

[Índice Anterior Siguiente](#)

Rev Cubana Endocrinol 2006;17(2)

Instituto Nacional de Endocrinología

La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento

[MSc. Jorge Luis Calero Ricardo¹ y Dr. Felipe Santana Pérez²](#)

Resumen

Este artículo presenta una parte de los resultados que se obtuvieron con el estudio acerca de los significados y la repercusión percibida de la infertilidad en varones atendidos por este padecimiento en el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Se realizaron 14 entrevistas en profundidad con varones de parejas infértiles. La información fue grabada, transcrita, codificada, triangulada e interpretada, como corresponde a la metodología cualitativa de investigación. Se encontró que el enfoque biologicista que caracteriza al modelo médico hegemónico en la atención de la infertilidad refuerza el sentimiento de que la incapacidad reproductiva es una anomalía o limitación que hay que corregir, que la atención brindada por los proveedores de salud se percibe dirigida a la infertilidad y no a la atención a las parejas que vivencian el padecimiento y que las representaciones que manifiestan los entrevistados sobre las alternativas de solución están influenciadas por la edad de la pareja, la presencia o no del factor masculino en la infertilidad y la presencia o ausencia de hijos en uno de los miembros de la pareja. Entre las principales alternativas del modelo médico hegemónico se encuentran los tratamientos médicos y quirúrgicos, las técnicas de reproducción asistida y la adopción, y restan para otro modelo la resignación y la separación de la pareja.

Palabras clave: Identidad masculina, género, infertilidad, significados, alternativas de solución.

Los padecimientos constituyen uno de los principales fenómenos de construcción de significados (individuales y colectivos), ya que los actores necesitan entender, explicar y manejar los procesos que los amenazan y/o interfieren en sus vidas y que suelen involucrar a otras áreas de la realidad social. Un ejemplo lo constituye la infertilidad, la cual es vivenciada (por las personas que la padecen) como un proceso de profundos dolores y sentires.

Llama la atención, al revisar la literatura científica sobre la infertilidad a nivel mundial, que existe un amplio desbalance entre los estudios biomédicos y psicológicos en relación con los estudios de corte social, y ocurre lo mismo con aquellos que se han centrado básicamente en la población femenina vs la masculina. Sin embargo, se ha podido conocer, por estudios recientes, que para los varones la infertilidad también es vivenciada como un proceso negativo, el cual implica una serie de frustraciones en su desarrollo (personal y social) como varones plenos que los obliga a un proceso de reconstrucción de la identidad masculina.¹⁻²

En este sentido, el padecimiento de infertilidad para los varones es entendido como una dimensión afectiva sentida, pensada y vivida subjetivamente por ellos, la cual se construye en torno a la imposibilidad de embarazar a sus parejas.² De acuerdo con esto, el entendimiento, explicación y manejo que realizan los varones junto a sus compañeras sobre su padecimiento los conduce a la búsqueda de alternativas para darle solución al problema que enfrentan y vivencian, o al menos que dichas alternativas minimicen las consecuencias negativas que este padecimiento les produce.

Es importante considerar que las representaciones sociales que existen en torno a las alternativas de solución y la vinculación de estas con otros elementos de la vida social de los varones, juegan un papel fundamental en la selección y adopción de una u otra alternativa.

El propósito del presente artículo se dirige a la presentación de una parte de los resultados obtenidos en el estudio acerca de los significados y la repercusión percibida de la infertilidad, para varones atendidos por este padecimiento en el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN).

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo, de carácter descriptivo, que incluye la profundización sobre los contenidos emergentes a través del ejercicio de la interpretación, con una perspectiva teórica que rescata la dimensión del sentido subjetivo que subyace en la acción social de los individuos. Se realizaron 14 entrevistas en profundidad (EP), ya que es una técnica de investigación que se centra en el punto de vista de los actores involucrados, en sus propias explicaciones, en sus propias maneras de ver, de nombrar y de atribuir sentido a la realidad que los rodea.³

Las EP se les aplicaron a varones de parejas infértiles que presentaban causa de infertilidad (exclusiva o compartida con su compañera) o sin la presencia de esta, y que se encontraban recibiendo atención de salud en la consulta de infertilidad del INEN, cuyas edades oscilaban entre 30 y 44 años. Se excluyeron aquellos varones de parejas infértiles que se encontraban aún en estudio (por lo que todavía no se había constatado la presencia de un factor masculino, femenino, o de ambos de infertilidad) en el momento del reclutamiento, que presentaban "causas inexplicables de infertilidad" y que presentaban afecciones o deficiencias auditivas o para la expresión oral.

Los entrevistados fueron clasificados de acuerdo con 2 categorías de análisis: la presencia de causa (exclusiva o compartida con la pareja) de infertilidad, y la presencia de hijos en alguno de los miembros de la pareja. Para representar estas clasificaciones, se creó un sistema de nomenclaturas (ver anexo).

