



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

 Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## **TRABAJO FINAL DE GRADO: MONOGRAFÍA**

**La construcción del deseo de tener un hijo ante la infertilidad**

**Estudiante: Andrea Karina Gordano García  
4.960.863-5**

**Tutora: Mag. Verónica Pérez Horvath**

**Montevideo, Febrero 2017.**

## Índice

<u>Resumen.....</u>	<u>pág. 3</u>
<u>Introducción.....</u>	<u>pág. 4</u>
<u>1). El lugar del hijo desde una perspectiva social.....</u>	<u>pág.6</u>
1a). El significado del hijo en diferentes épocas y culturas: .....	pág.6
1b). El significado de la maternidad en las distintas épocas.....	pág.8
1c). El lugar del hijo y la maternidad en la actualidad.....	pág. 11
1d). Maternidad hoy, las nuevas tecnologías disponibles y los nuevos roles de la mujer .....	pág. 11
<u>2).El deseo de tener un hijo.....</u>	<u>pág. 13</u>
2a). La construcción del concepto de Deseo en Freud.....	pág. 13
2b). De la sexualidad de la niña a la maternidad según Freud.....	pág. 15
2c) Postura Lacaniana.....	pág. 19
<u>3).Infertilidad.....</u>	<u>pág. 22</u>
3b). Causas biológicas de la infertilidad.....	pág. 23
3c). Causas sociales de la infertilidad que impactan como causas biológicas.....	pág. 23
3d). Dejarlo para después.....	pág. 24
3e). Las técnicas de reproducción asistida.....	pág. 25
3f). Las Fantasías de la maternidad y paternidad en concepciones de reproducción asistida...pág.	26
3g). El poder del médico en reproducción asistida en Uruguay .....	pág. 27
<u>4). Reflexiones finales y conclusiones.....</u>	<u>pág. 30</u>
<u>5). Referencias bibliográficas.....</u>	<u>pág. 33</u>

## Resumen

En el siguiente trabajo monográfico se encontrará una revisión bibliográfica sobre cómo se podría crear el deseo de tener un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad. El primer capítulo comprende el lugar del hijo desde una perspectiva social, incluyendo diferentes épocas y culturas, la creación del concepto de infancia y de maternidad, y por último la maternidad actual atravesada por la tecnología. Para ello se utilizarán historiadores, investigadores y normativas de salud pública.

En el segundo capítulo se abordará desde textos Freudianos, cómo surge del deseo de tener un hijo en la niñez y su influencia en la adultez. Este también comprende una postura Lacaniana que modifica algunos conceptos Freudianos. Para ello se tomaron textos de Lacan, y de Bleichmar entre otros; cerrando el capítulo con lo que significa tener un hijo para Mannoni

En el último capítulo se encuentra la definición de infertilidad y las diferentes causas; extraído de las normativas del MSP, y de investigadores contemporáneos como lo es Brugo, y Fernández. En este capítulo se encontrarán los posible tratamientos de reproducción asistida en Uruguay, y las fantasías que puede tener concebir un hijo bajo las mismas. Para cerrar se trabajó el papel del médico Uruguayo en esta área.

Como cierre se concluyen estos conceptos dando visibilidad a cómo se relacionan, conformando el deseo de tener un hijo bajo el diagnóstico de infertilidad.

**PALABRAS CLAVES: INFERTILIDAD, HIJOS, MATERNIDAD, DESEO.**

## Introducción

Día a día mujeres llegan a los consultorios en búsqueda de respuesta a una demanda que no han podido satisfacer; una de cada seis parejas consulta porque requiere de asistencia para poder concebir un hijo (Brugo, Chillik, Kopelman, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS, S/F) determina la infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo en personas que mantienen relaciones sexuales sin protección, pasado los doce meses sin éxito,<sup>1</sup> y determina que las personas deben poder elegir conscientemente la cantidad de hijos y el tiempo en el cual tenerlos.

En el presente trabajo monográfico se dará cuenta a través de una revisión bibliográfica, de cómo las mujeres heretosexuales en pareja, podrían construir el deseo de tener un hijo cuando existe un diagnóstico de infertilidad.

Este trabajo está organizado en tres capítulos. En el primer capítulo se pretende hacer un pequeño recorrido histórico que permita entender cómo se ha llegado a la construcción actual del lugar que ocupa el hijo; para ello me parece importante dar visibilidad al lugar que este ha tenido a lo largo de la historia. Se utilizarán autores de distintas disciplinas, como por ejemplo, historiadores e investigaciones contemporáneas donde se indaga qué función han tenido los hijos/as para los padres, y se observan diferentes aspectos generales de la relación padre/madre-hijo/a.

¿Cómo se construye el querer tener un hijo a lo largo de la historia de una mujer? Para poder pensar en ello hay que tener en cuenta el peso social que recae sobre ella, visto que por mucho tiempo mujer y madre han sido utilizados como sinónimos por la sociedad. En el segundo capítulo, se pretende pensar el deseo de ser madre desde una mirada psicoanalítica a través de los aportes de Freud, haciendo referencia a la teoría del complejo de Edipo, junto con autores como Lacan y otros más contemporáneos que dan cuenta de la relación de la sexualidad con la creación del deseo de tener un hijo. Posteriormente en el tercer capítulo, después de desarrollar lo que refiere al lugar que ha tenido el hijo y a su significado en la mujer, se abordará lo que refiere a la demanda de hijo sin lograr tener éxito. Específicamente, lo que refiere a las mujeres heterosexuales con pareja que buscan tener hijos y que no logran hacerlo. Entre la multiplicidad de obstáculos que podemos encontrar para la concepción, están los hijos buscados, en un tiempo donde el cuerpo de la mujer ya no se encuentra en su momento más fértil.

Si bien la medicina ha logrado métodos de proceder impensables como la creación de un hijo sin la necesidad de tener relaciones sexuales, aun cabe la posibilidad de que los tratamientos no logren tener éxito en determinados casos. Para dar cuenta de esto se utilizarán determinados conceptos médicos y

---

<sup>1</sup>Organización Mundial de la Salud.(s.f.) Definición de infertilidad. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

se explicaran los procedimientos que se realizan en la medicina avanzada para poder satisfacer este pedido.

Si bien cada vivencia es particular y está cargada de la experiencia que cada persona tenga en su pasado como hijo o como padre, se pretende tomar como pregunta central: ¿cómo se vinculan el mandato social, la construcción psíquica del sujeto desde su infancia sexuada y el pedido de tratamiento de la infertilidad en la adultez?

¿Cómo ese deseo está determinado por lo sociocultural? Todas estas interrogantes se intentan responder a lo largo de este trabajo, a través de una pertinente búsqueda bibliográfica y la reflexión y análisis de lo que la bibliografía aporta en relación a la temática.

## 1). El lugar del hijo desde una perspectiva social

En este primer capítulo, se realizará un pequeño recorrido sobre algunos de los aspectos más significativos para entender cómo se ha realizado esta construcción social del valor y el lugar que posee el hijo. Se entiende en este trabajo la importancia de considerar el lugar del hijo desde lo social porque su lugar es clave para pensar cómo se construye el deseo de tener un hijo en la actualidad, sobre todo el peso social que tiene para una mujer que no puede tener ese hijo.

