar un hijo para la mujer."

"Mediante los tests proyectivos y las entrevistas podemos descubrir qué es el embrión (feto para la madre). Este puede cobrar "diferentes representaciones": por ejemplo, si corresponde a los deseos de vaciar el vientre materno, el hijo puede ser vivido como robado a la madre, o como el pene del padre extraído de ese vientre; puede ser vivido también como una peligrosa trampa tendida por la madre; de ese modo el embarazo podría representar un castigo o una tortura a la que la somete la madre por sus goces infantiles agresivos (véase como para una mujer que vomita, se cae, se enferma, engorda, se siente monstruosa, realmente padece una tortura). El hijo suele aparecer como un monstruo dentro de ellas, que las consume o las devora, a veces, en sueños el hijo aparece representado como un cangrejo o una piraña succionadora. Representa así sus propios deseos infantiles, o sus exigencias frente a la madre, que vivió como monstruosas en su fantasía.

Esta fantasía proviene también del miedo a sus propios sentimientos agresivos hacia su hijo.

Por otro lado, en algunos casos el embarazo aparece recubierto de fantasías más conscientes y superficiales, como ser la de dar un hijo al padre (satisfacción de fantasías edípicas), tener el hermano que su padre no les dió, o poseer status de esta manera. Algunas cobran mayor profundidad, como por ejemplo vivir el embarazo como una forma de recuperar a la madre identificándose con ella en sus capacidades maternas (esto suele verse en la conducta de las mujeres que se pasan los nueve meses frente a la madre e inclusive van al médico con ella y hasta pretenden que esté en el parto).

Puede ser una forma de comprobar su propia fertilidad y la integridad de sus órganos internos; o puede ser vivido como un equivalente de órganos masculinos deseados, etc."<sup>10</sup>

"Pero profundamente el deseo de tener un hijo proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar sus capacidades latentes. Las fantasías de embarazo y parto están en relación con fantasías de desarrollar e integrar en el Yo postnatal los contenidos que han quedado excluidos, aletargados en el inconsciente; es una actuación que está representando el "despertar" de contenidos prenatales, que en lugar de integrarse en el Yo, pasan a ser proyectados en el feto. El embarazo es una manera de proyectar en el feto los contenidos persecutorios, disociándolos por completo del Yo (como por ejemplo el incesto, el parricidio y otros)."<sup>11</sup>

"Un embarazo que transcurre normalmente significa que madre e hijo tienen un profundo conocimiento mutuo. La implantación del embrión en el endometrio implica un mutuo acuerdo psicosomático. Existe lo que se denomina "el tabú del conocimiento del sexo en la embarazada", es decir, algo que desea saber pero que al mismo tiempo es sagrado, peligroso y prohibido para ella. Su conocimiento es motivo de angustia. En la comunicación madre-hijo está perturbada la posibilidad consciente del conocimiento del sexo del feto y de otros caracteres de éste. Entre el hijo y

la madre se establece, como en todo contacto humano, una especie de "relación transferencial-contratransferencial" y la embarazada se identifica con su hijo presentando reacciones contratransferenciales que demuestran la identificación con él. Una de las motivaciones más apreciables es el miedo de dañar al feto al introducirse en algo que ella: 1) considera como un secreto íntimo del ser que lleva dentro (fantasía de ser robada o descubierta) y especialmente si el sexo no es el que ella aspira; 2) desea además mantener el secreto de la relación incestuosa hetero u homosexual que establece con su hijo; 3) teme también al ataque de sus objetos persecutorios internos en la medida que se defina el sexo de su hijo; 4) al mantener la incógnita del sexo del hijo la embarazada prolonga identificada con él, la fantasía bisexual y satisface la ilusión de conservar ambos sexos.

Por otro lado, como toda creación materializada exige una renuncia a las fantaseadas posibilidades omnipotentes, el hijo resulta esas infinitas o ilimitadas posibilidades: saber el sexo sería perderlas"<sup>12</sup>

"Existe un momento normal de angustia en todo embarazo de ansiedades que son fruto de enorme cambio, de la magnitud del logro que representa la maternidad y la paternidad. Pero también este hecho va acompañado de un gran sentimiento de felicidad en que la mujer se siente identificada con una imago madre-buena y una imago padre-bueno protector, se une más a su hombre y a la vez satisface la necesidad de prolongar su vida en otro ser que alimentará y cuidará.

Los síntomas son la vía de escape a la problemática del origen del ser humano, la lucha entre la vida y la muerte. Una mujer que vomita o padece insomnio o diarreas, nos muestra claramente su conflicto y frente a ella en cambio encontraremos quienes viven sin malestares la maternidad".<sup>13</sup>

"La psicoprofilaxis, tal cual lo indica su nombre, como tarea profesional implica una tarea preventiva en psicología destinada a permitir expresar libremente a la mujer y al marido que entrevistamos toda la sintomatología del embarazo, todo lo que les acontece con el hijo y por el

hijo. Nos proponemos no provocarles sentimientos de culpa, ni aumentárselos si existen, tratando de entender que cada uno de ellos son "partes componentes de un proceso" y no signos de patología".<sup>14</sup>

"A veces el psicólogo, con el sólo tono o modo de preguntar hace sentir al paciente un enjuiciamiento y le cuesta entrevistar con la sola actitud de "dejar expresar" o escuchar. Los interrogatorios son perjudiciales en las entrevistas con parejas o mujeres que esperan un hijo. Pero no sólo la forma contribuirá a hacer sentir a la madre de esta manera, sino que es preciso una modificación interna de nuestra actitud, en la medida que comprendamos de otra manera a la maternidad, y no tiñamos nuestra tarea con lo que para nosotros representa en el inconsciente.

Debemos aceptar que, en nuestra sociedad, las mujeres vivimos la maternidad como un cambio en todas las áreas: corporales, sociales y psicológicas, somos producto de una cultura disociante, que nos lleva a consultar nuestros dolores al médico y las angustias al psicólogo".<sup>15</sup>

"La labor de un psicólogo, o de cualquier profesional implicado e interesado en la tarea de la maternidad, debiera estar destinada a permitirle ser aceptada y mostrarse tal cual es para ella la maternidad. La paciente debe poder traernos sus vómitos, sus náuseas, sus constipaciones, diarreas y temores, sintiendo que es ella misma y no las características patológicas de un embarazo.

Se ha intentado cosificar la maternidad intentando encajarla en un modelo, fuera del cual se lo considera enfermo y eso nos coloca en el lugar de jueces, no de psicólogos. Frente a un enfermo intentamos "comprender" su manera particular de "enfermar", pero frente a una mujer embarazada no buscamos "comprender" su manera particular de estar embarazada, sino que hacemos groseros índices de "aceptación o rechazo" de su embarazo, como si ésa fuese la única manera en que podemos aproximarnos a la tarea psicológica".<sup>16</sup>

### **2.3. Temores y expectativas de la mujer embarazada.**

"Por ser el embarazo un proceso fundamentalmente corporal y psicológico, nunca más que en este caso debemos llamarlo "una situación psicosomática de cambio" en la que el cuerpo y psiquismo se imbrincan dando origen a fenómenos que resultan muy difíciles de separar. Los temores que posee la embarazada y también su marido son de dos clases: uno, los comunes que subyacen casi en la mayoría, y dos: los personales y específicos de cada uno según la situación personal vital que los justifica".<sup>17</sup>

Es mi intención detenerme en el estudio de alguno de éstos como así también referirme a las expectativas que toda embarazada posee con respecto al hijo, puestas en el ansia de gestar un ser dentro de sí, para integrarlo a una sociedad más justa y feliz. Para ello sintetizaré la descripción que ha realizado la autora Mirta Videla en el siguiente cuadro:

## CUADRO COMPARATIVO

Reacciones emocionales de las parejas que están comprometidas en distintas afecciones de infertilidad

Posibles expectativas (ansiedades, temores, etc.) de la embarazada que vive su embarazo natural

- Independientemente de que la infertilidad pueda ser atribuida a la mujer o al marido, ambos miembros de la pareja están desolados por el descubrimiento que puede alterar el equilibrio de la pareja (Memning, 1980)
- a) Sorpresas: primer sentimiento expresado en una sociedad donde está tan difundida la anticoncepción, la fertilidad se considera un hecho, y el único problema está en controlarla. Para aquellos acostumbrados a superar todos los obstáculos, esta situación en la cual su deseo se desvanece puede aparecer como intolerable.
- b) Negación: "Esto no puede estar pasándome a mí", es la reacción que se observa a menudo ante un problema insoluble. Este sentimiento de negación se evidencia en algunos casos de parapraxia. Algunas parejas, por ejemplo, cuando buscan una segunda opinión, "olvidan todos sus documentos", mientras que otras traen los papeles pero se niegan a aceptar el diagnóstico dado por el médico anterior. El médico debe entender que esta negación es un mecanismo de defensa que permite a la pareja adaptarse a la nueva situación traumática.
- c) Sentimiento de aislamiento: Se origina a menudo a partir de la negativa de la pareja de discutir sus problemas con sus familias o amigos por distintas razones, como la vergüenza, el miedo a recibir un consejo inadecuado o el miedo a convertirse en objeto de lástima. La pareja infértil siente que está solos al no ser capaces de tener un hijo o no poder cumplir los deseos de sus familias o formarlas expectativas de su medio. Para la mujer puede ser cada vez más difícil tolerar los embarazos y nacimientos entre sus familiares y amigos.
- a) Temor a perder el atractivo físico
- b) Temor a tener un hijo anormal o monstruoso
- c) Temor a engendrar un hijo mólgico
- d) Temor a no tener leche
- e) Temor a morir en el parto
- f) Miedo a la muerte del hijo
- g) Temor a sufrir mucho dolor en el parto
- h) Preocupaciones con respecto a la anestesia
- i) Temor a la episiotomía
- j) Temor a la operación cesárea, el forceps y a la ventosa extractora
- k) Temor a no desempeñar bien el rol de madre
- l) Temor a no poder separarse del bebé luego del parto
- ll) Temor a quedar sola en el parto y sin ayuda
- m) Temor a tener mellizos
- n) Temor a que el médico no se lo encuentre en el momento preciso
- ñ) Temor al parto prematuro
- o) Temor al aborto en los primeros meses
- p) Temor a las grietas de los pezones durante la lactancia
- q) Temor a las hemorragias
- r) Temor a los problemas económicos

## Reacciones emocionales de las parejas que están comprometidas en disrintas afecciones de esterilidad

Posibles expectativas de la embarazada que vive su embarazo natural

Por supuesto, son muchos más los temores que enfrenta la mujer que espera un hijo. Lo desconocido, deseado y temido a la vez la llena de expectativas

### d) Culpa.

Dado que la gente necesita a menudo encontrar una razón para las cosas que le suceden, la pareja intenta descubrir porqué están siendo castigados. Algunas de las razones citadas por Menning incluyen el sexo premarital, la anticoncepción, el aborto, las enfermedades venéreas, la masturbación, la homosexualidad e incluso el placer sexual. Esta culpa puede explicar porqué en la paciente que desea "hacer lo que sea" por lograr el embarazo, o que se ofrece para procedimientos experimentales peligrosos, debe sospecharse que desean aplacar la culpa.

### e) Obsesión.

En algunas mujeres, toda la energía se centra en el deseo de quedar embarazadas. Sus vidas se convierten en una serie de obsesiones y rituales, por ejemplo, curvas de temperatura, fechas de ovulación, sexo por periodo limitado a la fase fértil, citas con el médico, toma de medicaciones, etc. Cuando inexorablemente se produce su menstruación, entran cada mes en el ciclo infernal en el cual han desaparecido el deseo y el placer sexual.

### f) Penal y

### depresión.

Por último, Menning (1980) y otros (Berger, 1980), describen el estado de depresión y pena que sigue a la incapacidad de tener un hijo. Es una clase muy particular de pena, que comprende la pérdida de una vida potencial, que habría continuado la estirpe familiar y hubiera posibilitado superar la propia mortalidad. Menning refuerza los problemas de las parejas que no se sienten libres de lamentarse. Ella insiste en forma correcta, en los errores que el médico debería evitar, por ejemplo, indicando prematuramente la adopción como una alternativa o dejando que persistan dudas por demasiado tiempo respecto a que podría producirse un embarazo. En ambos casos, no se puede proceder al estudio de la pena. En consecuencia, las parejas pasan un periodo de crisis intensa que puede influir sobre su fertilidad y repercutir sobre su vida sexual, creando nuevos factores de infertilidad que no existían antes.

Si no se resuelve la crisis de la infertilidad, la pareja entra en un círculo vicioso en el que los síntomas se agravan por problemas psicológicos y, a su vez, agravan la ansiedad y la

### Reacciones emocionales de las parejas que están comprometidas en distintas afecciones de infertilidad.

frustración.

La castración es sentida por la mujer y por el hombre. Lo experimentó el 69% de las parejas informadas en el estudio de Mai (1978). La crisis de la infertilidad queda resuelta cuando la pareja es capaz de poner su infertilidad en perspectiva y cuando la libido queda involucrada en otros centros de interés. Es paradójico, pero en ocasiones, cuando se logra esta sublimación, se produce el embarazo.

#### g) Enojo:

El enojo puede estar dirigido contra el médico que investiga, dirige y trata al paciente como un niño, impone exámenes y tratamientos. A menudo el enojo enmascara sentimientos de intenso dolor y pena que no se pueden reconocer. El médico comprensivo sabe que oír las recriminaciones de las parejas agresivas es de por sí terapéutico.

#### **2.4. Concepto de Madre dado desde diversos enfoques.**

Considero importante señalar a través del concepto de madre, toda la carga social, filosófica, mitológica que encierra dicho término. Se explica entonces el quantum de frustración que le puede significar a la identidad de la mujer la imposibilidad de ejercer ese rol a través de su propio parto.

**Madre:** (Diccionario de mitos y símbolos) "Si a la mujer, en general la consideramos más próxima a la naturaleza, a la madre, en cambio, la sentimos simbólicamente como fuente de purificación y bautismo del hombre, ya que en ella nacemos y de ella renacemos. La maternidad es, por otra parte, la función propia de la mujer. De aquí que en muchos idiomas sólo se aplique la denominación de "mujer" a la que ha sido madre, y no tanto por su transformación fisiológica, sino porque las verdaderas cualidades psicológicas de la mujer no se manifiestan plenamente hasta que se hace madre."

"De aquí el que, simbólicamente, la maternidad no sea tan sólo una función natural, sino una alta misión moral y educadora, ya que además del cuerpo, también están preparadas su alma y su inteligencia para la función maternal."

"La mujer, y de modo concreto, la madre, no siente el mundo con un sentido objetivo, sino íntima, personalmente. Su "mundo" ha de ser el de sus hijos, el de su hogar, en torno del cual gira la vida de la familia. Como dice un viejo refrán "el hogar del varón es el mundo y el mundo de la mujer es el hogar".

"En opinión de Jung, la madre es el símbolo del inconsciente colectivo, del lado izquierdo y nocturno de la existencia, viniendo a ser también la fuente del agua de la vida. "Si hallais sorprendente -dice Freud- que los paisajes sirvan, con tanta frecuencia, en los sueños para representar simbólicamente el aparato genital de la mujer, acudid a los mitologistas y veréis cuan importantísimo papel ha desempeñado siempre la madre tierra en las representaciones y los cultos de los pueblos antiguos y hasta qué



punto la concepción de la agricultura ha sido determinada por ese simbolismo".

"En el aspecto literario -y tanto en la poesía como en la novela y el teatro- ha sido pocas veces tratada la figura de la madre, acaso por cuanto representa y simboliza de dignidad y de respeto. Son escasas las excepciones. Recordemos, por ejemplo, la grandeza moral de doña María de Molina -madre de Fernando IV El Emplazado- en "La prudencia de la mujer", de Tirso de Molina; o la reina Constanza, madre del niño Rey Arturo, en "El Rey Juan" de Shakespeare; o ya, en nuestros días, un reciente y hermoso libro de sonetos de Ramón Garciasol: "La Madre", donde ésta aparece como un mundo poético para el hombre: su naturaleza y su único amor puro y absoluto."

**Madre:** (Diccionario de Filosofía): "Según Platón, la madre del Universo es la materia amorfa, como el padre es el modelo eterno similar al cual lo crea el Demiurgo".

"A esta madre y receptora de todo lo creado, visible y sensible, no debemos denominarla ni tierra, ni aire, ni fuego, ni agua, ni otra cosa que nazca de éstos y de los cuales éstos nazcan, sino más bien, una especie invisible y amorfa, capaz de recoger todo, participe de lo inteligible y difícil de concebir".

**Madre:** (Diccionario de Teología Moral) "...El amor materno se presenta en la literatura y en el arte como el tipo más excelso de amor al prójimo, capaz de todos los heroísmos."

"Incluso en La Sagrada Escritura el amor materno se toma como amor tipo; y la alegría de la maternidad, como la alegría más pura que corona un conjunto de sacrificios; la injuria contra la madre propia se muestra como el vehículo de maldiciones divinas. El mismo Dios toma como tipo de su amor a la humanidad el amor de la madre a sus hijos."

"La concepción cristiana reviste a la madre de una dignidad y de un respeto que ninguna otra religión conoce. El amor materno, como el paterno y filial, no es para el cristiano otra cosa que la transmisión o

participación del amor de Dios que ha infundido su germen en la humanidad..."

Me gustaría a continuación contrastar las definiciones anteriormente enunciadas, con la realidad que hoy en día atraviesa una madre; la cual tiene otras ineludibles funciones además de la maternidad, no permitiendo de este modo que "su mundo", tal cual se expresa en uno de los conceptos dados, sea el de sus hijos, el de su hogar, en torno del cual gira la vida familiar, haciendo de aquél viejo refrán "el hogar del varón es el mundo y el mundo de la mujer es el hogar", sea necesariamente replanteado.

Por lo general, a la mujer que trabaja, aunque cumpla el mismo rol que el hombre no se le otorgan iguales derechos y obligaciones. Las mujeres empezaron a realizar trabajos fuera del hogar cuando las guerras las dejaron sin sus hombres y los patronos decidieron utilizar la única mano de obra disponible. Pero socialmente, al definírselas como dóciles e inferiores físicamente, se le otorgan los empleos más embrutecedores, desde el trabajo doméstico hasta los puestos de automatización más rígidos de los montajes fabriles.

Es la madre quien debe ser la responsable de que el sueldo alcance, aunque la inflación sea superior a sus posibilidades de convertir el dinero en un elástico. También en otros niveles sociales, es la mujer quien debe suplir la falta de una buena escuela para sus niños, haciéndose cargo de reemplazar a las maestras que hacen huelga, de los grados de más de cuarenta chicos de nuestras escuelas estatales donde cada uno se pierde ante la imposibilidad humana de una maestra en dedicarle a cada niño el tiempo que le hace falta para aprender.

En distintos niveles de nuestra sociedad, la mujer sólo es reconocida y valorada en función de su rol de esposa y madre.

Es decir que, por un lado, la mujer es estimulada a la procreación y la educación de sus hijos, se espera que sea una buena madre, que amamante al bebé lo máximo posible y dedique al esposo y al hogar toda la energía que le reste. Por otro lado, posee necesidades básicas que

satisfacer y que alcanzarlas significa irremediablemente salir a trabajar. Parecen contribuir a este conflicto la sociedad y las leyes que desprotegen completamente a la mujer que está embarazada o es madre, salvo en los países en que existe un bajo nivel de natalidad y alto de mortalidad infantil, en cuyo caso es utilizada como vía de multiplicación y mantenimiento de la población y la mano de obra.

Hasta hace pocos años, la mujer que trabajaba fuera del hogar era mal vista y aún ahora en muchos lugares el hombre se avergüenza de decir que su mujer contribuye al mantenimiento económico del hogar. Los apremios que el incremento del costo de vida crearon a las familias de nuestro país, hicieron cambiar rápidamente la situación, pero no la concepción y actitudes que se tienen al respecto.

La mujer trabaja, ya que es capaz de producir, pero la maternidad, la crianza y la educación siguen también siendo sus roles, de lo que se espera igual que si no se moviese del hogar, lo cual es claramente imposible.

Se puede decir entonces que ante la necesidad urgente de la madre que debe trabajar o aquella que aspira a no abandonar la silueta que por la T.V. le muestra esa "mujer-madre que todo lo puede", se pierde una función primordial en la relación madre-hijo, la lactancia materna.

Dar de mamar, además de tener una función alimentaria es un acto de amor, para lo cual es necesario tener intimidad, tranquilidad, contacto corporal, entre la madre y el hijo, estabilidad en todos los niveles.

Las depresiones que Rascovsky describe en la sexta semana de vida, se deben sin lugar a dudas, a algunos de los procesos que describe, pero debemos tener mucho más en cuenta el golpe de la contradicción social entre la lactancia materna y reales posibilidades de cada mujer para realizarlo.

Nuestras bisabuelas no participaron de los movimientos de emancipación femenina actual.

Para ellas, dar el pecho era un baluarte, tener leche un orgullo, lo mismo que ocuparse de los hijos, criarlos, educarlos, etc. Para nosotras, las mujeres de la Argentina de hoy, eso ya no constituye un mérito suficiente; más aún, muchas veces resulta incluso un obstáculo que nos impide el desarrollo de nuestros intereses, de nuestra capacidad creativa y la actividad en otros sentidos.

Nos preocupa más criar hijos deseados que sentirnos orgullosas de tener leche durante muchos meses.

Decía que la lactancia materna es una función femenina en crisis. La mujer actual vive una profunda crisis tratando de poner en juego los valores transmitidos por sus abuelas y teniendo ante sus ojos una realidad que la reclama, que la aleja de lo doméstico, que la une a su pareja en un trabajo en común, en una creación que ya no sólo consiste en tener hijos y educarlos.

Sólo he tratado de referirme a las mujeres que poseen la posibilidad de la opción, teniendo en cuenta que en muchos lugares del mundo, el hambre y la miseria hacen que esta alimentación sea la única manera posible de supervivencia para el niño.

Dentro del análisis de los temas referentes a la maternidad, resulta de gran importancia poder encarar la situación psicológica y las concomitancias sociales que vive el hombre frente al embarazo y parto de su pareja y frente a la paternidad.

El estudio profundo de la situación psicológica y social del rol del hombre-padre es un tema bastante olvidado.

Considero oportuno indagar acerca del modo en que se define la paternidad, intentando rescatar este rol, como fundamental en la relación con su hijo.

## **2.5. Concepto de Padre dado desde diversos enfoques.**

**Padre:** (Diccionario de símbolos): "La imagen del padre, asociada íntimamente a la del principio masculino, corresponde a lo

consciente, por contraposición al sentido maternal del inconsciente. Es representado simbólicamente por los elementos aire y fuego."

También por el cielo, la luz, los rayos y las armas. Así como el heroísmo es la actitud espiritual propia del hijo, el dominio es la potestad del padre. Por ello, éste representa el mundo de los mandamientos y prohibiciones morales que pone obstáculos a la instintividad y a la subversión, por expresar también el origen."

**Padre:** (Diccionario de mitos y de símbolos): "Según la teoría onírica de Freud, los padres aparecen simbolizados en el sueño por el emperador y la emperatriz, el rey y la reina u otros personajes eminentes, desarrollándose de este modo los sueños en los que figuran los padres dentro de una atmósfera de respeto y solemnidad."

## **2.6. La paternidad en nuestra sociedad.**

En nuestra sociedad el padre desempeña un rol de "subordinado" frente a la crianza, pese al orgulloso sentimiento de la paternidad biológica existente.

