



“INFERTILIDAD / ESTERILIDAD MASCULINA”
(tener un hijo con ayuda de la biomedicina)

Lucía Cuesta

Eje temático: Cuerpo en la cultura

Descriptor: Infertilidad/esterilidad, fertilización asistida, género masculino

Esta investigación que surge de la clínica, intenta abrir interrogantes teóricos, frente a un observable: el silencio de los varones infértiles/estériles, en relación al tema de la procreación asistida. Frente a este observable surgen diversas preguntas : ¿por qué los varones no hablan de su diagnóstico y sus tratamientos? ¿Cuál es la creencia que los lleva a pronunciar que la peor parte la llevan ellas?, ¿qué les sucede a ellos con su cuerpo en relación a la procreación? Desde 1970 en adelante las técnicas de reproducción asistida, ya no son hechos aislados sino que forman parte del consenso social, como una suerte de evolución colectiva que se sirve de los avances de la tecnología biomédica. Pero ¿en que medida estos cambios han sido procesados? La caída de referentes identificatorios, (como el modelo de masculinidad) representa un trabajo psíquico por el cual el individuo es confrontado con una realidad externa, que desestabiliza su propia identidad porque representa la pérdida de rasgos y aspectos de su yo y del ideal del yo. En este acontecimiento, entran en juego, según las posibilidades de cada individuo, la puesta en marcha del aparato, el cual pondrá su funcionamiento bajo la primacía del proceso primario o secundario

El presente trabajo forma parte de una investigación que vengo realizando hace un tiempo, la infertilidad/esterilidad en el varón surge como interrogante de la práctica clínica en consultorio privado. Lejos de dar respuestas intento abrir interrogantes que nos permitan operar psicoanalíticamente en esta práctica.

Son referentes tres parejas consultantes

Sin relación alguna entre ellos, llegan a la consulta tres parejas heterosexuales que están en tratamiento de fertilidad. El motivo de consulta estaba lejos de la demanda por infertilidad. Las entrevistas, solicitadas siempre por las mujeres, respondían a motivos diversos, desde separaciones, conflictos en la pareja, disfunciones familiares. Los tratamientos de fertilidad resultaban temas secundarios en el discurso, si bien eran afines a la problemática de la consulta. Los hombres subrayaban que los tratamientos eran de ellas; sin embargo la causa de infertilidad era de ellos (escasa movilidad de los espermatozoides en todos los casos). Con total y absoluta convicción, los varones asumían una pasividad observable en relación al tema. Su compromiso versaba en el cumplimiento de los tratamientos médicos; desde el consumo de medicación hasta cirugías, en aras del embarazo tan deseado por ellas “porque son las que llevan la peor parte”, decían. El caso extremo se dio con una pareja que decide hacer una inseminación con espermatozoides de donante, unos días antes de la cirugía por varicocele del marido

Frente a este observable surgen diversos interrogantes: ¿por qué los varones no hablan de su diagnóstico y sus tratamientos? ¿Cuál es la creencia que los lleva a pronunciar que la peor parte la llevan ellas?, ¿qué les sucede a ellos con su cuerpo en relación a la procreación? En este tema es importante tener en consideración que el modelo de masculinidad hegemónico plantea que el cuerpo varonil, portador de simientes y libre de emociones, representa la fuerza, el dominio hacia las mujeres y hacia otros hombres, por lo tanto, se asegura el poder y el control. Entonces la relación con el cuerpo es parte del ideal de esa masculinidad, y de ser así, podría ser esta la causa que explica el silencio.

La concepción hegemónica masculina ha decretado al hombre como el poseedor del poder, la virilidad, la fuerza, por lo tanto es quien se encargaba del sostén familiar, el control de las prácticas sociales y laborales. Expresiones como “el sexo fuerte” fueron los bastiones de una creencia popular, que los ha obligado a mantenerse ligados a ciertas prácticas para diferenciarse del otro género. Una de ellas es la tan mencionada “los hombres no lloran”; da cuenta de importantes limitaciones en la posibilidad de manifestar algunas emociones, por lo que se han visto atrapados en conductas y actitudes con las que finalmente se identifican.

Los actuales estudios sobre género muestran que a partir de las luchas feministas, las mujeres reclamaron otros lugares fuera de lo privado familiar. Roles laborales, políticos, claustros académicos, entre otros, fueron ganados por la mujer, no sin costo para el varón. Desestabilizados en el ejercicio de sus conocidos y seguros roles, los hombres se han visto forzados a considerar nuevas maneras de vincularse.