### 1a). El significado del hijo en diferentes épocas y culturas:

En la antigüedad, en 2300 a.c, encontramos en los registros, la importancia que la religión otorgaba a los hijos. Por ejemplo, en Egipto, el primer hijo independientemente de su sexo, era el que aseguraba a los padres la realización de ritos funerarios. Es decir, los padres quedaban habilitados a ejercer ese derecho a cumplir determinado rito, ya que usaban su primer hijo/a como un objeto de culto a sus Dioses, donde el sacrificio de la vida de estos hijos era considerado, en ese entonces como un acto honorífico para las madres. Se creía además que los hijos aun siendo pequeños eran trabajadores y podían ir a la cárcel. También era algo de la cotidianeidad que los padres abandonen a sus hijos, librados al azar, algunas veces refugiados por animales, (Delgado, 1998).

Tomando el Código de Hammurabi creado en Babilonia, que data de los años 1700 a.c aproximadamente, se puede ver cómo operaban las mujeres que no podían tener hijos con sus maridos. En tal caso, el código 144, 145, 146 y 147 prescribía que, una mujer que no diera hijos a su esposo podría ofrecerle una esclava que si pudiera procrear un hijo con él. Si ésta lograba tener un hijo, podía quedarse como esclava, pero en caso de que no tuviera éxito la mujer que la compró podría venderla. (Franco, 1962)

En el siglo VIII a.C en la Grecia antigua “los niños, como todos los hombres, dependían del Estado, quien decidía todo sobre el destino de su vida. Sin duda el modelo ideal que seguían consideraba inútil y sin ningún valor la etapa infantil” (Levin 2000, p.25). Ello iba desde la elección y clasificación de los niños que merecían vivir, la formación pre-militar y luego militar de los varones fuertes. Por otro lado, la niña era formada para concebir más hijos para el Estado. El Estado nombraba a sus ciudadanos como hijos y estos lo reafirmaban nombrando al Estado como padre. Si bien la infancia era considerada un momento evolutivo, se le otorgaba muy poca importancia a la misma. Sin embargo, ya en la época, se encontraron algunas consideraciones importantes con Platón y Aristóteles que tomaban en cuenta a la

infancia como tal, y sugerían que estos pequeños ciudadanos debían poder jugar hasta los seis años. (Levin, 2000.)

En lo que corresponde a Roma se implanta la familia, patriarcal. Levin refiere a la misma como:

El padre tenía poder sobre la vida y la muerte de los hijos, podía venderlos como esclavos en territorio extranjero, podía azotarlos, desterrarlos, darles muerte, también tenía derecho a abandonarlos con cualquier pretexto (era el destino de muchos niños "bastardos"). El hijo era propiedad absoluta de su padre, quien podía responsabilizar a sus hijos de sus propios actos delictivos que él no quería asumir. (2000, p.28)

Esta descripción nos permite ver de una forma desmesurada cómo el padre podía tratar a su hijo en estos tiempos y pensar en la posición de éste frente al hijo, como si fuera un objeto y no un sujeto de derechos, con un desapego muy grande hacia el mismo. No se debe olvidar que además de que no había una concepción de lo que era el niño (como un ser que vive una etapa diferente del adulto), la mortalidad infantil tenía una tasa extremadamente grande, (Ariés, 1981) lo que deja en evidencia en forma más precisa la frialdad con la que se miraba al niño.

El hijo era visto como objeto, como una herramienta que se utilizaba a conveniencia del padre hasta el momento en que se casara y tuviera sus propios hijos. Según lo desarrollado hasta aquí, se puede ver que existía una ambivalencia en lo que refiere al lugar que tenía el hijo en la vida de los adultos en el momento de la procreación y el lugar que ocupaba luego como niño, dado que en esta etapa sufrían un alto grado de violencia, algunos hasta llegar a la muerte.

La figura del niño como adulto en miniatura se mantiene durante un periodo muy extenso en la historia. Philippes Ariés (1981) lo trae en el segundo capítulo de su libro *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* donde realiza un análisis de la historia de cómo se construye el concepto de infancia, a través de las pinturas que se realizan en el correr del tiempo, lo cual nos permite ver cómo es visualizado el niño y pensar el simbolismo que tiene para los padres de esa época la llegada de un hijo.

De alguna forma, el hecho de que los niños no fueran pintados como tales sino como adultos en miniatura (en las pocas pinturas que llegaba a aparecer), reflejaba que había una mirada diferente en la sociedad en lo que a ellos refiere, y deja en evidencia que la idea que tenemos en la actualidad de niño no es traída desde lo biológico, sino por el contrario es una construcción netamente social. Ariès desprende de este análisis la concepción y descripción de los niños que pronto eran introducidos y considerados como adultos en lo que refiere al trabajo (Levin, 2000), y la formación como seres sociales; pero por otro lado, dada la alta tasa de mortalidad infantil, éstos ni siquiera tenían el derecho a estar en la lista de los muertos hasta el siglo XVI (Ariès, 1981). Sin embargo, el hecho de que en esta época se mirara al niño como adulto pequeño según las interpretaciones de Ariès, no hacía que éste tuviera los derechos del adulto pero sí las obligaciones.

Con el cristianismo la historia del niño da un vuelco interesante, se entiende que éste comienza a verse como un ser puro e inocente. Jesús será la representación de Dios, es decir, éste pondrá su

cuerpo para representar a su padre, siendo el único merecedor de ser retratado por ser el hijo de Dios. El hecho se convierte en todo un símbolo que va a trascender desde la época hasta nuestros días (Levin, 2000). Pensando también en las cosas que tienen en común padre e hijo, los rasgos físicos que pueden heredarse, la forma de moverse ante el mundo es aprendida por los padres. El hijo es la herencia, es su creación biológica y/o cultural.

Es entonces que empieza a emerger la sensibilidad hacia los niños, influenciada por la presencia de la religión cristiana, quien considera no solo a los niños como persona sino la inmortalidad de su alma. El niño pasa a ser un gran modelo de las pinturas de la época, en las cuales aparece solo, con más niños, con adultos, entre otros. La particularidad de estas pinturas era que tenían un aspecto tierno y que se relacionaban por lo general con las madres. (Aries, 1981)

A partir del siglo XVII, el niño comienza a tener un lugar diferente en la sociedad, se buscará la forma de protección de éste. Según Levin (2000), el cambio viene impulsado entre otras cosas también por la medicina, que con el fin de establecer pautas para una buena higiene sugiere formas de crianza que se introducen en la formación de la familia burguesa. Este movimiento crea, en la familia, el lugar de madre para la mujer, que será reconocido en la sociedad. Un aspecto importante a destacar de dicho autor y que se vincula en capítulos posteriores que se desarrollan en esta monografía, es el peso que tiene la palabra de la medicina en la mujer, lo cual se refleja en la manera en que ella seguirá sus pasos. Levin (2000) lo denomina como lo que posteriormente será tomado por el “funcionamiento materno”.

