

Hacia la Comprensión Psicológica del Ser Estéril

NELSON DE SOUZA PISANI
ANA MA. LAMPARIELLO DE GIRARDELLI

RESUMEN: Se hace una revisión de trabajos psicoanalíticos que contienen conceptos que permiten una comprensión dinámica del fenómeno esterilidad.

Estos, entonces, se constituyen en el cuerpo teórico con el que se realiza una tarea de investigación apoyada en otra asistencial llevada a cabo dentro de un equipo médico durante cinco años. Los autores pueden concluir que la esterilidad, siempre, tiene el aporte de factores psicológicos en su etiopatogenia.

Este problema humano tan antiguo y preocupante es, por lo tanto, más que una enfermedad, un síntoma exponente de conflictos causales que derivan de un deseo inconciente opuesto a la procreación y que contrasta con el deseo conciente que promueve la consulta.

Se muestra el trabajo psicoterapéutico con un grupo de mujeres estériles en el que se puede observar la compleja dinámica inconciente que sostiene ese síntoma.

Antes de entrar en el trabajo quisiéramos hacer referencia a parte de la bibliografía psicoanalítica que consideramos fundamental para aproximarnos a la psicopatología del ser estéril.

La literatura específica sobre la esterilidad psicogénica no es muy extensa. En realidad no es un tema que haya sido tratado en profundidad a nivel de los autores que se encuentran dentro de la teoría.

Helen Deutsch, a quien ya menciona Freud en 1931 en "Sobre la sexualidad femenina", hace referencias al mismo en un capítulo de su "Psicoanálisis de las funciones sexuales de la mujer" de 1925. Este es luego retomado por Marie Langer y Celes E. Cárcamo en "Psicoanálisis de la esterilidad femenina", publicado en la Revista de la A.P.A., N° 1, año 2, de 1944. También los conceptos de M. Langer se pueden ver en su obra "Maternidad y sexo".

Claro que estos autores habían leído a Freud, quien da base a la infraestructura de sus pensamientos.

J. Halban y L. Seitz, citados por Marie Langer, definen la esterilidad como la incapacidad de procrear con un compañero sexual fecundo, cuando no se utilizan medios anticoncepcionales.

Habría que destacar que toda la línea bibliográfica a que recurrimos trabaja con la esterilidad femenina y no trata el tema de la esterilidad del hombre. Probablemente la causa está enlazada con que la gran variedad de dificultades que puede presentar la mujer para acceder al embarazo permite pensar más fácilmente en la esterilidad psicogénica que las que aparecen en el hombre.

Pero vayamos a Freud y observemos algunos de sus conceptos, que nos parecen de extrema importancia, en "Sobre la sexualidad femenina" (1931), donde además de recoger algunas ideas ya manejadas anteriormente en otras obras llega a descubrimientos realmente originales.

Dice, hablando de la mujer y del complejo de Edipo femenino: "Dos hechos me llamaron sobre todo la atención. He aquí el primero: Toda vez que existía una ligazón-padre particularmente intensa, ésta había sido precedida, según el testimonio del análisis, por una fase de ligazón-madre exclusiva de igual intensidad y apasionamiento."

Poco más adelante sostiene que, "era preciso admitir la posibilidad de que cierto número de personas del sexo femenino permanecieran atascadas en la ligazón-madre originaria y nunca produjeran una vuelta cabal hacia el varón".

"La mencionada fase de la ligazón-madre deja conjeturar un nexo particularmente íntimo con la etiología de la histeria, lo que no puede sorprender si se repara en que ambas, la fase y la neurosis, se cuentan entre los caracteres particulares de la feminidad; y además, la intelección de que en esa dependencia de la madre se halla el germen de la posterior paranoia de la mujer. Es que muy bien

parece ser ese germen la angustia, sorprendente pero de regular emergencia de ser asesinada (¿devorada?) por la madre. Cabe suponer que esa angustia corresponde a una hostilidad que en la niña se desarrolla contra la madre a consecuencia de las múltiples limitaciones de la educación y el cuidado del cuerpo y que el mecanismo de la proyección se ve favorecido por la prematuridad de la organización psíquica."

Luego, refiriéndose al complejo de castración en la mujer, dice Freud: "Ella reconoce el hecho de su castración [...] de ahí se derivan tres orientaciones del desarrollo." Describe las dos primeras y al final del párrafo sostiene que, "Sólo un tercer desarrollo, que implica sin duda rodeos, desemboca en la final configuración femenina que toma al padre como objeto y así halla la forma femenina del complejo de Edipo. Por lo tanto, el complejo de Edipo es en la mujer el resultado final de un desarrollo más prolongado; no es destruido por el complejo de castración, sino creado por él; escapa a las intensas influencias hostiles que en el varón producen un efecto destructivo, e incluso es frecuentísimo que la mujer nunca lo supere."

Luego retoma la fase preedípica de ligazón-madre exclusiva y describe cómo influye en la relación de objeto diciendo que, "muchas mujeres que han escogido a su marido según el modelo del padre o lo han puesto en el lugar de éste, repiten con él, sin embargo, en el matrimonio, su mala relación con la madre. Él debería heredar el vínculo-padre y en realidad hereda el vínculo-madre [...] Si tantas mujeres nos producen la impresión de que la lucha con el marido ocupa su madurez como la lucha con la madre ocupa su juventud, a la luz de las puntualizaciones precedentes, inferiremos que su actitud hostil hacia la madre no es una consecuencia de la rivalidad del complejo de Edipo, sino que proviene de la fase anterior, y halla solamente refuerzo y empleo en la situación edípica."

Finalmente, refiriéndose a la separación, dice que: "Cualquiera que fuese, el final de esta primera fase de la ligazón-madre emerge como el motivo más intenso de **extrañamiento** de la hija respecto de la madre, el reproche de no haberla dotado de un genital correcto, vale decir, de haberla parido mujer. No sin sorpresa se oye otro reproche, que se remonta un poco menos atrás: la madre dio escasa leche a su hija, no la amamantó el tiempo suficiente."