Por otra parte, los cambios en las ciencias médicas han permitido dar vida con ayuda de la tecnología. Este hecho, trastoca los fundamentos de la vida desde diversos aspectos; éticos, psicológicos, filosóficos, religiosos, jurídicos. La fertilización asistida ha transformado un acontecimiento privado en público, en él participan otros actores que necesariamente modifican las costumbres y las significaciones de la vida sexual, la paternidad y maternidad, el deseo, la vida y la muerte.

Desde 1970 en adelante las técnicas de reproducción asistida, (de aquí en adelante serán denominadas TRA) ya no son hechos aislados sino que forman parte del consenso social, como una suerte de evolución colectiva que se sirve de los

avances de la tecnología biomédica. Pero ¿en qué medida estos cambios han sido procesados psicológicamente?

Tengamos en cuenta que, desde lo biológico, el embarazo es un hecho evidente en tanto que la paternidad, hasta tanto no se realice un estudio de ADN, es más incierta. En la fertilidad asistida el útero de la mujer es el que va a recibir el embrión donado o propio. Dentro de este esquema la función de la reproducción es del orden biológico, en cambio las funciones paterna y materna son del orden simbólico, porque justamente estructuran la realidad interhumana. El sujeto humano se inserta en un orden preestablecido, que no solo es biológico sino también, es de naturaleza simbólica.

Al respecto nos dice Miguel Kottow: “Sin desestimar la importancia del padre, hay que considerar que su presencia es importantísima pero no indispensable. Sin madre no hay vida humana, pero puede haberla sin padre. Además, la aceptación de la paternidad que el hombre hace es formal; asumir la maternidad, en cambio, crea un punto de inflexión necesario y suficiente para que un proceso biológico se concierta en el inicio de una vida humana” (Kottow, 2009)

Aquí se plantea una diferencia fundamental. En la fertilización asistida la mujer busca alojar en su vientre ese embrión que va a ser su bebé. Es necesario el orden biológico, el compromiso de su cuerpo como condición de la maternidad. Primacía que podría colaborar o no con el desarrollo de su función futura. ¿Pero qué es lo que le sucede al varón? ¿De qué manera en las TRA siente que su cuerpo entra en escena? ¿Cómo se tramita la manipulación de los fluidos corporales y las cirugías, en una disfunción que cursa sin síntomas físicos?

En el consenso social, es el médico el portador de un saber y una técnica que otros no poseen, por lo que se genera una sentencia de este tenor: “el médico sabe lo que el cuerpo necesita y es él quien tiene la capacidad de remediar lo que funciona mal o dar una solución a aquello que no funciona”.

Tengamos en cuenta que no es lo mismo un diagnóstico de esterilidad que de infertilidad; en la infertilidad hay una promesa (¿del médico? ¿de la sociedad?) de tener un hijo biológico, mientras que en la esterilidad esta posibilidad está denegada.

En el vínculo con el médico, el paciente pide algo que restaure su equilibrio, algo que mitigue su dolor, pues su cuerpo se resiste a la exigencia de un ideal. Lo que el médico le brinda son exámenes, diagnóstico, e intervención; pero no un saber en relación a su cuerpo, tal vez solo en relación a su soma. El cuerpo, en tanto soma, es escuchado. Aparece aquí una paradoja que sorprende, la definición biológica de soma nos habla del conjunto de células que conforman un organismo, excluyendo las células sexuales pues ellas solo poseen la mitad de los cromosomas. En este sentido la figura del médico representa, para el paciente, la promesa del alivio deseado, alguien que lo cuida y le devuelve el bienestar, la salud y el cumplimiento de un anhelo hasta ahora dificultado. Pero el médico (en tanto poseedor de técnicas) solo escucha el soma y su quehacer tiene límites, pues poco y nada puede hacer para sanar la herida narcisista del varón, esa herida que pone de manifiesto esa sexualidad nunca acabada ni garantizada a pesar de un discurso que lo sostiene pero que, poco a poco, va perdiendo su hegemonía.

El equipo médico participa del contexto social, de creencias y valores en derredor del género masculino que entran a jugar en la relación con los pacientes.