Entre las características más importantes de los entrevistados se puede señalar que, de acuerdo con la ocupación, había 5 militares, 2 trabajadores por cuenta propia, 1 economista, 1 profesor, 2 choferes (auto y camión, respectivamente), 1 electricista, 1 operador de maquinarias y 1 desvinculado laboral. La mayoría de ellos (12) residía en Ciudad de La Habana, excepto dos: uno de Caibarién y el otro de San José de Las Lajas, provincia de La Habana. En relación con el tiempo que llevaban asistiendo a la consulta de infertilidad, tenían desde 1 hasta 20 años, para un promedio de 5,1. En todos los casos, las EP fueron conducidas por el investigador principal del proyecto y fueron grabadas y realizadas donde el entrevistado prefiriera. Estas EP tuvieron una duración aproximada de una 1½ h, y se apoyaron en una guía semiestructurada de entrevista, la cual se complementó y refinó a medida que progresaba el trabajo de campo. Por su parte, se tuvo en cuenta el criterio de saturación de la información,* con el fin de decidir si continuar o concluir el estudio, como parte de un complejo proceso de sistematización de la información y establecimiento de la validez de los hallazgos, como lo sugieren algunos autores.³⁻⁴

La información resultante de las EP fue grabada con el objetivo de contar con los discursos verbales de los participantes durante su análisis. Estas grabaciones fueron transcritas textualmente y enriquecidas con las anotaciones hechas por el entrevistador, de manera que se contara con una mayor cantidad de elementos que facilitaran el análisis de la información. Luego esas transcripciones fueron analizadas con la ayuda del software ATLAS/ti (para análisis de información cualitativa), con el establecimiento de categorías abiertas inicialmente, más tarde categorías empíricas y luego categorías analíticas, las cuales salieron como parte de los propios resultados.

El análisis de la información tuvo 2 niveles: uno descriptivo y uno interpretativo. En el primero se analizó lo expresado textualmente por los entrevistados y se representó y describió con pasajes de sus propios discursos. El nivel interpretativo partió de la reconstrucción de los significados que para los varones tiene la infertilidad, a punto de partida de sus percepciones sobre la repercusión que este padecimiento tiene para sus relaciones de parejas, relaciones familiares, y relaciones con los grupos de pares.

Los participantes tuvieron la entera libertad de formar parte del estudio. La naturaleza del anonimato y la confidencialidad fueron 2 premisas importantes e inflexibles durante toda la investigación. Durante su reclutamiento se les explicaron los objetivos del estudio, lo que requeríamos de ellos, y se puso en su

conocimiento la completa libertad de ellos para abandonarlo en el momento que lo desearan, sin que esa decisión pudiera tener consecuencias negativas en su atención futura. Aparejado a esta explicación se les entregó el modelo de consentimiento informado.

La utilización de una nomenclatura como código personal para cada entrevistado contribuyó a garantizar la confidencialidad, pues la verdadera identidad solo era conocida por los investigadores del proyecto.

Resultados y discusión

En este sentido, múltiples son las alternativas que pueden seguir (y de hecho siguen) las parejas infértiles en aras de resolver el problema que padecen. Estas alternativas provienen fundamentalmente de 2 modelos curativos diferentes: el modelo médico hegemónico (MMH), marcado por la medicina occidental, y el modelo curativo alternativo subordinado (MCAS), el que proviene de entidades "curadoras", como la religión, el curantismo, el espiritismo, etcétera.

Es importante destacar que, según el análisis realizado a los discursos de los varones entrevistados, la selección de una u otra alternativa de solución estará regulada y mediatizada por el valor de pérdida (referido a la posibilidad de lograr el embarazo) que dicha alternativa representa para la naturalidad de la concepción (referido al hecho de concebir el embarazo como producto de una relación coital), lo que se encuentra, a su vez; estrechamente relacionado a las características masculinas del varón dentro del modelo hegemónico de masculinidad (MHM).⁵

Modelo médico hegemónico (MMH)

Tomando como referencia la experiencia personal, en Cuba los curadores alópatas (constituidos por los profesionales calificados del sistema de salud) se constituyen en la primera instancia a ser visitada por la pareja infértil para recibir, en primer lugar, una confirmación sobre el problema que sospechan tener, y en segundo, para iniciar los tratamientos, en el caso de constatarse la presencia de una infertilidad en la pareja.

A diferencia de muchos países del mundo, el sistema de salud cubano tiene un alcance a todos los miembros de la población por su gratuidad, accesibilidad geográfica y alta calificación, lo cual hace que las personas acudan primeramente a estos servicios con el fin de solucionar sus malestares y padeceres. Sin embargo, hay que reconocer que el carácter biologicista y medicalizador de la atención de salud, la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud, la producción de acciones que tienden a excluir al paciente del saber médico y la tendencia al control social e ideológico, características todas del MMH,⁴ hace que las personas implicadas en el padecimiento establezcan un análisis de las potencialidades y deficiencias que ellos le atribuyen al sistema y a las alternativas de solución que dicho sistema sugiere. Una de las principales consideraciones que expresan los entrevistados en relación con la atención brindada por los profesionales de la salud se refiere a la medicalización de la atención.

Tradicionalmente, la atención brindada por los prestadores de salud ha tenido un carácter eminentemente biologicista, el cual casi nunca toma en consideración la perspectiva psicosocial de las personas que demandan este tipo de servicios.⁶ Particularmente en el caso de la infertilidad, la biomedicina participa con otros sistemas sociales, con la noción de que no ser capaz de reproducirse biológicamente es una anomalía o limitación que hay que corregir.⁷

En este sentido, los entrevistados argumentan que la atención que les ofrecen los proveedores de salud se posiciona en una especie de "frialidad médica", que se dirige básicamente a la atención de la infertilidad (como enfermedad) y no a la atención de la pareja infértil (como personas que vivencian un padecimiento); de manera que esta atención se centra casi exclusivamente en los aspectos biológicos del problema presente y no establece un balance de estos aspectos con los de tipos psicológicos y sociales que dicho padecer les genera:

"...a veces pienso que los médicos no entienden lo que uno sufre con esta enfermedad. Ellos se preocupan por curarte y yo se los agradezco, pues lo hacen bien, pero no conversan con uno, no te entienden... yo sé que es parte de su formación..." (VISH, 40 años, policía, 13 años de estudios y tratamientos).