Para terminar esta introducción digamos que Marie Langer y Celes E. Cárcamo en el excelente trabajo citado expresan que, "Todas las mujeres estériles estudiadas por ellos permanecían fijadas inconcientemente a un complejo de Edipo invertido cuyos conflictos transfirieron a su vida matrimonial. A la formación de este complejo han contribuido primordialmente, la imago materna, y elementos que dependen del carácter paterno. La personalidad de los progenitores reales o sus sustitutos adquiere así importancia decisiva en la génesis y evolución de los conflictos."

Hechas estas breves referencias pasaremos a nuestro trabajo en la forma que lo hicimos para un ámbito médico ginecotológico. Digamos que allí intentamos evitar un lenguaje excesivamente técnico y que tratamos de llegar también por imágenes visuales a través de diapositivas. Durante el relato de la segunda parte del trabajo clínico, acompañamos nuestras palabras con la proyección de fragmentos de hermosas y clásicas pinturas que podían relacionarse con el tema. Intentamos llegar así un poco más cerca de lo emocional de nuestro auditorio.



La esterilidad y sus conexiones con factores psicológicos es una preocupación que podemos ver a través de toda la historia de la humanidad.

En el año 1944 dos psicoanalistas argentinos, María Langer y Celes Ernesto Cárcamo, haciendo referencia a textos bíblicos declaran: "La genitalidad femenina y masculina culmina en su evolución y fructifica cuando se declina el orgullo narcisístico pregenital. Abraham tuvo un hijo después de aceptar la circuncisión, signo de reconciliación y obediencia, y el Eterno modificó entonces el nombre de él y de su esposa. Abraan se transformó en Abraham y Sarai se llamó Sara. Al hombre le dio o agregó algo que le quitó a la mujer."

Sólo cuando Abraham y Sara hubieron aceptado el pacto de obediencia a la Ley del Padre, solucionado el complejo de castración y depuesto su narcisismo, pudieron cumplir con su genitalidad e iniciar el camino de la paternidad.

En la antigüedad, Platón en "El Timeo" describía síntomas que hoy podríamos llamar histéricos y su relación con la sexualidad y la esterilidad: "El útero es un animal que desea engendrar niños. Cuando permanece estéril por demasiado tiempo después de la pubertad se vuelve inquieto, avanza a través del cuerpo, corta el paso del aire, dificulta la respiración y provoca grandes sufrimientos y toda clase de enfermedades."

Si bien desde hace mucho tiempo se consideró que la esterilidad, por lo menos en alguna de sus formas, podía tener factores psicológicos causales, y aun cuando siempre se admitió que existían consecuencias emocionales y de personalidad importantes, quienes manejan el problema a nivel médico no incluían en forma sistemática el trabajo psicológico en su estudio y tratamiento.

La ginecología ha llegado a una comprensión profunda de la esterilidad y ha adquirido medios eficaces de tratamiento de orden quirúrgico o medicamentoso. Pero generalmente ha limitado su acción al sector somático. En cuanto a las condiciones psíquicas de la esterilidad se las considera como trastornos secundarios de la misma. En presencia de una mujer estéril con fenómenos neuropáticos, por ejemplo, se adjudica estos últimos al deseo maternal frustrado y casi nunca se piensa en la posibilidad contraria, de que la neurosis pueda engendrar la

infecundidad, o que ambos trastornos son la expresión de una común raíz patogénica.

Los procesos sexuales alcanzan en nuestra especie su más alto nivel de diferenciación y complejidad. El animal vive siempre de acuerdo con su naturaleza sin que ningún complejo interno llegue a perturbar el automatismo organizado que rige sus procesos vitales destinados a la autosatisfacción y conservación del individuo y de la especie.

La conducta sexual del hombre no siempre logra sincronizar sus intereses personales con los de la procreación. Si aceptamos el postulado de que la cultura es origen y producto de la represión instintiva, deduciremos que nuestro sistema actual de vida ha conducido al hombre a una progresiva desnaturalización de la función genética.

Pero generalmente, cuando el médico ginecólogo se encuentra ante una consulta por la ausencia de hijos, actúa atendiendo la solicitud del paciente, busca reparar la función procreadora alterada, sin pensar que esa persona que le pide atención puede condicionar su respuesta a la acción médica sin saberlo, por mecanismos psicológicos profundos que no se adhieren plenamente al cambio buscado.

El médico necesita siempre contar con la colaboración del enfermo. Y es lógico que éste podrá colaborar mejor si su estado de ánimo es el más adecuado. Debemos pensar que una cabal comprensión de los aspectos manifiestos y profundos de los factores psicológicos que se suceden sincrónica y diacrónicamente respecto de su afección, va a permitir una mejoría anímica, o lo que es mejor, va a lograr una disposición interior hacia la colaboración, hacia la búsqueda de una solución.

El "Centro Nacional de Esterilidad y Fertilidad" que dirige el Prof. Dr. Arturo Achard, incluye en su rutina de trabajo el estudio psicológico-psiquiátrico. Ello muestra la importancia de abarcar al ser humano globalmente como una unidad psicosomática, en el entendido que el funcionamiento del tracto generativo está determinado como una función de dicha unidad, por un sincicio anatómico, psicológico y fisiológico, como una intrincada red de todas las partes: la psiquis, el sistema nervioso, el sistema endócrino, músculos lisos y vísceras.

Entonces, la historia clínica de los pacientes del Centro no sólo recoge datos acerca del estado de su aparato genital o de su nivel hormonal y de todas las demás funciones orgánicas que tienen que ver con su capacidad de procrear, sino que también habla de su personalidad, de su estado emocional, de su capacidad de enfrentar el problema, de sus deseos, etcétera.

Y todo esto, que atañe a la personalidad de quienes consultan, se intenta integrar con lo que le sucede, con su esterilidad orgánica o no, con la forma que ésta adopta y cómo evoluciona.

De esta manera vamos viendo cómo determinadas características de personalidad tienen relación con la dificultad de procrear y con la forma en que ésta se presenta. Encontramos, por ejemplo, que un caso de incompatibilidad inmunológica o determinados factores coitales, se están correlacionando con un tipo de personalidad.