Nos encontramos con una manera problematizada de vivir la maternidad. Somos fruto de nuestros antepasados, donde el patriarcado fue cediendo poco a poco. La mujer dedicada a la crianza de los hijos debe paulatinamente asumir tareas fuera del hogar. Sale a trabajar y enfrenta la realidad socioeconómica, hasta ese momento, patrimonio del hombre.

Tampoco la mujer desea ser ya el modelo femenino que le propone su abuela. Necesita saber producir, estudiar, conocer y amar la vida desde todos los ángulos. Asimismo, el padre ya no es feliz con la idea heredada de sus abuelos sobre el ejercicio de la paternidad. Aparece la necesidad del cambio, del acercamiento mayor a los hijos. De a poco, empieza a pasear y dialogar con ellos. Teme menos al contacto con el bebé. Ya no será sólo el ansioso padre esperando fuera de la sala de partos, sino el hombre afectivo que ayuda a pujar a su mujer dentro y recibirá a su hijo, consciente de su paternidad biológica y sociológica.

Debemos reconocer que en nuestra sociedad, padecemos de un "matriarcado", con respecto al proceso de gestación, parto y puerperio.

Sólo puede reconocerse la importancia del rol del padre si le llamamos "sostén psicológico de la mujer".

Es evidente que para enfrentar un embarazo es necesario poseer una "buena imagen materna como paterna internalizada". Esto es tan importante, que en los tratamientos psicológicos de pacientes con tendencia al aborto los autores especializados describen en éstos, imágenes internas de padres ausentes, idealizados, femeninos, inductores de actitudes masculinas en la hija, adictos, psicópatas, etc..

Abadi señala muchas veces que el drama del hombre es el de la "maternidad frustrada", debemos preguntarnos si en nuestra sociedad no fomentamos el alejamiento del hombre del momento psicológico y social de la gestación, aumentando así actitudes que dichos autores describen como resabios primitivos del fenómeno descrito (engordar, recibir a las visitas, aumentar el trabajo creativo, etc.).

No me planteo el serio problema que para los profesionales del equipo de psicoprofilaxis obstétrica, representa la tarea de una pareja que espera un hijo, donde se dedica la atención a uno de ellos -la madre-, por ser la responsable fisiológica de albergarlo, dejando de lado a veces, o descuidando al otro, que debe reprimir temores, ocultarlos a su mujer, ser el Yo auxiliar del obstetra, llegando de esta manera a asociar esa conducta con virilidad o capacidad de fortaleza masculina, cuando normalmente esto debilita su Yo y lo enfrenta con un proceso frente al que no puede responder más que neuróticamente.

El hijo se incorpora al grupo familiar, donde cada uno juega un rol determinado: la madre, el padre y los hermanos. Este es un concepto básico que en psicología implica la integración total del núcleo familiar frente al ingreso del nuevo miembro, situación frente a la que todos y no sólo uno, deben ser preparados.

El hombre se comporta como la sociedad le impone que sea: desprendiéndose del hijo apenas mirado y cobijado, cumpliendo con sus horas habituales de trabajo a las 48 horas del parto.

Es una norma social aceptada que festeje con sus amigos el nacimiento, que reciba felicitaciones, que se muestre expansivo y alegre. Reacciones, por lo general, totalmente maníacas.

Generalmente, su actitud suele desviarse un poco de los cánones cuando este hombre ha estado presente durante el parto. Se le hace mucho más difícil alejarse de su mujer y suelen relatar juntos los momentos vividos con intensa felicidad. se lo ve cansado y hasta a veces deprimido.

Es indudable que los roles padre y madre han sufrido una intensa modificación en los últimos años, y afortunadamente para el ser humano que llega al mundo, puede esperar que no dentro de mucho tiempo dos personas lo esperarán con las mismas posibilidades de acunarlo, cobijarlo con amor, cuidarlo, protegerlo y alimentarlo (entiéndase que alimentar no es sólo dar el pecho).

En países de bajos índices de natalidad, se protege a la madre con un largo período de post-parto y una elástica gama de medidas destinadas a una buena y sana conexión entre la madre y el hijo, pero no se considera jamás al padre. Se niega en todos los niveles la necesidad humana de padre del ser humano desde que llega al mundo.

Sin embargo, en los últimos tiempos, tanto en los medios de difusión cultural como en los ambientes psicológicos, empieza a hablarse ya de la complementariedad de roles de los padres del recién nacido. Ya no es tan raro el aceptar que un padre bañe o cambie al bebé, prepare la mamadera o lo saque de paseo. Las madres lo viven con complacencia, con alivio. Con mayor amor indudablemente. El complemento de las funciones son ejes que hacen a una mayor convivencia y crianza de los hijos.

Es indudable que las leyes debieran proteger la paternidad, de la misma manera que lo hacen con la maternidad (aunque no en la medida de lo que se debiera en nuestro país).



La madre podrá desprenderse de su bebé con mayor facilidad, si quien la reemplaza en su ausencia es el padre del niño, su compañero sexual, la otra parte que gestó en la misma proporción ese ser que necesita de ambos por partes iguales.

Es triste pensar que se suponga que el rol del padre se inicia cuando el niño dice "papá", o para algunos con el destete, para otros luego de algunos años ¿Qué pasa con este ser humano hasta esa fecha?

No podemos negar la exclusividad biológica del embarazo y la lactancia, pero hemos de tener que modificar nuestra forma de pensar exclusiva y sometedora del hijo, al que separamos de la posibilidad de tener su padre en todo momento de la vida y el desarrollo.

Sólo integraremos sanamente a nuestro hijo dentro de la sociedad a la cual lo trajimos, si permitimos a nuestro compañero, con el cual creamos ese hijo, acercarse a nosotros, "sostenerlo" con el mismo amor y criarlo como nosotros lo hacemos. Lo queremos y lo necesitamos hacer, y ese hacerlo implicará el cambio de pautas sociales que harán de cada nuevo ser uno preparado para la sociedad diferente que deseamos alcanzar todos.

### **2.7. Investigaciones y estudios en el área de la fertilidad masculina.**

"Sin duda alguna, durante largo tiempo el estudio del hombre en el área de la fertilidad humana, fue poco o nada estudiado. Contribuyó a ello, en la antigüedad, el desconocimiento de la participación masculina en la concepción del hijo, que era atribuido a factores externos, dioses o fenómenos naturales. Los avances de la ciencia y en especial, la posibilidad de los estudios microscópicos celulares, estructurales y ultraestructurales, fueron brindando un mayor conocimiento de la biología genital del hombre y, por ende, de la pareja humana".<sup>18</sup>

Algunos investigadores han expresado tímidamente la posibilidad de que el stress emocional pudiera incidir en la infertilidad del hombre.

Así, por ejemplo es valedero citar las experiencias de Stieve, que en 1942 se publicaron en Alemania. Este investigador logró demostrar científicamente mediante preparados anatómicos e histológicos, la influencia de los procesos psicológicos en el aparato genital de ambos sexos. Referente al hombre específicamente, hizo la autopsia de los soldados con fertilidad comprobada y vida sexual normal que habían muerto ajusticiados con largas semanas previas de amenaza continua de muerte, aunque en los últimos días fueron bien tratados y alimentados. Sin embargo, luego de producida su sentencia, se comprobó que habían sufrido atrofia testicular.

Es esto un claro y dramático ejemplo de la influencia del stress emocional sostenido sobre la genitalidad del hombre.

Sin embargo, el hombre continuó siendo poco estudiado en otras investigaciones. Tradicionalmente se siguió considerando a la mujer la responsable, tanto en la concepción y crianza de los hijos, como de las dificultades de la fertilidad.

Se tardó bastante en entender que esta parente protección del sentido de la masculinidad, producía una absoluta desprotección en las posibilidades curativas del hombre y el logro del hijo esperado. Se hace una tarea casi titánica para muchos, la búsqueda de una mayor eficacia integradora y no de un enfoque parcializado de la totalidad conyugal.

Por un lado, se encuentra la falta casi absoluta de bibliografía con un enfoque integrador de los problemas humanos, por otro la exclusión de la temática psicológica a psicosomática en las reuniones científicas sobre el tema.

Si nos remontamos al significado cultural de la infertilidad masculina, en nuestra cultura se equipara potencial sexual con función genésica, y el hombre siente, por lo tanto, la esterilidad como un signo revelador de su impotencia.

Necesita del hijo para demostrar a los demás, y a sí mismo, la vigencia biológica de su virilidad.

A pesar de que esto es constantemente aclarado, permanece no sólo en la conducta adoptada por los pacientes, sino también en la de los médicos contaminando su proceder efectivo frente a aquéllos.

Podemos señalar en detalle las costumbres y creencias de muchos pueblos primitivos, como un claro ejemplo de este tema. Tal es el estudiado por algunos etnólogos como Françoise Héritier, con el pueblo africano de Alto Volta en que se manifiestan curiosas creencias y ritos con respecto de la fertilidad de las personas.

Suponen que la única forma de esterilidad de un hombre es la imposibilidad de erección para consumar el acto sexual y si éste no puede ser concretado, la mujer busca otro hombre para lograrlo, conservando siempre él su calidad de esposo. En cambio la mujer que no logra embarazarse ni una sola vez (aunque aborte), es considerada como "no crecida" y será enterrada a su muerte en el cementerio de los niños.

En nuestra sociedad, también la esterilidad despierta intensas ansiedades persecutorias y depresivas, por la equiparación de lo viril con lo genésico.

## **2.8. Significado cultural de la esterilidad masculina.**

"Es frecuente observar que la infertilidad del hombre suele estar acompañada de cuadros depresivos, impotencia laboral, bloqueo afectivo u otras características.

Vale la pena recalcar que las reacciones conflictivas frente a los síntomas que revelen una esterilidad en el hombre, no sólo corresponden a éste sino también a su esposa, quien de diversas maneras suele tratar de ocultar frente a la familia la responsabilidad de su cónyuge en la esterilidad o, por lo contrario, agredirlo intensamente.

La conciencia de la alteración de estas funciones, suele originar cuatro tipos de conducta posibles, entre otras más:

- 1.- Los pacientes hombres se resisten a ser examinados por el médico y surgen dificultades para realizar el espermograma.

2.- Si el resultado es la confirmación de la esterilidad masculina, hay franca resistencia a aceptar los tratamientos correspondientes que suelen ser abandonados, en especial las intervenciones quirúrgicas.

3.- El médico encara primero intervenciones quirúrgicas en la mujer, sin haber estudiado la calidad espermática de la pareja de ésta, y si lo hace, no vuelve a repetirlo con la frecuencia que esto requiere.

4.- Es a veces la misma mujer quien se opone a intervenciones del hombre, temerosa de "las consecuencias" de dichas intervenciones en el plano sexual.

Debemos recordar que, por lo general, se deposita la responsabilidad generativa en la mujer y en muchos lugares se la considera, además, la única responsable de los fracasos. Las presiones sociales y familiares suelen referirse a quién será el "culpable" de la esterilidad de la pareja, recayendo la mayoría de las veces las "sospechas" sobre la mujer. Esto contribuye a reforzar las fantasías del hombre que queda así víctima de la trampa que la misma cultura le tiende, ya que estas confusiones fantasiosas e inexactas de las funciones procreativas, lo llevan a evadir los tratamientos y exámenes exploratorios que contribuirían justamente a su paternidad deseada.

Es esperable que la conducta médica pueda llegar a estar menos impregnada de los prejuicios o preconceptos de la cultura a la cual ellos mismos pertenecen, pudiendo así llegar a organizar su conducta terapéutica y exploratoria en base a una vieja ley de la ciencia, partiendo de lo más obvio y elemental hacia lo más complejo y menos traumático. Es decir, tener la plena seguridad de la calidad del líquido espermático, para iniciar luego las exploraciones graduales en la mujer."<sup>19</sup>

En los "aportes psicoanalíticos al tema del hombre estéril", Mirta Videla y demás autores recalcan las comillas, como una manera de cuestionar los reduccionismos.

Debemos preguntarnos, más allá de la mera descripción fenomenológica de las ansiedades, porqué la esterilidad para el ser humano,

hombre y mujer, es una condición tan traumática. Si la eventual carencia genera angustia de castración y vivencias intensas de mutilación. Es que sin duda alguna, como dice Mauricio Abadi, para el ser humano "el sexo adquiere un sentido de defensa frente a la angustia de muerte y su afán de procreación fuertemente grabado en el inconsciente, aparece como una tendencia instintiva, ligada a la conservación de la especie."<sup>20</sup>

"La esterilidad masculina es una experiencia depresiva y persecutoria, según el nivel de regresión producido. El déficit de una función tan importante, es además equiparado con potencia sexual y función genésica, es sentido como un signo revelador de impotencia, ya que como dijimos, el hombre necesita del hijo para demostrar a los demás y a sí mismo, la vigencia biológica de su virilidad, la esencia de su ser masculino.

El deseo de tener descendencia es, para el hombre, desde los más remotos orígenes de la vida, una tendencia instintiva ligada a la conservación de la especie. Ella es más imperiosa en cuanto más cerca está el hombre de su muerte.

Cuando se comenzó a trabajar sobre la fertilidad desde el campo de la psicología, se cometían los mismos errores de otros profesionales. Solamente se dedicaban los esfuerzos al estudio de la mujer, descartando el estudio del hombre y mucho menos de la pareja, convirtiéndonos de esta manera en cómplices de la desprotección que la cultura brinda al hombre en sus anhelos más preciados: la procreación.

La propuesta de "traiga a su marido", pudo de a poco irse convirtiendo en "nosotros estudiamos a la pareja", o "consideramos que la imposibilidad es de la pareja". Eso permitió ir detectando la cantidad de ansiedades que el hombre padece ante la imposibilidad biológica de continuarse a través de la muerte, en un hijo de sí mismo, junto con su mujer.

Se ha observado que el estudio psicológico del hombre estéril, sentimientos semejantes a los obtenidos en el estudio de la mujer,

como por ejemplo, el de culpa por suponer haber dañado a alguien y temer su venganza o retaliación (ley del Tali3n, ojo por ojo, diente por diente).

El detallado estudio de los pacientes hombres ha permitido detectar las fantasías inconscientes de 3stos con respecto a la figura materna. Existe una fantasía b3sica en el hombre: la de haber robado hijos a la madre, desde una posici3n de rivalidad con ella (para el psicoan3lisis desde una posici3n homosexual pasiva). Esta es una fantasía universal cuyo an3lisis llev3 a un intento de revisi3n de los conceptos psicoanal3ticos, sobre todo en lo que se refiere específicamente al psiquismo masculino. Se ha tomado como modelo referencial desde el psicoan3lisis al escritor argentino Mauricio Abadi, quien se ha dedicado a formular una versi3n crítca de la problemática edípica.

Sabemos bien ya todos que para Freud, el m3dulo central de la neurosis humana es la elaboraci3n del denominado "Complejo de Edipo", el cual consiste en una formulaci3n basada en un texto del dramaturgo griego S3focles, quien escribiera los textos "Edipo Rey" y "Edipo en Colono".

La textual versi3n de S3focles es aproximadamente la siguiente: "Layo, hijo de L3bdaco, es desterrado de Tebas por problemas polítcos y por supuestas pr3cticas perversas. se refugia en Pélope, cuyo Rey le brinda su amistad y le confía a su hijo Crisipo para educarlo. Layo seduce homosexualmente al ni3o y lo rapta durante los sagrados juegos Nemeos. Con este acto, Layo impide a la familia de Pélope la continuaci3n de la religi3n familiar (a trav3s del culto a los muertos), cuyo depositario es el hijo var3n. Esto lo enfurece al Rey, quien maldice a Layo, conden3ndolo a la esterilidad y a perecer en manos de su hijo, si lo tuviera.

La tragedia de S3focles comienza con una versi3n del coro, quien habla de una peste que azota a Tebas (esterilidad), como castigo por la homosexualidad de Layo y por el robo del hijo de Crisipo. Esta peste s3lo desaparecería, dicen, al ser descubierto el asesino de Layo.

Pasado un tiempo, Layo se casa con Yocasta y como no logran tener hijos, consultan al oráculo de Apolos (protector de los oprimidos), quien les dice que podrán tener un hijo, pero que éste matará a Layo y se casará luego con su madre Yocasta. Finalmente nace el niño, a quien ambos padres mandan a atar de los pies a un árbol y le llaman Edipo (que significa pies hinchados). Un pastor libera al niño y lo lleva a una pareja de padres estériles para que lo adopten: los Reyes de Corinto, Polibio y Nérope, por quienes será criado Edipo.

Edipo duda de su origen y escucha versiones sobre éste, lo que lo impulsa a partir a Tebas en busca de su verdad. Cuando el oráculo le dice en Delfos que él matará a su padre y se casará con su madre, huye para proteger a los que cree sus padres. En el camino, se encuentra con un grupo de hombres, entre ellos un anciano lo ataca con sus lacayos, él se defiende y por defensa propia, da muerte a dicho anciano que es justamente Layo, su padre.

El hermano de Yocasta, Creón, ofrece entonces el reino y la mano de su hermana viuda, a quien libere a Tebas de "la peste", desentrañando el enigma de la esfinge. Edipo enfrenta a ésta y revela dicho enigma. Inmediatamente se convierte en el rey de Tebas y se casa con Yocasta, su madre.

Llegan a engendrar cuatro hijos, dos mujeres y dos varones (Polinices, Ismeme, Ediócle y Antígona). Edipo quiere saber la verdad sobre lo dicho por el oráculo de Delfos, pero Yocasta trata de justificarlo hablándole de que "ese amor por la madre lo tienen todos los hijos". Finalmente Edipo descubre la verdad y se arranca los ojos, luego de lo cual Yocasta se suicida ahorcándose. Edipo se marcha entonces con su hija Antígona, que renuncia a la vida propia por estar junto a su padre y vivirá hasta su muerte en Colono, en tanto sus otros hijos mueren en la lucha por el trono de su padre.<sup>21</sup>

La intención de resumir la versión de Sófocles, es para realizar el análisis de algunas partes en tanto versión crítica y que es

claramente aplicable al tema de la esterilidad masculina y la identidad sexual del hombre.

"Para los griegos, el incesto no era prohibido, por el contrario, cuando una mujer no podía tener hijos, la mujer podía acostarse con su hermano o con el tío del marido, para asegurarse la gestación de varones que mantuvieran la religión familiar. Tampoco la homosexualidad de los adolescentes era censurada, pero sí la de los viejos y adultos, puesto que para ellos es "corrompido y corruptor, primer propagador de la pederastería", considerado el mayor obstáculo de la continuación por línea masculina.

En la obra de Sófocles, Edipo y Yocasta, son personajes que gozan de la simpatía, víctimas del desenlace de la fatalidad y el destino. Este personaje pagará la culpa de su padre. Para los griegos Edipo es víctima y no victimario, instrumento de cumplimiento del oráculo.

Haciendo junto a Abadí, una lectura revisada de la tragedia griega, es evidente que el pecado de la homosexualidad es castigado con la esterilidad (la peste), de la que sólo es posible liberarse siempre y cuando el hijo pueda eliminar al padre y quedarse así con la madre.

Esta es la trama del inconsciente del hombre, que padece de esterilidad, quien si se soluciona su dificultad de la fertilidad, teme que el hijo termine con su existencia y vive aterrado con su crecimiento.

Esta lectura revisada por Freud, cambia la postura de considerar al tabú del incesto como la base del nódulo central de las neurosis, el Complejo de Edipo.

En este caso, la culpa por el robo de hijos a la madre, cobra una significación muy especial. Es evidente que en la primera interpretación psicoanalítica del mito expuesto por Sófocles, la homosexualidad del padre está negada de la misma manera que los intentos filicidas de éste y la madre, tanto en el momento del nacimiento, como en la adolescencia.

Freud centra su preocupación en el estudio de la problemática de los hijos hacia los padres y se despreocupa bastante de la

problemática inversa. A nosotros nos interesa hoy, particularmente, esos estudios para poder comprender la situación del hombre frente a su esterilidad. Algunos autores han llegado a la conclusión que en todo hombre existe básicamente una envidia hacia el don maternal de la mujer, al que inconscientemente sobrevaloran, aunque conscientemente subestimen (mecanismo de compensación machista). El varón desea robar a la madre, a quien envidia desde sus fantasías más primarias, por su condición maternal y a la que suele vivir como un ser bisexual, sinónimo por tanto de inmortal juventud.

La Antropología nos ofrece detallados relatos acerca del fenómeno denominado como "couvade", una situación psicológica y social ligada a factores causales inherentes a la naturaleza del hombre, ya que se ha dado en diferentes épocas en todo el mundo, y que expresa el anhelo del padre de señalar el vínculo de sangre entre el hijo y él.

El deseo de recuperar la bisexualidad perdida hace que ambos sexos se deseen, en la fantasía tratando de recuperar los atributos del sexo opuesto. La bisexualidad es la más importante fantasía de negación de la angustia de la muerte y soledad. El ser humano vive la continua idea de no estar completo, de entidad fraccionada, de insatisfacción permanente, lo que genera la continua tendencia a recuperar la unidad perdida. El más claro ejemplo de esta problemática es el intento del niño en su fantasía inconsciente, de robar hijos a la madre de buscar sus aspectos femeninos perdidos, a través de la función materna.

Pero, a su vez, estas fantasías generan miedo a ser castigado, miedo a ser robado o despojado, vaciado en su potencia generativa (sentimiento que se incrementa tan intensamente frente a las exploraciones médicas, las conductas agresivas de los especialistas o las indicaciones quirúrgicas apresuradas que suelen realizarse). En el hombre estéril esta fantasía es vivida como un hecho: él supone que ser estéril es sentirse verdaderamente robado en sus hijos como castigo por sus deseos homólogos hacia su madre.

En resumen, psicoanalíticamente expresado, ser estéril en el hombre es el castigo de los dioses (padre-madre), por el significado de los deseos homosexuales de despojar a la madre con quien rivaliza. Esta situación va generalmente acompañada de la existencia de vínculos familiares que no son de por sí, capaces de compensar la dramática interna. Patologías diversas en las estructuras de las parejas pueden reforzar o tender a corroborar todo este secreto mundo del ser humano en formación y producir diversos síntomas, en diversos niveles de la personalidad (cuerpo, mente, conducta).

Los autores antes mencionados han utilizado el análisis del mito revisado porque piensan, siguiendo conceptos de Levy-Strauss, que los mitos tienen la función de instrumento lógico, usado por el hombre para resolver determinadas contradicciones que se le presentan, como las ya enunciadas.

La psicoterapia psicoanalítica de los pacientes estériles es una tarea de esclarecimiento progresivo, donde los personajes semejan fragmentos de la verdad, desarticulados, y que el terapeuta debe unir como las novelas policiales, como lo hace el coro en la obra de Sófocles.

La actitud del padre tiene un rol muy activo en la historia de estos pacientes, puesto que puede asumir conductas favorecedoras del síntoma, cuando está ausente o son vividos como tales, por incapacidad de desempeñar adecuadamente sus funciones en el contexto de las relaciones parentales tempranas (o relaciones objetales para la escuela Kleiniana). Esto también se verá en la falta de una relación genital gratificante entre los padres de estos pacientes.

La mayoría de estos pacientes presentan dificultades sexuales, en algunos casos va acompañado de eyaculación precoz o cuadros transitorios de impotencia, en otros de insatisfacción orgástica con la pareja.

Algo observado por Mirta Videla, Ricardo Savransky y Mario Sas (autores del texto: "Esterilidad de la pareja"), es que muchas de estas personas, a pesar de ser hombre y mujer, se presentan como si no

hubiera entre ellos diferencias sexuales, como poseídos de fantasías hermafroditas omnipotentes, como consecuencia de esta ansiedad de castración.