En el capítulo 3 se desarrolla con más claridad cómo la medicina solidifica el poder sobre la familia hasta nuestros días.

### 1b). El significado de la maternidad en las distintas épocas

Como se ve en el apartado anterior la infancia comienza a construirse como concepto social, y como etapa evolutiva y diferenciada del adulto, frente a la sociedad. Junto con ella la madre también se verá afectada por el peso de la religión, dando lugar a la construcción del concepto de la maternidad (la misma será apoyada por las normas que la medicina plantea siglos después), donde a partir de los términos padre y madre utilizados en la Iglesia, se crea una idea de maternidad vinculada a la espiritualidad (Palomar, 2005).

Este nuevo espacio de la maternidad será un nuevo determinante para la vida de la mujer, quien en el “siglo XIX sólo existía socialmente a partir del momento en que se casaba; toda su educación, de niña y de joven, la predestinaban a ese puesto, sólo con el matrimonio y la maternidad ocupaba el espacio privado y público” (Levin 2000, p. 37). Momento en el cual se forma una modalidad de patriarcado donde el estatus de la mujer es el de pobre y dependiente del marido.

Con respecto a ello, Farias (2014) plantea que esta función de tener hijos, persiste hasta hoy día para la mujer y se sigue construyendo a través del mandato social, se mantiene arraigada esa imagen de

mujer, donde en el origen de la vida según el Cristianismo ya se nace con el pecado original (donde Adán y Eva comen del fruto prohibido) que determina que el castigo de toda mujer es parir con dolor. Al no cuestionarse el hecho de que la mujer deba tener hijos, determina que el tener hijos, sea parte de la “esencia” de una mujer. En el mismo sentido, la autora señala que “Al ser un castigo, las mujeres lo asumen como tal y se ven compelidas a cumplirlo. Es así que muchas mujeres acceden a la maternidad sin dudar de su carácter de imposición social” (Farías, 2014, p.42).

Si bien la fertilidad ha sido asunto de relevancia en épocas prehistóricas, es notorio que como maternidad (en tanto surge la imagen de la madre como la virgen María) tiene un vuelco interesante, con el cristianismo, (cuando se comienza a dar visibilidad a la idea de niñez más aproximada a la concepción actual). La maternidad es considerada de carácter único e independiente del contexto, la idea de amor e instinto maternal hacen pensar que eso siempre fue sentido y vivido por las madres. Esta concepción se instaura como arraigada al sujeto, como ente universal atravesando el tiempo y el espacio (Palomar, 2005)

La relación madre-hijo/a pasa a un plano diferente, donde la frialdad extrema ya no es partícipe de esta relación, sino que se empieza a construir la idea de la mala y la buena madre a través de juicios que se ven reflejado hasta nuestros días.

No basta con traer hijos al mundo, hay que saber cómo hacerlo, hay que ser buena madre. El discurso que habla de las madres negligentes, aquellas que por ejemplo descuidan a sus hijos, los rechazan, los abandonan, denota la custodia sobre dicha labor. Como es posible visualizar, mantener conformes a los vigilantes de las crianzas de niños no es un tema simple, sobre todo porque implica la fiscalización de las mujeres en tanto madres. (Molina, 2015, párr. 25).

La idea de la mala madre da cuenta de cómo la universalidad, el instinto maternal, no existe como un hecho naturalmente biológico, sino una construcción social. Es decir, con el hecho de la imagen de madre María virgen y buena, la madre comienza a vincularse con bondad a su hijo, con ternura, como lo hizo María con Jesús. Por otro lado, las mujeres que abortan o maltratan a sus hijos serían malas madres, pero darían cuenta de que esta universalidad no existe.

En América, el lugar o la función que tienen los hijos era distinta a como se daban las relaciones en Europa, aunque debido a la colonización hubieron formas de relacionamiento que se trajeron:

La infancia era algo más que un hecho biológico: era un asunto cultural. La conciencia sobre la importancia de la reproducción y el crecimiento del grupo humano implicaba un estatus de protección para la mujer embarazada y para los niños y niñas. Esto se traducía en ceremonias y ritos que festejaban el embarazo y nacimiento, y en algunas sociedades prehispánicas hubo importantes consideraciones para con la educación de los niños y niñas. (Golte et al, 2007) (Castillo 2015, p. 98).

Existía una diferencia en cómo vivían y eran tratados los niños en Latinoamérica dependiendo de si

eran mestizos, negros, blancos, indios, etc. (Rodríguez y Mannarelli, 2007, en Castillo, 2015) La diferencia que había entre estos niños, buscaba poder favorecer a los colonizadores europeos que llegaban a América Latina, para que todos los habitantes fueran funcionales a la corona (Martínez, 2006, en Castillo 2015). Florentino y Goes (2007) plantean un claro ejemplo de cómo la reproducción tenía un propósito de utilidad, en este sentido, la reproducción de hijos de esclavos suponía más esclavos para la propiedad de su dueño (Castillo 2015).

Con la declaración de la Independencia de los pueblos Latinoamericanos, se comienza a pensar al niño como un ser vulnerable que necesita protección, buscando un cambio en la calidad de vida de los habitantes, dando lugar con esto a la pediatría moderna y las nodrizas para todos los niños. Además de la educación curricular en la escuela, ésta se encargaba de enseñar hábitos de una buena alimentación, higiene y protección para los niños, lo cual desembocaba en una educación también hacia la madre, enseñándole estas mismas prácticas para que fueran aplicadas fuera del ámbito escolar. (Rodríguez y Salinas, 2007, en Castillo, 2015).

En la obra *Historia de la sensibilidad en el Uruguay* de Barrán (2004) se puede observar un ejemplo de cómo cambia el trato que los padres tenían hacia sus hijos, en busca de la protección a partir del año 1870 aproximadamente. Partiendo de un contexto de violencia, que se ejercía a través del castigo en el cuerpo de los hijos, donde además los padres exigían que se ejerciera en las instituciones educativas, con la creencia de que se aprendía de esa forma. En el intento por lograr un cambio hacia la civilización por parte del poder jurídico gobernante, se cambia el castigo físico que se practicaba en las escuelas por el castigo del alma: intimando al niño, dejándolo parado por horas, reteniéndolo al finalizar el horario escolar. En el año 1868 el tema del castigo físico llega al código civil, en donde se establece un límite a los padres, lo cual consideraba que si los padres ponían en riesgo la vida de sus hijos en tal acto podían llegar a perder la patria potestad. Por parte de los padres, si las “correcciones” moderadas parecían poco (para los actos que realizaban sus hijos) los padres podían pedir al juez su detención, la cual podría llegar a extenderse hasta el mes.

Pero esta autoridad era “bárbara” no sólo porque la organización familiar fue patriarcal; la cuota tan alta de castigo físico que incluía nos debe alertar. La autoridad del padre, como la del Estado “bárbaro”, se creía y se quería basada más en el temor y el respeto que en el cariño o la adhesión sentimental de los hijos a los padres y de los súbditos de la nación. (Barrán. 2004, pág.79-80, párr. 3)

Dentro de la estructura patriarcal la mujer se casaba tempranamente y vivía para su esposo y sus hijos, el hombre generalmente era mayor “un hombre maduro” y con el que tenía muchos hijos, siendo 11 el promedio. La mujer, a causa de tantos embarazos, se debilitaba y llegaba rápidamente a la muerte. También era frecuente ver mujeres viudas dada la diferencia etaria que había con sus maridos (Barrán y Nahúm 1990).