Así vamos pensando que la forma de presentación de la esterilidad se inscribe en y tiene una correspondencia con la estructura de personalidad del enfermo. De la misma manera como se habla de la personalidad del ulceroso, del hipertenso o del psoriásico, probablemente en un futuro podremos hablar de la personalidad de quien padece una esterilidad de tal o cual forma.

Entonces, la comprensión de la conflictiva psicológica que hace a esta personalidad será, más que útil seguramente necesaria, para poder ayudar mejor a la solución del problema.

Probablemente en algún momento discutiremos el problema de si la personalidad se adscribe a la forma que adoptó la esterilidad o si por el contrario la esterilidad dependería de la personalidad de quien la padece.

Nuestra integración al equipo de trabajo puede ser entendida de tres maneras: a) como la necesidad de intentar tratar los procesos psicológicos que se agregan al fenómeno de la esterilidad; b) para la búsqueda de un tratamiento en aquellos casos en los que, como no aparece causa orgánica se piensa que la esterilidad sea psicogénica, o finalmente c) por el reconocimiento de que el enfermo es un todo integrado, es decir tiene un cuerpo en el que la enfermedad se manifiesta, pero posee una mente que se interrelaciona en forma indisoluble con ese cuerpo.

Las tres funciones están incluidas en nuestra labor, pero por ser el Centro una institución de investigación y tratamiento jerarquizamos prioritariamente la última.

MÉTODO

El modelo de trabajo que sirve a los efectos de las dos vertientes (de investigación y asistencial) de la tarea del Centro, es el contenido en la psicoterapia psicoanalítica. Su estructura científica conjuga en la labor diaria la investigación y los efectos terapéuticos. Y nos servimos de él.

Entonces, siendo el paciente una integración indivisible, todos quienes consultan son derivados al grupo psicológico, tal como a los demás sectores de la clínica. Quien consulta porque cree o sabe que no puede tener hijos naturalmente, es conocido por nosotros, así como por el ginecólogo, el endocrinólogo, el laboratorista, etcétera.

Esto ya supone que debemos hacer un diagnóstico del paciente. A los efectos de sistematizar los elementos con los que elaboramos ese diagnóstico y para que nuestro lenguaje fuera compatible con el del resto de los integrantes del equipo, confeccionamos una ficha diagnóstica:

- * Nivel intelectual
- * Estado emocional actual
- * Mecanismos de defensa psicológicos
- * Sexualidad
- * Genitalidad
- * Vivencias respecto de la esterilidad
- * Vivencias respecto de la maternidad o la paternidad
- * Relación de pareja
- * Antecedentes personales y familiares

Así conseguimos un perfil del paciente bastante completo, que nos permitirá elaborar una estrategia de trabajo.

A partir de este momento comenzamos con la tarea terapéutica.

Por tanto, nuestra labor se puede sintetizar de la siguiente manera:

- Área diagnóstica
- Área del tratamiento
- Área de la investigación.

El área del tratamiento la encaramos a su vez en tres formas:

- * Psicoterapia individual
- * Psicoterapia de pareja
- * Psicoterapia grupal

¿Qué hemos comprendido hasta ahora?

En nuestra labor no se puede hablar de éxitos inmediatos.

Cuando trabajamos en psicología médica nuestros éxitos no pueden ser aislados, nuestro objeto de trabajo es una parte integrante del objeto total que debe ser encarado por un equipo de salud.

Es más, la psicoterapia no es un tratamiento del síntoma, sino la búsqueda del descubrimiento conjunto (terapeuta-paciente) de los conflictos que subyacen y aportan a él.

Si volvemos al concepto de unidad psicosomática podemos entender que una fuerza o influencia endógena o exógena de cualquier naturaleza que afecte una de las partes de esa unidad en forma tal como para modificar su funcionamiento normal, tenderá a ser sentida en todas las otras partes y apreciada clínicamente como repercusiones ampliamente esparcidas a través del organismo total.

Así el conflicto psicológico interferirá siempre en la labor del médico que necesita mejorar el síntoma que se presenta a nivel del cuerpo.

Y el conflicto hace a la personalidad y para actuar en él es necesario comprenderlo, lo que sólo es posible conociendo la historia del paciente ya que toda su dinámica psíquica está entrelazada y en estricta dependencia con ella.

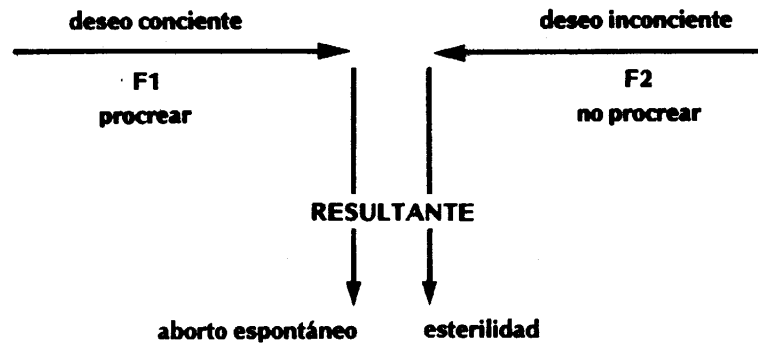
Por lo tanto, la psicoterapia busca una comprensión de los factores psicológicos que impiden e interfieren en el cambio corporal necesario para que se produzca la procreación y también que el enfermo los comprenda emocionalmente y los modifique. Pretender que el psicoterapeuta atienda el síntoma es adscribir un modelo de trabajo —el médico—, a otro —el psicológico—, y esto no corresponde, porque si bien son métodos similares, difieren en su contenido.

Por ello la psicoterapia y más aun la que se practica en enfermos con una manifestación sintomática corporal, debe siempre entenderse como una parte del trabajo de un equipo especializado. Equipo que intentará entender y por lo tanto tratar al enfermo desde todos los puntos de vista que concurren a su enfermedad.

En nuestra investigación, el descubrimiento más importante es que el ser estéril, en su fantasía inconciente, tiene un deseo contrario a la procreación.