Algunos autores sostienen que dicha ansiedad es de "vaciamiento", y por lo tanto una ansiedad femenina. Ellos afirman que, como la fecundidad del hombre se da en el interior de la mujer, al no concretarse la paternidad (independientemente de las causas biológicas) representaría un daño de la "parte femenina" del sujeto adscrito a la bisexualidad constitucional y a las identificaciones adecuadas con la imago materna. Este daño quedaría equiparado a la destrucción del interior del cuerpo.

Autores dedicados a la revisión de la teoría psicoanalítica, dicen que sólo hay dos casos de esterilidad masculina estudiados en profundidad: el de M.J. Eissler en 1921 y el de W.N. Evans en 1951. de todas maneras, Melanie Klein, aportó una fuente teórica importante cuando habló de la envidia del hombre hacia el embarazo y la lactancia, aunque el punto de partida teórico es sin lugar a dudas Freud, con su análisis del caso Schereber, estéril y con intensos impulsos homosexuales.

Se dedica especial interés a la recolección de los datos históricos de los pacientes, en sus relaciones tempranas y las características familiares, siguiendo la idea de la existencia de un núcleo patogénico central, núcleo depresivo para Pichón Riviere o carencia fundamental para Balint, sobre el cual se desarrolló la estructura patológica, pero que tiene que ver con los entrecruzamientos multideterminantes de lo genético, lo social-relacional, la cultura y la elección de la pareja.

Quizás valga la pena recordar conceptos de otra psicoanalítica argentina, Arminda Aberastury, quien decía que: "...la imagen del padre está dada al hijo de manera directa, a través de lo que éste percibe de aquél y, también indirecta, a través de la versión que suministra de él su pareja". La presencia simbólica del padre se convierte en ausencia, no cuando el padre real no se halle presente, sino especialmente cuando a esto

se agrega que, en el interior de la madre, la figura del padre carece de sentido de protección y seguridad que éste ofrece.

Es así, simple de entender que si la madre no toma al padre como objeto del deseo, el niño no accederá a lo simbólico y quedará fijado a esa posición femenina frente a ella y la esterilidad será una de las posibles consecuencias de la patología.

Hay varias experiencias de estudio de pacientes estériles, de sus parejas y del desenlace posterior hacia la adopción. En la mayoría de ellos se ha podido observar que, durante la crianza de los primeros meses del niño adoptado, el hombre intenta sustituir a la mujer en sus funciones nutricias, combate prácticamente por el hijo y desarrolla varios argumentos (lamentablemente a veces sostenidos por algunos pediatras) que son, sin duda racionalizaciones respecto de la "importancia de la colaboración entre las parejas", o a la supuesta igualdad de los roles sexuales. En el tratamiento de ellos se suele escuchar comentarios semejantes a : "-desde que adoptamos han cesado nuestras peleas sobre los roles sexuales", como si la disputa por la continuidad biológica en el hijo se hubiese terminado y comenzara una lucha por la posesión del hijo en la crianza.

Los hombres que padecen esterilidad, suelen presentar rasgos de carácter débil, con esposas generalmente fuertes o dominantes, donde él ocupa un rol secundario en ese vínculo. En algunas relaciones es como si fuesen la simbolización de una madre dominante y un hijo obediente, o dos hermanos, de los cuales el hombre parece el menor. Un detalle curioso es que casi todos ellos son denominados por sus esposas con motes diminutivos muy infantiles (Pichi, Moni, etc.), lo cual menoscaba aún más su identidad sexual malograda. En algunos historiales estudiados se ha podido detectar que estos pacientes están sometidos a personajes masculinos idealizados, sustitutos de figuras paternas castradoras (profesores, suegros, ex-maridos de sus esposas, etc.) y que este personaje interno suele ser proyectado en el médico andrólogo, quien puede llegar a

jugarlo con efectividad, cuando no posee esclarecimiento psicológico suficiente.

En estudios realizados mediante tests psicológicos, se ha encontrado que los pacientes mencionados responden al Test de Rorschach (escala de Bohm), con respuestas infantiles, con una inteligencia apegada a lo concreto y contenidos indicadores de una libido, en la búsqueda de objeto de afectividad insuficientemente adaptada y con signos de angustia.

Podemos decir que la misma escala de conductas posibles observadas en la mujer, se dan en el hombre estéril, desde la esterilidad biológica irreversible que significa castración total, hasta las manifestaciones neuróticas frente a la crianza, las conductas psicopáticas graves (robo de niños) o simples, como la constante subestimación de las capacidades maternas, como suele verse, por ejemplo, en ciertas profesiones (maestros, nurses, pediatras), o la lucha por la tenencia de los hijos del divorcio y su eterno litigio por la cuota de alimentos, o sea por el rol nutricio-materno.

En la línea psicopatológica mencionada se encuentran además ciertas características profesionales de los médicos tocoginecólogos, quienes efectivamente en su acto médico deben introducir las manos en el vientre materno para extraer al hijo. Ellos suelen decir "...le saqué al niño" o "...se lo saqué", y con más razón debemos referir la espacial situación psicológica de los profesionales que se dedican a la práctica del aborto provocado. Observaciones obtenidas en los grupos Balint de terapia de la tarea, nos dan clara cuenta ya de las dificultades de estos profesionales, generalmente poco o nada esclarecidos sobre su propio rol, cuyo ejercicio profesional los coloca en el campo, en el centro de la problemática edípica mencionada.

Es lamentable, pero necesario recordar que esta representación dramática de la conflictiva edípica del hombre que padece esterilidad puede a veces ser reforzada por la conducta de los médicos especialistas en esterilidad masculina. Las observaciones hechas por profesionales de otros países y algunas por nuestros profesionales nos

muestran que la tarea en esta área es, como en muchas otras cosas de la medicina, una asistencia despersonalizada y parcializada del paciente, donde además se observa que su comportamiento profesional es vivido por éstos como semejante a la figura de un padre castrador, generante de ansiedades persecutorias y de castración muy intensas.

Los hombres que acceden a los consultorios de esterilidad masculina suelen ser apresuradamente entrevistados, sin levantar una detallada historia para entender el significado de su patografía y vida, lo cual confirma su desvalorización masculina y lo hace sentirse frente al diagnóstico de varicocele como "sentenciado" por culpas que se atribuye. El proceso de la cirugía será vivido inevitablemente como un castigo a sus aspiraciones y fantasías con la madre, el médico será la figura retaliativa.

Si entendemos con Balint, que es la "persona médico", quien teóricamente favorece el proceso del "curar", parece imposible que ante la escena descrita puedan esperarse resultados positivos."<sup>22</sup>

### **2.9. Constelación esterilizante del hombre.**

En este apartado, Mirta Vidal, Savransky y Sas, intentan un pequeño resumen que sintetice ideas, pero que de ninguna manera pretenderá ser definitivo, sino más bien, permitirá pensar respecto de este tema.

Es evidente que resulta mucho más fácil el análisis de la mujer en el tema de la esterilidad y para muchos autores la del hombre es más complicada, de todas formas, dichos autores se han basado en estas observaciones corroboradas con las teorías consultadas:

- 1.- El hombre envidia a la mujer como entidad femenina contenedora de hijos en su cuerpo que él sabe, nunca podrá poseer.
- 2.- El hombre estéril ha quedado fijado psicológicamente a la madre, quien además le impide el acercamiento a su padre.
- 3.- A su vez, el padre débil o vivido psicológicamente como tal en su función, no puede dejarlo acceder a la masculinidad.

4.- El hombre depende de la mujer para asegurarse de la prosecución del embarazo de ese hijo, que le ayudará en la elaboración de su angustia frente a la muerte y a la soledad.

5.- Durante los 9 meses del embarazo, la mujer vive la situación real y vivencial del "estar con otro incluido" dentro de sí misma, del estar acompañada en el más entrañable de los significantes. Esta completud en el cuerpo es una vivencia exclusivamente femenina.

6.- Esta completud de la mujer es la original bisexualidad recuperada a través del embarazo, el algo que el hombre nunca podrá experimentar y que, de acuerdo a algunas teorías psicoanalíticas no lo necesita, pero según otras posee sentimientos de envidia y rivalidad hacia la mujer como ser contenedor de los dos sexos y, por lo tanto, poseedora de la única forma de elaboración de la angustia de muerte del ser humano.

7.- Creemos, que sea cual fuere la teoría elegida que nos respalde, es indudable que esta experiencia de completud queda definitivamente inscripta en el psiquismo de la mujer que ha tenido hijos, constituyendo un aspecto maduro de su persona. Ello hace, posiblemente, que ante experiencias de soledad, sea ella quien más posibilitada de sobrellevarlo se encuentre, remarcándose siempre las dificultades del hombre de permanecer solo.

8.- Debemos recordar que en la estructura familiar primaria el padre es una amenaza real para el hijo, por ser el hombre de esa mujer que es su madre.

Amenazado de castración permanentemente, ya sea si entra a la heterosexualidad (por el incesto), como también si queda fijado en una posición femenina homosexual, por la esterilidad consecuente.

9.- Pero también la madre, poseedora de los hijos del padre, es envidiada y vivida como una amenaza por el niño varón.

10.- El hombre estéril está perseguido y culposo y se autoflagela en su capacidad germinativa, que es masculino-germinante y femenino nutricio.

Sin duda el problema del varón es más complicado que el de la mujer en el tema de la fertilidad, ya que éste necesita de la mujer para solucionarlo.

Esto se ha constituido posiblemente en uno de los obstáculos para su mejor investigación.

"Nosotros no contamos aún con una casuística suficiente como para comprobaciones más convincentes. Es común además que cuando hablamos de nuestra ideología de trabajo, en cursos o congresos, nos pidan estadísticas y números de casos analizados. En esas ocasiones solemos responder de manera semejante: nuestra postura no es la de conclusiones numéricas, puesto que en el estudio nosotros incluimos factores afectivos no cuantificables, como así también la participación de la persona del médico dentro del campo dinámico de la relación médico-paciente, por donde circulan la enfermedad y la curación"<sup>23</sup>. Así se expresaban los profesionales antes mencionados.

### **3. Aportes psicológicos al problema de infertilidad en la mujer.**

#### Algunos conceptos psicoanalíticos.

"La mujer estéril ha sido considerada a través del tiempo como poseída de los demonios o seres fantásticos, castigada por los dioses por sus pecados o simplemente culpable de faltas terrenas como la promiscuidad, el incesto, la frigidez o la envidia. Recién a partir de nuestro siglo los estudiosos de la antropología y de la psicología crearon el espacio de pensamiento necesario para comenzar a profundizar sobre esta problemática femenina, que ahora se remite a la pareja humana.

Se ha mencionado que uno de los axiomas que han dificultado la profundización del tema de la infertilidad masculina, lo constituye la asociación de capacidad procreativa con virilidad o potencia sexual. Es precisamente lo contrario lo que acontece en la mujer, donde justamente la cultura mantiene dissociados dos cualidades de la identidad femenina: la maternidad y el goce sexual. Estos aspectos no sólo

permanecen separados, sino que -muchas veces- hasta entran en aparente contradicción u oposición, llegándose con frecuencia a pensar que por gozar la mujer puede llegar a perder su capacidad procreativa, o que no podrá desempeñar bien sus funciones maternas si permanece además disfrutando normalmente de su sexo.

Son muchos los autores que se han dedicado al estudio y publicación de textos acerca del tema de la femineidad, todos a partir de los descubrimientos del creador del psicoanálisis, Sigmund Freud, algunos siguiendo su forma de pensar o creando nuevas maneras de ver el tema, a partir de los conceptos básicos del genial psicoanalista vienés.

En realidad, se puede decir que gracias a la aparición del pensamiento de Freud, la psicología se convierte en ciencia natural que abarca en sus contenidos no solamente la parte fenomenal, exterior o conductual del individuo, sino también la de los procesos internos del pensamiento y los afectos, que eran hasta entonces inaccesibles a los psicólogos de la época.

Freud era médico, especializado en neurología, estudioso de la biología y filosofía de su época. Estos fundamentos le permitieron quizás formular su teoría de los instintos, como así también en sus conceptos sobre los múltiples determinantes de la personalidad humana (series complementarias) e incluir a los factores genéticos y hereditarios, a lo cual agregaría más adelante su teoría de la "bisexualidad básica" del ser humano.

Freud formula una teoría del funcionamiento mental mediante la consideración de fuerzas instintivas que se estima le dan energía y la impelen a la actividad. Existen dos instintos básicos, según los formula el científico vienés, el instinto de vida o sexual y el instinto de muerte o destructivo. Toda conducta humana está determinada por el interjuego de ambos instintos, los cuales están habitualmente fusionados en la estructura humana, aunque no siempre en armonioso equilibrio.

El instinto se expresa a través de una energía psíquica, que en el caso de la sexual, se denomina libido, energía de vida, con diferentes

alternativas a medida que se desarrolla la vida y con alteraciones determinantes en muchas patologías humanas. El concepto de instinto y su energía de muerte no es algo desde luego observable, sino que se trata de abstracciones o hipótesis que nos permiten comprender los datos en la forma más simple y sistemática posible.

Quizás podríamos decir que biológicamente ambos instintos corresponderían a los procesos de anabolismo y catabolismo protoplasmático, formas instintivas de toda materia viviente o instintos protoplasmáticos.

El sustrato biológico del instinto de vida ha sido descrito en los síntomas neuroendócrinos, los cuales son participantes de todos los aspectos de la vida sexual del individuo. Sin embargo se debe hacer una aclaración, aunque parezca obvia, entre lo denominado sexual y lo genital, ya que esto último es lo pertinente a los órganos genitales y el concepto freudiano se refiere a lo vital.

El instinto mencionado buscará ser satisfecho en la niña a través de las sensaciones placenteras de la lactancia en primer lugar, en la relación con la madre, en la contracción de los músculos y el mecanismo de control esfinteriano, llegándose en última instancia a la genitalidad. Es evidente que el desarrollo psicosexual llega en cada persona a su trance más importante, cuando se intensifica la actitud emocional hacia el progenitor del sexo opuesto, iniciándose la denominada "situación edípica". Dicho desarrollo edípico, según las diferentes teorías psicoanalíticas lo han descrito, cobrará significativos caminos según las estructuras familiares y el equilibrio entre los roles parentales permitiéndose o entorpeciendo las identificaciones maternas y/o la aproximación a la relación con el padre, en la evolución de los primeros años.

Algunos autores se han planteado la importancia de demostrar experimentalmente la correlación entre los procesos hormonales, responsables de la función sexual de la mujer, y los contenidos psicoanalíticos descritos. Se han llegado a hacer experimentos muy

interesantes, como el famoso trabajo de Therese Benedek y Rubinstein, quienes trataron de iniciar la búsqueda de una formulación de las leyes que gobiernan las respuestas de la mujer a las fluctuaciones de sus hormonas, durante el ciclo sexual. Ellos hicieron una correlación entre función ovárica y los procesos psicodinámicos que motivan la conducta sexual, usando el método de frotis vaginal y temperatura basal del cuerpo, como formas de estimación de los cambios cuantitativos y cualitativos de la producción hormonal.

Los mencionados autores pudieron pronosticar los cambios cualitativos y las fluctuaciones cuantitativas de los ciclos hormonales a través de la interpretación de las manifestaciones psicodinámicas, verificando así que las hormonas regulan la cantidad y distribución de energía del aparato psíquico.

Posteriormente, Helene Deutsch señala que "...a pesar de que la esterilidad denominada psicógena, como trastorno funcional, ha sido estudiada por modernos métodos de investigación como de origen neurohormonal, sin embargo, es muy notable que el síntoma de esterilidad persista frecuentemente a pesar del tratamiento favorable de la alteración hormonal, pues seguramente éste continúa siendo sostenido por energías psíquicas".

Es importante recordar que las primeras relaciones afectivas con los personajes significativos de la infancia (denominado por la escuela Kleiniana como "relaciones objetales") de la niña, están cargados de sentimientos de ambivalencia, mediante el cual puede al mismo tiempo amar y odiar a sus seres queridos.

Al decir de Marie Langer (de la escuela Kleiniana), la mujer niña llega a desear y a odiar al mismo tiempo al objeto, deseando poseerlo y también destruirlo.

La niña se relaciona con su madre con ansias de poseerla, temor de perderla y odio por no poder alcanzarla, odiándola también y temiendo entonces su venganza. Ella es entonces dependiente de la madre,

inmadura de su Yo, poseedora de una florida fantasía y con una escasa y parcial percepción de la realidad" (se refiere a la niña en los primeros meses de vida).

Dadas las características del pensamiento infantil, cuya florida omnipotencia es conocida, hacen que el odio de la niña hacia la madre, sea generador de intensos sentimientos de culpa y temor a la venganza materna.

En esta etapa, dice la autora argentina mencionada, el odio supera a las posibilidades del amor.

Es justamente en este periodo, que la mujer en crecimiento comienza a visualizar a sus padres como personas diferentes, dando comienzo a la tríada edípica. La falta de una adecuada resolución de esta problemática será el pilar sostenedor de muchas patologías, como lo es la esterilidad y la infertilidad de la mujer.

Si bien las vicisitudes del desarrollo edípico determinan la fase crucial de los orígenes de las posibilidades de la fecundidad en la mujer, se debe tomar eso como una parte de un proceso dinámico que abarca toda la infancia e incluye además los procesos de la pubertad y de la adolescencia.

Creemos que sobre un núcleo conflictivo central, que podría en parte ser identificado con lo que Pichón Riviere define como "núcleo depresivo central", o Balint como "carencia básica" o "falla fundamental", se irán entrelazando dinámicamente todos los sucesos acaecidos dentro del núcleo familiar, que a su vez participan de hechos sociales y determinantes culturales en continuo y mutuo entrecruzamiento.

Es importante recordar la relevancia que en la vida de la mujer posee la pubertad, que muchos suelen confundir con la menarca. La primera es un cambio gradual del desarrollo, con síntomas y signos fisiológico-emocionales de su advenimiento, tanto en el varón como en la mujer. La menarca es sólo el comienzo de la pubertad, la puerta de entrada de la adolescencia y la puerta de salida de la infancia. En nuestra cultura la

menstruación es la piedra angular del desarrollo femenino, donde se encuentran los factores bio-psico-sociales marcando el punto en el que puede haber éxito o fracaso de la función sexual femenina.

La primera menstruación representa para la niña su madurez biológica, le significa que está físicamente capacitada para el amor y la maternidad.

Si bien es un acontecimiento que debiera ser festivo, generalmente no lo es, sobre todo en aquellas pacientes que posteriormente padecen de esterilidad, puesto que este momento suele ser de condensación familiar de las problemáticas vinculares en torno a la sexualidad.

Es notable que los trastornos ligeros de la menstruación durante la pubertad, son considerados como anormales por muchas madres, quienes en ocasiones se apresuran a hacer consultas ginecológicas o endocrinológicas. Las niñas suelen experimentar estas prematuras consultas médicas como castigo por su sexualidad. La trascendencia de hechos como estos, la hemos observado reiteradamente en pacientes estériles y es importante recordar que durante la pubertad se produce un recrudecimiento de las fantasías incestuosas entre padres e hijos, por lo tanto fácilmente la niña vivirá hechos como estos como castigo de la madre por sus fantasías, de la misma forma que la madre está altamente sensibilizada a reprender, censurar y castigar por situaciones desplazadas de sus problemáticas inconscientes en la tríada edípica.

La menstruación para las niñas, es una evidencia de su buen funcionamiento interno, pero para algunas es un indicio de "estar lastimada" internamente. Todo dependerá del tipo de relación establecida con sus padres en la infancia, del grado de comunicación, de las características de todas sus etapas del desarrollo, de su evolución psicosexual en general. En las pacientes de relación intensamente hostil con la madre, la menstruación es vivida como la evidencia de reconciliación con ella, una especie de "absolución" materna por las fantasías hostiles infantiles (tal como lo señala la teoría de Melanie Klein), que pueden haber coincidido con abortos de la

madre o enfermedades ginecológicas, divorcios o muerte de hermanos, que confirman o estimulan la eficacia de la omnipotencia del pensamiento infantil.

Las niñas conflictuadas con su menarca, temen su llegada porque suponen que eso significará inevitablemente el odio de la madre, que la castigará por ser mujer y rivalizar con ella. Esto se ve corroborado por aquellas madres que entran en competencia con sus hijas púberes, por la dificultad en la elaboración del transcurso del tiempo, adquieren conductas adolescentes, imitando comportamientos y ropas de sus hijas. Suele pasar también que el padre haga cuadros psicóticos graves frente a la evidencia corporal de la madurez sexual de la hija (por el incremento de sus propios deseos incestuosos hacia ella) e inicia una persecución continua y sostenida de la vida afectivo-social de la púber, lo cual incrementa en esta a su vez los temores hacia la madre, produciendo inhibiciones neurohormonales que serán la base del conflicto de la fertilidad.

### **3.1. La "constelación psicológica esterilizante" de la mujer.**

"Se puede decir que la esterilidad de la mujer comienza a estructurarse a través del pecho en las primeras semanas de vida de relación con su madre. Los historiales de estas mujeres nos demuestran reiteradamente la existencia de madres con modalidades fuertes en su carácter, a veces simbiotizantes, que son por lo general el eje de la configuración familiar. Suele esto ir unido a la figura paterna, débil en la realidad, o vivida psicológicamente como tal por seductor, promiscuo, enfermo y otras formas de ausencia de función paterna.

Sin ánimos de formular una tipología, se debe tener en cuenta que muchas veces no existe situaciones tan claramente definibles en las características parentales, pero la configuración general de la situación familiar lleva a consecuencias equiparables.

A la luz de los nuevos aportes del psicoanálisis, se ha podido entender numerosos casos en los cuales no se debe ya hablar de persona-

madre, ni de objeto-madre, sino más bien de la función materna dentro de una determinada familia.

Específicamente referido a ello se han estudiado muchos casos en los cuales las hijas mujeres poseen madres aparentemente débiles, pero sometidas a su vez a personajes femeninos demagógicos (abuelas maternas), que definen una ideología o forma particular de la función materna.

Estas verdaderas alianzas consanguíneas entre mujeres, excluyen totalmente el acceso a la niña a la relación con el padre y el desempeño de su función como tal, determinando patologías en muchos casos irreversibles, como el de la obstrucción total de las trompas por secuela de una tuberculosis puberal.

La niña se relaciona con su madre con experiencias de frustración oral de diferente índole; es sobrealimentada en tiempo y cantidad, lo cual puede generar una dificultad en el acercamiento hacia el padre deseado, exigiéndole una fijación a la madre. Ello genera intensos sentimientos de rencor hacia ésta, objeto amado y odiado a la vez que intercepta su acercamiento al padre, como objeto de amor, e impide la elaboración "depresiva" de la relación madre-hija. También las carencias nutricionales (que no son tan sólo referidas a la cantidad de leche, sino a la "función nutricia" en general), ofrecen un papel importante. Ellas podrán ser: sobrealimentación, sobreprotección asfixiante, madre alejada y deseada que por sus características, mantiene a la niña dependiente y fijada a ella sin permitirle acceder al padre.

Esto se acompaña de un padre incapaz de "arrancarla" del vínculo con la madre, con todas las características que hacen a la falta de función paterna, aunque esté presente corporalmente. De esta manera y tal como lo ve Marie Langer, esta madre será así odiada por la niña, envidiada por lo que contiene y le da, como también por lo que retiene y se guarda para sí (leche, afecto, caricias, amor, atención, bebés, semen del padre, etc.). Sus fantasías hostiles son muy intensas, lo cual le llena de temor a ser

progenitora, que no puede ser contrarrestado por un padre capaz de contenerla y amarla como ella lo necesita.