Esto se encuentra muy relacionado con los comentarios realizados por *Menéndez4* sobre el MMH, donde señala que rara vez los proveedores de salud hacen partícipes del proceso curativo a los actores que vivencian el padecimiento.

Al respecto, algunos de los entrevistados refieren en este estudio que los médicos los mantienen al margen de lo que ocurre, al no brindarles claramente las explicaciones pertinentes que les permitan conocer y comprender el por qué de los estudios y las alternativas y/o tratamiento a seguir para solucionar dicho padecimiento; señalan, además, que las indicaciones brindadas por los médicos se concretan a lo que deben hacer o al medicamento que deben tomar, sin dejar un espacio abierto para una reflexión y educación conjunta entre proveedores y pacientes. En relación con lo antes mencionado, un entrevistado refiere:

"No, mira, yo no te sé decir si es, si será la planificación que dan por consulta que pienso que sea así, ¿no?, porque para eso se dan los turnos, ¡eh!. Lo que sé es que los médicos digan, ¡eh!, me den una respuesta un poco inconclusa o que no me satisfaga a mí (...). A veces me han dicho: lo tuyo es, te tienes que estudiar esto, esto y esto, y ya. Nunca me han tratado mal, pero hay veces que he sentido un poco de inconformidad con eso, pero a veces me queda el consuelo de decir, pero bueno, en realidad los profesionales son ellos" (VISH, militar, 33 años, 5 años de estudios y tratamientos).

A esto se le adiciona el hecho de que la mayoría de los entrevistados coinciden al considerar que las consultas de estudio y seguimiento que brindan los proveedores de salud son muy distantes y espaciadas en el tiempo, lo que hace más prolongada la espera para la obtención de resultados satisfactorios. Algunos de los entrevistados justifican la percepción de demora detrás de los niveles de ansiedad que la espera les produce. Otros no la justifican, sino que perciben esa demora como un elemento que atenta y refuerza el dolor que siente la pareja:

"Yo lo que creo es que es un poco lento, sé que tiene que ser así, pero un poco que a uno le entra ansiedad y por eso lo ve muy lento" (MISH, 31 años, militar, 2 años de estudios y tratamientos).

"Yo creo que son muy lentos, y mi mujer está en un transe difícil, está desesperada y eso me pone a mí muy mal (...) ya son cinco años en esta espera..." (MICH-V, 37 años, chofer, 4 años de estudios y tratamientos).

Desde la perspectiva médica, el prolongado tiempo que requieren los estudios y tratamientos se fundamenta en el hecho de que la mayoría de estos hay que realizarlos invariablemente en determinados momentos del ciclo menstrual de la mujer y si las condiciones biofisiológicas de ambos (la pareja) lo permiten. Es bueno precisar y recordar, en este sentido, que por el hecho de que la infertilidad es un padecimiento de pareja, se requiere que ambos miembros sean estudiados y en ocasiones tratados. Sin embargo, a pesar de que los miembros de las parejas reconocen la necesidad de esta "demora", muchas veces desisten y se retiran del proceso curativo sin haber alcanzado el resultado a su objetivo, como se ha planteado en algunos estudios nacionales.⁸⁻⁹

Sobre las deserciones de las parejas infértiles en cuanto a la continuidad de los estudios y tratamientos, autores como *Padrón8* y *Hernández de Ávila9* argumentan que dichas deserciones están influenciadas, en gran medida, por la edad de los miembros de la pareja y por la persona que presenta el factor de infertilidad.

En dichos estudios,⁸⁻⁹ al igual que en este caso, se constató que cuando la pareja es joven, la posibilidad de abandonar los estudios diagnósticos suele ocurrir con mayor facilidad que en las parejas de mayor

edad, bajo la creencia de que el tiempo por sí mismo podría producir algún cambio en el estado de la fertilidad del afectado o la afectada.

Sin embargo, para el caso de las personas que presentan el factor de infertilidad no ocurrió la misma similitud; por el contrario, en los estudios antes citados⁸⁻⁹ se determinó que las parejas en las cuales había existencia de una infertilidad por causa de un factor exclusivamente masculino, eran más proclives a la deserción del estudio y tratamiento que aquellas en las que la infertilidad respondía a una causa exclusivamente femenina o compartida; y aunque lamentablemente en estos estudios no se expresan las razones que podrían argumentar dicho resultado, en este estudio se pudo vislumbrar que los varones que perciben o reconocen la existencia de un factor de infertilidad masculino suelen cooperar mucho más con el proceso de estudios y tratamientos que aquellos que no presentan un factor de infertilidad, toda vez que desean a toda costa encontrar una solución al problema que los afecta.