Matrimonio y fecundidad eran sinónimos, la mujer madura corría el riesgo de ser infecunda. Si había probado la fecundidad y su estado era la viudez, sociedad e Iglesia no veían con buenos ojos la vuelta a la vida matrimonial de quien ya había cumplido su rol de madre (Barrán. 1990 pág. 28).

La cita mencionada anteriormente denota que la relación de la maternidad con el matrimonio no solo estaba fuertemente ligada, sino que era un determinante para la vida de la mujer; de esta forma se visualiza como en Uruguay había un mandato muy fuerte donde la mujer debía tener hijos.

### 1c) El lugar del hijo y la maternidad en la actualidad

El lugar de la mujer se ve modificado junto con el rol de madre gracias a algunos de los cambios que se han realizado a nivel social, se ha requerido que la mujer pueda y muchas veces deba salir de su casa y trabajar fuera de la misma, cambiando paulatinamente los roles que desempeñaba anteriormente, en donde el padre era el portador del dinero y la madre criaba a los hijos en la casa, se llega incluso a que el varón realice los quehaceres de la casa y la mujer esté afuera todo el día. (Pineda. 2000, en Mora. et al, 2005)

Eso obliga y permite que la mujer deba tener una formación previa lo cual atrasa entonces la maternidad, y la lleva a tomar ese lugar de trabajo dentro y fuera de la casa, y esa responsabilidad de criar a los hijos, en los casos en que el hombre se mantenga como un trabajador. Este mandato se comienza a ampliar, donde no solo tiene que tener hijos, sino que tiene que tener buenos ingresos, ser independiente, formarse profesionalmente, estar estéticamente dentro de los patrones de belleza.

Para las mujeres de la clase media, el trabajo fuera de su hogar representa una ayuda familiar, una satisfacción personal, una forma de reafirmar la identidad y de obtener reconocimiento. En los sectores populares, las mujeres trabajan por necesidad y porque eso les genera cierta independencia económica, además de una valoración de su imagen y estima. (Torres. et al, 2008, p.34)

Se podría pensar que tanta exigencia genera sentimientos ambivalentes. Para reflexionar en ello se abordan los sentimientos de los padres actuales.

En una versión actualizada del lugar del hijo, desde la mirada de los padres, encontramos testimonios que traen muchos aspectos negativos, que sienten que les otorga la maternidad/paternidad como el sentimiento de peso, de responsabilidad. Por otro lado destacan el orgullo que sienten al poder ser capaces de crear, gestar y parir un ser. Lo describen como una sensación increíble, donde aún sin tener experiencia, vivencian el asombro de crear un a nuevo sujeto que llevará parte de sí. Con respecto a la responsabilidad, se le adjudica sobre todo a la mujer ese lugar que tradicionalmente se le ha dado desde tiempos remotos que son los quehaceres domésticos, pero sumando ahora no solo el procrear sino también el criar y ayudar si es posible de forma económica; ya que el varón jefe de familia es quien aporta la mayor parte del dinero. ( Torres. et al, 2008)

### 1d). Maternidad hoy, las nuevas tecnologías disponibles y los nuevos roles de la mujer

En todas las épocas hubo estrategias para cumplir el mandato social de tener hijos; desde las

creyentes que realizaban ritos para poder tener hijos, la compra de esclavas, el adulterio, la adopción. En la actualidad la tecnología se suma como una estrategia. Así entonces, con la hipermodernidad<sup>2</sup>, la mujer en su mayoría se encuentra desempeñando una variedad de roles. Es decir, se forma para la vida laboral exitosa, contribuye económicamente en los gastos de la casa, se encarga de la casa y de su pareja y además debe tener hijos y si es posible encargarse de su cuidado. Esto permite visualizar, cómo transgeneracionalmente la función de la mujer ha sido siempre tener hijos independientemente de la cantidad de roles que tenga.

Con las nuevas tecnologías disponibles tanto para la concepción como para el desarrollo del embarazo, entre las cosas que se pueden realizar, se puede hacer un seguimiento más nítido del crecimiento del bebé, lo cual permite pensar en la posibilidad de que la mujer vivencie la gestación que estaba llevando adelante de una manera diferente, ya que realiza un control de su desarrollo. Esta nueva posibilidad de pensar a la mujer embarazada de dicha manera, también habilita a reflexionar sobre otras épocas donde la mujer no disponía de estas tecnologías, utilizaba la fantasía para anticipar al hijo.

El Ministerio de Salud Pública (2007) en su Normativa de Atención a la Mujer Embarazada dictamina que se realice en el primer o segundo trimestre una ecografía para corroborar la edad gestacional. Este hecho que parece ser tan rutinario hoy día y de prevención, hace que la mujer pueda visualizar cómo se gesta su bebé, con esta información se puede fundamentar la hipótesis planteada en el párrafo anterior

Esta normativa, permite mediante las ecografías recomendadas (no obligatorias), realizar un seguimiento de su gestación para con ello descartar determinadas patologías, siendo así la ecografía de translucencia nucal o la estructural las más recomendadas que permiten seguir el crecimiento, dando cuenta cómo se van formando los órganos y escuchar cómo late el corazón del bebé. Por último, tenemos las ecografías 3D y 4D que permiten ver al bebé con todos los movimientos.

Así llegamos al día de hoy donde cuando se le pregunta a la mujer el porqué de tener hijos, los testimonios concluyen:

Los hijos, para algunas madres, son parte de su esencia y existencia, de su realización personal. El motivo de los afectos y la razón de la felicidad. A ellos se les otorga, con respecto a la propia vida de la mujer madre, un sentido de completitud, continuidad, orientación para la vida, proyecto de vida. La vida sin ellos se plantea como otra diferente a la vida que comienza a ser a partir de los hijos. Dicho de otro modo, a partir de los hijos se vive una plenitud de esencia, de ser. (Mora, et al, 2005, p. 126).

---

<sup>2</sup> En la crítica a la los *Tiempos acelerados y espacios nómades de la hipermodernidad. Reflexiones abiertas* de Araujo y Cardozo (2016) se puede entender lo que implica vivir en la hipermodernidad donde su máxima expresión se encuentra en la aceleración. “El encuentro profundo con el otro se desdibuja y aparece mediatizado por dispositivos de alta gama tecnológica generando un simulacro cuasiperverso de vínculos difusos. La aceleración se va transformando con el ritmo de la vida cotidiana y de la evolución de las nuevas tecnologías en una dispersión y disociación temporal.” (p.212) Las autoras señalan que la hipermodernidad destruye la sensación de solidez y de seguridad, dejando en su lugar miedo a la pérdida, vulnerabilidades, generando ansiedad y angustia.