Es posible que en el desarrollo posterior pudieran aparecer figuras o situaciones reparatorias que compensen esta conflictiva, pero en el caso de las pacientes estériles, la ausencia de estos personajes es casi total, muchas veces por verdaderas desgracias como la muerte, la migración u otros factores de desintegración familiar (con gran participación sociocultural).

Tales problemáticas intensifican las ansiedades paranoides y dificultan el normal desarrollo, impidiendo por sobre todas las cosas, el asumir las funciones maternas que se producen por un buen proceso de identificación con la madre.

Este proceso sólo es posible en la medida en que la niña pudiera acceder al amor del padre, al cual renuncia por temor a su madre y finalmente se identifica con ella para acceder a la heterosexualidad puberal.

Los acontecimientos traumáticos ligados al nacimiento de hermanos y a la soledad genital de la madre, parecen confirmar la omnipotencia del pensamiento infantil, hacerle creer que ella fue capaz de sus deseos hostiles de destruir verdaderamente lo que se ha dañado. Esto marca un jalón confirmatorio de su conflicto con la figura materna y paterna.

La insistencia de los psicólogos en la importancia de una psicoprofilaxis para quienes van a ser padres, (con una planificación familiar incluida), se funda generalmente en la posibilidad de que mediante esta metodología, basada en la prevención primaria, se puedan anticipar conflictos del desarrollo de los primeros años de la vida de esos hijos que esperan (y no sólo "prepararse para el parto"). Una de estas situaciones es la del manejo de los padres frente al nacimiento de nuevos hijos en el núcleo familiar. Se ha encontrado que las pacientes de cuya patología se han tratado, tuvieron padres que manejaron con dificultad el conflicto de cada nacimiento.

En las constelaciones familiares de las pacientes estériles, los hijos fueron tenidos muy seguidos, sin ser buscados o aceptados, en situaciones de grave crisis como la migración, la guerra o problemáticas de pareja que se intentan solucionar con un hijo. Por otro lado, los pacientes que padecen infertilidad son, con frecuencia, hijos únicos o menores, cuyos padres no dieron motivo valedero para la posterior ausencia de nuevos hermanos o manifestaron que "ya era suficiente con uno", "pues dan mucho trabajo", o que "no hay dinero para alimentar a uno más".

Otro aspecto interesante de estos historiales, es que sus madres han favorecido, con marcada evidencia a uno de los hermanos, por lo general suele ser el hijo varón, sobre todo en la cultura judía y oriental.

Todas estas situaciones, y muchas otras más, de desequilibrio vincular dentro de las familias, incrementan los sentimientos infantiles de odio y rivalidad entre los hermanos, aumentando los impulsos agresivos de la niña hacia la madre. Pero se constituye en una situación traumática, cuando este hermano enferma o muere, como se ha encontrado en muchas mujeres infértiles. De esta manera, la omnipotencia del pensamiento cobra mayor fuerza y la niña, o púber, teme la venganza de su madre por el daño que cree haber producido con sus deseos, a los que ahora otorga un mágico poder de destruir.

Esta situación genera en la pequeña, un intenso sentimiento de culpa y consecuente temor a ser castigada por su falta. Quizás se podría definir a la paciente estéril como una "enferma de culpa", la cual debe expiar continua y reiteradamente, sin lograr aliviarse nunca. Esto le impide la identificación con su madre, la cual está tácitamente prohibida., tal cual como en los mitos de la antigüedad "deberá pagar su pecado con su esterilidad". pero debemos agregar que la paciente estéril padece de excesos de omnipotencia y odio hacia la madre, lo cual concluye en un terror hacia ésta con la cual -como lógica consecuencia- no puede identificarse, proceso que tratará de evadir durante toda su vida, como encuentro más temido. La evasión seguirá diferentes caminos, según las estructuras de cada



personalidad, ya que desear un hijo significaría recuperar a la madre y ser como ella, poder corroborar su fertilidad para saber si fue o no destruída, como cree haberlo hecho ella misma con su madre y sus productos, lograr su completud planteada en la tesis de Freud, alcanzar la femineidad y satisfacer el malogrado deseo de su padre, según Lacan.

Poder embarazarse podría llegar a ser el albergar el pene amado o deseado del padre, tener el semen o el hijo dentro del útero sería lograr algo que cree haber destruído o robado a su madre, significaría además ganarle a aquella en la feroz lucha de la rivalidad femenina y triunfar sobre ésta. Pero, todo esto implica también, correr todos los peligros de la aniquilación y la castración, en suma, la muerte. Entonces, los caminos que utilizará para la salvación aspirada serán variados y constituyen todos, las patologías de la fertilidad y la sexualidad de la mujer. Por un lado, podrá simplemente tratar de hacer "transacciones" fantasiosas con su madre interna, como por ejemplo negar que es mujer o que tiene vagina y que el pene entra dentro de ella (trastornos menstruales, vaginismo, fobia a la desfloración y frigidez). De esta manera su "ser-mujer" no se manifiesta y en la fantasía ella sigue siendo "la nenita buena", sin sexo, que podrá así distraer la atención de la madre tan temida sobre su personalidad de mujer sexuada y adulta. Podemos decir que en estas defensas, las más primitivas; prevalecen las ansiedades paranoides que se erigen en barreras frente a la relación con el hombre y la posibilidad de ser fecundada. Pero una de las defensas más significativas de la mujer conflictuada con la maternidad la constituye el corte de la comunicación con el hombre a nivel genital, el espasmo de trompas que impide la unión del óvulo y el espermatozoide. Un más sutil y complicado ardíd será la hostilidad del moco cervical, de etiología inmunológica en el cual la mujer se responsabiliza de incapacitar a los espermatozoides sin permitirles que entren vivos a su interioridad. Esto es mil veces preferible, para ella, que el peligro de aniquilación que el embarazo implica inevitablemente. Por eso es un síntoma que parece imposible de modificar y cuya solución suele ser la adopción.

En los historiales de muchos pacientes estériles existió una primera etapa del matrimonio donde eligieron no tener hijos por un tiempo determinado, haciendo uso de medidas anticonceptivas. Muchas de ellas cuentan que sus madres les decían que "mejor no hacer esas cosas porque sino después puede haber problemas"; estos es vivido por las pacientes como una amenaza materna, por ir "contra la naturaleza" (madre) y, lo que es notable, es que muchas veces los mismos médicos les dicen eso confirmando sus fantasías infantiles.

Las parejas suelen aceptar esas explicaciones de los médicos cargadas de significación mítica, entonces las mujeres creerán que son estériles por haber desobedecido a sus madres, que se venga de ellas quitándoles la fertilidad y los hijos, como ellas suponen habérsela quitado a éstas.

Para las pacientes estériles, el embarazo no es un proceso biológico que termina en el parto y nacimiento, sino una situación terriblemente riesgosa, expuesta a peligros y graves sufrimientos, que pueden inclusive llevar a su aniquilación como mujeres, o a la muerte.

Es por eso que, la gran mayoría, si se embarazan pierden los embarazos y lo viven como un justo castigo a su hostilidad infantil.

Los acontecimientos trágicos de la infancia de estas pacientes son un ítem fundamental, que produce la gota que rebalsa el continente esterilizante de algunos vínculos. Esto se ve con toda claridad en las pacientes denominadas "infértiles", es decir que pudiendo embarazarse pierden inevitablemente el niño.

Se debe mencionar en forma especial aquellas pacientes que padecen de esterilidad secundaria o pasajera, de poca duración, con ciclos menstruales carentes de ovulación, así como también aquellos casos en que, por un espasmo de las trompas, no se permite la fecundación. Esto último es observable ante la insuflación de las trompas y suele ceder ante ciertas medicaciones; pero creemos firmemente, que no se constituye en una curación, si no es con tratamiento psicoterapéutico acompañante, que pueda

desarticular la cadena estructurada de situaciones externas del presente, que se enlazan con la problemática interna del pasado.

Muchas veces la esterilidad es simplemente reactiva a situaciones familiares conflictivas, como la muerte de un progenitor o de un hijo, la infidelidad del marido o la necesidad de terminar los estudios. Pero éste es un factor externo que no puede ser considerado como suficiente para influir en la correlación neurohormonal, sino que está ligado a fuerzas inconscientes incontrolables.

Las "esterilidades orgánicas", como generalmente se las llama, son situaciones en que evidentemente la mujer está internamente tan conflictuada que, como diría Pichon Riviere, la pubertad desencadena una verdadera psicosis corporal que lleva a la autoaniquilación genital, por el terror que los procesos de procreación pueden generar. La paciente "es atacada" por una enfermedad (como lo haría la madre de sus temores infantiles) y consecuentemente castrada, en el literal sentido de la palabra.

De nada vale la satisfacción narcisista de una operación quirúrgicamente "perfecta", si la paciente luego no ovulará, o se divorcia a los pocos meses sin poder nunca rehacer pareja, que es una forma de esterilización social, o se embaraza y el feto es abortado o muere en el parto. No debemos olvidar que aunque los trastornos psicósomáticos de la procreación se curen espontáneamente, o se modifiquen los corporales con una técnica quirúrgica, no se logra de esta manera solucionar el conflicto básico de la mujer con sus figuras internas primarias.

La formulación de la teoría de los instintos de Freud nos permitió entender ciertos procesos que se encuentran entre los últimos factores médicos estudiados con respecto a la esterilidad femenina. Se trata de la denominada "esterilidad inmunológica", la cual entendemos englobada entre todos los procesos biológicos denominados "de autoagresión", como la alergia, el lupus eritematoso, el asma, la esclerodermia y otros.

Estas patologías no sólo se constituyen en la formación de anticuerpos contra los espermatozoides, sino que además, en forma gradual



suelen presentar reacciones parciales o generalizadas de tipo alérgico, después del acto sexual y al contacto con el semen, llegándose en casos extremos, a una reacción anafilática post-coital, con urticaria gigante, edema, crisis asmática, dolor uterino y colapso cardiovascular.

Sabemos que en el ser humano el sistema inmunitario cumple función de: formididad biológica celular y vigilancia, identificando u anulando todas las células anormales que se forman en el organismo. La función primordial radica en el mantenimiento y preservación de la individualidad.

Esto ha llevado a pensar hasta qué punto el esperma es para una mujer una vivencia persecutoria que desencadena un proceso bioquímico de defensa narcisista de su individualidad. El drama de esta patología como una defensa exagerada de una identidad débil y rígida es el de una reacción de tal magnitud ante un factor aparentemente inocuo, hasta el punto de provocar reacciones masivas, que pueden llevar a problemas cardiocirculatorios súbitos de carácter mortal. de esta manera la identidad, el Yo, que pretende ser defendido del no-Yo, es autodestruido en este proceso.

Estas pacientes han sido descritas como mujeres con una personalidad parasitaria (en relación a sus madres), denominadas "siamésicas" a la madre, más que simbióticas, las que con intensificación de sus defensas paranoides ante lo que evalúan inadecuadamente como un ataque a su identidad, pueden llegar a la autoaniquilación, proceso que se encuentra al total servicio del instinto de muerte descrito por Freud.

Por último, debemos considerar que en su identificación masculina, o virilización, la mujer podría llegar también a la homosexualidad, que practicada desde un rol masculino, le impedirá definitivamente alcanzar la maternidad.

De diferentes maneras y sin responder a cuadros psicológicos enmarcantes, como sería la neurosis obsesiva para la úlcera, por ejemplo, la esterilidad se manifiesta en la mujer como conversión de cuadros psicológicos, como mecanismo de negación de la feminidad, como

forma de identificación masculina con el padre, como inhibición de la identificación con las funciones maternas de la madre, como acto de aniquilación genital, como reacción a la proyección narcisista de los progenitores, en ejercicio de un rol homosexual, en conductas delictivas o psicopáticas graves como un microsicidio, y otras motivaciones individuales diversas.

### **3.2. Concepto de esterilidad única y vincular.**

"Se ha llegado a reflexionar que la esterilidad es una entidad única, a partir de pensarla como un obstáculo que se opone al deseo consciente, de dos personas, de crear juntos otro ser humano implantado en su vínculo afectivo.

Este obstáculo no es un elemento reconocible y cercable con la facilidad que se supone, puesto que pertenece a dos y se inserta dentro de un campo dinámico de fuerzas positivas y negativas, que emergen de las tres áreas determinantes de la conducta humana: lo biológico, lo psicológico y lo social.

Podemos decir que la esterilidad es una imposibilidad cuyo obstáculo tiene tres maneras de ser, tres formas de manifestarse.

La esterilidad es una única entidad de la pareja que se vehiculiza de forma diferente dentro de un campo dinámico en el cual, a partir de la consulta, entra también a formar parte la persona del médico y su ideología personal y particular con respecto al tema, puesto que será esto el determinante del explorar o negar, diferentes componentes del conflicto.

A partir de la primera consulta se establece un interjuego dinámico permanente entre el equipo de salud y la pareja, cada día ofrece nuevos elementos, cada minuto del estar frente a frente, uno con el otro, estimula en uno y en otro, componentes claros y oscuros de la conciencia e inconsciencia de las personas interactuantes.

En el trabajo con los pacientes, se debe tener la clara relatividad de nuestro abordaje para poder revisarlo o rectificarlo, si fuere

necesario. Plasticidad en nuestra tarea, implica una permanente conciencia de aprendizaje, como si ese continuo estado de aprendices fuese el camino de apertura continua a todo lo nuevo que cada pareja estimulará en nosotros. Se debe recordar que la exploración en los pacientes es una continua resonancia en nuestra propia historia, desde afuera hacia adentro y desde adentro hacia afuera.

La estructura psíquica de un sujeto se organiza a partir de sus relaciones con el micromundo que lo rodea, padres, y éstos son a su vez componentes de una sociedad y una cultura determinada. Por otro lado, el cuerpo de un hombre o de una mujer, es un lugar donde pueden estar colocados sus objetos internos en relación a uno o a varios órganos. Cuando el obstáculo que se opone a la procreación está ubicado en su testículo, ovario, útero, hipófisis, trompas, tiroides u otros órganos, podemos decir que allí previamente hubo una relación con un objeto que tiene una historia y un proceso determinado. La jerarquización de este órgano pudo haber comenzado aún en la formación genética, y adquirir por suma de las características de las relaciones familiares primarias, un rango particular diferenciado. Esto quedará claro cuando la paciente traiga a su médico la trompa, el útero o la glándula al campo operacional y éste tenga que discriminar su significado. Es difícil descifrar la representación de cada órgano, y en especial la de los genitales de ambos sexos.

Partimos de Freud con sus conceptos biológicos sobre el origen del ser humano, que sin duda en sus principios es bisexual. Sobre esta estructura médico-teórica, se implementarán después las ideas psicoanalíticas diversas, respecto de lo que es ser hombre y ser mujer, como ambos componentes de una entidad: lo humano.

Ambos componentes deberán llegar a unirse y complementarse, como seres diferentes, en la relación de pareja.

Dicha relación podrá llevar a la mezcla profunda y máxima de la procreación, mediante la unión celular. También podrá conducir al

vacío continuo de ese aspecto, con su consecuente renunciamento a la procreación biológica.

Una pareja se elige para satisfacer distintos objetivos de orden erótico o tamático, dentro de los cuales está la posibilidad del hijo. Su mutua relación contiene mutuos mandatos familiares, se potencializan mensajes inconscientes que encontrarán la mejor forma de vehiculización a través de la relación con el otro.

Este vínculo es como una estructura dinámica con continuo movimiento que encierra, a ambos personajes y todos sus objetos internos y vivencias personales. El vínculo es lo que establece la totalidad de esa relación y que a su vez es una Gestalt en constante proceso de evolución. Cada persona se vincula con otra de acuerdo a cómo se vincularon con él sus personajes parentales, por eso existen patrones vinculares en cada sujeto, que se manifestarán también en la relación médico-paciente.

Se puede decir entonces, que la esterilidad vincular es la negación del tercero en el vínculo, el hijo. A lo que se puede agregar, desde el punto de vista psicoanalítico que, la no diferenciación sexual, las dificultades en la identidad claramente femenina o masculina, imposibilita la creación del otro ser, como una forma de concreción, síntesis o curación.

De acuerdo a la planteado por Pichon Riviere, la noción de vínculo es más precisa que la de relación de objeto, por su carácter dinámico, más concreto sin duda alguna: "Un vínculo es un tipo particular de la relación de objeto que a su vez está formada por una estructura dinámica en continuo movimiento". El vínculo incluye la conducta y la fertilidad es una conducta humana multideterminada.

Un hombre y una mujer se vinculan de una forma particular entre sí, de lo cual resultará una conducta proveniente de sus patterns familiares. El profesional se vincula participando en el campo, de la misma forma que una mujer se vincula con un hombre participando también en ese campo dinámico dentro del cual se introdujo en un momento determinado de su propia historia.

Cuando un hombre y mujer se unen a través de la sexualidad, lo que puede resultar de ellos es una Gestalt, una totalidad o realidad totalizadora, el hijo. Si esto no se produce, meteoritos dispersos de su identidad establecen uniones parciales, alianzas distorsionadas, pactos mediatizantes de tal variedad, como seres humanos existen.

Si bien es cierto que la esterilidad humana es una sola y que como tal debe ser abordada, en principio hay que superar esquemas referenciales dogmáticos de la visión de los problemas humanos.

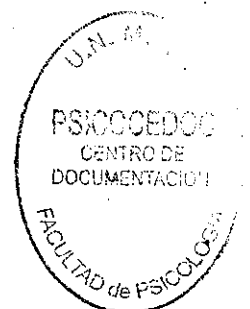
En un comienzo, los especialistas se ocuparon de la mujer, luego incluyeron al hombre y en última instancia empezaron a asombrarse de que, por azar, descubrieran que, en repetidas ocasiones, las parejas presentaban síntomas orgánicos en forma conjunta y alternada. Se pudo observar que, en los servicios hospitalarios, tampoco se llegaba a pensar en esta sintomatología como algo que podía integrarse gestálticamente.

Sea cual fuere la imposibilidad de la procreación, si esta sucede en el vínculo de los dos, será considerada una esterilidad vincular. Pero se manifiesta con mayor claridad, y mayores pruebas para quienes aún se resisten a considerarla de esta forma, en todos aquellos casos en que el hombre y la mujer se van alternando orgánicamente la dificultad. Es decir, primero una no ovula, luego el otro hace una oligospermia, y diversas variantes más.

Las parejas que comparten los síntomas establecen una especie de pacto o alianza de esterilidad. Cuando no es uno es el otro quien sostiene esta alianza.

Generalmente estas personas se unen para satisfacer mandatos familiares, deseos paternos o maternos satisfechos a través de ellos, venganzas entre los padres, ideales culturales, o son en sí maneras de reaccionar a estos deseos con la respuesta opuesta.

A continuación, voy a realizar una breve síntesis de los tipos de alteraciones orgánicas que llevan a la esterilidad y sus posibles soluciones.



### **3.3. Soluciones posibles a las diversas causas de esterilidad que pueden originarse en el hombre y/o en la mujer.**

El estudio de la reproducción humana y la fertilidad humana hoy se ha convertido en una especialidad.

En ella intervienen biólogos, andrólogos, bacteriólogos, psicólogos y ginecólogos.

La fecundación resulta de procesos bien determinados como: el encuentro en la trompa de Falopio en la mujer de dos células:

- 1) El ovocito u óvulo, de la mujer y
- 2) El espermatozoide, depositado en la vagina de la mujer por el hombre.

De la fecundación del ovocito resulta un huevo o embrión.

Éste se anidará en la cavidad uterina una semana más tarde.

Para que la fecundación y anidación se produzca normalmente se necesitan ciertas condiciones:

En el hombre:

- 1) Los testículos deben producir una cantidad suficiente de espermatozoides normales.
- 2) Los espermatozoides deben pasar por las vías genitales masculinas donde se produce su maduración y adquieren su movilidad.

En la mujer:

- 1) Las secreciones en la cavidad uterina deben ser favorables a la sobrevivencia de los espermatozoides.
- 2) El aparato genital femenino debe permitir la ascensión de los espermatozoides hacia la trompa por una parte y la captura del ovocito por la trompa, por otra.
- 3) El crecimiento y la maduración del folículo ovárico depende de un buen funcionamiento del ovario y la hipófisis, fuente de secreción de las hormonas FSH, LH.

4) La ruptura de este folículo ovárico y la expulsión de un ovocito maduro (óvulo), constituye la ovulación que ocurre habitualmente el día 14 del ciclo genital.

5) La cavidad uterina debe ser anatómicamente normal y su mucosa capaz de fijar, anidar al embrión.

#### Tratamiento y métodos de fertilización asistida:

Técnica madre: fertilización in vitro, fertilización extracorpórea. Técnica utilizada ante la falta de trompas en la mujer, consiste en:

Poner el óvulo y el espermatozoide humano fuera del cuerpo humano, en una incubadora producir la fertilización y el embrión, introducirlo nuevamente dentro del cuerpo humano.

Pero a través de este procedimiento se vio que las mujeres que tenían trompas, que es el órgano natural de la fecundación en el ser humano, podía tener mayor porcentaje de embarazos, que si se hacían por vía extracorpórea. Y es así como nacen nuevas técnicas:

1) GIFT, transferencia y fertilización de los gametos en la trompa.

2) PROST, TET, métodos muy parecidos, que significa la transferencia del embrión que fue de fertilización extracorpórea pero en lugar de ponerlo en el útero directamente, ponerlo en la trompa, y esto tiene un buen porcentaje de éxito.

3) TOT, transferencia de óvulo a la trompa sin espermatozoides, éstos ingresan a la trompa por el acto sexual natural.

De este modo la fertilidad asistida ha abierto un panorama de soluciones a una serie de mujeres que les costaba embarazarse.

Toda mujer que tiene óvulos, un útero y trompas y un marido con espermatozoides, seguramente podrá quedar embarazada. Pero a veces no se embaraza y, ¿qué se hace?

La respuesta es que en un estudio multidisciplinario se las ayuda para que se embaracen en el menor tiempo posible.

Las que no podrán embarazarse nunca por falta de trompas, con la fertilización in vitro, pueden quedar embarazadas.

La fecundación in vitro (FIV) y la transferencia embrionaria reproduce en el laboratorio la fecundación y las primeras etapas del desarrollo embrionario. Durante 48 horas in vitro, fuera del organismo, en un medio de cultivo apropiado, se realiza lo que pasa normalmente en la trompa:

Recolección de ovocitos y espermatozoides: fecundación y formación del embrión y todos los primeros estados del desarrollo.

Para todo esto, varias etapas son necesarias.

1) Asegurar un crecimiento y una maduración perfecta de varios folículos ováricos controlados por:

\* Dosajes hormonales: Estradiol, LH.

\* Exámenes ecográficos: tamaño, aspecto de los folículos.

2) Separar la maduración final de los ovocitos por una inyección de Gonado Trofinas coriónicas (HCG).

3) Tomar los ovocitos por punción de los folículos bajo ecografía, antes de su expulsión natural.

4) Buscar los ovocitos en el líquido folicular extraído, a través de un microscopio.

5) Colocar los ovocitos y los espermatozoides preparados en una cápsula con medio de cultivo.

6) De esta manera se obtiene la fecundación y las primeras divisiones del huevo.

7) Transferir los embriones a la cavidad uterina en general 2 días después de la punción folicular.

#### Los resultados de la FIV:

Cada una de estas etapas del método es muy delicada.

A pesar de encontrarse en las mejores condiciones, con buena recolección de espermatozoides, todos los ovocitos no son

fecundados y todos los embriones no son viables, es decir, no llegan al nacimiento.

Las estadísticas señalan que una pareja normalmente tiene un 30% de posibilidades de quedar embarazada por ciclo.