En otro sentido, en relación con las alternativas de solución que brinda la medicina contemporánea para resolver el problema de la infertilidad, se encuentra que estas se dividen y ubican de acuerdo con 2 aristas analíticas fundamentales: aquellas que posibilitan la recuperación del estado de fertilidad de los miembros de la pareja y las que le dan una solución al problema, pero no posibilitan la recuperación de la fertilidad. Seguidamente se describe cada una de estas divisiones, lo que se complementará con las interpretaciones y significados que los varones entrevistados realizan y le atribuyen, respectivamente, a cada una de ellas.

Solución del problema con recuperación de la fertilidad

El sistema médico ha establecido algoritmos de trabajo para la atención, estudio y tratamiento de cualquier dolencia, padecimiento o enfermedad, los que funcionan como esquemas o modelos de atención, marcados por un orden jerárquico y cronológico.

Específicamente en el caso de la infertilidad, sin excluir otros padecimientos o dolencias, el tratamiento médico antecede al quirúrgico. En este caso, la cirugía se utiliza como tratamiento alternativo o complementario, pues está dirigido básicamente a corregir efectos y/o defectos anatómicos que interfieren con la fisiología del aparato reproductor (masculino o femenino), y que podrían ser los condicionantes en la existencia de la infertilidad.¹⁻²

Estos tipos de tratamientos –clínicos y/o quirúrgicos– en relación con las restantes alternativas de solución ante la infertilidad, suelen ser los de mayor aceptabilidad por parte de la pareja, pues aunque requieren de mucho tiempo de espera por resultados satisfactorios, y que en ocasiones son altamente invasivos, como en el caso de la cirugía (en ambos), de resultar eficaces, la pareja logra concebir a sus hijos de manera fisiológica al obtener el embarazo luego de una relación coital. Este es un elemento sumamente importante, el cual se toma en consideración por los miembros de la pareja para decidir la alternativa a adoptar.

Según señalan los entrevistados, la posibilidad de concebir un hijo de manera fisiológica reviste un valor sumamente importante, pues se constituye en la norma de *lo que debe ser*, por lo que no se afecta el supuesto de la *naturalidad de la concepción*, lo que – a su vez – guarda una estrecha relación con lo establecido para los varones por el modelo de masculinidad hegemónica:

"... y el médico nos ha sugerido la inseminación, pero yo le he dicho a mi esposa que mejor esperamos y hacemos de nuevo el tratamiento, pues así sería como debe ser, de manera normal, yo la preño y ella pare" (MISH, 31 años, militar, 2 años de estudios y tratamientos).

Es importante señalar que muchos de los tratamientos que brinda el modelo médico atenta contra la *naturalidad de la concepción*, pues se encuentran mediados por la intervención directa del proveedor, como ocurre en el caso de la reproducción asistida de alta y baja complejidad, la que responde a las alternativas que solucionan el problema de la pareja, pero no les brinda la posibilidad de recuperar la fertilidad.

Solución del problema sin recuperación de la fertilidad

Como se señala anteriormente, el esquema jerárquico de tratamientos para la atención de la pareja infértil indica, en primer lugar, la utilización de los tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos, y luego –en correspondencia con la afección que presenten los miembros de la pareja– se decide la utilización de las técnicas de reproducción asistida (TRA) o se sugiere la adopción, donde ambas forman parte de las alternativas que solucionan el problema, pero no logran devolverle a las personas el óptimo y esperado estado de su fertilidad.

Las TRA son técnicas sumamente complejas, las cuales requieren –invariablemente– de la asistencia constante del proveedor de salud para su realización. Es importante señalar que estas deben ser utilizadas solamente en los casos en que no se consigue la recuperación de la fertilidad con la utilización de tratamientos menos complejos o lo que es lo mismo, que el daño anatómico y fisiológico que presente al menos un miembro de la pareja, así lo requiera.

En Cuba, por las difíciles situaciones económicas por las que ha atravesado el país en los últimos 20 años, no se han podido realizar TRA de alta tecnología, como fertilización *in vitro* con transferencia embrionaria (FIV/TE), inyección intra-citoplasmática de espermatozoides (ICSI**), la inyección de gametos en las trompas de falopio (GIFT), entre otras. Solamente se ha podido realizar TRA de baja complejidad, o sea, las inseminaciones artificiales de tipo homólogas o heterólogas; aspecto este que ha impactado negativamente en las posibilidades de dar solución al problema de la infertilidad para muchas de las parejas que lo necesitan. No queremos decir con esto que la inseminación carezca de eficacia, por el contrario, es una técnica muy eficaz para los casos que realmente la requieran.

La utilización de las TRA, cualquiera que sea, genera un importante aumento en los niveles de estrés y ansiedad, los cuales pueden ser variables en cada uno de los miembros de la pareja. Estudios realizados en diversas partes del mundo,¹⁰⁻¹⁹ coinciden al referir que las mujeres vivencian mayores niveles de estrés psicológico y ansiedades –antes, durante y después de la realización de las TR– que los experimentados y registrados por los varones.

Sin embargo, sería justo señalar que estos niveles de estrés y ansiedades, en cuanto a la infertilidad se refiere, están íntimamente ligados a diferentes factores, los cuales no deben ser analizados a espaldas de un profundo análisis que tome en consideración a la perspectiva de género.