El aparato psíquico, como lo llamó Freud, se constituye en sectores. De ellos tenemos en cuenta para este trabajo los dos principales. El sector conciente no tiene ningún conocimiento del otro y la inscripción en cada uno de ellos de deseos totalmente opuestos es posible y frecuente. Este choque de deseos tiene como resultante una transacción, cuya manifestación clínica es el síntoma, en este caso la esterilidad.

Pongamos un ejemplo en el que tratamos de demostrar la dinámica del conflicto de los casos que podemos ver.



CUADRO 1

Este sería un esquema muy simplista de la representación mental que acompaña a la esterilidad o a la infertilidad.

Al tratamiento psicológico el paciente no debe —y pronto se da cuenta de eso— concurrir pasivamente, para que el terapeuta le haga algo, es decir, nosotros no operamos para corregir una deficiencia, ni recurrimos a medicamentos para cambiar una situación. En todo caso los psicofármacos tienen objetivos sintomáticos como calmar angustia, depresión, insomnio, pero no resuelven el conflicto. Nosotros debemos intentar que el paciente se haga cargo de lo que le está pasando, como algo que es suyo y que depende de él.

Y que el paciente acepte que existe una parte de él que aporta a su enfermedad es una ardua tarea, pues es lograr que admita una contradicción, algo así como que en cuanto busca un hijo y por lo tanto lo quiere, también se opone a ese hijo aparentemente deseado, y por lo tanto lo rechaza.

En ese conflicto entre deseos opuestos, concientes e inconcientes, se resumen todos los complicados sistemas de organización de la personalidad de los sujetos que tratamos.

¿Cuál es el porqué del conflicto?

El conflicto está vinculado a la estructura de la personalidad de los pacientes, la que a su vez depende de su experiencia vivencial. Es decir, que la estructura de la personalidad se va creando en función de cómo transcurre el sujeto sus experiencias vivenciales, fundamentalmente las infantiles, y los tempranos vínculos que se suceden entre el niño y sus padres.

El cuadro 2 (pág. 52) muestra las posibles estructuras de personalidad existentes y sus conflictos más típicos, según J. Bergeret, moderno autor francés.

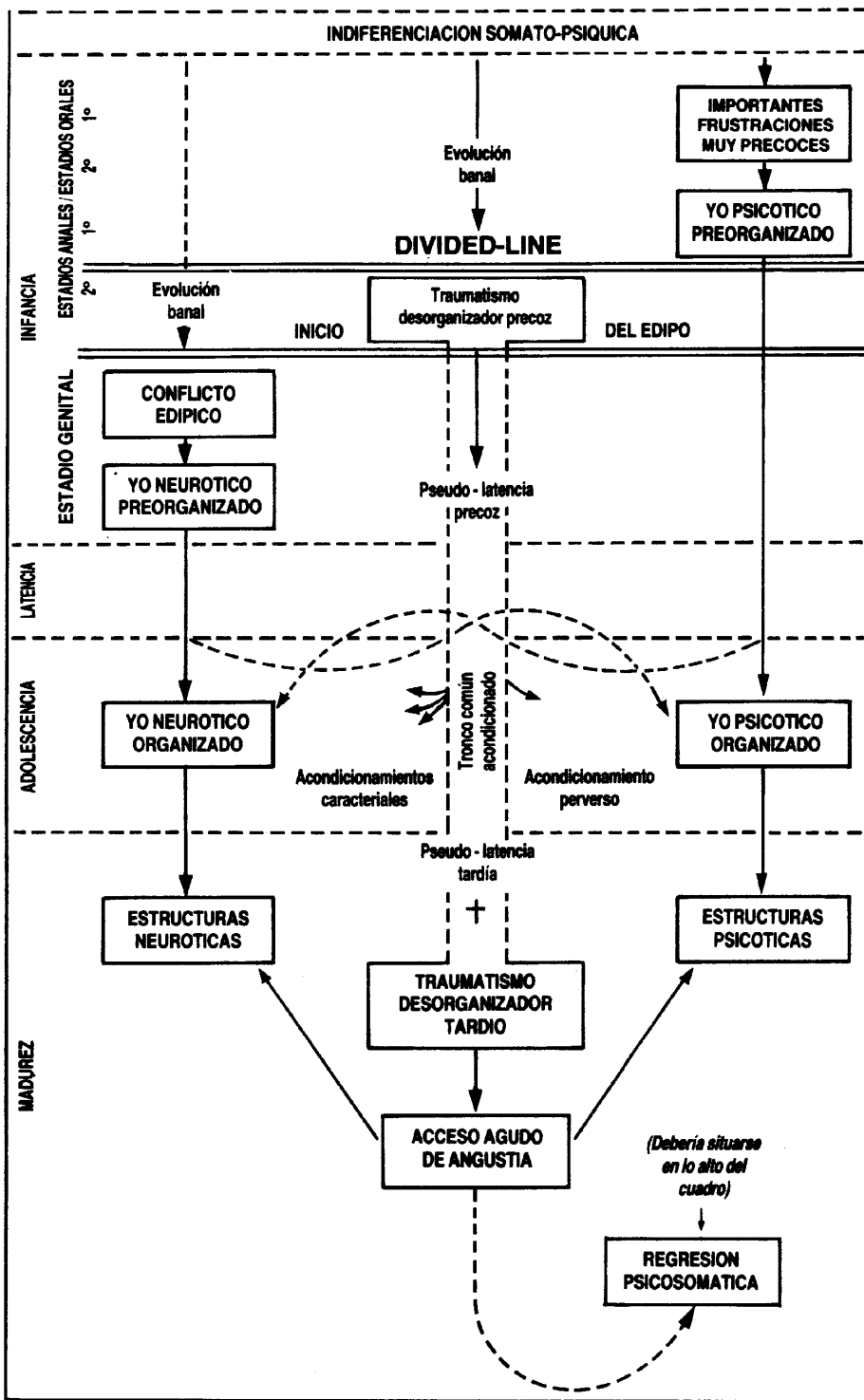
Pero además el tema del conflicto seguramente determinará la afección. Y si esta se manifestará corporalmente y cómo, de qué forma lo hará, nos proporcionará información de la estructura de personalidad.