Con los métodos de fecundación asistida, se obtienen un 20% de embarazos y se llega al nacimiento del bebé entre un 15-18%.

#### **3.4. La inseminación artificial y la adopción como otras soluciones posibles ante el problema de la esterilidad en la pareja.**

La inseminación es un método usado con frecuencia en muchos países como Estados Unidos y Francia.

Según autores como S.J. Behrman, la solicitud de este método se debe a diversos factores, tales como "el resultado del clima social en nuestros días, la falta de niños para adoptar y la edad tardía en que se unen dos personas para empezar a procrear".

Se supone que la única indicación real para la inseminación artificial con semen de un donante es el caso de una mujer joven, sana y fértil, casada con un hombre estéril.

Sin embargo, estas se han ampliado en los últimos tiempos para incluir la oligospermia, la transmisión potencial de algunas enfermedades genéticas, incompatibilidad de Rh, como así también el deseo de una mujer soltera de "procrear sin hombre". Es increíble que en la evaluación de los resultados que se hace en los textos americanos, sólo se considera, además de la continuación de la gestación hasta el término, la incidencia en los divorcios con esta metodología. También vale la pena consultar estos textos donde se afirma "que si bien es cierto que el éxito de la inseminación artificial heteróloga (cuando se utiliza semen de un donante) no es del 100%, esto se debe seguramente a no haberlo hecho en el exacto momento de la ovulación, o que el número de inseminaciones por mes no fue el correcto y que pudieron participar factores coitales no considerados en la planificación previa. En ningún momento se consideran todos los

factores emocionales y la significación inconsciente de tales procesos, negándose la personalidad del ser humano, que en esta forma más parece un proceso animal, que humanizado.

Las indicaciones de la inseminación artificial homóloga son las siguientes: defecto anatómico en el cuello uterino, sea en su desarrollo o en su posición; estenosis cervical extrema; volumen pequeño de semen, menor de un milímetro o expulsión de fracciones que tengan bajo número de espermatozoides; factor cervical no inmunológico y el caso rarísimo que haya un factor plasmático seminal que anule la movilidad de los espermatozoides. Estas indicaciones son raras y algunos autores consideran que la mayoría de estas inseminaciones se hacen sólo porque los pacientes presionan al médico en su deseo de embarazarse y llegan a aplicar el método, habiendo trece millones de espermatozoides promedio, es decir en caso de oligospermia.

Frente al definitivo diagnóstico de esterilidad irreversible, los pacientes suelen entrar en una especie de "campo de nadie", llenos de dudas y ansiedades, sin saber a qué profesional acudir y cómo demandar ayuda.

La inseminación es el método por el cual la mujer es fecundada artificialmente por semen de su marido, o de un donante anónimo, que le da la denominación consecuente de inseminación homóloga o heteróloga. Este método es usado en pocos países, sobre todo la heteróloga, cuyo método de conservación del semen por congelación es complicado y muy costoso. En ciertos países, como Francia, Israel y Brasil, existen bancos de semen que permiten seleccionar características genéticas a elección, como color de ojos y piel o estatura, etc.. esto tiene como objeto tratar de hacer coincidir el aspecto físico del donante con el de los padres que realizan el método en busca de su hijo.

Por supuesto que éste es un asunto muy delicado y de mucha controversia en el mundo científico actual. Lo que nos interesa dilucidar es la posible problemática a nivel del psiquismo humano que este método pueda generar, tanto en los pacientes como en los profesionales que lo

realizan, como así también en la estructura emocional del niño engendrado por esta metodología.

Si bien el método es simple, ya que consiste en el depósito de una gota de esperma a nivel del canal cervical el día previo a la ovulación, no lo es así en las asociaciones y fantasías que lo acompañan y que se ha podido estudiar en pacientes que hicieron el método en el extranjero (inseminación heteróloga) y otros recolectados de la experiencia de colegas del país.

Las parejas que deciden una inseminación artificial, suelen ser personalidades muy narcisistas, a quienes no les importa los medios con tal de llegar al fin esperado, que cumple una función más social que psicológica: mostrar a los demás un embarazo. Para la mujer el logro del vientre deseado y sus significantes, para el hombre la demostración de su supuesta capacidad de llenar el vientre materno de la mujer. Seguramente esto va acompañado de un deseo compulsivo de devolución al vientre materno de los hijos arrancados en sus fantasías infantiles a la madre. Se ha estudiado parejas que no les importaba nada de lo que hubiese de por medio, con tal de conseguir el objetivo y cambian de médicos hasta encontrar el que satisfaga sus deseos y los lleve a cabo.

Se ha tratado de indagar acerca de qué sienten los médicos cuando están realizando el "acto inseminador". Muchos de ellos encontraban ciertas dificultades en responder a esta cuestión, otros se negaron con marcado rechazo a la respuesta, mientras que algunos con diferente grado de inhibición o pudor pudieron decir que sentían "como si ellos estuvieran fecundando directamente a la mujer", lo cual creaba serias dificultades en su relación profesional posterior con los pacientes.

Los psicoanalistas que han tenido bastante experiencia en tratamiento de pacientes que pasaron por la experiencia de inseminación, dicen que éstos suelen ser "una mujer fértil que obliga casi al marido a someterse a estas técnicas como una manera de quitarle su función masculina, como luego también la de padre".

El hombre siente una profunda herida en su autoestima porque no puede cumplir con el mandato de la especie.

Las madres de estos niños inseminados suelen tener fantasías de malformación más intensas que las madres que engendran normalmente con su marido.

Una de ellas contaba haber soñado con un niño con dos cabezas (dos padres) y otra, se atormentaba en los sueños porque al querer registrar en la oficina de personas le insistían en que ese niño era hijo de su propio padre (fantasía incestuosa con el ginecólogo).

Algunos autores consultados, reconocen que el tema de inseminación, sobre todo la heteróloga, es totalmente carente de información casuística necesaria como para realizar algunas conclusiones. De todas maneras, algunos psicoterapeutas describen cuadros psicóticos graves desencadenados a partir del parto de esos niños, donde el cuadro paranoide grave se manifestó en el hombre ante la idea torturante de ser padre de un niño de otro padre.

Algunos libros relatan también que estos casos terminaron con el asesinato de la madre y el niño por parte del marido psicótico.

Otra posible solución ante la imposibilidad de embarazo, es la adopción.

El término "adopción" proviene del latín "optare", que significa escoger o desear.

Aunque el deseo más profundo de los ginecólogos es el que una pareja pueda concebir y parir un hijo, a veces es necesario "optar" por hacernos cargo de la atención de aquellas parejas que irremediamente se constituyen como estériles, y compete a un equipo interdisciplinario la responsabilidad de la atención: asistencial, orientadora y preventiva de estas parejas que con una mezcla de vergüenza y desafío, suelen decirnos "vamos a adoptar un hijo".

La mujer que concibe y lleva su embarazo a término, desarrolla una relación íntima entre el feto y ella misma. El embarazo es una

fase durante la cual las fantasías son estimuladas activamente y las actitudes parentales se desarrollan y modifican. Lo más importante ante la maternidad es el cambio interno que esta posibilita, sobre todo en el primer embarazo.

La "matriculación" de ser padres es a partir de la concepción, siguiendo por el desarrollo del niño, que es también el desarrollo de ellos mismos, puesto que la gestación concreta las identificaciones femeninas y masculinas de los adultos.

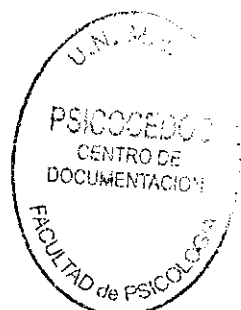
Resulta claro que, cuando ésto sucede las parejas no poseen modelos conocidos de roles para esclarecer su posición ante los hijos. La mujer embarazada recibe apoyo de toda la comunidad, revistas y medios masivos de comunicación. La pareja no fértil pierde el apoyo cuando se constituye como tal.

La cultura es poco continente con los padres estériles y no son justamente expresiones muy simpáticas y sinceras las que éstos suelen recibir.

Las parejas no fértiles poseen la continua sensación de ser diferentes, de carecer de una parte esencial de la vida, están llenos de resentimiento y amargura, sobre todo las mujeres. Es curioso cómo a veces si el síntoma responsable de la imposibilidad lo padece el marido, la esposa trata de culparse ella para no herir "su ego masculino".

Las parejas llegan a la adopción desde distintas vertientes: unos desde la patología de uno o ambos cónyuges, por lo cual se termina con la búsqueda del embarazo y se decide la adopción del niño, en otros casos, por ser el embarazo y el parto situaciones determinadas como altamente riesgosas para la vida de la madre.

Es sumamente importante dilucidar la función que el hijo adoptivo tiene para la pareja, como así también los mandatos (misión a cumplir) familiares que se le delegan: llenar el vacío de un hijo muerto, evitar el divorcio, distraer del aburrimiento a la pareja, ser del sexo deseado de los padres de uno de los progenitores, tener las características físicas aspiradas por una de las familias, salvar el honor del clan familiar ante la



censura por la esterilidad ("castigo de los dioses por los pecados"), salvar a un genio del anonimato (Moisés, Edipo, Superman, etc.) satisfaciendo impulsos mesiánicos o redentores.

Se debe intentar que la adopción no sea, como dice Winnicott, "intentos de curar una neurosis adulta".

Algunos autores señalan los fenómenos especiales que se producen cuando la adopción es a costa de la renuncia del miembro fértil a la posibilidad de embarazo. Esta renuncia suele transformarse en una formación reactiva cuyo resultado es la sobreprotección exagerada del hijo adoptado, con marcadas dificultades en puesta de límites, que a su vez originan diversas patologías en la personalidad de estos niños (su marcada omnipotencia, por ejemplo).

Por otro lado estos miembros de la pareja mantienen durante toda su vida una relación idealizada con el hijo no nacido, diciendo o pensando, "cómo sería si fuese mi verdadero hijo" o, "yo podría tener un hijo ya adolescente y no un bebé", etc.

Estos sin duda perjudica el montante de carga libidinal que la crianza del hijo adoptivo requiere, carenciándolo afectivamente.

Estas madres o padres se suelen sentir muy culpables por la ilícita relación imaginaria con el hijo no nacido, y soportan cualquier nivel de agresión o transgresión del hijo adoptado "como castigo por su traición".

Este es uno de los motivos, entre muchos, por lo cual las parejas de padres adoptivos asumen una especie de rol de "marginados de la paternidad", trabados en el reconocimiento de sus capacidades de padres, dudando de cada decisión, como si ellos "no tuvieran la verdad de los secretos de la crianza", poniéndose frente a los pediatras como los padres -parias de la sociedad en que viven-.

Es muy importante que los niños hagan buenas identificaciones con sus padres adoptivos, en cuyo caso se aliviará la posible angustia por los padres naturales ausentes. Ya el mismo Freud decía en 1909, en la "Novela familiar del neurótico" que, "...la sensación de que su

propio afecto no es plenamente retribuido se desahoga, entonces, en la idea a menudo consciente de ser un hijastro o un hijo adoptado...".

Es innegable que esto en los hijos adoptados se intensifica y a la más mínima señal, (real o fantaseada) de falta de afecto se vuelven a sentir abandonados, volviendo su fantasía a los padres biológicos, fuente a la que recurren omnipotente, imaginándolos por ejemplo, con mayor poder económico que sus padres adoptivos.

El desarrollo normal de un niño cuenta con un juego de identificaciones con los padres: las protoidentificaciones prenatales y del desarrollo, relacionadas con lo genético y la herencia; las identificaciones primarias del desarrollo sin alcance de la identidad total y las identificaciones secundarias que terminan de estructurarse, con la resolución de la situación edípica. En los niños adoptados no se alcanza la sinergia funcional entre las protoidentificaciones (genéticas) y las post natales, perteneciendo ambos grupos a ambos pares de padres, los biológicos y los adoptantes. Por esto es muy importante el refuerzo de las posibilidades de buenas identificaciones postnatales con los padres adoptivos.

Si bien ante la adopción los padres sufren frente al "fantasma de lo heredado" de los padres biológicos, esto los afianza en su alianza para compensarlo con un frente de afecto en la crianza en común del hijo adoptado.

En cambio, ante la inseminación, el hombre siente al hijo como una alianza genética entre su mujer y el donante anónimo, con la mano ejecutora de otro hombre, que es el médico. De esta situación él se siente totalmente excluido y le crea serias dificultades posteriores para asumir verdaderamente el rol paterno frente al hijo. Por supuesto que la situación es totalmente diferente cuando se trata de inseminación artificial homóloga (semen de él mismo en el útero de su mujer), ya que ésta se realiza cuando características biológicas de los cónyuges impiden que el semen penetre correctamente dentro del útero y conserve sus potencialidades fecundantes.



En este último caso, el médico es un auxiliar frente a la dificultad de la pareja.

No obstante algunos autores argentinos, como Marie Langer, opinan que estas pacientes deben ser sometidas a psicoterapia previamente a la indicación de inseminación.

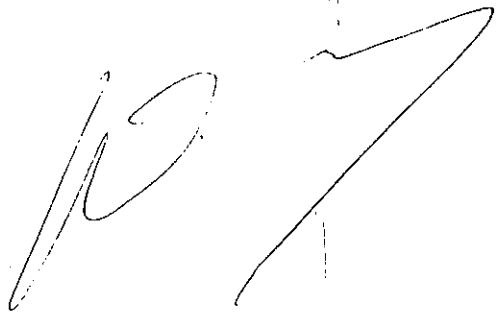
#### **4. Entrevistas y encuesta:**

Trabajo efectuado en Fecunditas (Instituto médico integral de fertilidad de Buenos Aires)

**4.1. Relato de mi experiencia en Fecunditas.**

Mi contacto con este Instituto de Fertilidad y reproducción

Pedido de la interstada para  
presentar a quien corresponde



Dr. CARLOS ZAMBRONI  
MEDICO PSQUIATRA  
M. N. 39.076 - M. P. 01.078

(... de trabajo).

Se me responde que sólo podré presenciar las entrevistas de las parejas que concurran a la próxima proyección de un video, en el que se observan los distintos tratamientos y equipamiento del Instituto, así como también se me aclara que no podré grabar ni las entrevistas, ni el video y que mi participación será de observadora no participante.

Me ajusto a dichas pautas y viajo a Buenos Aires el día miércoles 20 de Julio, para ver la proyección del video, y acordar con las parejas que concurran y con el profesional a cargo, el día y la hora en que se llevará a cabo la primer entrevista.

Soy presentada como alumna avanzada de la Escuela Superior de Psicología de Mar del Plata y finalizando el encuentro se les pide permiso a cada una de las parejas, para ser observadas por mí en el transcurso de dichas entrevistas.

Al ser aceptado el pedido del profesional, me comprometo a estar presente en las mismas, a la semana siguiente en Fecunditas.

Uno de los motivos por los cuales evité en un comienzo desarrollar mi trabajo en esta institución, y que se pone de manifiesto en las entrevistas a través de las mismas parejas, son las implicancias que hacen a la bioética debido a que se realizan otros procedimientos, además de la inseminación asistida, como lo es el de fertilización in vitro (FIV), etc....tratamientos que involucran aspectos éticos y valorativos muy cuestionables a los cuales me refiero a modo de mención, sin profundizar en los mismos.

Las parejas entrevistadas se tratarán con distintos procedimientos, de acuerdo a su conflictiva. El tratamiento psicológico consiste en una terapia de apoyo previa, durante y posterior al procedimiento que le es indicado de acuerdo a su problemática. El abordaje terapéutico comienza siendo grupal, dado con anterioridad a la muestra del video, seguido de una primer entrevista de pareja y posteriores entrevistas individuales optativas.

De este seguimiento a la pareja, mi participación de observadora culminaría con la primer entrevista a la pareja.

Fui bien recibida en la Institución, tanto por el profesional a cargo de llevar a cabo esta terapia de apoyo, como por uno de los Directores de la misma, ambos se acercaron a mi encuentro, el médico psiquiatra me presentó al Director Genetista, quien me preguntó sobre mi investigación y sobre el modo en que me conecté con el lugar, a lo cual respondí tal cual lo expuesto anteriormente.

Trataré de no mencionar nombres y apellidos de los profesionales, pudiendo trabajar de este modo con más libertad.

Realizaré más adelante, comentarios personales acerca de mi percepción sobre la Institución Fecunditas, y en relación a la encuesta y a las entrevistas realizadas.

Detallaré lo que fue transcurriendo día tras día, en esta corta pasantía por la misma.

#### **4.2. Entrevista grupal y proyección del video.**

Se van reuniendo las parejas que participarán en el grupo conformado el día de hoy, para tener un primer diálogo entre ellos y el profesional, médico psiquiatra, y luego observar la proyección del video que les mostrará los distintos tratamientos y equipamiento de la Institución; procedimientos que responden a los diversos conflictos que no permiten arribar a la fecundación deseada.

Antes de ingresar a la Sala para dar comienzo al encuentro, se espera a uno de los esposos que se ha retrasado, ya que deben estar todas las parejas, es decir ambos (marido y mujer) presentes.

Se entrega a cada uno de los integrantes de estas parejas una encuesta, que deben responder individualmente. Realmente no sé en qué consiste dicha encuesta, es evidente que no se me quiere hacer partícipe de su conocimiento, ya que luego de haber sido completada y entregada por la pareja al profesional, éste las guarda en su carpeta, tampoco me pareció oportuno en este momento preguntar sobre el contenido de las mismas.

En el día de hoy se congregaron tres parejas (los nombres han sido modificados a fin de preservar su intimidad):

- 1) Juan y Graciana.
- 2) Susana y Marcos.
- 3) Mónica y Luis.

Las parejas se reúnen con el médico psiquiatra, una Licenciada recientemente incorporada en el Instituto y yo. Se nos presenta y luego se presentan cada una de las parejas realizando una breve síntesis de su problemática, que hace que se encuentren aquí.

Esta modalidad de apertura es propuesta por el Doctor, quien se presenta como parte de todo un equipo cuya función es acompañar a la parejas a través de un diálogo, que permita esclarecer las distintas emociones que van sintiendo a lo largo de todo el tratamiento.

El Doctor aclara que: "...Este es un ámbito para evacuar sus dudas y ser escuchados. Es un grupo abierto donde Uds. pueden entrar o

salir cuando quieran, todos los miércoles se realiza esta reunión, pudiendo Uds. estar presentes cuando lo deseen. Es bueno que anoten todas sus preguntas."

La pareja de Juan y Graciana comentan: "Nosotros tenemos trece años de casados, para catorce. Sólo el primer año de casados nos cuidamos con preservativos y luego quisimos tener un bebé y no vino. Nos gastamos todo".

Juan: "En un principio yo me empecé a tratar, como el espermograma dio bien, se empezó a tratar Graciana. Distintos médicos nos recomendaron venir acá.

Nos incentivó a venir el hecho de que una pareja conocida nuestra, aquí quedó embarazada. Yo logré un espermograma bueno".

Graciana: " Yo tengo desfasada la ovulación".

Doctor: "¿Realizaron tratamiento de inseminación asistida?"

Juan: "Nos comenzamos a preparar, pero finalmente no lo hicimos."

Susana: "Doctor, yo quiero preguntarle acerca del riesgo que corre el embrión de venir con alguna deformación, dado a que yo tengo ya cuarenta y cinco años, ¿qué riesgo corre el embrión si realizo el análisis de líquido amniótico?"

Doctor: "Este método tiene un cero coma cero y pico de posibilidad de riesgo. Vale decir, que el riesgo es ínfimo.

La criatura no corre ningún riesgo, eso va en la decisión que asuma la pareja".

Susana: "Doctor ¿Se hace una selección de la mejor calidad de óvulos y espermatozoides sin estudiar la posibilidad de que éstos generen un embrión con ciertas dificultades?"

Doctor: "Sí."

Mónica: "Yo siento que estoy luchando con la naturaleza, ¿Hasta dónde no estoy luchando con mi realidad?". Yo no me llamo Mónica, me llamo tratamiento de fertilidad, hace once años que estoy con esto, he

recorrido todos los centros y Hospitales habidos y por haber, sin obtener ningún resultado positivo.

El mes pasado hice el último tratamiento de inseminación, luego me recomendaron este lugar y decidí descansar un tiempo, pero ya me advirtieron en otro lugar que no me dejara estar porque mis óvulos ya están viejos, tengo treinta y seis años".

Luis: "Nuestro primer intento fue en 1982, me hicieron los estudios, me dio todo bien pero no fecundó".

Mónica: "El médico me dijo que mis óvulos están más viejos. Yo donaría óvulos pero no recibiría".

Juan: "Yo estoy a favor de la vida ¿Qué pasa con los embriones que no se transfieren al útero?"

Doctor: "Nosotros transferimos los embriones que se llegaran a necesitar, tres por lo menos. Se trata de incrementar en calidad la falta de cantidad. Es cierto que al aumentar la cantidad de embriones, exista mayor posibilidad de embarazos múltiples".

Juan: "¿Si son ocho los que se fecundan con los espermatozoides, cuántos se transfieren?"

Doctor: "Todos. Salvo que al informar a la pareja que los ocho fueron fecundados, la misma decida que cuatro se transfieran y cuatro se congelen.

La cantidad normal a transferir son tres. Ha habido casos aquí, en donde se transfiere sólo un embrión y éste se divide".

Susana: "Yo ya tengo dos hijos con mi anterior pareja. resulta que ahora se me taparon las trompas. Hace dieciocho años, tuve dos pibes. Dos embarazos normales".

Doctor: "Los distintos conflictos pueden aparecer en diversas edades. Por ejemplo, el miércoles pasado hicimos esta misma reunión con mujeres menores de treinta años.

Bueno,....ahora veremos el video, luego se podrán preguntar todas las dudas que aún no estén aclaradas, incluso las que surjan a partir de la observación del mismo.

Para ello contaremos con la presencia del genetista, quien los podrá orientar mejor sobre aquellas cuestiones que competen a su área de trabajo".

#### **4.3. Síntesis de la proyección del video.**

Se presenta uno de los Directores de Fecunditas, quien explica brevemente los distintos momentos por los que atraviesa una pareja que no presenta dificultades orgánicas para lograra el embarazo.

A partir de lo que sería un embarazo sin conflicto, se postulan los posibles problemas de esterilidad que pueden llevar a iniciar diversos tratamientos.

La evaluación de la mujer consistirá, en una charla de la misma con su médico especialista, para conocer sus antecedentes médico-personales, menstruales y sexuales, para hacer con dichos datos su historia clínica. Luego se efectuará una revisión médico ginecológica para ver si hay algún tipo de problema. Se le responderá a sus inquietudes y también se le explicará cómo tomarse la Temperatura Basal (TB). Estas informaciones le permitirán conocer cuáles son los pasos a seguir.

#### **Exámenes complementarios en la mujer.**

Estos se realizarán para tratar de contestarnos a cuatro preguntas básicas: ¿Hay óvulos?, ¿Hay suficientes espermatozoides?, ¿Pueden ambos encontrarse?, ¿Puede el embrión implantarse en el útero?.

Para responder a estas preguntas se pueden realizar:

1) Prueba de inseminación (PI): Consiste en la obtención de una muestra del moco del cuello uterino, entre las dos y veinte horas posteriores a una relación sexual y en esa muestra se cuentan los

espermatozoides que se observan, siendo lo normal que haya por lo menos cinco que sean móviles.

Esto se efectúa con el microscopio, con un aumento de cuarenta veces.

2) Pruebas de laboratorio: También pueden efectuarse controles para ver si existe una anomalía en las hormonas circulantes por la sangre.