En este sentido, deberíamos apuntar que para realizar una medición justa y certera –a modo comparativo– entre varones y mujeres, se debería pensar que ambos géneros no cursan por iguales situaciones. Por ejemplo, las mujeres son las que se exponen a la recuperación ovular, cuyo procedimiento debe realizarse en condiciones asépticas (dentro de un salón quirúrgico u otro local de similares condiciones) y con la utilización de anestesia. Luego, ambos miembros deben esperar durante un tiempo de 72 h, tiempo en el que se realiza a nivel del laboratorio la fertilización de los óvulos capturados, con la utilización de los espermatozoides de su compañero o de un donante, para la realización de la transferencia del embrión (TE) al útero de la mujer, bajo las mismas condiciones en las que se realizó la captura ovular. Seguidamente, restaría proveer a la mujer con fármacos que le permitan una buena implantación del embrión en su endometrio, lo cual debe estar acompañado de medidas auxiliares, como el reposo.

Hasta este punto, el papel de la mujer en la exposición a factores condicionantes de los niveles de ansiedad y estrés sobrepasa al varón, quien solo estuvo expuesto físicamente en relación con el proceder (FIV) en el momento de la recuperación del esperma.^{***}

Por otra parte, no olvidar que la sociedad ha culpado y estigmatizado tradicionalmente a la mujer frente a la imposibilidad de la procreación, donde este "incumplimiento de la norma" por la mujer genera y autogenera frustraciones que, a su vez, se traducen en presiones para que cualquier proceder en este sentido resulte satisfactorio.

Ante estos 2 ejemplos (no son los únicos), lógicamente la mujer aparece como la más expuesta a la elevación de estos efectos psicológicos negativos. De esto se deriva la recomendación de que los estudios

futuros se centren en un análisis relacional desde una perspectiva de género y no de sexo, como regularmente se ha hecho.

En otro sentido, variados son los significados e interpretaciones que en relación con las alternativas de solución ante el padecimiento de la infertilidad construyen los varones entrevistados. Por un lado, se encuentran los concernientes a una expropiación biológica del hijo, y por el otro, lo relacionado con una recuperación nula de la fertilidad. También se observa que, específicamente en relación con las TRA (de tipo heterólogas), los varones construyen argumentos donde un significado, tal vez el más importante, se dirige a considerarlas como precursoras de una *infidelidad* ("tarro") *legal y justificada*".

En relación con estos elementos, los varones entrevistados consideran en sus narraciones a las TRA como alternativas de penúltimo recurso, pues si se establece un orden de preferencia para la selección de estas, la adopción de un/a niño/a se ubica a la zaga.

La indicación de estas técnicas se dirige a aquellas parejas que no pueden lograr la concepción por ninguna otra vía. Esto implica que si consideramos que el problema de la pareja es lograr un hijo, este podría ser resuelto bajo la utilización de las TRA, pero siempre va a perdurar en uno de los miembros de la pareja el sentimiento negativo de la imposibilidad de concebir.

Como se planteó con anterioridad, las expectativas de la pareja ante el recibimiento de un tratamiento se vinculan con la recuperación de un óptimo estado de la fertilidad que, a su vez, les permita tener una descendencia bajo el procedimiento normal, a través de las relaciones coitales entre ambos miembros de la pareja.

Los entrevistados se sienten padres, no meramente por el hecho de criar y mantener a un niño, sino porque este infante tiene vínculos genéticos con su progenitor que evidencian el parecido, la perpetuación de alguna característica familiar, como el color de los ojos, el cabello, etc. Además, el embarazo en sus compañeras funciona como un símbolo social que demuestra la virilidad del varón.¹⁻² Por tanto, si el hijo no es concebido bajo procedimientos considerados como normales, este símbolo pierde sentido y autenticidad ante la sociedad, en la cual su compañera se encuentra incluida:

"Yo quiero a ese niño como si fuera mi hijo, pero al final sé que no es mío. Él me quiere y me dice papá, y yo lo quiero, pero deseo tener el mío, uno parecido a mí, con los mismos ojos... qué se yo..." (VICH-M, 37 años, electricista, 7 años de estudios y tratamientos).

"Imagínese, eso (se refiere a las TRA) es como si te pegaran un tarro y legalmente tú lo aceptarás" (VISH, 40 años, desvinculado, 5 años de estudios y tratamientos).

Por su parte, la adopción de un niño es la alternativa al problema de la infertilidad que cuenta con menos popularidad por parte de los varones entrevistados, y de acuerdo con lo reportado en estudios realizados en otras latitudes del planeta.¹ Esta apreciación concuerda con lo referido en algunos estudios realizados en otros contextos. *Calero*,¹ en un estudio realizado en la ciudad de Lima, Perú, pudo vislumbrar que la adopción era aceptada por los varones solamente cuando no quedaban otras alternativas para resolver el problema que engendra la imposibilidad de tener hijos propios. La selección de la adopción funciona más bien como una variante a la resignación.

Un aspecto relacionado con la adopción y que despierta muchas preocupaciones en los entrevistados tiene que ver con el carácter, las conductas y las maneras de ser de estos niños/as en el futuro: por un lado señalan que el desconocer las características sociales y psicológicas de los progenitores de esos niños/as podría convertirse en un elemento de suma preocupación para los padres adoptivos. Esta preocupación obedece en parte a una creencia popular que indica que los hijos son similares a sus padres en sus conductas y comportamientos, de acuerdo con una cierta vinculación genética. Otra preocupación redundante sobre la posibilidad de que en el futuro los hijos adoptivos deseen conocer a sus progenitores. El temor se fundamenta en el hecho de que, llegada la juventud o la adultez de estos niños, ellos quieran marcharse del hogar con sus verdaderos padres.