### 3). El deseo de tener un hijo

En base a textos Freudianos, se realizará un recorrido en este capítulo, destacando elementos que son importantes de tener en cuenta para poder pensar cómo surgiría para el psicoanálisis el deseo de tener un hijo. Para ello se definirá lo que es Deseo según Freud. Cuando hablamos de deseo desde el psicoanálisis hablamos de deseo inconsciente, el cual irá en conjunto con de la sexualidad del sujeto. Se pretende poder hacer una lectura psicoanalítica para poder entender ¿cómo es que se construye la idea de tener un hijo? ¿Es una idea que se construye desde la niñez? ¿Éste es un deseo de todas las mujeres? y ¿cómo se relaciona la idea de tener un hijo con la sexualidad?, sabiendo que la subjetividad de cada persona terminará de formular el deseo. En este recorrido se destacan algunos puntos esenciales de Lacan y de algunos autores más contemporáneos que ayude a formular las respuestas a estas interrogantes desde una perspectiva más próxima a la actualidad.

#### 3a) La construcción del concepto de Deseo en Freud

El concepto de deseo de Freud se formaliza a partir del análisis de los sueños. Este plantea que los sueños vehiculizan deseos, e hipotetiza que los sueños son el cumplimiento de deseos.

Freud (1900/1984b) se plantea dos tipos de deseos: los deseos que se encuentran en el preconscious, y los deseos que pasan del preconscious al inconsciente. Propone que el deseo consciente deberá tomar energía de un deseo inconsciente para poder formar un sueño. Al llegar a este punto aclara que:

*“El deseo que se figura en el sueño tiene que ser un deseo infantil. Por tanto, en el adulto proviene del lcc; en el niño, en quien la separación y la censura entre Pcc e lcc todavía no existen o sólo están constituyéndose poco a poco, es un deseo incumplido, no reprimido, de la vida de vigilia. (Freud 1900/1984b, p.546 párr. 1)*

Para profundizar un poco más en la noción de deseo de la concepción Freudiana, resulta ineludible remitirse al primer deseo o deseo originario. Freud comienza entonces describiendo como la necesidad del bebé es continua hasta ser satisfecha y mientras eso no ocurre se manifiesta a través del llanto. Es decir, ante la necesidad de alimentarse el bebé siente displacer, llorando expresa ese displacer que le causa esta energía. Es entonces cuando acontece la primera “vivencia mítica de satisfacción”, lo que calmará esta excitación interna, a través de esta primera experiencia:

imagen mnémica queda, de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación

producida por la necesidad. La próxima vez que esta última sobrevenga, merced al enlace así establecido se suscitará una moción psíquica que querrá investir de nuevo la imagen mnémica de aquella percepción y producir otra vez la percepción misma, vale decir, en verdad, restablecer la situación de la satisfacción primera. Una moción de esa índole es lo que llamamos deseo; la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo, y el camino más corto para este es el que lleva desde la excitación producida por la necesidad hasta la investidura plena de la percepción. Freud (1900/1984b, p.557 párr 2)

El deseo es justamente esta moción y que se vuelva a presentar esta percepción es lo que Freud va a denominar como cumplimiento de deseo, y es lo que el sueño buscará permanentemente. El deseo va a ser el motor de nuestros movimientos, y nuestro psiquismo se inaugura gracias a este hecho.

Para comprender de dónde surgen las ganas de tener un hijo, desde una visión psicoanalítica, tanto de los hombres como de las mujeres, debemos remitirnos a la historia del sujeto. El mismo no recuerda parte de su infancia sobre todo en lo que refiere a su etapa inicial, resultado de lo que Freud va a nombrar como amnesia infantil. Hace mención a la misma entendiéndola que la represión actúa sobre las representaciones que algunas vivencias dejaron, para que no tengan acceso a la conciencia, pero así mismo esta marcará profundas huellas que serán parte del inconsciente y que construyen el psiquismo. (Freud, 1905/1978a)

Para la época del 1900 Freud presenta como algo meramente innovador la sexualidad infantil; desarrolla la idea de un niño que vivirá esa etapa de forma auténtica, sin represión. Es decir, se presenta una forma perversa polimorfa, donde el niño estará atravesado por la sexualidad desde su nacimiento y esta va tomando diferentes destinos bajo la forma de pulsión en el cuerpo. En esa instancia el asco, la vergüenza y la moral no tienen lugar aun en el niño. Plantea entonces que este niño tiene sexualidad y que hay zonas en el cuerpo que dan lugar a ser erotizadas, produciendo excitación. (1905/1978a) En esta etapa de la sexualidad del sujeto sus pulsiones parciales no responden a los genitales como una primacía. (Freud, 1923/1984e).

El deseo de concebir un hijo no se crea en la adultez, sino que desde la infancia los niños también experimentan deseos de tener hijos, y esas son huellas que crearán marcas en nuestro inconsciente, hasta llegar a recrear esta idea, sumándole además otros acontecimientos vivenciados en el correr de la vida. Pero cuando son niños vivencian estas ganas de tener hijos, y lo manifiestan a través de las denominadas teorías sexuales infantiles. Imaginan cómo se crean, cómo se gestan y cómo se paren, tomando como referencia lo que les pasa en ese momento psicosexualmente<sup>3</sup>. Por ello es fundamental comprender la etapa inicial del sujeto, sobre todo lo que respecta a su sexualidad.

En lo que respecta a la conformación del psiquismo, en el infante, el yo no tiene lugar aun en él, por ende, el narcisismo todavía no se construye: “las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya” (Freud 1914/1984d, pág. 74, párr. 3). Por consiguiente, se entiende que el bebé constituye el

---

<sup>3</sup> Freud las describe en el capítulo Sobre las teorías sexuales infantiles publicado en 1908 dentro del Volumen número 9, *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras.*

delirio de grandeza, sumado del extrañamiento del mundo exterior, en el tiempo en que éste va conformando su yo.

Al conformarse el yo se verá investido por la energía sexual (libido), la cual se divide entre la libido yoica (la energía sexual que inviste al sujeto) y la libido de objeto (energía sexual que inviste a los objetos de amor). En su comienzo, estas energías son indiscriminables hasta que llega al enamoramiento hacia los objetos de amor, que en primera instancia será protagonizado por la madre pero que puede cumplirlo la persona que oficie como tal. Siendo así, Freud diferenciará lo que se llama narcisismo primario y narcisismo secundario que acompañará al sujeto durante toda su vida, y que básicamente se trasladará gracias a la energía sexual (Freud, 1923/1984e). De esta manera se entiende que: “El narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo. El narcisismo secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales.” (Laplanche y Portalis, 1996, pág. 230)

En el autoerotismo la primera zona que se propone son los labios, en el chupeteo, ello quiere decir que el bebé sólo quiere que su cuerpo reciba placer, primero siente placer al recibir la leche materna, pero por otro lado comienza a sentir en sus labios un placer diferente que empezará a tomar como su primera zona erógena. (Freud, 1905/1978a). Es así que en el juego con la teta, el bebé quien ya no tiene más hambre, empieza a separar ambas cosas.