3) Histerosalpingografía (HSG): Es una radiografía del aparato genital femenino interno, que nos permite apreciar el estado de la cavidad uterina y si la motilidad y el pasaje por las trompas, es el adecuado.

4) Biopsia de Endometrio (B.E.): se extrae una pequeña muestra de tejido glandular que cubre las paredes internas del útero (endometrio) y con ello es posible, primero hacer el diagnóstico de la ovulación y luego de la calidad de la misma, o sea, determinar si los niveles hormonales de la segunda mitad del ciclo, provenientes del cuerpo amarillo son suficientes para mantener inicialmente el embarazo.

Esta pequeña toma de material intrauterino, además nos informa del estado en que se encuentra el endometrio.

5) Laparoscopia (LAP): Se realiza una pequeña incisión de un centímetro en el ombligo, y a través de ella se introduce un instrumental óptico con luz fría y con aumento, con el cual se observa el interior del abdomen y, específicamente el aparato genital femenino interno, estudiando de este modo el estado funcional de las trompas, útero y ovario.

### **Evaluación en el hombre:**

El andrólogo, es el médico especialista en fertilidad masculina y es el idóneo que tendrá a su cargo la evaluación del hombre en la pareja estéril.

Se evaluará:

1) Falta de descenso testicular: Es cuando un testículo permanece en la cavidad abdominal, sin descender a la bolsa escrotal y allí

la temperatura es demasiado elevada para la producción de espermatozoides.

2) Varicocele: Es una dilatación venosa, que drena mal la circulación de la sangre del escroto y el testículo, provocando un aumento de la temperatura local que tare como resultado una mala producción en calidad y cantidad de espermatozoides.

3) Espermograma: Análisis del semen que debe considerarse el más importante en la evaluación de la fertilidad masculina. Debe tenerse en cuenta que no existe correlación entre grandes volúmenes eyaculados con la calidad o cantidad de espermatozoides producidos. Para el análisis seminal se depositará "todo" el semen y antes de la hora deberá estar en el Laboratorio.

4) Recuento espermático: Se cuenta la cifra total de espermato-zoides por centímetro cúbico y se considera que por debajo de los veinte millones por centímetro cúbico es pobre en cantidad.

5) Movilidad: Describe la capacidad del movimiento de los mismos. Un 60 % de los espermatozoides, deben ser móviles y un 30 % de ellos, direccionales rápidos.

6) Aspecto morfológico: Un 60 % deben tener forma y tamaño normales, para una buena fecundación.

7) Biopsia Testicular: Es una pequeña intervención, que se realiza excepcionalmente, donde por una pequeña incisión se extrae un minúsculo trozo de tejidos, que luego se observa con el microscopio, donde se investiga la producción, crecimiento, desarrollo y maduración de los elementos celulares que formarán el espermatozoide y que brinda un pronóstico exacto.

### **Tratamiento de las causas femeninas y/o masculinas de esterilidad.**

Una vez que el médico especialista, llega al diagnóstico de cuál es el problema que hace que no se produzca el embarazo, el siguiente paso es solucionarlo, para ello se efectúa el tratamiento, que puede ser



médico, con medicamentos, o con técnicas quirúrgicas apropiadas en cada caso.<sup>24</sup>

### **Charla del Dr. Médico psiquiatra.**

"La pareja que atraviesa por alguno de estos tratamientos, requiere de una contención especial.

Para ello realizamos grupos de autoayuda, entrevistas de parejas y entrevistas individuales.

Trabajamos en equipo, tratando que la pareja tenga un buen respaldo al tratar los aspectos emocionales que se ponen en juego en relación al procedimiento al que se deba someter.

Particularmente me encuentro al servicio de ustedes, otorgándoles

la atención que ustedes requieran, tantas entrevistas como sean necesarias, ya sea para desahogarse, para tratar algún planteo específico que traigan a la consulta, etc."

Posteriormente se siguieron presentando los demás profesionales que integran el equipo:

**Dr. Anestesiista:** "La anestesia que actualmente se utiliza es muy moderna, ya no utilizamos la peridural, por lo cual el paciente al terminar el procedimiento, puede retirarse de la Institución".

**Dr. Clínica Médica y cardiológica:** "Se realizan análisis prequirúrgicos tales como: electrocardiograma, análisis de laboratorio y análisis clínicos."

**Dr. Coordinador del programa (Genetista):** "Recibirán indicaciones para los primeros días del ciclo de tratamiento.

se verá la evolución, a través de ecografía y moco cervical".

**Dr. Ecografista y Monitoreo:** "El procedimiento ecográfico de la ovulación, se efectúa en pos del seguimiento y crecimiento del folículo, a fin de establecer en qué momento se puede punzar el folículo para una buena fecundación."

Una vez presentados los profesionales que integran la Institución, pudiéndose observar también sus distintos lugares de trabajo, se enseñan las habitaciones donde se llevará a cabo la internación prequirúrgica (se observa a una paciente y todas las atenciones que recibe en cuanto a comodidad: comida, bata, posibilidad de ver T.V., etc.). La señora dice: "Realmente la hacen sentir a una como lo más importante, algo así como una reina". La señora se retira de Fecunditas con su bebé en brazos.

Se da lugar a la finalización de la proyección del video.

A continuación el médico genetista nos invita a colocarnos en círculo para que todos nos podamos ver, y pregunta acerca de cómo nos resultó el video.

Las parejas se muestran muy entusiasmadas afirmando que con la muestra del video, quedaron aclaradas todas sus dudas.

Cada miembro de las parejas comenta la importancia de las distintas secuencias del video, la presentación de los distintos profesionales, explicaciones de las diversas problemáticas y posibles tratamiento, etc.

Posteriormente se saludan los pacientes con los tres profesionales presentes: genetista, médico psiquiatra y psicóloga, también a mí se me acercan y me saludan.

El psiquiatra establece el día y la hora del encuentro para la primer entrevista con las parejas, aceptando cada una de éstas mi presencia en las mismas.

Las entrevistas se realizarán la última semana del mes de julio de 1994.

### **Comentarios personales en relación a las impresiones recibidas hasta el momento.**

Una vez reunidas las tres parejas grupalmente con el médico psiquiatra, la Licenciada y yo, se da lugar a las presentaciones de cada uno de los presentes, realizando la pareja una breve síntesis de su problemática, tal cual lo sugerido por el profesional.

Posteriormente este último (Médico Psiquiatra), aclara cuál será su función dentro de la Institución y en qué consiste el encuentro grupal que se llevará a cabo los días miércoles.

Al culminar la apertura de esta reunión, comienzan los comentarios de las parejas que aluden a su conflictiva y por ende a la posibilidad de fecundar asociado con otras cuestiones que influyen alterando este proceso: económicas, temores ante el riesgo de malformaciones que pueda sufrir el embrión, agotamiento luego de tantos años de tratamiento sin resultados deseados, presión que siente una mujer a la cual advirtieron que no se dejara estar porque ya sus óvulos están viejos, manifestando a su vez esta última: "Yo donaría óvulos pero no recibiría".

A pesar de tratarse de parejas con varios años en tratamiento pero que no tienen un seguimiento dado desde una misma institución, se observa a través de sus preguntas una información muy ambigua en planteos esenciales, tal cual es postulado por Juan "Yo estoy a favor de la vida ¿Qué pasa con los embriones que no se transfieren al útero?", pregunta que es retomada en una segunda oportunidad debido a la poca claridad que expresa la respuesta.

Estos son, a grandes rasgos, los temas que se han tratado en la reunión grupal, la cual además de haber sido realizada en poco tiempo, fue por mí percibida como muy poco contenedora de los distintos temas sugeridos por las parejas.

Las intervenciones realizadas por el coordinador del grupo, me parecen en las preguntas que efectúa Juan, sobre la cantidad de embriones que se transfieren al útero, respuestas muy poco sólidas en su criterio institucional o compromiso personal, vale decir que se transfiere a la pareja además de los embriones, la responsabilidad de decidir en algún momento la cantidad que estos desean sean transferidos.

Se trata de un planteo muy importante porque hay vidas en juego que no deciden, sólo se manipula sobre ellas.

Tampoco es mencionado por el coordinador, ni en la muestra del video, que llegará a un determinado momento en que la pareja deberá decidir acerca de cuántos embriones desearán se les transfiera o especificar con claridad lo que ocurrirá con los restantes embriones que no ha sido transferidos.

No se realiza una profundización de las diversas conflictivas planteadas, se pasa por los comentarios sin una intervención del coordinador que permita darle un orden y un sentido a todo lo que las parejas van transmitiendo.

Finalmente se proyecta el video, el cual aparte de clarificar, lo he percibido como un importante producto comercial de "enganche". Al final del video se observa a una señora que además de considerarse haber sido atendida como una reina, sale con su bebé en brazos.

**5. 1era. Entrevista (Realizada a la pareja de Juan y Graciana).**

Hora de comienzo: 20:10 horas.

Hora de finalización: 20:45 horas.

Duración: 35 minutos.

Diagnóstico: ESCA (Esterilidad sin causa aparente)

Dr.: "Señor C..... ¿a qué se dedica?"

Juan: "Soy ingeniero mecánico, trabajo en una fábrica chica la cual soy un poco orquesta, es decir que no tengo un área específica de trabajo.

A los dieciséis años estuve trabajando en Pirelli, pero al reestructurarse me saludaron y...buenas noches"

Dr.: "¿Hace doce años que están buscando?"

Juan: "Sí, ...en realidad dos años, descansamos, volvemos a arrancar y así sucesivamente.

Si luego de este intento no va, estamos decididos a adoptar."

Dr.: "¿Cuántos intentos harían?"

Juan: "Según las posibilidades que tengamos, todo tiene un límite y la parte económica es fundamental".

Dr.: "¿Vos que hacés?" (se dirige a Graciana).

Graciana: "Soy Jefa en un estudio Contable, también trabajo en otras empresas de manera administrativo-contable."

Dr.: "¿Sos contadora?"

Graciana: "No, dejé la carrera a fin de quedar embarazada"

Dr.: "¿Cómo viviste esa decisión?"

Graciana: "Me costó. Hice terapia porque no recibí el título, ni tampoco quedé embarazada".

Dr.: "¿Tus estudios qué resultados dieron?"

Graciana: "Muy buenos."

Dr.: "¿Y tu espermograma?" (dirigiéndose a Juan)

Juan: "Dió bien".

Dr.: "¿Cuántos años hiciste terapia?"

Graciana: "Dos, en 1987 y 1988".

Dr.: "¿Con el mismo profesional?"

Graciana: "Sí"

Dr.: "¿Cómo te conectaste con dicho profesional?"

Graciana: "Es una mujer y me conecté con ella por intermedio de una amiga"

Dr.: "¿Cómo te fue?"

Graciana: "Bien. Yo creía en las terapias, pero nunca las puse en práctica"

Dr.: "¿Cuáles fueron los resultados?"

Graciana: "En un comienzo no percibí demasiados cambios, a medida que transcurrió el tiempo, los resultados iban siendo más positivos."

Dr.: "¿Vos hiciste terapia?" (se dirige a Juan)

Graciana: "Hacemos terapia floral"

Dr.: "¿Quién es el profesional?"

Graciana: "No es psicóloga, es.... báh, todavía no se recibió de nada"

Dr.: "¿Este tema lo hablan?"

Graciana: "Sí. Nos ayuda mucho"

Dr.: "¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales?"

Juan: "Buena pregunta...(Risas)"

Dr.: "¿Ya se lo han preguntado a esto, o no?"

Juan y Graciana: "Sí"

Dr.: "¿Cuándo se hacen el FIV?"

Graciana: "A fin de mes. Los primeros días de julio me descubrieron que tenía trompa izquierda con retraso, una serie de polios en el endometrio, por lo cual me hicieron cirugía, ahora está todo bien"

Dr.: "Volviendo a la anterior pregunta ¿Cada cuánto tienen relaciones sexuales?"

Graciana: "Dos veces por semana"

Juan: "Un promedio de tres"

Graciana: "Yo odiaba tener relaciones sexuales en la cama, de a poco lo fui superando y ahora estamos mejor."

Juan: "Esto es desgastante"

Dr.: "Es realmente comprensible que así sea, de todas maneras es recomendable que tengan relaciones sexuales cada tres días por lo menos. ¿Tu familia primaria, Graciana, como está conformada?"

Graciana: "Por mis padres, jubilados autónomos y tengo una hermana de 37 años".

Dr.: "¿Tiene chicos?"

Graciana: "Sí, dos. Son mi locura".

Dr.: "¿Y tu familia, Juan?"

Juan: "Mi papá tiene 63 años para 64. Es jubilado de SEGBA"

Dr.: "¿Y tu mamá?"

Juan: "Tiene 64 años. Es ama de casa"

Dr.: "¿Tenés hermanos?"

Juan: "Sí. Uno mayor"

Dr.: "¿Tiene hijos?"

Juan: "Espera para septiembre, "un hijo de Fecunditas", a través de inseminación homóloga, creo que se dice así"

El Dr. explica la diferencia entre inseminación asistida homóloga y heteróloga.

Dr.: "¿Uds. piensan de algún factor psicológico que impida el embarazo?"

Graciana: "Yo creo que sí. Yo deseé siempre ser madre joven, ahora estoy asumiendo esta realidad".

Dr.: "¿Uds. se dejaron de cuidar?"

Graciana: "Nunca nos cuidamos"

Dr.: "¿Quisieron embarazarse ambos, o alguno de los dos insistió mas que el otro en búsqueda del embarazo?"

Graciana: "Ahora estamos más juntos en la lucha que antes"

Juan: "Yo sufrí un desgaste y ahora deseo más que antes tener un hijo. Si el tratamiento no resulta, estoy dispuesto a adoptar. Queremos agotar nuestras últimas instancias biológicas"

Dr.: "¿Cómo te llevás con tus padres?"

Juan: "Bien, pero mi padre es una persona difícil, con carácter muy fuerte, me habla mal de mi hermano y de mi madre, me hace mucho daño. Seguro que cuando yo no estoy habla también mal de mí"

Dr.: "¿No te gustaría ser un padre como él?"

Juan: "No"

Graciana: "Yo lo conozco y por su personalidad, seguro que no"

Juan: "Es un buen padre, tiene sus defectos que hoy por hoy yo no aguanto, porque no hay un ambiente cordial cuando voy a lo de mi viejo"

Dr.: "¡Hay que ser tolerante!"

Juan: "Sí, de hecho lo aguanto"

Dr.: "¿Porqué creen que no se embarazan?"

Graciana: "Antes por algún factor psicológico, ahora porque a través del diagnóstico yo sé que tengo ciclos buenos y no tan buenos"

Juan: "En un principio mi espermograma era muy malo. Cuando yo logré un buen espermograma, comienzan a tratarla a ella, que tenía desfasada la ovulación"

Dr.: "Bueno...muy bien!. Ahora tendrán un acompañamiento en su tratamiento me gustaría tener una charla individual antes del mismo con cada uno de Uds."

Graciana: "¿No están contraindicadas las Flores de Bach para el tratamiento?"

Dr.: "Yo creo que no, pero de todas maneras habla con el Dr. que te sigue y preguntale"

Dr.: "¿Uds. tienen obra social?"

Juan: "No, tenemos con el Hospital Alemán una prepaga"

Graciana: "Yo me hacía estradiol, todo, a través de la mutual de él"

Dr.: "¿Medicamentos te cubre?"

Graciana: "No. Justamente acabamos de gastar \$ 975 (muestra el recibo), con medicamentos que me preparan para efectuar el FIV"

Dr.: "¿Arreglamos un nuevo horario?"

Graciana: "Sí, en lo posible a esta hora, ya que antes tengo inglés ¿Cuánto dura, más o menos?"

Dr.: "De 35 a 40 minutos"

Juan: "Yo no tengo problema de horarios"

(Se arregla el día y la hora para tener una consulta individual con los mismos)

### **5.1. Análisis de la primera entrevista.**

Pacientes: Juan (39 años)

Graciana (39 años)

Diagnóstico: ESCA (Esterilidad Sin Causa Aparente)

#### Preentrevista:

Fue realizada el día miércoles 20 de julio, luego de la proyección del video y sus posteriores comentarios. El médico psiquiatra establece con la pareja un día y hora de encuentro para efectuar la primera entrevista.

Se pregunta al matrimonio si estaría de acuerdo en que yo estuviese presente en dicha entrevista. Dada su aceptación, el profesional me confirma el día y la hora en que me tendría que hacer presente en Fecunditas.

Para entonces, tenía claramente estipulado por el Dr., que mi función sería de observadora no participante.

#### Apertura:

Llego al consultorio quince minutos antes de comenzar la entrevista, me encontraba un poco ansiosa debido a mi estado de embarazo avanzado (ansiedad persecutoria), ya que el día de la proyección del video ninguna de las tres parejas se percató de mi embarazo, confieso que a pesar de haber un ambiente muy cálido, no me quité el abrigo de en ningún momento.

Luego de un replanteo personal al efecto, decidí comportarme normalmente, es decir de tener calor, quitarme el abrigo, pues de eso se trata un embarazo, de una situación que se suele observar cotidianamente, ante la cual no debo sancionarme con ninguna culpa.

Este tiempo previo al comienzo de la entrevista, permitió que fuera disminuyendo dichas ansiedades y que me acomodara dentro del consultorio, pudiendo tomar nota de todo el desarrollo de la entrevista.

El Dr. se dirige a llamar a la pareja citada, luego de haber sido anunciada por la secretaria.

La pareja ingresa al consultorio, se saludan con el profesional, me saludan y toman asiento, esperando en silencio.

La señora en un determinado momento se dirige a mí y comenta: "Ah, estabas embarazada! ¿Para cuándo esperarás?"

A lo cual le respondo: "Para mediados de septiembre."

Acontecer:

El Dr. comienza indagando sobre el trabajo que desempeña el Sr., continúa preguntando acerca si la cantidad de años que están buscando un hijo son doce (para confirmar si han llenado correctamente el formulario que se les ha entregado previamente a la reunión grupal y al video, el cual hasta entonces no se me ha mostrado).

De lo acontecido me gustaría enunciar algunos comentarios: Considero que las preguntas apuntan a tratar diversos temas que lejos de profundizarse sobre los mismos, se pasa de un cuestionamiento a otro, cuyo contenido involucra diferentes aspectos en forma abrupta. es decir, se desvía de una temática a otra sin ahondar más sobre cada una de éstas.

Me parece que la contención que necesita la pareja al tratar algunos temas en particular, no tiene una respuesta concreta dada por el profesional. Por ejemplo, cuando este último pregunta "¿Cada cuanto tiempo tienen relaciones sexuales?" y la pareja menciona algún promedio semanal, haciendo hincapié en esta situación la cual es vivida por ellos como un desgaste, sin indagar a qué se refiere cuando habla de desgaste, pudiéndose considerar de modo diferente: ¿Será el desgaste por el hecho de tener relaciones sexuales pautadas; por la cantidad de años en tratamiento, o bien porque la sexualidad queda ligada exclusivamente a la procreación?

El Dr. se limita a considerar esta situación como comprensible, manteniendo su recomendación de que tengan una relación sexual cada tres días. Hubiese sido oportuno buscar juntos con la pareja, nuevas alternativas para esta situación más que tediosa y no pasar a indagar inmediatamente después sobre la constelación familiar primaria de la señora y el señor.

El señor Juan ante la pregunta de su hermano mayor tiene hijos, responde que espera para septiembre: "Un hijo Fecunditas....".

Considero que el profesional no preguntó acerca de la identidad que le otorga la pareja al niño que están buscando, el modo en que tienen incorporados la identidad en el rol de padres, cuando parece más que engendra la institución que ellos mismos.

Cuando hacía referencia a que los aspectos emocionales me parecían abruptamente indagados, aludía a que no se puede preguntar, tal cual lo realiza el Dr. "¿Ustedes piensan de algún factor psicológico que impida el embarazo?". Cuando él mismo debería funcionar aclarando este cuestionamiento de manera más sutil, contando con una estrategia a emplear como modalidad de trabajo que permita responder a esta pregunta.

No me parece prudente tampoco inferir en la conducta del paciente. Dr.: "Hay que ser tolerante!"

Al señor Juan se lo ve más decidido a que en caso de que no de resultado este procedimiento (FIV), tener presente la adopción como otra alternativa posible, incluso se lo puede observar como más distendido que a su esposa y hasta más dispuesto a seguir adelante con entrevistas individuales: "Yo no tengo problema de horarios".

La señora Graciana está preocupada (ansiedad depresiva), ya que han tenido que gastar casi \$ 1.000, con medicamentos que la preparan para realizar el FIV.

#### Cierre:

Se arregla el día y la hora para tener una consulta individual con cada uno de los miembros de la pareja.

Se puede observar que el cierre no ordena, señala o invita a reflexionar sobre los diversos planteos efectuados por la pareja, sino que se limita a estipular el nuevo horario de encuentro para llevar a cabo las entrevistas individuales.

#### Post-entrevista:

El haber podido observar esta entrevista, ha servido de gran aporte para mí, ya que a pesar de los errores que se pudieron haber cometido, nunca antes pude presenciar el trabajo terapéutico en parejas con esta problemática, y por lo tanto de no haberla presenciado, jamás me hubiese permitido cuestionarla.

A modo de hipótesis, presentaré una posible manera de abordaje psicoterapéutico.

Mi modalidad de trabajo estaría dada a través de la "focalización", orientando el trabajo psicoterapéutico hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente, induciendo la concentración selectiva del paciente en ciertos puntos de lo planteado.

"Dinámicamente la focalización está guiada por la dominancia de una motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios.

Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres. Si en la técnica psicoanalítica la dificultad del paciente para asociar libremente puede ser tomada como índice de resistencias, en psicoterapias, a la inversa, la evitación de una actitud exploratoria intencionalmente guiada puede ser considerada resistencial (se trata de énfasis diferentes en función de tareas distintas, ya que en otro nivel lo resistencial estará expresado, para ambas técnicas, en una rigidez del pensamiento que impida combinar flexiblemente los dos estilos de asociación, libre y guiada"<sup>25</sup>.

Particularmente, focalizaría mi atención, sobre ciertas frases que desde mi criterio tiene una carga espacial para ser trabajadas con más profundidad.

Yo desconozco si la Institución en sus otras áreas de trabajo, o en esta misma, las aborda y de qué manera lo realiza.

Dado que para mí hay determinadas situaciones que me resonaron de manera especial, se me ocurre que podría ahondarse aún más sobre dichas cuestiones:

Graciana: (Dejó su carrera) "Me costó, hice terapia porque no recibí el título, ni tampoco quedé embarazada"

Graciana: "Yo odiaba tener relaciones sexuales en la cama, de a poco lo fui superando y ahora estamos mejor"

Juan: "En realidad esto es desgastante"

Juan: "Si luego de este intento no va, estamos decididos a adoptar"

Juan: "Mi hermano espera para septiembre, "un hijo de "Fecunditas", a través de inseminación homóloga. Creo que se dice así."

Juan: "Yo sufrí un desgaste y ahora deseo más que antes tener un hijo. Si el tratamiento no resulta estoy dispuesto a adoptar, queremos agotar nuestras últimas instancias biológicas"

Juan: "...Mi padre es una persona difícil, con carácter muy fuerte, me habla mal de mi hermano y de mi madre. Me hace mucho daño. Seguro que cuando yo no estoy habla también mal de mí"

Juan: "Es un buen padre, tiene sus defectos que hoy por hoy yo no aguanto, porque no hay un ambiente cordial cuando voy a lo de mi viejo".

Habría que interrogar sobre las terapias previas realizadas y sobre la importancia que cada uno le da a este tratamiento, en relación a lo expresado en el cierre, pareciendo que Juan está más dispuesto que su esposa a continuar con las entrevistas.