Insistimos en que el ser humano es uno solo (bio-psíquico), aun cuando podamos resultar reiterativos, con mente y cuerpo estrechamente integrados, y que lo que le sucede siempre es un acontecimiento global que compromete al conjunto.

Cómo son nuestros pacientes

La información que vamos a referir no está actualizada. Se refiere a 102 casos vistos hasta setiembre de 1981 con los que se confeccionaron perfiles diagnósticos correspondientes a 74 mujeres y 28 hombres.

Nuestra consulta es mayoritariamente femenina, porque a pesar de que siempre se le pide a la mujer que concurra, por lo menos una vez, con su pareja, existe mucho más resistencia del hombre en consultar. Aun cuando en algu-



CUADRO 2

nos casos sea el hombre "quien quiere el hijo", la mujer es la que concurre cuando la llegada de ese hijo se demora más de la cuenta.

Esto corroboraría la existencia de una convicción popular de que la esterilidad es un problema exclusivamente femenino, que es la mujer quien no le da hijos al marido. Siguiendo esta línea se llegaría a interesantes e importantes posiciones de la psicología humana, pero se correría el riesgo de escapar al tema del presente trabajo.

No obstante y al observar los datos expuestos en el cuadro 3 (pág. 54), podríamos preguntarnos si la esterilidad masculina representará una herida narcisística para el hombre o si la mujer desea ocultar la esterilidad de su marido, pues esto confirmaría sus fantasías de castración, que la llenaría de culpa.

Cabría hacer algunas precisiones:

Consideramos a un sujeto con personalidad inmadura cuando descubrimos en él fuertes necesidades de dependencia y el mantenimiento de relaciones filiales sometidas para con padres reales o internalizados, que transfiere a su relación de pareja.

Los mecanismos de defensa son recursos de protección del yo ante la angustia. Los mecanismos psicóticos son mucho más arcaicos, y se apartan más de la realidad que los neuróticos.

A los efectos de este trabajo, consideramos sexualidad adecuada cuando existe una frecuencia de 2 a 5 coitos semanales, éstos son precedidos del deseo sexual instalado en un proceso libidinal adulto y culminan en el orgasmo.

La genitalidad tiene relación con la presencia o no del orgasmo plenamente satisfactorio, en una relación genital de la pareja.

Vivencia de la esterilidad es la creencia del sujeto, anterior a la explicación médica, acerca de las causas de la misma.

Relaciones de pareja adecuadas son aquellas en las que el vínculo con el cónyuge es armonioso.

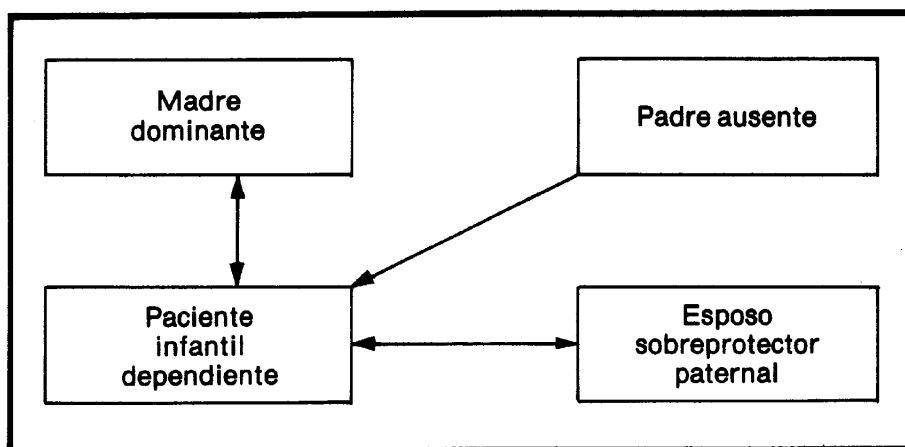
Los antecedentes familiares se refieren a las relaciones y vínculos de las familias de origen de los entrevistados.

Este parámetro se constituyó en algo que nos llamó la atención desde el principio. A nivel de las mujeres entrevistadas, el 75% procedían de grupos familiares de relaciones francamente malas o distorsionadas; separación de la pareja parental; padres abandonicos, débiles, alcohólicos, o padres brutales, agresivos, dominantes, etcétera. Y ellas habían vivido en su infancia un clima de violencia, promiscuidad o adulterio.

	HOMBRES %	MUJERES %
Nivel intelectual bueno	65	68,18
Nivel intelectual mediocre	35	18,18
Nivel intelectual pobre	0	13,64
Personalidad madura	45	4,50
Personalidad inmadura	55	95,45
Mecanismos defensivos neuróticos	100	88,63
Mecanismos defensivos psicóticos	0	11,37
Sexualidad adecuada	55	34,10
Sexualidad inadecuada	45	65,90
Genitalidad satisfactoria	75	34,10
Genitalidad insatisfactoria	25	68,90
Vivencia de esterilidad: <i>por causa de la mujer</i>	35	84,04
<i>por causa del hombre</i>	45	4,50
<i>por causa de la pareja</i>	20	11,36
Vivencia de la maternidad-paternidad: <i>el hijo para ella</i>	40	72,74
<i>el hijo para él</i>	30	13,63
<i>el hijo para la pareja</i>	30	13,63
Relaciones de pareja adecuadas	65	38,64
Relaciones de pareja inadecuadas	35	61,36
Antecedentes familiares buenos	50	9,10
Antecedentes familiares regulares	30	15,90
Antecedentes familiares malos	20	75

CUADRO 3

Como consideramos la esterilidad un problema de la pareja, tenemos que pensar que las relaciones concientes e inconcientes que se dan en esa pareja aportan a la enfermedad. Podríamos representar en un esquema los vínculos y roles que se producen en la pareja estéril.



CUADRO 4

En la segunda parte de esta comunicación vamos a mostrar el trabajo psicoterapéutico de grupo con mujeres estériles e infértiles que tuvo como objetivo la investigación y el tratamiento.

UN RELATO VIVENCIADO DE LA EXPERIENCIA

Desde el año 1977, cuando iniciamos nuestra actividad, se realizaron entrevistas generalmente semanales a las pacientes y a sus cónyuges. Estos concurrían espontáneamente o por citación, para poder evaluar la presencia de posibles perturbaciones psíquicas.