Vale destacar que la adopción de un infante, aunque no se cuenta con bibliografía que sustente esta aseveración, tradicionalmente no es una alternativa de fácil realización en Cuba. La práctica de la anticoncepción y el libre y seguro acceso a la realización del aborto en este país podrían considerarse como factores que disminuyen, en amplia medida, las posibilidades de tener hijos no deseados y/o no planificados. A esto se le adiciona el carácter paternalista manifiesto en la familia cubana, en la cual otros miembros de la familia asumen la crianza de sobrinos, nietos, etc., que han perdido a sus padres o que hayan sido abandonados.

A nivel gubernamental, Cuba cuenta con hogares de niños huérfanos y/o abandonados, quienes no poseen ningún familiar que los reclame y/o proteja. Estos niños son conocidos como los "Hijos de la Patria". Si se mira esta situación desde el punto de vista de las parejas necesitadas de un hijo, esta falta de disponibilidad de niños para adoptar constituye una dificultad para que la pareja cuente con una alternativa más para la solución de su problema; sin embargo, las características del sistema social cubano en relación con el abandono de los hijos y la poca disponibilidad de niños con estas características constituye un importante logro de la política social cubana. No obstante, se reafirma que la preferencia de las parejas por esta alternativa es realmente baja, casi nula.

Modelo curativo alternativo y/o subordinado

Frente a las alternativas que busca la pareja infértil para dar solución al problema que para ellos representa la infertilidad, se puede vislumbrar la recurrencia y refugio de estos en otras entidades "curadoras", entre las que se pueden encontrar: la iglesia, los curanderos, los yerberos, los espiritistas y otros.⁷

La práctica de la religión y/o el culto sincrético funcionan como una especie de refugio ante la desesperación que produce para la pareja la imposibilidad de tener hijos. Según algunos autores, la práctica de creencias religiosas y/o sincréticas en Cuba por parte de los varones es baja (26,4), quienes en su mayoría utilizan la santería como culto sincrético, lo que –desde el punto de vista cultural– se corresponde con las tradiciones legadas por sus ancestrales inmigrantes africanos.²⁰ Sin embargo, la religión fue definida por *Clifford* en 1987**** como la más aceptada, quien la conceptualizó como "un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivacionales en los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivacionales parezcan de un realismo único". A partir de esta definición, el mismo autor señaló que el fenómeno religioso debía ser analizado como un hecho social, ya que "construcción, aprehensión y utilización de las formas simbólicas son todos actos culturales".⁷

Castañeda, por su parte, plantea que los individuos formulan alguna explicación a los fenómenos que les ocurren desde "el complejo de estructuras culturales recibidas, como el sentido común, la ciencia, la especulación filosófica y el mito de que uno dispone para orientarse en el mundo empírico".⁷ Sin embargo, si la explicación de los fenómenos que los preocupan no es satisfactoria, crecerá un gran desasosiego que está presente en todos los niveles intelectuales. En este sentido, la aparición súbita de hechos extraordinarios, como ocurre en el caso de la infertilidad, genera en los individuos una sensación inquietante de que sus recursos cognitivos pudieran no ser suficientes para darle explicación y solución, lo que hace que los individuos se orienten hacia el refugio de fuerzas sobrenaturales. Paradójicamente, este refugio de la pareja en la religión no parece encontrar la forma de evitar el sufrimiento que la infertilidad le genera, sino hace que el dolor y el sufrimiento se hagan tolerables, soportables:

"Yo le cuento que nunca había, ¡eh! nunca había ido a una iglesia (...) ahora le he pedido a Dios que nos ayude a tener ese hijo..." (VICH-M, 36 años, pedagogo, 1 año de estudios y tratamientos).

"...venía en el taxi practicando un verso para la reunión de santeros que tenemos mañana. Me van a hacer una obra para curarme lo de la fístula y también pa' tener hijos" (VISH, 40 años, desvinculado, 5 años de estudios y tratamientos).

Se debe destacar que, tanto la recurrencia a la práctica de creencias religiosas o sincréticas como la utilización de tratamientos naturistas brindados por los curanderos, yerberos, hueseros, etc., funcionan alternativa y simultáneamente con los tratamientos emanados del modelo biomédico.

Llama la atención que, aunque muchas parejas infértiles utilizan alternativamente ambos tipos de tratamiento, siempre o casi siempre, les consultan a los curadores del MMH las posibles reacciones o discrepancias que podría tener el precedente de la medicina natural y tradicional, en relación con el tratamiento brindado por los propios proveedores de salud:

"... y siempre hay que preguntarle al médico, que es el que sabe de verdad. Capaz que te tomes algo y se fastidie el tratamiento..." (VISH, 40 años, desvinculado, 5 años de estudios y tratamientos).

Este fragmento discursivo nos refuerza el criterio de que en Cuba la última palabra sobre el cuidado, conservación y restablecimiento de la salud (específicamente en lo relacionado con la fertilidad), suele buscarse en el saber médico hegemónico. Curiosamente, el fragmento discursivo antes mostrado pertenece a un individuo que refirió ser santero,***** lo cual nos resulta paradójico y ambiguo, dado que ser santero no se trata de alguien que practica la religión como aficionado, sino que ocupa un lugar de prestigio e importancia dentro de la práctica del sincretismo religioso.