#### Motivo de consulta:

Pareja que hace doce años que está buscando tener un hijo sin lograrlo, con algunos períodos intermedios de descanso.

Diagnóstico: Esterilidad sin causa aparente (ESCA).

Se busca la resolución concreta, "tener el hijo"; y no la indagación de esta causa no aparente de esterilidad.

#### Situación grupal:

Para Juan la situación se agrava, porque no encuentra en su padre un apoyo, (no se identifica con él) sino por el contrario es una persona difícil, con carácter muy fuerte.

Graciana tiene una buena relación con sus padres, hermana y sobrinos.

Podríamos cuestionar como será la inserción de este hijo en estos contextos familiares.

#### Aspectos caracterológicos de los pacientes:

Graciana presenta un debilitamiento marcado de sus funciones yoicas, apenas mantenidas en la esfera del trabajo, pero acentuado en las seguidas frustraciones que ha ido experimentando: Dejar su carrera para ser una madre joven, decisión que le costó mucho tomar, sin lograr como ella lo expresa, "ni una cosa ni la otra".

Por otro lado, se apoya en una terapia que además de no estar orientada por un profesional, no sabe si afecta o no el procedimiento a efectuarse (FIV), lo que demuestra una gran ambivalencia en su decisión de querer lograr su embarazo, acompañada del gran desgaste y fastidio con que vive este nuevo intento de llevar adelante el tratamiento, sin hacer explícito de que esta sea la última vez, teniendo como otra posibilidad alternativa a la adopción.

La señora trata de minimizar esta situación, equiparando en su importancia el seguimiento de sus entrevistas, con su ida a estudiar inglés.

Utiliza la defensa fóbica como mecanismo de evitación, impidiendo conocer la causa que origina su esterilidad. Hay una búsqueda de objetos acompañantes, como lo es la terapia floral, que la ayuda a sentirse mejor, pero no permite indagar sobre las causas.

A Juan se lo observa con una función yoica más adaptativa, albergando la posibilidad de la adopción, en caso de que este tratamiento no resulte, proyecto de salida de su dependencia o exposición a este tratamiento dado por años.

Aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados:

Sería importante esclarecer hacia que apunta la postura agresiva o autoritaria del padre de Juan, respecto de su otro hijo que se encuentra, en una situación similar a la de su hermano, y en relación a su esposa (culpa, frustraciones, etc.). Es decir si su actitud es desvalorizante, tiñendo de esta forma la situación por la que atraviesa su hijo Juan, y haciendo que éste no pueda sentirlo como apoyo.

Graciana rescata una muy buena relación con su madre, padre, hermana y sobrinos, en ningún otro momento se detiene sobre su grupo de referencia.

Momento evolutivo individual y grupal:

Preguntaría para responder a este punto, sobre la manera en que Graciana podría canalizar su frustración de no haber continuado con su carrera y el no haber tenido su bebé.

Para ello tendría que comenzar por elaborar el desgaste de un tiempo pasado, tedioso y frustrante.

De todos modos, está trabajando y aparentemente le va muy bien, así como también al final de la entrevista menciona estar estudiando inglés.

Faltaría preguntar más, acerca de sus relaciones sociales con otras parejas, amigas, etc. y situaciones de esparcimiento junto a su pareja.

Respecto de Juan, aún quedan varios aspectos por cuestionar en relación a su momento evolutivo, individual y grupal.

Si bien está trabajando, habría que averiguar si realmente está contento, siendo "un poco orquesta".

Relaciones sociales con otras parejas y amigos; actividades distendidas que comparte junto a su pareja, etc.

Considero que una vez realizada la indagación de lo mencionado anteriormente, y tomando como referencia el esquema de focalización dado por H. Fiorini, se llegaría a conocer cual es la conflictiva

nuclear subyacente en cuanto a esa causa no aparente de esterilidad, y a la vez a nivel prospectivo, como sería la inserción de un hijo en esta pareja y en su núcleo familiar y social.

## 5.2. 2da. entrevista (realizada a la pareja de Susana y Marcos).

Pacientes: Susana, 45 años.

Marcos, 30 años.

Comienzo de la entrevista: 15 horas.

Finalización de la entrevista: 15:40 horas.

Duración: 40 minutos

Diagnóstico: Trompas tapadas en la señora.

Al ingresar la pareja al consultorio, el médico psiquiatra y yo, ya estábamos acomodados para dar comienzo a la entrevista.

La señora Susana comenta: "Hoy es un día difícil, ya que tenemos problemas por el juicio de divorcio entre Marcos y su ex esposa. Debemos pagar una suma importante y no podemos comprar los medicamentos que debo tomar previamente a la inseminación asistida".

Susana: "Yo tengo obra social pero no me cubre nada. Estamos asociados al plan de salud del hospital Italiano, pero no me cubre estos remedios que yo necesito, a no ser otros que si me considera un 50%"

Dr.: "¿Cuándo realizarán el procedimiento?"

Marcos: "El mes que viene".

Dr.: "¿En la próxima menstruación?"

Susana: "Si, pero aún no tenemos los medicamentos. Ya hablamos con el genetista de Fecunditas y nos dijo a quien podíamos dirigirnos. ¿Eso también lo va a anotar? (se dirige al profesional presente)".

Dr.: "Si, todo lo que me digan es muy importante".

Susana: "¿Y esto porqué?"

Dr.: "Porque considero que es una real preocupación por el objetivo: poder llevar adelante el tratamiento".

Susana: "Si, también me ocupé de pedir el teléfono y la dirección de los laboratorios de dichos medicamentos"

Dr.: "¿Tu madre vive?"

Susana: "Si".

Dr.: "¿Qué edad tiene?"

Susana: "67 años".

Dr.: "¿A que se dedica?".

Susana: "Es ama de casa".

Dr.: "¿Tu papá?".

Susana: "Tiene 68 años."

Dr.: "¿Qué hace?".

Susana: "Fue despedido de su trabajo, a mi también me echaron de Edenor."

Dr.: "¿Te indemnizaron?".

Susana: "No, ya que trabajamos a lista y eso no implica contrato. El, Marcos, entró a trabajar por mi intermedio y aún sigue trabajando allí".

Dr.: "¿Tenés hermanos?".

Susana: "Si, uno menor de cuarenta años con dos hijos y una mayor de 48 años, soltera."

Dr.: "¿Tus hijos que edad tienen?".

Susana: "Tengo una hija de 19 años, casada, ya soy abuela, tiene una nena muy linda. Los mantenemos nosotros porque su esposo estudia. Tengo también un hijo de 18 años".

Dr.: "¿Con el hijo que tal?".

Susana: "Bien, vivimos todos juntos."

Dr.: "¿Vos sos viuda o separada?".

Susana: "Separada."

Marcos: "Yo también, pero estoy en juicio contradictorio, yo me separé y la mantuve tres meses, hasta que mi viejo le consiguió un trabajo porque le dió lástima."

Dr.: "¿Uds. se conocieron luego de estar separados?".

Susana: "Yo si. El estaba muy mal con su matrimonio, pero yo nunca lo instigué a que se separara."

Dr.: "¿Marcos, intentaste tener hijos con tu ex esposa?".

Marcos: "Si, primero hice tratamiento en Morón, segundo en un instituto privado, tercero en el hospital de clínicas, me hicieron espermogramas."

Dr.: "¿Cómo dió tu espermograma?".

Susana: "Le dió bien, un 60% de espermias buenos".

Dr.: "¿Vos tenés las trompas tapadas?"

Susana: "Si."

Dr.: "¿Te atendés con el Dr. ...?"

Susana: "Si, tengo que traer un pap y una mamografía".

Dr.: "¿Estás deprimida Susana?"

Susana: "¿Porqué?"

Dr.: "Porque en la ficha que completaste al ingresar a la charla, previa al video, me pusiste que si lo estabas."

Susana: "Estoy con bronca por esta situación, de ser sana pasé a no serlo."

¿No podemos hablar de otra cosa?" (llora).

Dr.: "Decime Marcos, ¿tenés a tus padres?"

Marcos: "Si".

Dr.: "¿Tu padre que edad tiene?"

Marcos: "62 años"

Dr.: "¿Qué hace?"

Marcos: "Se encarga de una confitería".

Dr.: "¿Tu mamá vive?"

Marcos: "Si".

Dr.: "¿Qué edad tiene?"

Marcos: "55 años".

Dr.: "¿Tenés hermanos?"

Marcos: "Si, uno de 34 años, casado, separado, casado, separado, sin hijos. Como mi hermano es medio loquito su última ex esposa se que no quiso tener hijos con él."

Dr.: "¿Cómo se llevan con las familias?"

Susana: "Bien, la familia de él está viviendo con nosotros. La mamá de él tuvo cáncer, así que yo no busco trabajo para cuidarla a ella. Hubo que operarla."

Dr.: "¿Tienen casa o departamento?"

Susana: "Un departamento tipo casa".

Dr.: "¿Vos no contás con tu hermano?" (le pregunta a Marcos)

Susana: "No se ven."

Dr.: "¿Cómo andás vos de ánimo?" (a Marcos)

Marcos: "Bien".

Dr.: "¿Vos Susana, decaés?"

Susana: "Si, después que consigo lo que quiero, me pincho. Me dió bronca que me dijeran *flaca sos estéril*."

Dr.: "¿Y los hijos, de quien son?"

Susana: "Si, pero ahora no puedo tener más."

Dr.: "Se trata de una esterilidad secundaria. ¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales?"

Susana: "Dos o tres veces por semana".

Marcos: "Según el ánimo".

Dr.: "¿Si no más? (risas). Uds. saben que el tratamiento está acompañado por una ayuda psicológica para Uds. Pueden venir en pareja o individualmente. A vos, Marcos te veo más distendido."

Susana: "En principio yo soy mujer, tengo más años que él. Y tengo hijos que crié sola. El tuvo una vida más tranquila que siempre lo apoyó".

Dr.: "¿Cómo andás vos con tus padres?"

Susana: "Bien, pero estamos en una etapa más bien distante, están con una postura indiferente. Ellos no saben que estamos haciendo este tratamiento. Cuando yo pueda mostrar un poquito de panza se los diré. Hacen diferencias con los nietos, los siento alejados de mí."

Dr.: "¿Que estudios hiciste?"

Susana: "Soy licenciada en Administración de Empresas".

Dr.: "¿Cómo no conseguiste un buen trabajo?"

Susana: "Hasta hace 6 meses atrás, tenía dos trabajos, allí estuve los últimos 5 años que llevaba la contabilidad de 5 empresas, de las cuales quedó una sola, y entonces quedé sin trabajo."

Dr.: "¿Hicieron psicoterapia?"

Susana: "Yo he concurrido con mis hijos. Su papá los dejó cuando la nena tenía 4 meses, y el nene un año y medio. En el colegio nos hicieron psicodiagnóstico."

Dr.: "¿Terapia hiciste?"

Susana: "No".

Dr.: "Un tiempo considerable antes del comienzo de la inseminación asistida vení a verme".

Susana: "¿Pensás que lo necesito?"

Dr.: "Pienso que te puede ayudar".

Susana: "Si, me siento muy mal, no puedo bajar de peso, sigo engordando y eso me pone muy mal".

Dr.: "Cuando quieras tenemos una charla".

Susana: "De acuerdo, nos veremos".

Se despide la pareja del Dr., me saludan y se retiran.

### **5.3. Análisis de la 2da. entrevista**

Pacientes: Susana (45 años)

Marcos (30 años )

Diagnóstico: La señora tiene las trompas tapadas.

#### Pre-entrevista:

Fue realizada, el día miércoles 20 de julio, a continuación de la proyección del video y sus comentarios.

El profesional junto a la pareja, acuerda un día y una hora de encuentro, para llevar a cabo la primer entrevista.

Se pregunta al matrimonio, si estaría de acuerdo en que yo estuviese en dicha entrevista. Dada su aceptación se me confirma el día y la hora en que me tendría que hacer presente en Fecunditas.

#### Apertura:

Unos cuantos minutos antes de dar comienzo a la entrevista, yo ya me encontraba en la institución. Mi ansiedad se dirigía al hecho de no poder llegar a horario al consultorio, debido al tráfico que pudiera haber a esa hora en Buenos Aires.

Posteriormente me di cuenta que valió la pena preocuparme, ya que el viaje duró más tiempo que el día anterior que fui a Fecunditas más al anochecer.

Previamente a dar comienzo a la entrevista, el doctor me hizo pasar al consultorio, dónde me acomode, a fin de tomar nota de todo lo acontecido en el desarrollo de la misma.

El doctor se dirige a llamar a la pareja citada, luego de haber sido anunciada por su secretaria.

La pareja ingresa al consultorio, se saludan con el profesional, me saludan y toman asiento.

#### Acontecer:

La señora Susana comenta que hoy es un día difícil, ya que tiene problemas por el juicio de divorcio entre Marcos y su ex-esposa.

Deben pagar una suma importante y no pueden comprar los medicamentos que debe tomar previamente a la inseminación asistida. Su obra social no le cubre estos medicamentos.

El doctor le pregunta en principio, cuándo realizaran el procedimiento, si es en la próxima menstruación, a lo cual la paciente responde que sí, pero que aún no tiene los medicamentos.

Otras preguntas que se formulan a la pareja son las siguientes: Edad y actividad que desempeñan los padres de Susana, si la indemnizaron a la Sra del trabajo que realizaba, si tiene hermanos, edad de sus hijos, relación entre ella (Susana) y su hijo, si es viuda o separada, si se conocieron luego de estar separados(él también lo está), si el Sr Marcos intentó tener hijos con su pareja anterior, resultado de su espermograma, etc.

Solo he mencionado algunas de las preguntas efectuadas por el profesional, las otras se pueden observar con sus respuestas respectivas en la transcripción de la entrevista, previa a su análisis.

#### Comentarios que enunciaré de acuerdo a lo acontecido:

Me parece que el aspecto económico se indaga con detenimiento, tanto en función de la pareja, como de su entorno. Si bien es cierto que la Sra Susana trae en un comienzo de la entrevista, su preocupación ante la imposibilidad de comprar los medicamentos previos al procedimiento a efectuarse, también es cierto que no le corresponde al médico-psiquiatra remitirse a una solución económica del conflicto, que no esté al alcance de la misma Institución, en cuyo caso debería orientarse a la pareja sobre cuáles serían los pasos a seguir.

Es decir, que el acento puesto en lo económico a través de las preguntas formuladas, no se compadece de su continua resolución y por ende me parece poco prudente se formulen. Tal es el caso de la pregunta que se le hace a la Sra: "¿Te indemnizaron?"

Ambos miembros de la pareja están separados, la Sra Susana tiene dos hijos de su matrimonio anterior, el Sr Marcos intentó tener hijos con su ex-esposa, con quien realizó varios espermogramas en distintos

lugares, agregando su actual pareja, que los estudios se hicieron todos en el Hospital Italiano, dándole como resultado de su espermograma, un 60% de espermias buenos.

La Sra Susana responde que sí ante la pregunta del doctor acerca de si ella tiene las trompas tapadas y comenta que le debe entregar a su médico de cabecera (quien le efectuará el procedimiento), un papanicolau y una mamografía.

Cuando el doctor le pregunta a Susana si está deprimida, ésta contesta con una nueva pregunta: ¿porqué?. El médico le recuerda que en la encuesta que completó al ingresar a la charla previa al video, le puso que sí lo estaba.

Se observa que Susana está muy oprimida y que busca contener su dolor, interactuando constantemente con el profesional, incluso respondiendo por su pareja (mecanismo de defensa maníaca).

Parece que esta pregunta ha llevado a la entrevistada a una situación de crisis (llora), que prefiere eludir: "¿No podemos hablar de otra cosa?". (mecanismo de defensa fóbico = evitación). La misma pregunta es muy directa e impactante, Dr: "¿Estás deprimida ,Susana?", más aún lo es, cuando al intentar evadirla la Sra, se confronta con su respuesta positiva dada a través de la encuesta.

Como un intento de aplacar esta situación de dolor en Susana, el profesional se dirige a Marcos con preguntas que refieren a la conformación de su grupo de referencia.

Nuevamente Susana retoma su participación, cuando el doctor pregunta sobre cómo se llevan con las familias, a lo cual la Sra responde que bien, siendo que la familia de él, vive junto con ellos, excepto con el hermano de Marcos que ni siquiera se ven.

Susana actualmente se dedica al cuidado de la madre de su pareja, quien está recientemente operada de cáncer.

Considero que se tendría que haber preguntado un poco más sobre la relación que ya no existe, entre Marcos y su hermano, motivo por el cual no se ven.

Marcos dice andar bien de ánimos y Susana comenta, que se "pincha" luego de conseguir lo que quiere: "Me dió bronca que me dijeran, flaca sos estéril"-dice Susana-.

El doctor menciona que se trata de una esterilidad secundaria, pero no le informa acerca de su significado, continúa preguntando sobre la frecuencia con que la pareja tiene relaciones sexuales.

El profesional les comenta que el tratamiento está acompañado por una ayuda psicológica para la pareja, pudiendo requerirla juntos o individualmente. Se dirige a Marcos y le dice: "A vos Marcos te veo más distendido."

Susana irrumpe justificando su opresión, aludiendo a que es mujer, que tiene más años que él con hijos que crió sola, y que él en cambio tuvo una vida más tranquila, una familia que siempre lo apoyó.

Con sus padres, dice Susana estar distante, que ellos están con una postura indiferente, que hacen diferencias entre los nietos, que los siente alejados de ella. No saben que están haciendo tratamiento, pero su intención es decirse cuando pueda mostrar un poquito de panza.

Sería importante indagar estratégicamente, que más quiere demostrar a sus padres y a ella misma además de la panza.

Susana está viviendo un período laboral frustrante; ha sido despedida de su trabajo. Por otro lado, está su frustración de no quedar embarazada.

Ha vivido ya una situación abandonica de su marido respecto a ella y a sus hijos, siendo estos muy pequeños, abandono o indiferencia que reaviva actualmente, su familia de referencia.

Cierre:

Se despide la pareja del Dr. y de mí.



A diferencia de la entrevista anterior, se realiza una orientación a la Sra para que continúe asistiendo a las entrevistas individuales se apoyo, las cuales al parecer del profesional podrían ayudarla.

En un momento determinado de la entrevista, el doctor manifiesta, que al Sr Marcos se lo observa más distendido, finalizando con la recomendación de seguir adelante con las entrevistas individuales a la Sra, tras la explicación ya enunciada.

Post-entrevista:

Nuevamente y a modo hipotético, orientaré mi modalidad de trabajo hacia la focalización o delimitación de un eje o punto nodal de la problemática de la pareja.

Focalizaré mi atención sobre algunas de las respuestas dadas por la pareja, que considero tienen una carga especial para ser trabajadas con mayor profundidad.

Susana: "Hoy es un día difícil, ya que tenemos problemas por el juicio de divorcio entre Marcos y su ex-esposa.

Debemos pagar una suma importante, y no podemos comprar los medicamentos que debo tomar previamente a la inseminación asistida."

Susana: "Yo tengo obra social, pero no me cubre nada..."

Susana: "Sí, pero aún no tenemos los medicamentos, ya hablamos con el Dr...

y nos dijo a quién dirigimos. Eso, ¿también lo va a anotar?"

Susana: "Sí, también me ocupe de pedir la dirección de los laboratorios de dichos medicamentos."

Susana: "Tengo una hija de 19 años, casada; ya soy abuela, tiene una nena muy linda, los mantenemos nosotros porque su esposo estudia. Tengo también un hijo de 18 años."

Marcos: "Sí, primero hice tratamiento en Morón, segundo en un Instituto privado, tercero en el hospital de Clínica, me hicieron espermogramas".

Dr: "¿Cómo dió tu espermograma?"

Susana: "Le dió bien, un 60% de espermias buenos."

Dr : "¿Estás deprimida Susana?"

Susana: "¿ Porque?".

Susana: " Estoy con bronca por esta situación, de ser sana pasé a no serlo. ¿No podemos hablar de otra cosa?" (llora).

Susana: "...la familia de él está viviendo con nosotros. La mamá de él tuvo cáncer, así que yo no busco trabajo para cuidarla a ella. Hubo que operarla."

Susana: "Sí, después que consigo lo que quiero me pincho."

Susana: " Me dió bronca que me dijeran *flaca sos estéril*."

Susana: "En principio yo soy mujer, tengo más años que él y tengo hijos que crié sola. El tuvo una vida más tranquila. Una familia que siempre lo apoyo."

Susana: "...estamos en una etapa mas bien distante, están con una postura indiferente. Ellos no saben que estamos haciendo este tratamiento. Cuando pueda mostrar un poquito de panza se los diré. Hacen diferencias con los nietos. Los siento alejados de mí."(Se indaga sobre la relación de ésta con sus padres.)

Susana: "Hasta hace seis meses atrás, tenía dos trabajos, allí estuve los últimos cinco años que llevaba la contabilidad de cinco empresas, de las cuales quedó una sola y entonces quedé sin trabajo."

Susana: "Yo he concurrido con mis hijos. Su papá los dejó cuando la nena tenía cuatro meses, y el nene un año y medio. En el colegio nos hicieron psicodiagnóstico."

Susana: "¿Pensás que lo necesito?".

Susana: "Sí, me siento muy mal, no puedo bajar de peso, sigo engordando y eso me pone mal."

Motivo de consulta:

Pareja que busca tener un hijo sin lograrlo.

Diagnóstico:

La Sra tiene una esterilidad de tipo secundaria, ya que con su ex pareja, tuvo dos hijos.

Actualmente tiene las trompas tapadas.

Situación grupal:

Marcos tiene una familia que lo apoya en sus decisiones, tiene conflictos con su hermano a quien tilda de : "medio loquito".

Su núcleo familiar primario vive con él, su mujer y el hijo de ésta última.

Susana, en cambio, vive una situación de indiferencia de sus parte de sus padres, con quienes está distanciada.

Con sus hijos mantiene una relación buena, siendo que su hijo vive con ella, su actual pareja y la familia de Marcos. A su hija la ayudan económicamente, debido a que tiene una nena y su esposo está estudiando.

Mencionó a sus dos hermanos, pero sin especificar detalles acerca de su relación con estos.

Aquí también deberíamos profundizar sobre cómo será la inserción de un hijo, desde una mirada prospectiva y posible de concretarse, en estos contextos familiares.

#### Aspectos caracterológicos de los pacientes:

Susana se encuentra con mucha ansiedad por toda una problemática económica que la supera y por una gran presión temporal que la oprime, debido a que se acerca el período en el cual se debe realizar el procedimiento de inseminación asistida y aún no pudo comprar los medicamentos previos al tratamiento que le fue indicado.

Por otro lado, está el juicio de divorcio de su pareja, motivo por el cual deberá quizá posponer su tratamiento destinando ese dinero al juicio en cuestión.

Se muestra agobiada y en una lucha ardua por lograr su objetivo: poder llevar a cabo el tratamiento.

Utiliza un mecanismo de defensa maníaca, el cual se puede observar en su constante interacción con el profesional, incluso al responder por su pareja a fin de eludir el cuestionamiento profundo de su dolor.

Cuando se le cuestiona de manera directa, si está deprimida, prefiere responder con una nueva pregunta: "¿Porqué?".

Al recordarle que en la encuesta previa al video contestó que sí lo estaba, entra en situación de crisis, la cuál se expresa a través del llanto, agregando al mecanismo de defensa maníaca anteriormente empleado, un mecanismo de defensa fóbico, que se corresponde a evitación que demuestra al no querer abordar esta temática, sugiriendo hablar sobre otra cosa. Se ve muy exigida, luchando contra sí misma en pos de su objetivo.