Se trató por un lado de dar ayuda psicoterápica, y por otro de investigar, en un intento de conocer en profundidad la o las causas emocionales de su esterilidad.

Hallamos así que todas las pacientes presentaban perturbaciones psíquicas que podían incidir en su esterilidad y que junto al deseo de embarazo estaba siempre el de no embarazo. A veces los dos coexistían en forma conciente, pero más frecuentemente este último estaba inscrito inconcientemente.

Pensamos que podríamos abarcar un mayor número de pacientes organizando un grupo de psicoterapia. Además se efectuaron terapias individuales en mujeres y también paralelamente, de parejas, en los casos que el hombre presentaba conflicto frente a la posibilidad de un futuro hijo.

En las terapias mecanicistas, v. gr. con la inseminación artificial, existen limitaciones. El éxito que se obtiene oscila entre 4 y 30%, aunque se realice en condiciones óptimas, con ayuda medicamentosa y por supuesto, en el período de fertilidad máxima.

Cuando los trastornos psicossomáticos aparentan curar espontáneamente, no se logra por eso solucionar el conflicto básico. Debido a este hecho, cuando una mujer ha superado un trastorno de su vida procreativa, se ve frecuentemente que presenta luego otras dificultades: en el parto, en el puerperio, en la relación con el hijo, que indican la persistencia de la ambivalencia frente a la maternidad.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Pensamos desde el comienzo que el trabajo con grupos sería más efectivo ante una consulta numerosa pues permite trabajar con varios pacientes al mismo tiempo. Además, la interrelación de personas con un mismo síntoma manifiesto, la esterilidad, debería ser provechosa, pues el conflicto pasaría de vivencia única a ser una vivencia compartida.

Por otra parte, de acuerdo a la información recogida hemos visto que las raíces del conflicto se entrelazan con una historia que muestra un grupo familiar parental alterado. Así, la oportunidad para reproducir conflictos originalmente grupales se daría más probablemente en una psicoterapia de grupo.

Se comenzó la tarea con diez pacientes elegidas al azar. Nueve de ellas estériles primarias y una con esterilidad secundaria.

Se dividió el grupo en dos subgrupos:

- 1) Integrado por pacientes que no recibían medicación alguna, como grupo testigo para evaluar los resultados del tratamiento exclusivamente psíquico.
- 2) El segundo grupo se integró con pacientes que recibían tratamiento hormonal.

Los terapeutas siempre fueron los mismos dos, un terapeuta hombre y una terapeuta mujer, formando así una pareja terapéutica.

Varios factores incidieron en la deserción de pacientes. Ello impidió que continuáramos nuestro trabajo con los dos grupos. Dichos factores fueron: resistencia al tratamiento psicológico por creer que sus problemas eran de causa exclusivamente orgánica; resistencia por creer que el problema orgánico residía sólo en el cónyuge, negando lo suyo; no querer reconocer en su interior el deseo opuesto al embarazo; temor a perder cosas; temor al cambio en las relaciones de pareja, etcétera.

El proyecto original fue entonces alterado, por lo que se formó un grupo de cinco pacientes, de las que cuatro concurrían regularmente.

Al comienzo del tratamiento se realizó el encuadre psicoterapéutico por el terapeuta hombre, introduciendo así de entrada una figura masculina, dados los antecedentes obtenidos del estudio de las pacientes, que hacían referencia a padres ausentes, débiles, alcoholistas, abandonados y madres dominantes.

Pudimos confirmar en nuestra muestra afirmaciones pertenecientes a Joyce Mc Dougall: "La imago materna es la que domina en todos los planos. Imagen altamente idealizada, el odio unido a ella es proyectado sobre el padre. Este se presenta como brutal, frustrante, frío, de nivel inferior al de la madre —hasta muerto—, y en consecuencia borrado de su lugar en el mundo objetal interno."

Se fijó el tiempo de duración de la psicoterapia en seis meses; su frecuencia, semanal, en una sesión de cincuenta minutos. Deberían continuar asistiendo en caso de embarazarse.

Al comienzo se presentaron las integrantes individualmente. Luego surgió la idea de unión psiquis-cuerpo y de entrada afloraron **temores** al cambio frente a la llegada del hijo, manifestando: "La gente asusta con los problemas que trae el hijo y el trabajo que dan".

Hablan del temor a tener un hijo enfermo por el tratamiento medicamentoso o por otra causa y de que el hijo no cumpla con el deseo de la madre. Aducen: "Hoy es muy difícil criar a un hijo". "Todo lo que una hace por tener un hijo y después los hijos por el carácter no lo merecen. No salen como una quiere."

Surgió en el grupo la palabra "estéril": las connotaciones variaron desde, "Es como cualquier impedimento físico, como la renguera", hasta el sentimiento de vergüenza de ser estéril. Como se observa, la esterilidad es vivida como una falta.

También manifestaron temor al cambio en la pareja con la llegada de un hijo; temor a la deformación corporal por el embarazo y que ello provocara ser rechazadas por el hombre.

Expresan: "El embarazo imposibilita de moverse"; "Cuando veo a una mujer gorda y pesada me da pena"; "No me gusta verme deformada y con los pies hinchados"; "Tengo rechazo a la estética, mejor sería que no se notara."

Aparece la idea de tener un hijo como perteneciendo sólo a la mujer. Más adelante hacen surgir al esposo como formando parte de la pareja y por lo tanto integrándolo como deseo de tener un hijo de él.

Manifiestan: "La casa está vacía sin el hijo"; "Los hijos dan calor a la casa."

Sienten envidia de las que tienen hijos sin tratamiento. Pensamos que proyectan en estas mujeres la envidia infantil hacia los hijos de sus madres y que esto persistía como elemento que impide a ellas ahora como adultas embarazarse ya que implicaría que se transformaran en blanco de los ataques.

Tres pacientes viven el hijo de una familiar o de una amiga como que tendría que haber sido de ellas y lo sienten como propio. Pero también se da la ambivalencia con respecto a los niños, ya que estos "lloran y molestan".