Esta fase oral que vive el bebé da paso a la siguiente zona erógena, que es la zona anal. En esta fase también una función básica y necesaria va a estar sexualizada, en este caso la retención de heces, donde aprende a manipular su expulsión. El hecho de que en los niños pasen por alteraciones en los intestinos también provoca grandes excitaciones. La producción intestinal es obsequiada a la madre como un regalo preciado. Otra de las fases por la que atraviesan los niños es la llamada fálica, donde los genitales toman primacía como zona erógena. Si bien tendrán un papel diferente en la etapa adulta, esta zona en la infantil, tiene su importancia destacable. En lo que refiere a la limpieza, los niños sienten placer por el roce en sus genitales, y quieren que se refuerce la limpieza en intensidad y en cantidad. De esta forma todo el cuerpo se erogeniza. (Freud 1905/1978a). En el siguiente apartado veremos cómo en la niña su construcción sexual como femenina culmina con la maternidad.

## 2b) De la sexualidad de la niña a la maternidad según Freud

En los siguientes párrafos se desarrolla cómo se constituye la sexualidad de la niña, desde la teoría Freudiana. El autor, desde el contexto de su época, formaliza algunos de sus fundamentos en base a prejuicios. Que en la actualidad para muchos psicoanalistas quedaron sin efecto, como, por ejemplo, que el cierre de la constitución de la femineidad es la maternidad.

Los genitales de la niña, a diferencia del varón que posee el pene, la niña posee el clítoris y la vagina, aunque según lo publica en 1931 con investigaciones más pronunciadas sobre el tema en el texto sobre *La sexualidad femenina*, la vagina no produce sensaciones hasta llegar a la etapa de la pubertad. La primera etapa donde solo resalta el clítoris es lo que llama la parte viril, viviendo la mujer dos fases: por

un lado la fase masculina, donde es éste quien tiene relevancia y por otro la femenina, cuando la vagina toma un papel en la vida de la niña:

En la fase fálica sobrevienen por último intensas mociones activas de deseo dirigidas a la madre. El quehacer sexual de esta época culmina en la masturbación en el clítoris, a raíz de la cual es probable que sea representada la madre(...)Tal meta sólo puede discernirse con claridad cuando todos los intereses de la niña reciben una nueva impulsión por la llegada de un hermanito. La niña pequeña quiere haber sido la madre de este nuevo niño, en un todo como el varón, y también es la misma su reacción frente al acontecimiento y su conducta hacia el niño (1931/1986h, pág 240, párr 2).

Freud propone que es el clítoris quien está generando placer en esta etapa, pero ante el pedido de la niña, de que su madre le toque sus genitales, la madre no solo se niega a hacerlo, sino que además prohíbe su masturbación. Lo cual la niña entiende como una provocación, visto que comienza a sentir placer en esa zona tras las limpiezas que la madre le realiza y luego será causa de sanción al no permitir que la niña se toque. (1931/1986h)

Según Freud en esta etapa el pene es quien de cierta forma establece la diferencia sexual, es decir son masculinos por su presencia o femeninos por su ausencia (Freud 1924/1984f). Quiere decir que se produce el complejo de castración, en donde el niño ve que la niña no tiene pene, y cuando ello empieza a significar una amenaza de que le quiten el suyo, siente horror al pensar que realmente a la niña se lo quitaron. (Freud 1925/1984g). Para el niño se cierra de esta manera el complejo de Edipo, dando lugar a la creación del superyó, cuando se asienta en éste la instancia paterna le adjudica a su pene un valor extremado sobre todo para su narcisismo. La fantasía de perderlo provoca en el niño tal angustia que este prefiere conservarlo aunque ello signifique renunciar a su objeto de amor que es la madre. (Freud 1931/1986h)

Hasta la diferenciación de los sexos la niña vivencia un momento preedípico en el cual se configura la ligazón-madre-hija que significa que ella es el objeto de amor, lo que llama a esta fase como Edipo-negativo. Esta relación es muy intensa y la estructura que se forma en ella es la que luego se reproducirá en la siguiente, en el caso de la niña con el padre en el complejo de Edipo. (Freud, 1931/1986h)

Entendiendo que según Freud la importancia de la sexualidad en la relación con la madre es lo que va a diferenciar un lado masculino y otro femenino, sentando las bases que irán formando el psiquismo, que harán a su subjetividad y a su forma de moverse en su vida:

(...) son muy diversos. Puesto que atraviesan por las tres fases de la sexualidad infantil, cobran los caracteres de cada una de ellas, se expresan mediante deseos orales, sádico-anales y fálicos. Esos deseos subrogan tanto mociones activas como pasivas; si se los refiere —cosa que debe evitarse en lo posible— a la diferenciación entre los sexos, cuya emergencia es posterior, se los puede llamar masculinos y femeninos. (Freud 1933/1986i, p 111, párr. 2)

En el pasaje de la madre al padre como objeto de amor, es decir, de ligazón-madre (que pudo durar hasta los cuatro o cinco años), para lo que será la ligazón-padre incluye deseos agresivos orales y

sádicos. En este cambio, la niña le reclama a su madre el por qué no le dio el pene que ella tanto quiere, y lo entiende como una falta de amor. A consecuencia de ello, la niña siente que la madre no cumplió con la expectativa de amor que esta tenía sobre ella, a partir de que la seduce (desde la excitación que su madre desenlaza en su cuidado del cuerpo) y luego la desilusiona. En caso de tener hermanos ella demanda la exclusividad, y si hay varones le reclama a la madre, porque a su hermano sí le otorgó un pene y a ella no. (Freud 1931/1986h)

A consecuencia de la privación del pene se constituye una herida narcisista en la mujer, que va a desencadenar en tres posibles caminos. Es decir, frente a la castración, por un lado, ella podría llegar a desistir de su quehacer fálico. Por otro lado, podría aferrarse a la masculinidad y supone que el pene le llegara- Y finalmente el último camino posible, es en cual la niña acepta su castración, y adopta lo que Freud en 1931 llama su feminidad, dando lugar al complejo de Edipo.

La vía edípica, es la que lleva a la niña a sustituir el deseo de tener pene por el deseo de tener un hijo del padre. Es decir que Freud considera que ella dirige el deseo de tener un pene a quien considera que tiene el pene, que a ella se le privó. De esta forma ella acepta su castración, realizando un desplazamiento, al cual denominó como ecuación simbólica donde moverá el deseo de tener un pene al deseo de tener un hijo del padre. Es así que, la niña juega con la muñeca a que ella es su madre. Ese desplazamiento surge como forma de reparar este daño que afecta al propio narcisismo de la niña de lo que Freud llama como "inferioridad orgánica" (Freud, 1931/1986h). En síntesis, se podría decir, que se pasa, de una ligazón-madre a una ligazón-padre iniciando el complejo de Edipo y como forma de resarcir esta herida narcisista que provoca la falta de pene (falo), se desea un hijo, movimiento que se llama ecuación simbólica:

Ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo, permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual. La menor intensidad de la contribución sádica a la pulsión sexual, que es lícito conjugar con la mutilación del pene, facilita la mudanza de las aspiraciones directamente sexuales en aspiraciones tiernas de meta inhibida. (Freud 1924/1984f, pág. 186, párr.2)