De esta manera podríamos pensar que las concepciones acerca de la masculinidad promueven la desestimación del dolor psíquico que da cuenta de cierta incompletud que confirma una disfunción física que menoscaba la idea de masculinidad hegemónica.

En este sentido, las TRA han funcionado como voces que denuncian la caída del poder procreador del hombre. Entonces ¿cómo se tramita esta caída? El inquietante silencio en sesión ¿da cuenta de lo no procesado, lo no representado psíquicamente? O ¿representa la denuncia de una intimidad que no debe ser expresada?

Diversos autores desde el psicoanálisis, se han pronunciado con multiplicidad de lecturas referidas a las TRA relacionadas con la mujer y el cuerpo femenino. ¿Pero qué le ocurre al cuerpo del varón cuando es tomado solo para la reproducción? ¿Por qué hay pocas referencias a las implicancias psíquicas sufridas por la población masculina cuando las causas de esterilidad/infertilidad en el varón comprenden el 50% del total?

Investigaciones de otros marcos teóricos, como las de Moreno y Guerra,¹ (Guerra-Díaz, 2009) Neiruma Rivero, Evelyn Quintero, Cecilia Montiel, Abdala Karame y Andrés Alarcón², (Neiruma Rivero, 2014), han demostrado, tanto en hombres y mujeres, que la ansiedad y la depresión son consecuencias del diagnóstico de esterilidad/infertilidad.

¹ Moreno A y Guerra-Díaz, 2009 Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de Reproducción asistida. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de Reproducción asistida

² Neiruma Rivero, Evelyn Quintero, Cecilia Montiel, Abdala Karame, Andrés Alarcón 2014 DESAJUSTE EMOCIONAL Y RECURSOS ADAPTATIVOS EN PAREJAS INFERTILES CON TRATAMIENTO DE REPRODUCCION ASISTIDA: HALLAZGOS PRELIMINARES Facultad de Medicina/ Facultad de Humanidades y Educación, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Otros autores dentro del psicoanálisis nos comunican que el paso por la TRA es potencialmente traumático³ (Rosario, 2005)

Por lo tanto desde diferentes lineamientos teóricos, las investigaciones hasta el momento encontradas, dan cuenta de que tanto los diagnósticos como los tratamientos no son sin costo para el psiquismo. De lo cual se desprende la pregunta que guía a la investigación: ¿cuál es el impacto en la subjetividad del varón frente al diagnóstico de infertilidad/esterilidad?

Si consideramos a la subjetividad como proceso, cuyo basamento se encuentra en las identificaciones; como plantea Silvia Bleichmar (Bleichmar, 2004) "... que la subjetividad está atravesada por los modos históricos de representación con los cuales cada sociedad determina aquello que considera necesario para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior." Podemos considerar que ciertas ideas en relación con la masculinidad podrían estar vigentes de una manera más solapada, menos explícita y justamente en un terreno propicio, como pueden ser las TRA, se ponen de manifiesto. Los cambios en la subjetividad son inminentes. El proceso, que conlleva una necesaria desidentificación, representa un costo psíquico del cual como psicoanalistas no podemos sustraernos.

En esta situación el sujeto ha sido impactado por un diagnóstico, que si bien puede estar sospechado, su confirmación conmueve de alguna manera a su psiquismo.

Veamos lo que dice Freud al respecto. En la conferencia 32 de Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933), plantea que no es la represión

³ Rosario, Alegre 2005 El cambio psíquico en pacientes y terapeutas a la luz del trabajo clínico actual en dificultades reproductivas Revista de Psicoterapia Psicoanalítica Tomo VII

la que genera la angustia, por el contrario, la angustia está primero ahí, frente a un peligro exterior, es la angustia realista; angustia de castración o de pérdida de amor, que es asimilable a la angustia del lactante cuando necesita del auxilio ajeno. Este sentimiento de desvalimiento es compatible con estadios muy tempranos del desarrollo del yo, la angustia de castración o de pérdida de amor de parte del objeto, y la angustia del superyó se correspondería con etapas más avanzadas del desarrollo psicosexual.

Ahora bien, en este mismo texto Freud hace una interesante aclaración en donde pone de manifiesto que estas defensas nunca se abandonan completamente, aunque pertenezcan a períodos del desarrollo anteriores. La angustia del Superyo nunca está destinada a extinguirse porque es indispensable para las relaciones sociales.