Una paciente que ingresó al grupo más tarde, Raquel, cuarentona, vino buscando en el hijo su padre muerto. "Cuando cuidaba a papá lo sentía como un hijo"; pero además expresaba la vivencia de haber nacido no de su madre, sino de su padre, es decir se sentía parida por su padre. Ahora, muerto éste, no puede elaborar el duelo y al igual que los niños, cree que el padre muerto está de viaje y que va a volver.

Elsa busca en el hijo al padre que perdió en la adolescencia, porque la abandonó, yéndose con otra mujer con quien tenía otra hija.

Dos pacientes, Mara y Nilza, vivenciaban que el hijo era una prolongación de ellas mismas, como parte de su cuerpo, identificándose con el mismo. El hijo está en función de lo que les puede servir, sienten temor de que el hijo no cumpla el deseo de la madre.

Nilza fantaseó con engendrar un hijo ella sola sin la intervención del esposo. Pero, a la vez, no siente la necesidad de un hijo, se vive como completa por lo que ella y su pareja no están de acuerdo con la adopción; como ella lo tiene todo, para qué tener un hijo del marido. Niegan la falta del hijo, la castración. Reconocerla implicaría una herida narcisística.

Ocultan cuando es el esposo quien tiene las dificultades en gestar. Dicen que es "porque no es bien visto", lo que es una proyección de sus pensamientos en otros.

Hablan de culpa por no tener un hijo, como si fuera un castigo. Hay creencias populares que ven en la esterilidad un castigo por sus pecados y aunque carezcan de validez razonable, éstos son válidos para el inconciente de la mujer estéril.

Elsa, esterilidad secundaria, deseó ser sólo para la hija (nacida en su matrimonio anterior) y excluir al compañero actual, así como a un nuevo hijo. De su matrimonio anterior expresa: "Nosotros vivíamos con los padres de él, en realidad el padre de él fue el padre de nosotras dos, mi hija y yo".

Repiten con el esposo la relación que hubieran deseado tener con el padre, de afecto y protección. También repiten la relación que tuvieron con la madre, de sumisión y de búsqueda incesante de alimento-afecto.

Terapeuta: "Buscan afecto como niñas, de esa manera no se embarazan porque si son niñas no pueden ser mujeres y como niñas rechazan la sexualidad genital."

Elsa dice: "Para mamá es horrible que tenga un hijo. No le gusta verme embarazada. Siempre dicen qué linda muchacha."

Terapeuta: "Es la niña linda de mamá."

La mayoría de las pacientes presentaban perturbaciones sexuales desde la ausencia del deseo sexual hasta la falta de orgasmo.

Terapeuta: No se hacen mujeres porque no quieren perder esa relación de protección infantil.

Mara dice: "Si no nos embarazamos para qué vamos a tener relaciones sexuales." "Ser mujer" para ella sería: "Producirse un ciclón", como lo incontrolable, como si la excitación sexual y el orgasmo estuvieran próximos a la locura, a la pérdida del control de la situación y de sí misma.

En la fantasmática sienten que mantienen el cordón umbilical que las une al cuerpo de la madre. Ven ante la posibilidad de un orgasmo el peligro del corte del cordón que las sumiría en la angustia confusional.

Mara: "Prefiero callar, si peleo puedo terminar en la calle. Prefiero que mi esposo me proteja y no que me cargosee. Yo me siento muy mujer porque no siento sexualmente. Esa parte no la necesito."

A los 45 días del comienzo del grupo psicoterapéutico Elisa, que no ovulaba, comienza a hacerlo.

Elisa y Elsa ven en nosotros padres permisivos y toman conciencia que la terapeuta mujer, en forma opuesta a su madre interna y a veces a la real, quiere ayudarlas a que alcancen su maternidad. Elisa comprendió que al acercarse a la terapeuta como madre podría dejar lo infantil y asumir entonces la feminidad como adulta y ser aceptada en cuanto tal por los terapeutas-padres.

Durante la menstruación generalmente presentaban malestares y angustia frente al fracaso del embarazo, que cedieron en algunas durante el curso de la terapia, al ir tomando conciencia de sus conflictos inconscientes, del rechazo que hacían de la feminidad y al comenzar a aceptar la misma.

A Mara y Nilza les desagrada necesitar ayuda para embarazarse y desean que el hijo lleve la sangre de ellas.

Terapeuta: "Nos sienten como extraños que nos introducimos en su interior, por eso nos rechazan."

A los tres meses del comienzo de la psicoterapia se embaraza Elsa (esterilidad secundaria), que antes no ovulaba. Se embarazó sin alcanzar con el tratamiento medicamentoso la dosis hormonal efectiva.

Manifiesta: "No tenía ovulación, pienso que me hizo bien venir acá; por eso quiero seguir viniendo." Se siente bien, con muchas ganas de comer. Inmediatamente trae un sueño: "Anoche soñé que me querían robar al bebé. No me lo robaron, pero estuvieron a punto." Sus vivencias eran, como vemos, ambivalentes, "El embarazo puso distancia entre José y yo. Estoy haciendo reposo y él hace las tareas de la casa, no podemos estar juntos como antes."

Pero luego agrega: "Este hijo va a ser de José y mío y de nadie más, porque a María la tuve que compartir con mi ex-suegro, con éste voy a ser egoísta. Yo comparo a mi marido con mi padre, le veo cosas comunes, mi padre era un ídolo pero se fue cuando yo tenía 12 años porque tenía otra hija."

Terapeuta: "Se fue con otra, y siente que la abandonó a usted."

E.: "Sí, se fue el día de mi cumpleaños, yo lo esperaba con una torta; llegué a odiarlo. Por eso quiero también que mi hijo sea varón, para que en algo se parezca a mi padre."

T.: "Sigue buscando a su padre, ¿será realmente que lo odia?"

E.: "Ahora no; hasta los 17 ó 18 años si venía lo corría. Él vino y me pidió perdón, pero yo eso no se lo voy a perdonar más."

T.: "Habla como si la relación con su padre fuera exclusivamente suya."