Otras alternativas

No sería justo terminar este apartado concerniente a las alternativas que siguen las parejas infértiles para enfrentar el padecimiento que vivencian, si no se habla de la resignación a vivir sin hijos y de la separación definitiva de la pareja. Ambas alternativas dan cuenta de opciones desesperadas ante el problema que vivencian y dejan profundas huellas en el sistema de afectos de las personas que padecen la infertilidad.

La resignación muestra una actitud de renuncia a continuar inmersos en un proceso de atención de salud, pero eso no significa necesariamente que la persona deje de "padecer" respecto a su infertilidad. Vale destacar que ninguno de los varones entrevistados se mostró resignado a vivir una vida futura sin hijos. Por el contrario, ellos se posicionaron con mucha fuerza en la idea de poder lograr, por la alternativa que fuera (incluida la adopción), la posibilidad de tener un hijo.

Lamentablemente una de las alternativas referidas por los varones y utilizadas ante la desesperación y desasosiego que genera la imposibilidad de tener hijos, se dirige a la disolución definitiva del vínculo matrimonial o consensual, en la esperanza de lograr el hijo anhelado con otra compañera:

"Yo estoy esperando un tiempo más, pero si pasado ese tiempo no logro tener el hijo que quiero, tendré que buscarlo con otra mujer" (MICH-V, 36 años, chofer, 5 años de estudios y tratamientos).

"...sí, sí, es muy probable que me separe si no lo logro. Si a mí me dicen que hay una mujer con iguales características a (menciona el nombre de su esposa),***** pero que tiene un útero sano, yo no lo pienso dos veces..." (MISH, 33 años, contador, 12 años de estudios y tratamientos).

Vale destacar que 5 de los entrevistados han pasado, durante el proceso de su padecimiento, por uno o más episodios de disolución en sus relaciones de pareja, donde una de las causas fundamentales, si no es la única, ha sido la presencia de un factor masculino de infertilidad.

En este sentido, es difícil precisar que la separación de la pareja ocurre solamente cuando no quedan alternativas de solución a seleccionar, o sea, es la alternativa de último recurso. Existen estudios en el país,8-9 que refieren que una de las causas de discontinuación en las consultas de seguimiento de las parejas infértiles suele responder a la separación de la pareja.

Aunque no se cuenta con referencias bibliográficas que clarifiquen o expliquen los factores asociados a estas decisiones, podría sugerirse que los niveles de comunicación entre los miembros de la pareja, así como las relaciones afectivas, actúan de manera inversamente proporcional a la decisión de separarse.

Hasta aquí se ha intentado reconstruir las representaciones y significados individuales y/o socialmente compartidos que para los varones de parejas infértiles tienen las alternativas de solución a este problema.

Se concluye que la búsqueda de solución ante la infertilidad ocurre tanto frente al sistema médico hegemónico como frente al sistema médico alternativo-subordinado, donde el primero es el de mayor utilización y preferencia, por el grado de eficacia demostrado en sus tratamientos. El enfoque biologicista que caracteriza al modelo médico hegemónico en la atención a la infertilidad refuerza el sentimiento de que la incapacidad reproductiva es una anormalidad o limitación que hay que corregir. La atención de salud brindada por los proveedores de salud se percibe dirigida a la infertilidad y no a la atención de las parejas que vivencian el padecimiento, o sea, que dicha atención se centra más en los aspectos biológicos de la incapacidad, y no en el balance de estos aspectos, con los de tipo psicológicos y sociales. Las representaciones sobre las alternativas de solución están influenciadas por la edad de la pareja (fundamentalmente la de la mujer), y la presencia o no de factor masculino de infertilidad. Las prácticas fundamentalmente aceptadas fluyen en el siguiente orden: los tratamientos médicos o quirúrgicos, las técnicas de reproducción asistida (de alta y baja complejidad), y restan la adopción de un hijo, la separación de la pareja y/o la resignación de no tenerlo, como las prácticas de menor aceptación. Las alternativas más aceptadas para la solución de la infertilidad son aquellas en las que la concepción ocurre de la manera más fisiológica posible, dado que estas se constituyen en la norma de "lo que debe ser", y se conserva así el supuesto de la "naturalidad de la concepción". La reproducción asistida de tipo heteróloga es percibida por la mayoría de los entrevistados como una "expropiación biológica de la paternidad". La adopción de un hijo es la alternativa de último recurso, considerada como la única variante a la resignación de no tenerlo, fundamentalmente por los temores acerca de las características psicológicas y sociales que pudiera desarrollar este hijo y por las dificultades reales para la adopción en el país.

Anexo. Sistema de nomenclaturas utilizadas para referirse a las categorías de análisis de los entrevistados y distribución de estas según los 14 participantes del estudio

Presencia de factor masculino (exclusivo en el varón)	Presencia de factor femenino (compartido o exclusivo de la mujer)
VISH: Varón infértil sin hijos.	MISH: Mujer infértil sin hijos.
VICH-M: Varón infértil con hijos de la compañera.	MICH-M: Mujer infértil con hijos propios.
VICH-V: Varón infértil con hijos propios.	MICH-V: Mujer infértil con hijos del compañero.
VICH-Ambos: Varón infértil con hijos en común, de la pareja.	MICH-Ambos: Mujer infértil con hijos en común, de la pareja.