Si bien estos dos deseos que tiene la niña permanecen en su inconsciente, éstos no se cumplen entonces la niña debe abandonar el complejo de Edipo entrando en la latencia. Es importante dar cuenta de cómo muchas mujeres pasan de la relación que tenían con la madre al padre y del padre a su marido manteniendo ese modelo. (Freud 1931/1986h)

En el texto *Sobre las teorías sexuales infantiles* Freud describe las posibles teorías de cómo se hacen los bebés, realizadas por los niños. Respondiendo no solo a una interrogante que les surge, sino que son impulsadas por las pulsiones sexuales que pudimos observar en párrafos anteriores. Con la molestia de un hermanito que llega a la casa en donde debe aprender a compartir, comienza a surgir como interrogante para el niño ¿de dónde vino este nuevo y molesto hermano? Y a continuación de tal interrogante ¿de dónde vienen los niños? En principio reciben la respuesta de quien se encargue de la crianza, que los niños son traídos por una cigüeña. Esa respuesta no conforma, y crea desconfianza en

relación a los adultos y deviene en el primer conflicto psíquico para los niños. Es un hecho también que los niños no ignoran la diferencia en que la madre tiene algo en la “panza” que la hace grande, y que cuando llega el hermanito esto desaparece. Las teorías que formulan los niños para poder responder a la gran interrogante tiene fragmentos que son verdaderos y están impulsadas por el movimiento pulsional propio de su etapa evolutiva en donde se está construyendo lo psicosexual del sujeto. (Freud 1908/1986c) Es decir, que solo conociendo la vivencia sexualizada que tienen los niños en su cuerpo nos permite entender cómo ellos van a poder intentar responder a la interrogante de dónde vienen los hijos y conformar la idea de que ellos también pueden tener hijos. Como se adelantaba al inicio, tanto varones como niñas, las formulaciones que se realizan van a depender de la etapa psicosexual que atraviesan.

En la primera teoría que plantea Freud es la creencia de los niños, de que todas las personas independientemente de su sexo tienen pene, como se observa en párrafos anteriores. “Si el niño pudiera seguir las indicaciones que parten de la excitación del pene se aproximaría un trecho a la solución de su problema” (1908/1986c, p. 194, párr. 3) ¿Cómo llega entonces el niño a estar dentro de la madre? Si bien el niño no se explica cómo se llega a la concepción para que luego el feto comience a crecer, entiende que el padre tiene un papel, aunque no sepa cuál es, y de cierta forma el niño cree que también es su hijo:

Por otro lado, el pene ha tenido sin ninguna duda su participación en estos procesos que no se alcanzan a colegir, pues lo atestigua con su coexcitación a raíz de todo ese trabajo de pensamiento. Con esa excitación se conectan unas impulsiones que el niño no se sabe interpretar, unos impulsos oscuros a un obrar violento, a penetrar, despedazar, abrir en alguna parte un agujero. Pero cuando el niño parece estar así en el mejor camino para postular la existencia de la vagina y atribuir al pene del padre esa penetración en la madre como aquel acto por el cual se engendra el hijo en el vientre materno, en ese punto la investigación se interrumpe, desconcertada, pues la obstaculiza la teoría de que la madre posee pene como un varón, y la existencia de la cavidad que acoge al pene permanece ignorada para el niño (Freud 1908/1986c, pág. 194 par 3)

Esta teoría se ve frustrada al no poder darle un cierre, es entonces reprimida. Propone Freud la segunda teoría la cual llama la teoría de la cloaca, lo que significa que como el bebé está en la “panza”, es asociado con los alimentos que ingresan al estómago. El niño no puede discernir que hablamos de organismos biológicos diferentes. Es así que construye la idea de que la madre come algo que formará el nuevo ser, este al igual que los otros alimentos serán expulsados por el ano. Esta hipótesis formulada por los niños tiene su argumentación en la fase anal, que como ya se mencionó es el momento en el que ellos comienzan a controlar y a liberar sus heces que son festejadas por la madre. Otra de las posibles hipótesis de esta teoría es que el bebé puede salir del cuerpo de su madre por el ombligo o incluso si se corta la “panza” de su madre. Esta teoría permite que el niño piense que como él posee boca y ano, puede también concebir un hijo si come ese alimento específico. De esa forma el niño también sigue erotizando todo lo que corresponde a su ano y retención de heces.

Es necesario tener en cuenta que todas las teorías sexuales infantiles están fundadas en el desconocimiento que tiene el niño, de la vagina. Ello hace que al no poder situarla, comience a imaginar

según su propio mapa corporal, diferentes formas en las que podría salir el bebé <sup>4</sup> (Freud 1908/ 1986c)

## 2b) Postura Lacaniana.

Dentro de las capas que conforman la construcción de lo que será el deseo de tener un hijo, Lacan parte de lo que Freud plantea como la ecuación simbólica (lo cual se trabajó en el apartado anterior), pero esta no lo conforma, por lo que considera otra ruta que comienza con la diferenciación sexual. A modo de síntesis podríamos decir que a diferencia de Freud, que considera las diferencias sexuales como diferencias biológicas específicamente (por la tenencia o falta del pene), Lacan va a decir, que la diferencia sexual radica en el orden simbólico<sup>5</sup>, y que hombre o mujer son significantes donde se utiliza el orden imaginario para marcar una disimetría. Es decir:

Para Lacan la masculinidad y la femineidad no son esencias biológicas sino posiciones simbólicas, y la asunción de una de ellas es fundamental para la construcción de la subjetividad; el sujeto es esencialmente un sujeto sexuado. “Hombre” y “mujer” son dos significantes que representan estas dos posiciones subjetivas (Evans. D, 1998, pág 71 párr 3).

Para comprender a que hace referencia Lacan con las posiciones simbólicas, será necesario explicar qué es el orden imaginario y cómo se pasa de este al simbólico. Entonces esta disimetría es proporcionada por el falo (término utilizado por Lacan para referirse a las funciones imaginarias y simbólicas del pene) que como se señala en el párrafo anterior además de tener una proporción simbólica tiene una proporción imaginaria. Por su parte el orden imaginario, tiene que ver con la imagen corporal, es decir con la conformación del yo donde el niño comienza a identificarse como tal, conformando de esta forma su propio narcisismo, (Evans, 1998) en la medida en que en su imagen se ve completo. (Bleichmar, 1997)

Para la mujer el falo “imaginario sólo proporciona una ausencia donde en otro lado hay un símbolo muy prevalente” (Lacan, 1984/1956, p. 251). Esa ausencia, significa que está faltando algo en esa imagen corporal, que es el pene, determinante que no produce deseo de identificación con lo que le acontece a la mujer, marcando la disimetría con el sexo masculino que si lo tiene. El niño/a se traslada del mundo