En el grupo, el embarazo de Elsa despertó mucha envidia, ella llegó a decir que "hubiera preferido que se embarazara otra compañera y no yo", por lo difícil que le resultaba enfrentarse a los ataques que recibía. Continuó concurriendo al grupo hasta que tuvo la certeza de que su embarazo no corría riesgo de ser destruido y que el embrión crecía. Pero finalmente abandonó; fue como que sus compañeras la echaron. Si no estaba Elsa presente no sentían la falta de lo que no tenían y ella sí, el embarazo.

Vimos cómo las pacientes quedaban fijadas a sus madres en una relación de dependencia y sumisión por tratarse de madres dominantes que sometían a sus hijas, manteniendo un vínculo infantil con ellas. Esto se daba también por la ausencia de un padre fuerte, capaz de conquistar el amor de sus hijas y oficiar de esta manera de tercero que ejerce una función escidente y las separe de la madre.

Esta situación reproduce un repliegue narcisístico en el que no entra nada y del que no puede salir nada. Así lo dice Mara: "Cada vez que vengo acá, en lugar de abrirme me cierro más, y cuanto más me cierro me siento más cómoda. Pero al mismo tiempo me siento desgraciada dando vueltas la cabeza siempre en lo mismo."

T.: "Abrirse es hacerse mujer, cerrarse es lo opuesto, se cierra para no compartir y tener algo suyo exclusivo, pero tiene el inconveniente de no alcanzar lo que cree desear."

Al cerrarse se satisface ella misma y no está dispuesta a abrirse para dejar entrar a su marido y concebir el hijo.

Mara: "La mujer embarazada está más propensa a las infecciones; quisiera tener un hijo que viniera en una canastita, o me gustaría tenerlo dentro de la barriga, pero me eriza pensar en el momento del parto. En realidad no quiero pensar en eso pero tampoco quisiera adoptar."

El amor por ella misma le impide crear, dar vida y amor a otro.

Elisa había tenido un padre alcoholista que a los doce años se fue de la casa, lo que fue vivido como un abandono, porque fue definitivo. Nunca más lo volvió a encontrar. En la realidad ella lo echaba y le quitaba el lugar durmiendo con la madre.

Como vemos, estos trozos de sesiones son muy claros para nosotros para mostrar algunos de los conflictos que subyacen a la esterilidad femenina. Todos estos factores están impidiendo que puedan alcanzar la maternidad, que crezcan y se hagan mujeres.

Terminamos el grupo planificando la continuación en el próximo año dado que, como sucedió con Elsa, las perturbaciones psicológicas que se oponen al embarazo tendrían más oportunidades de ceder con un tratamiento más prolongado.

Elsa, sin abandonar una actitud ambivalente, parece haber reencontrado al padre. Así pudo poner límite a su vínculo fusionado con la madre (que ella repetía con su hija) y aceptar su sexo y a su marido. Como información adicional digamos que al año siguiente nos vino a visitar con el producto de ese embarazo: un varón y una niña; había tenido mellizos.

CONCLUSIONES

Es ya muy conocido que los sentimientos y las emociones ejercen una repercusión sobre el cuerpo y también es conocido cómo la emoción está en el origen de una enfermedad con sus caracteres y evolución propios.

La actitud psicósomática corresponde a una concepción de la medicina que considera que antes que una medicina de los órganos, es necesario poner el acento en un encare global, holístico del individuo enfermo, postulando la unidad psicósomática del hombre como sujeto de fenómenos mórbidos.

La afección psíquica tiene una expresión corporal a través del sistema neuro-endócrino. Nadie duda que una úlcera gastroduodenal, un asma o una hipertensión arterial son fenómenos psicósomáticos. También el síntoma histérico es regulado por los centros nerviosos, todos ustedes han visto u oído hablar de los embarazos histéricos, como así también son conocidos los episodios de parálisis y ceguera funcionales.

Hemos visto muchos casos de pacientes que presentaron perturbaciones ovulatorias que cedieron con el tratamiento psicológico.

Entonces la esterilidad, aun cuando exista una afección orgánica, puede tener en su etiopatogenia aportes de fenómenos psíquicos. Y hasta ahora nuestra tarea de investigación viene mostrando que sí las tiene.

¿De qué manera se puede reconocer el factor psíquico que subyace en la esterilidad? En nuestro trabajo lo hemos encontrado bajo forma de síntoma conversivo, pero vimos algunos casos con estructuras psicóticas de la personalidad, en la que se presentaría con una forma más arcaica.

Pensamos que esto depende de la personalidad del enfermo y que la esterilidad del punto de vista psíquico no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma, representante por tanto de un conflicto psíquico.

Existe una importante resistencia a reconocer los factores psicológicos como causales de la esterilidad, dado que aceptarlos implicaría para el paciente hacerse cargo de la propia responsabilidad en la situación y admitir que no se va a recibir una solución en el acto médico que todo lo resuelve, sino que se debe asumir un compromiso activo en la búsqueda. La pareja debe ser participante activa de la búsqueda y no mera receptora de una solución mágica.

El hijo significaría un compromiso mayor con ellos mismos, que los transformaría definitivamente en adultos, independientes de objetos tutelares reales o fantaseados. En la situación actual, la relación de pareja excluye al hijo; de este modo les permite recrear lo infantil propio, conservando entonces en cada uno de ellos el "paraíso infantil" donde todo se puede o se alcanza.

Encontramos que las parejas estériles son ambivalentes, con un deseo y un rechazo simultáneo dirigido hacia el hijo. Generalmente el deseo del hijo no es vivido como un deseo natural, de modo que lo deseado es un hijo que por ejemplo, en el caso de la mujer, estaría en función de un deseo más importante de retener al esposo-padre, o de sustituir al padre que la abandonó, o al padre muerto, o cumplir el deseo del cónyuge de tener un hijo, o darle un hijo a la madre. Para el hombre el hijo puede ser como un regalo a la esposa, como antes en la infancia hubiera querido dárselo a la mamá, o también como una continuación de sí mismo.

De esta manera, la esterilidad aparece como un síntoma claramente neurótico. El conflicto psíquico es desplazado al cuerpo transformándose así en un síntoma, que como todo cuadro neurótico otorga beneficios secundarios: la re-