Grupos	Con hijos			Sin hijos
	VICH-M 2	VICH-V 2	VICH-Ambos -	
Varón infértil. Presencia (exclusiva o compartida con la mujer) de causa de infertilidad.				VISH 3
Compañero de mujer infértil. Presencia de causa en la mujer.	MICH-M 1	MICH-V 2	MICH-Ambos 1	MISH 3

Summary

The solution to infertility. Representations of a group of males treated for this affection

This article presents some of the results that were attained by the study about the meanings and repercussion perceived from infertility in males treated for this affection at the National Institute of Endocrinology. 14 in-depth interviews were made among males from infertile couples. The information was recorded, transcribed, coded, triangulated and interpreted according to the qualitative research methodology. It was found that the biological approach characterizing the hegemonic medical model in infertility care reinforces the feeling that the reproductive incapacity is an abnormality or limitation that should be corrected, that the attention of the health care providers is perceived as directed to infertility and not to the couples facing this problem, and the representations manifested by the interviewee on the alternatives of solution are influenced by the age of the couple, the presence or not of the male factor in infertility, and the presence or absence of children in one of the members of the couple. Among the main alternatives of the hegemonic medical model are the medical and surgical treatments, the assisted-reproduction techniques and the adoption. The resignation and separation of the couple will be in another model.

Key words: Male identity, gender, infertility, meanings, alternatives of solution.

Referencias bibliográficas

1. Calero JL, Magallanes M, Rechkemmer A, García M. Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este fenómeno desde la perspectiva masculina peruana. *Rev Cubana Sal Públ.* 2003;29(Suppl. 1):48.
2. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Rev Cubana Endocrinol.* 2006;17(1):disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol17_1_06/end02106r.htm
3. Castro R, Miranda C. La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: Algunos hallazgos de una investigación en Ocuituco (México). En: *Varones, Sexualidad y Reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación.* El Colegio de México.1998.
4. Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: *Relaciones de Estudios de Historia y Sociedad.* El Colegio de Michoacán, México.1997;69:239-69.
5. Connell RW. La organización de la masculinidad. En: Valdez TY, Olavarria J (Orgs.): *Masculinidades: poder y crisis.* Santiago de Chile: FLACSO Chile. 1997.
6. Calero JL. Salud reproductiva: ¿Estamos educando bien? *Rev Sexol Soc.* 1999;5(3):33-5.
7. Castañeda E, Bustos HH. La ruta del padecer en mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatol Reprod Hum.* 2001;15(2):124-32.
8. Padrón RS, Hernández AJ, Más J, Valdés F, Seuc A. Causas de discontinuación del seguimiento de

- las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de la fertilidad. *Rev Cubana Endocrinol.* 1997;8(3):208-16.
9. Hernández AJ, Padrón RS, Más J, Valdés F, Seuc A. Seguimiento de parejas infértiles durante 2 años. *Rev Cubana Endocrinol.* 1997;8(2):126-34.
 10. Hardy E, Makuch MY. Gender, infertility and ART. En: Report of a WHO Meeting. Geneva. 2002:272-80.
 11. Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF-and ICSI- treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:42-8.
 12. Laffont Leke RJ, et al. Regional and geographic variations in infertility: effects of environmental, cultural and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives.* 1994 (Suppl 2):73-80.
 13. Collins A, Freeman EW, Boxer AS, Tureck R. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril.* 1992;57(2):350-6.
 14. Boiving J. Psychological reactions during in vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction.* 1998;13(11):3262-7.
 15. Andrews F, Abbey A, Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of health and social behaviour.* 1991;32:238-53.
 16. Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of psychosomatic Research.* 1992;36(5):459-68.
 17. Wright J. Psychological distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril.* 1991;55(1):100-8.
 18. Guerra D. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reprod.* 1998;13(6):1733-6.
 19. Benazon N. Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertility couples. *J Sex Marit Ther.* 1992;18(4):273-84.
 20. Álvarez L, Calero JL, León ME. Percepciones y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres. La Habana. Publicaciones Azucareras. 2004:36.

Recibido: 20 de enero de 2006. Aprobado: 15 de abril de 2006.

MSc. *Jorge Luis Calero Ricardo*. Instituto Nacional de Endocrinología. Zapata y D, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. Email: jorge.calero@infomed.sld.cu

* [Momento en que la información expresada por los participantes deje de aportar elementos novedosos.](#)

** [Aparecen las siglas en inglés porque así es como se conocen estas técnicas internacionalmente.](#)

*** [La exposición física del varón estaría aumentada en el caso de realizarse la TRA por medio del ICSI, toda vez que habría que hacerle una biopsia testicular al varón con el fin de recuperar algún espermatozoide. Esta técnica se realiza en casos de pacientes con azoospermia u oligozoospermia severa, fundamentalmente.](#)

**** [Citado por Elena Castañeda.7](#)

***** [Designación que se le otorga a la persona que ha recibido a un Santo en su cabeza. Es un ritual que responde a las tradiciones culturales africanas. Ser santero le permite a la persona un espacio de respeto y prestigio dentro del círculo religioso, por los poderes y saberes que recibe \(criterio del autor\).](#)

***** [Por razones éticas no escribimos el nombre referido por este participante.](#)

[1 Lic. en Educación. Investigador Agregado.](#)

[2 Especialista de II Grado en Endocrinología. Investigador y Profesor Auxiliar.](#)

[Índice Anterior Siguiente](#)