Freud propone que cuando un estímulo que viene del exterior, provoca una perturbación en la economía energética, el organismo pone en marcha las defensas, y la tarea será la de dominar el estímulo y anular el displacer, el principio del placer queda, entonces, cancelado. La finalidad será ligar psíquicamente dicho exceso de estimulación para poder tramitarlo. Si tiene éxito renace la calma y el principio de placer retoma su lugar, aunque a veces... hay un diagnóstico que conmueve al sujeto, en diversos órdenes.

Cuando un varón no tiene la posibilidad de procrear sino es con la intervención de un tercero, sobreviene un estado angustioso que, como fue enunciado anteriormente, no podemos suponer que despierta la angustia automática porque ha sido sospechado con anterioridad: "hay algo que no funciona,

porque el embarazo no se ha concretado”. Existe una señal que protege al aparato del desborde.

La vacilación de referentes identificatorios, (como el modelo de masculinidad) da lugar a un trabajo psíquico cuando el individuo es confrontado con una realidad externa, que desestabiliza su propia identidad porque representa la pérdida de rasgos y aspectos de su yo y del ideal del yo. En este acontecimiento, entran en juego, según las posibilidades de cada individuo, la puesta en marcha del aparato, el cual pondrá su funcionamiento bajo la primacía del proceso primario o secundario. Si funciona a predominio de lo primario, quedará anclado en el desvalimiento y en un yo ideal narcisista. En cambio el poder soportar las pérdidas, lo llevará a desidentificaciones e identificaciones nuevas.

La clínica también nos anoticia, que los tratamientos de esterilidad, en general son ocultados a familiares y amigos.

De esta manera podemos sostener, que si bien los cambios sociales han promovido nuevas formas de intercambio (las TRA han sido reguladas y legisladas), los antiguos modelos identificatorios aún conservan su peso. La identificación y adaptación a lo consensuado socialmente requiere, para la subjetividad, de otros procesos, otros tiempos propios, lógicos del psiquismo.

Volviendo al observable clínico, podemos inferir que el silencio en sesión, está advirtiéndonos de un tipo de funcionamiento psíquico donde opera una regresión, se reedita un estado de desvalimiento: sin palabras, sin gestos, hay algo que ocurre que el sujeto deberá traducir, ligar, cualificar. El auxilio ajeno (representado en este caso por la figura del médico) es aquel que acude con un saber que promete alivio; aquí la desmentida y la negación se pueden hacer

presentes para sostener la omnipotencia y certeza infantil. Finalmente se somete al tratamiento de infertilidad; es decir se apuntala en el deseo de otro y la decepción queda desmentida en él.

Planteados los interrogantes en relación con la temática a investigar, se deduce que el varón en el ámbito de las TRA, es hasta el momento poco considerado como lugar de sufrimiento psíquico. Por lo que resulta ventajoso (en términos de equidad) llegar a un conocimiento de la situación. Conocer de qué manera se causan los mecanismos de des-subjetivación y cómo podemos colaborar en la producción de una nueva subjetividad, abrir un panorama más amplio no solo en la clínica psicoanalítica, sino también en los centros de fertilización asistida, como quehacer interdisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia: Silvia Bleichmar “Acerca de la subjetividad” Publicado en *Seminario EPIS 1* (<http://seminario-rs.gc-rosario.com.ar>)
- Freud Obras Completas Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis 32° conferencia Angustia y vida pulsional (1933) Buenos Aires Amorrortu Editorial vol XXI
- Freud obras Completas.La interpretación de los sueños (1900) Buenos Aires Amorrortu Editorial T V
- Moreno A y Guerra-Diaz, 2009 Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de Reproducción asistida. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de Reproducción asistida
- Neiruma Rivero, Evelyn Quimtero,Cecilia Montiel, Abdala Karame, Andrés Alarcóm 2014 DESAJUSTE EMOCIONAL Y RECURSOS ADAPTATIVOS EN PAREJAS INFERTILES CON TRATAMIENTO DE REPRODUCCION ASISTIDA: HALLAZGOS PRELIMINARES Facultad de Medicina/ Facultad de Humanidades y Educación, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Rosario, Alegre 2005 El cambio psiquico en pacientes y terapeutas a la luz del trabajo clínico actual en dificultades reproductivas Revista de Psicoterapia Psicoanalítica Tomo VII
- Willy Baranger Néstor Goldstein Raquel Zak de Goldstein (1989) Acerca de la desidentificación Revista de <psicoanálisis,XLVI, N° 6