Sus funciones yoicas están muy debilitadas, son varias las frustraciones que ha vivido, sin poder elaborarlas: el abandono de su marido cuando ella tenía a sus hijos pequeños, la postura indiferente de sus padres, el haber sido despedida de su trabajo, el estar cuidando a la mamá de su pareja en un momento angustiante que es el cáncer que esta Sra tiene y la situación post operatoria por la cual está atravesando, siendo Susana la encargada de su cuidado, en un momento de debilitamiento yoico importante, a pesar de los mecanismos defensivos que utiliza a fin de compensar esta situación de opresión.

Considera haber pasado de "ser sana a no serlo", esta buscando tener un hijo, a fin de poder mostrar, su panza y con ella apaliar toda una situación desvalorizante que la acompaña, desde sus repetidas situaciones de abandono que ha tenido que vivenciar, así como las frustraciones que hipotéticamente considero pareciera creer elaborar a través de un embarazo y de este modo "curarse", o bien demostrar que sus óvulos no están tan viejos y ella tampoco.

A Marcos se lo observa tranquilo, acompañado y apañado por sus padres. A pesar de estar trabajando, pareciera no hacerse cargo de cuestiones que él mismo debería resolver, sin deslindar responsabilidades a otros, ejemplo: permitir que sea su padre quien ayude a su ex mujer a buscar trabajo aludiendo "que le dió lástima", señalando a su hermano como el "loquito" o bien proyectando en el mismo, sus propias falencias.

De todos modos, se lo ve distendido y sin apremios o indicadores que lo orienten a seguir adelante con las entrevistas individuales.

### Aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados:

Sería interesante esclarecer, el motivo que conduce a los padres de Susana, a asumir una actitud de indiferencia o si la postura distante es en realidad adjudicable a Susana, para ello habría que indagar sobre posibles culpas, actitudes desvalorizantes...que predominan y hacen de la relación entre Susana y sus padres, una situación insostenible.

Marcos sostiene que la relación con su familia es muy buena, con excepción de su hermano con el cual no se ve, relación que sería importante cuestionar, así como también la existente entre sus padres y el hermano de Marcos.

### Momento evolutivo individual y grupal:

A fin de conocer el momento evolutivo individual y grupal, por el cuál está atravesando Susana, se tendría que indagar sobre el modo en que ésta puede canalizar las respectivas situaciones abandonicas que vivió, así como también las frustraciones y desvalorizaciones que la afectaron, con otras alternativas posibles a la de mostrar su panza o tener un hijo.

Para ello tendría que permitirse relajarse y entrar en situación de crisis a fin de poder reflexionar sobre la importancia de poder elaborar anteriores vivencias angustiantes, previamente a la llegada de un hijo.

Una alternativa podría ser ayudarla a pensar en la posibilidad de buscar desempeñarse en actividades que exalten su autoestima la cual está bastante deteriorada.

También habría que preguntar más, acerca de cómo se desenvuelve la pareja socialmente, si tienen otras parejas amigas en común, si conservan amigos con los que se relacionan, aún de antes consolidada la pareja.

Así como momentos que comparten juntos y que les permite distenderse o relajarse.

Marcos está trabajando, dice sentirse bien, se lo observa tranquilo, habría que averiguar que tan comprometido está desde su deseo

en la llegada de un hijo y en relación a su participación activa, para que esto sea posible.

A través del esquema de focalización dado por H. Fiorini, se llegaría a conocer cuál es la conflictiva nuclear subyacente por la cual atraviesa la pareja y se conocería más acerca de cómo sería la inserción de un hijo en esta pareja y en su núcleo familiar y social, como posible realidad prospectiva.-

ENCUESTA:

♂

NOMBRE Y APELLIDO: *ROQUE LUIS*  
 ESTADO CIVIL: *PASADO*  
 DOMICILIO: *329 CAP.*  
 ESTUDIOS CURSADOS: *SECUNDARIO*  
 AÑOS QUE BUSCAN UN BEBE: *10 AÑOS*

EDAD: *41*  
 FECHA: *21-7-94*  
 TEL: *302: 26*  
 OCUPACION: *MECANICO DENTAL*  
 AÑOS DE PAREJA: *16 AÑOS*

El siguiente cuestionario servirá para que el equipo médico de Fecunditas pueda evaluar mejor las necesidades de sus pacientes y efectuar un mejor tratamiento global. Como sabemos que estos tratamientos de Fertilización Asistida demandan un gasto emocional especial, queremos ayudarlos y acompañarlos "Antes, durante y después" del procedimiento. Queremos que ustedes tengan la oportunidad de hablar de sus sentimientos, aclarar dudas, ya sea, en forma individual, en pareja o en grupo, con coordinadores entrenados en el tema. Este cuestionario será evaluado y devuelto en la entrevista con el coordinador que ustedes van a tener antes del procedimiento.

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1- Yo sé la causa de mi infertilidad ?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 2- Creo que si no me embarazo tengo otras opciones ? (ej. adopción)  | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 3- Yo comento con familiares y amigos mi infertilidad ?  | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 4- Me resulta a veces algo dificultoso obtener la muestra de semen ?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 5- Cuando estoy frente a un a situación muy estresante a veces me paraliza sin poder reaccionar convenientemente ? | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 7- tengo dificultades en tratar con parejas embarazadas o con niños ?  | <input type="radio"/> SI            | <input checked="" type="radio"/> NO |
| 8- Cree que algún factor psicológico influye en su Fertilidad ?  | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 9- Porqué elige esta Institución ?   |                                     |                                     |
| - por conocimiento a traves de los medios?   | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| - por derivacion de otro profesional?  | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| - por recomendacion de otro paciente?  | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| - derivado por su obra social?   | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| - otros? cuales?   | <input type="radio"/> SI            | <input checked="" type="radio"/> NO |
| 10- Tiene hijos de parejas anteriores ?  | <input type="radio"/> SI            | <input checked="" type="radio"/> NO |
| 11- Su esposa tiene hijos de parejas anteriores?   | <input type="radio"/> SI            | <input checked="" type="radio"/> NO |
| 12- Considera su pareja actual con algunas dificultades ?  | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 13- Sus padres viven ?   |                                     |                                     |
| - MADRE?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| - PADRE?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 14- Relación con su padre?      -sin dificultades?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| - conflictiva?   | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| - podría tomarla como modelo?  | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| 15- Cómo fue su nacimiento ?   |                                     |                                     |
| - parto normal ?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| + parto con problemas?   | <input type="radio"/> SI            | <input type="radio"/> NO            |
| 16- Tiene antecedentes de embarazo ?   | <input checked="" type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO            |
| 17- Desea agregar alguna información personal que contribuya al siguiente cuestionario?                            | <input type="radio"/> SI            | <input checked="" type="radio"/> NO |

**ENCUESTA:**

♀

NOMBRE Y APELLIDO: *Miata Luz*  
 ESTADO CIVIL: *CASADA*  
 DOMICILIO: *729 Cap. Fed.*  
 ESTUDIOS CURSADOS: *SECUNDARIO*  
 AÑOS QUE BUSCAN UN BEBE: *10 AÑOS*

EDAD: *36*  
 FECHA: *20-7-99*  
 TEL: \_\_\_\_\_  
 OCUPACION: *EMPLEADA*  
 AÑOS DE PAREJA: *16 AÑOS*

El siguiente cuestionario servirá para que el equipo médico de Fecunditas pueda evaluar mejor las necesidades de sus pacientes y efectuar un mejor tratamiento global. Como sabemos que estos tratamientos de Fertilización Asistida demandan un gasto emocional especial, queremos ayudarlos y acompañarlos "Antes, durante y después" del procedimiento. Queremos que ustedes tengan la oportunidad de hablar de sus sentimientos, aclarar dudas, ya sea, en forma individual, en pareja o en grupo, con coordinadores entrenados en el tema. Este cuestionario será evaluado y devuelto en la entrevista con el coordinador que ustedes van a tener antes del procedimiento.

- |   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1- Yo sé la causa de mi infertilidad ?  | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2- Considera que algún factor psicológico afecta su Fertilidad ?                        | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3- Creo que si no me embarazo tengo otras opciones ? (ej. adopción).                    | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 4- Yo comento con familiares y amigos mi infertilidad ?                                 | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5- Pienso en el embarazo constantemente ?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6- Siento que no poder embarazarme es un castigo ?                                      | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7- Me siento triste y deprimida ?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8- Tengo dificultades en tratar con parejas de embarazadas o con chicos ?               | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 9- Tiene hijos de su pareja anterior ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 10- Su esposo tiene hijos de su pareja anterior ?                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 11- Considera su pareja actual con algunas dificultades ?                               | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 12- Sus padres viven ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| - PADRE ?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - MADRE ?   | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 13- Relación con su madre ?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| sin dificultades?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| conflictiva?  | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| podría tomarla como modelo?   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14- Como fue su nacimiento ?  | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - parto normal ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| - parto con problemas?  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 15- Tiene antecedentes de embarazo ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |
| 16- Porque elige esta Institucion ?   | SI                                  | NO                                  |
| - por conocimiento a traves de los medios?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| - por derivacion de otro profesional ?  | SI                                  | NO                                  |
| - por recomendacion de otro paciente ?  | SI                                  | NO                                  |
| - derivado por su obra social ?   | SI                                  | NO                                  |
| - otros? Cuales?  |                                     |                                     |
| 17- Desea agregar alguna informacion personal que contribuya al presente cuestionario ? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  |

## **6. Análisis de la Encuesta:**

### Pacientes:

Luis(41 años)

Mónica(36 años)

### Diagnóstico:

No fue precisado con claridad en el primer encuentro grupal ni por Luis, ni por la Sra Mónica.

### Pre-entrevista:

Se llevo a cabo el día miércoles 20 de julio, después de proyectarse el video y realizarse sus posteriores comentarios.

El médico-psiquiatra de Fecunditas, establece al igual que con las anteriores parejas, un día y hora para efectuar la primer entrevista con ambos.

Se pregunta al matrimonio si está dispuesto a que yo presencie la entrevista. Dado su consentimiento, se me confirma el día y la hora en que me tendría que hacer presente en Fecunditas, a fin de culminar mi trabajo con esta tercer entrevista.

### Apertura:

Llego al consultorio entre quince y veinte minutos antes de dar comienzo a la entrevista. Mi monto de ansiedad no era tan elevado como al comienzo de la primer entrevista, pero consideré prudente presentarme en la Institución unos cuantos minutos antes en caso de poder comentar con el profesional, algunos datos que hubiese obtenido a través de la encuesta que la pareja contestó el día de la proyección del video, de los cuales yo no estaba al tanto.

La pareja citada no se hace presente al consultorio. El profesional los hace llamar a su teléfono por su secretaria, dándoles un nuevo turno para el día siguiente.

De los datos que me hubiesen gustado rescatar, sólo me hacen algunos comentarios, de una serie de preguntas establecidas en la encuesta a las que se responden con un sí o un no.

Al día siguiente me hago presente al consultorio, sin poderse efectuar la entrevista, debido a la repetida ausencia del matrimonio.

Le pido al profesional sino me permite sacar una fotocopia de la encuesta completada por la pareja, a lo cual me responde que se trata de un material que consiguió en Estados Unidos y no desea otorgármelo.

Posteriormente cambia de opinión y dice que me lo entrega debido a que vengo de Mar del Plata y no podré observar la tercer entrevista, ya que la pareja no está obligada a realizarla y tampoco tiene interés de hacerlo.

### Encuesta

#### Comentarios personales sobre la encuesta:

La encuesta tiene preguntas distintas para el hombre y para la mujer, aunque mucha de ellas (la mayoría), son similares.

Al ser preguntas demasiado cerradas, donde la única alternativa es sí o no, no se permite conocer el real significado de la respuesta. La intención está en que estas respuestas sean ampliadas o profundizadas en la primer entrevista. De todas maneras, me parece más conveniente que la encuesta se entregue apenas se da comienzo a la entrevista para que no pase tanto tiempo antes de ser retomada. De este modo se trabajarían en el mismo momento todos los cuestionamientos, pero con la posibilidad de seguir indagando en busca del significado de las respuestas dadas.

El doctor me comentaba que una de las preguntas realizadas a las mujeres: "¿Siento que no poder embarazarme es un castigo?", está estrechamente vinculada al tema de posibles abortos que la mujer halla podido concretar. No obstante su respuesta no se termina de dilucidar, sino hasta la entrevista individual que se efectúa con esta última.

También en la encuesta se observan preguntas abruptas: "¿Considera que algún factor psicológico afecta su fertilidad?", ya sea que la respuesta sea un "sí" o un "no", es evidente que de este modo nunca se termina de responder.

Este cuestionario podría tener una tendencia estadística, debido a que la formulación de sus preguntas, llevan a responder con un "si" o un "no". A modo de sugerencia, me parece recomendable que de todas maneras se amplíe y esclarezca el significado de la respuesta, a través de una posterior entrevista, dado que se trata de una temática que corresponde al plano singular y emocional.

### Conclusión:

De acuerdo a lo mencionado en el proyecto de investigación, propondré como modelo de intervención para tratar la conflictiva de la esterilidad, una psicoterapia focalizada.

Para ello me parece primordial, comenzar realizando una Evaluación Situacional, dada en las primeras entrevistas, la cual se orientaría a rescatar:

1) Un diagnóstico situacional de la pareja y de los aspectos individuales que hacen al área de lo netamente psicológico (historia del vínculo, aspectos de la colusión, momento vital de la pareja, etc.). Así como también;

2) Un profundo conocimiento de la situación, en lo que respecta a su problemática orgánica y fisiológica, a través de su historia clínica médica, que nos debe darse a conocer por intermedio del médico que los asiste, cuyo rol será de suma importancia en el tratamiento.

Considero conveniente asimismo, realizar entrevistas destinadas a conocer lo focal del tema que los motiva a realizar este tipo de tratamientos: Inseminación Asistida.

Partiendo del motivo de consulta se puede localizar el conflicto nuclear subyacente que se inserta en cada situación de pareja.

A través de este enfoque se pueden deslindar los aspectos caracterológicos del paciente, (dinamismos intrapersonales activados en esta situación específica, mecanismos defensivos personales movilizados, funcionamiento yoico, etc.), es decir aquellos aspectos que conformarían su estructura de base y que se actualizarían por la estructura de esta situación.

Es posible asimismo reconocer en la situación aspectos histórico genéticos individuales y grupales reactivados.

La situación también comprende el momento evolutivo individual y grupal por el cual atraviesa cada uno de los miembros de la pareja, y por lo tanto me parece oportuno indagar si se corresponde dicho momento evolutivo cronológico individual y grupal de la pareja en cuestión,

con la posibilidad de incorporar desde su propio deseo a un hijo en este contexto y realidad.

A estos componentes de la situación, se agregan, un conjunto de determinaciones concurrentes, localizadas en un contexto social más amplio. Un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales e ideológicas que intervienen de muchas maneras en cada situación particular.

Trabajaría en un comienzo con la pareja, alternando esta modalidad con algunas entrevistas individuales de acuerdo a lo requerido, tomando como foco aquel que se deba priorizar o seleccionar, inducir y/o acordar con la pareja o individualmente para ser abordado.

No dejaría de introducir en el tratamiento, el aspecto vincular de la relación médico paciente y psicólogo médico, cuidando la discriminación de roles, como la complementación de los mismos.

Luego de haber realizado una lectura minuciosa del texto de H. Fiorini: "Estructuras y Abordajes en Psicoterapias" enunciaré a modo de síntesis, diferentes niveles de diagnóstico que me parecen de importancia indagatoria, ya que me permitirán arribar a una aproximación clínica fecunda.

Destaco la importancia de tomar en cuenta el diagnóstico clínico, ya que del mismo se desprenden opciones estratégicas como elección de técnica psicoterapéutica, criterios pronósticos, etc.

Volviendo a lo expuesto anteriormente, es factible articular a través de este diagnóstico el tipo de estructura de personalidad que subyace a la problemática sobre la cual se focaliza, de acuerdo a lo planteado por cada miembro de la pareja.

El diagnóstico evolutivo, permite revisar la posible correspondencia existente entre el momento evolutivo cronológico por el cual atraviesa la pareja (el cual supone tareas que le son propias, problemas a resolver, procesos cognitivos y creativos individuales), con el deseo de ser padres, sin que este deseo traiga aparejada una intencionalidad inconsciente

que tienda a realizaciones de eficacia en otras áreas que nada tengan que ver con una maternidad y paternidad deseadas.

El diagnóstico grupal nos lleva a establecer evaluaciones de las dinámicas grupales en las cuales el paciente está inserto, es decir las relaciones que se han conformado entre los pacientes (la pareja), y su entorno. Esto nos facilitará la respuesta acerca de como será la inserción de este hijo en la constelación familiar y social de sus padres. Aquí se debe incluir la conceptualización del síntoma en cuanto emergente grupal, los roles inconscientes estereotipados, los fenómenos de depositación en determinados miembros, los mitos que el grupo comparte y su incidencia fantasmática reactivada en cada uno de los pacientes, los mecanismos de homeostasis grupal frente a la crisis.

El diagnóstico de potenciales de salud, comprende una evaluación del estado de las funciones yoicas, en relación a sus condiciones de eficacia adaptativa, creativa y elaborativa de cada uno de los miembros de la pareja. El manejo de la ansiedad que permiten esas funciones, juicio de realidad, control de impulsos, capacidad de discriminación, anticipación, asociación de insight, de elaboración, etc. Evaluar estos aspectos es decisivo para la planificación estratégica de la intervención terapéutica.

A través de un diagnóstico de la problemática del cuerpo, se puede conocer, la significaciones otorgadas a disfunciones o a lesiones orgánicas si las hubiese.

El diagnóstico del vínculo terapéutico incluye la consideración de la capacidad de alianza terapéutica (conciencia de enfermedad, capacidad de establecer y mantener un contrato, y su tarea, capacidad para colaborar para la producción de esos cambios). Comprende a la vez una identificación de fenómenos transferenciales y contratransferenciales más notorios y de su eventual poder de interferir la alianza terapéutica.

Esta enumeración no agota todo el espectro de posibilidades diagnósticas, pero si permite desplegar una visión amplia del paciente.

Cerraré mi conclusión destacando que, a pesar de los diversos mitos y presiones sociales que acompañan a las parejas con problemas de esterilidad, se debe producir un recorte sobre aquello que afecta particularmente a cada individuo y que subyace al conflicto nuclear exacerbado, sobre el cual se debe focalizar nuestra atención para su tratamiento.

### Bibliografía:

- "Maternidad, Mito y realidad" por Mirta Videla, 3° edición actualizada, "Ediciones Nueva Visión", Buenos Aires, 1990.-
- "Estructuras y Abordajes en Psicoterapias" por Héctor Juan Fiorini, editorial "Mairena", 1° edición, Buenos Aires, 1984.-
- "Esterilidad de la Pareja" por Mirta Videla, Ricardo Savransky y Mario Sas, Editorial "Trieb", 1° edición, Buenos Aires, 1984.
- "Teoría y Técnica de Psicoterapias" por Héctor Juan Fiorini, "Ediciones Nueva Visión", Buenos Aires, 1989.
- "Infertility for Male and Female", 1986, Longman group Ltd., traducción de "Editorial Médica Panamericana S.A.", Buenos Aires, 1988.
- "Fertilidad y Esterilidad (aspectos psicológicos de la inseminación por donante)" por Leslie Shover, Robert Collins y Susan Richards. Fundación clínica de Cleveland, Ohio.
- "Fertilidad y Esterilidad (Pautas para el Suministro de Evaluaciones Psicológicas para Pacientes Infértiles) por Susan Klock y Donald Maier, centro médico de la Universidad de Connecticut.
- "Diccionario de Teología Moral" dirigido por el cardenal Francesco Roberti, Editorial "Liturgia Española", Barcelona, 1960.
- "Diccionario de Símbolos" por Juan Eduardo Cirlot, Editorial "Labor S.A.", Barcelona 1992.
- "Diccionario de Símbolos y Mitos", de José Antonio Perez Rioja, Editorial "Tecnos S.A.", Madrid, 1980.
- "Diccionario de Filosofía" por Nicola Abbagnano, "Fondo de Cultura Económica", Méjico, 1963.
- "Enciclopedia Universal Ilustrada Europea Americana", "Hijos de Espasa Editores", Barcelona, Tomo XL.

## **Indice**

Páginas de advertencia

Páginas de aprobación

1.- Introducción

2.- Desarrollo

2.1.- La maternidad como imposición social: Mitos y realidades

2.2.- Normalidad y conflictos del embarazo

2.3.- Temores y expectativas de la mujer embarazada

2.4.- Concepto de madre dado desde diversos enfoques

2.5.- Concepto de padre dado desde diversos enfoques

2.6.- La paternidad en nuestra sociedad

2.7.- Investigaciones y estudios en el área de la fertilidad masculina.

2.8.- Significado cultural de la esterilidad masculina

2.9.- Constelación esterilizante del hombre

3.- Aportes psicológicos al problema de infertilidad en la mujer

(Algunos conceptos psicoanalíticos)

3.1.- La constelación psicológica esterilizante de la mujer

3.2.- Concepto de esterilidad única y vincular

3.3.- Soluciones posibles a las diversas causas de esterilidad que pueden originarse en el hombre y/o en la mujer

3.4.- La inseminación artificial y la adopción como otras soluciones posibles ante el problema de la esterilidad en la pareja

4.- Entrevistas y encuesta

4.1.- Relato de mi experiencia en "Fecunditas"

4.2.- Entrevista grupal y proyección del video

4.3.- Síntesis de la proyección del video

5.- Primera entrevista (realizada a la pareja de Juan y Graciana)

5.1.- Análisis de la primera entrevista

5.2.- Segunda entrevista (realizada a la pareja de Susana y Marcos)

5.3.- Análisis de la segunda entrevista

## 6.- Análisis de la encuesta

Conclusión

Bibliografía

**NOTAS DE PIE DE PAGINA**

- <sup>1</sup> Mirta Videla, "Maternidad, Mito y Realidad", 3ra. edición, actualizada, Ediciones Nueva Visión S.A.I.C., 1990, pág. 18.
- <sup>2</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 70.
- <sup>3</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 93.
- <sup>4</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 94.
- <sup>5</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 94.
- <sup>6</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 94.
- <sup>7</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 95.
- <sup>8</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 95.
- <sup>9</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 95.
- <sup>10</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 96.
- <sup>11</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 97.
- <sup>12</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 97 y 98.
- <sup>13</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 101.
- <sup>14</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 101.
- <sup>15</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 101.
- <sup>16</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 102.
- <sup>17</sup> Ob. cit. en nota 1, pág. 103.
- <sup>18</sup> "Esterilidad de la pareja", por Mirta Videla, Ricardo Savransky y Mario Sas. Edit. Trieb, Buenos Aires, 1ra. edición, 1984, pág. 26.
- <sup>19</sup> Ob. cit. en nota 18, pág. 32 y 33.
- <sup>20</sup> Ob. cit. en nota 18, pág. 35.
- <sup>21</sup> Ob. cit. en nota 18, pág. 35, 36 y 37.
- <sup>22</sup> Ob. cit. en nota 18, pags. 37 a 41.
- <sup>23</sup> Ob. cit. en nota 18, págs. 41 a 43.
- <sup>24</sup> Los diversos tratamientos, son los mismos a los expuestos en el punto 3.3..
- <sup>25</sup> Héctor Fiorini "Teoría y técnica de psicoterapias", Ediciones Nueva Visión, Colección psicología Contemporánea, Buenos Aires, 1989, pág. 86 y 87.