---

<sup>4</sup> Existe una tercera teoría sexual infantil es la “concepción sádica del coito” en donde el niño en un hecho accidental presencia la actividad sexual de los padres. Este hecho es interpretado como un acto violento y es comparado con riñas de niños. Si el niño encuentra alguna mancha de sangre de la menstruación de su madre, será entonces para él un signo de que el padre ejerció violencia en la madre nuevamente. (Freud 1908/ 1986c) Es así que en el intento de poder responder la pregunta inicial los niños empiezan a prestar atención al matrimonio, y las cosas que realizan juntos. De ahí se pueden encontrar diferentes mitos que los niños van correlacionando, por ejemplo, el orinar junto de los padres, sin avergonzarse por el hecho, el besarse. Todas estas hipótesis son intentos de poder responder qué es lo que hacen los padres cuando están juntos para que la madre conciba un hijo. (Freud 1908/ 1986c)

<sup>5</sup> Se comenzará explicando brevemente lo que se entiende por significante para luego aclarar, el orden simbólico, ya que, se entiende que el primero está inscripto en el otro. Lo que define a un significante para Lacan básicamente que represente algo para alguien, pero además, que se encuentre “inscripto en un sistema en el que adquiere valor exclusivamente en virtud de su diferencia con los otros elementos del sistema. Es esta naturaleza diferencial del significante lo que implica que nunca pueda tener un sentido unívoco o fijo” (Evans. 1998, pág. 177). Este sistema es el orden simbólico y lo determina así porque adquiere el carácter de universal. Lo simbólico es, poner nombres a las cosas. Y los significantes están sumidos en una red de significantes dando valor a estas cosas. Ya sea a través de morfemas, fonemas, frases u oraciones. (Evans, 1998)

imaginario, al mundo simbólico a partir del complejo de Edipo. Ello tiene un carácter transgeneracional. Es el Edipo de los abuelos el que determinará el de los padres, y estos el de sus hijos, formulando la cadena de significantes. (Evans, 1998)

Para clarificar un poco más cómo estos dos órdenes se relacionan con el falo, será necesario decir:

un elemento pertenece a lo imaginario cuando es algo en sí mismo; y a lo simbólico cuando adquiere valor en relación a los otros elementos, de modo que un elemento en sí no es simbólico o imaginario sino que depende del tipo de articulación en la que entre (Bleichmar, 1997, p.52 párr. 2).

Hasta entonces la madre en la relación madre-hijo comenzó siendo su todo, ya que éste no tiene límites de hasta dónde llega su ser. Y su madre es el mundo, el bebé la desea y quiere que esté con él todo el tiempo. La madre es su objeto simbólico en tanto no comience a frustrarlo. Según el diccionario Lacaniano de Evans(1998) la frustración es tomada como la denegación del amor por parte del objeto de amor que es su madre. Su madre atiende sus necesidades biológicas no en el tiempo que él lo pide y ello lo frustra; y aunque lo consolará luego la satisfacción biológica, ese sentimiento de frustración previo quedará en él.

La madre es de entrada madre simbólica y sólo tras la crisis de la frustración empieza a realizarse, debido a cierto número de choques y particularidades surgidas en las relaciones entre la madre y el niño. La madre objeto de amor puede ser en cualquier momento la madre real en la medida en que frustra ese amor (Lacan 1994/1957, pág. 225, párr. 4)

El niño descubre que la madre desea algo que no es él (el falo), entonces él quiere ser ese falo. Lacan va a decir que este triángulo preedípico se conformará madre-niño-falo<sup>6</sup>. El deseo en la madre de tener el falo va más allá de la idea de tener un hijo. (Evans, 1998)

Por tanto, el falo de la madre es un falo simbólico, y lo que determinará que la ausencia del falo imaginario pueda reemplazarse con otra cosa, como tener un hijo, pero dos características interesantes de este es que: nunca nadie es el falo, y que el falo se mantiene en movimiento. (Bleichmar, 1997)

No debe obviarse que el motivo que hace que ese falo se mantenga vivo es el no tenerlo, y por tanto desearlo; por otro lado, el hijo en tanto no logra completar a la madre de estar en falta también se

---

<sup>6</sup>En forma de síntesis, para Lacan el Edipo transcurre en tres tiempos: el primer tiempo comienza en esta triangulación donde el niño se da cuenta que a la madre le falta algo para sentirse completa (que es el falo). El niño quisiera completa a su madre, es decir, ser su falo. Al no poder ser él ese falo, también será poseedor de una falta. En un segundo tiempo aparece el padre imaginario. "impone la ley al deseo de la madre, al negarle acceso al objeto fálico y prohibirle al sujeto el acceso a la madre" (Evans. 1998, p.55). Para el niño la madre es quien trae esta nueva ley, al acceder a ella. En el tercer y último tiempo se presenta el padre real quien tiene el falo y que el niño no podrá competir con él. De esta forma el niño se identifica con este. Bajo esta lógica se representarán el Edipo del niño cuando este sea adulto siguiendo con la cadena de significantes que su Edipo le otorgó (Evans,1998)

El complejo de Edipo realiza la primera inscripción de la ley, que es, la prohibición del incesto. Esa ley quedará en el inconsciente reprimida pero permanente conformando el núcleo del superyó (Lacan, 1956). El superyó por su parte "señala su relación con el significante" (Lacan. 1956, p.214) Entendiéndose de esta forma como se instaura el orden simbólico en los sujetos.

encuentra en falta. (Evans, 1998)

Como se puede ver en este capítulo, el deseo de tener un hijo puede surgir en épocas muy tempranas del sujeto desde un sentimiento de incompletud que según la postura Freudiana viene desde la inferioridad anatómica y este será su compensación narcisista. Es decir la feminidad se completa con tener un hijo. Por otro lado, desde Lacan, para la mujer el falo podría ser sustituido por el hijo pero éste último no será quien determine su feminidad

Entre la madre y la mujer hay un hiato, por otra parte muy sensible en la experiencia. El hijo fálico puede, a veces taponar, hacer callar la exigencia femenina, como se ve en los casos en los que la maternidad modifica totalmente la posición erótica de la madre. Pero, por lo esencial, el don de un niño solo raras veces permite clausurar la cuestión del deseo. El niño como resto de la relación sexual puede obturar en parte la falta fálica en la mujer, pero no es causa del deseo femenino que entra en juego en el cuerpo a cuerpo sexual. (Soler 2008 p.51, párr. 3)

Para la mujer la demanda es entonces una construcción que comienza con la sexualidad del cuerpo de la pequeña bebé, y que va sumando una red de significantes de donde cree, por momentos, que encontrará su completud.

¿Qué es, para la madre, el nacimiento de un niño? En la medida de lo que desea durante el curso de su embarazo es, ante todo, la revancha o el repaso de su propia infancia; la llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdido: un sueño encargado de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona "real" del niño. Este niño soñado tiene por misión restablecer, reparar aquello que en la historia de la madre fue juzgado deficiente, sufrido como una carencia, o prolongar aquello a lo que ella debió renunciar (Mannoni, 1992, p. 22).

Maud Mannoni va a presentar la idea de que el hijo tiene consigo un propósito bien claro, que es completar a su madre, ser su falo y bajo esa idea es buscado. Mientras este llega su lugar está esperando por él, siendo mientras tanto ese niño imaginario. En su libro *El niño retardado y su madre* ella escribe sobre los hijos que nacen enfermos. El mismo no cumpliría su cometido y lejos de sanar eso que la mujer tiene "pendiente", que es su propia castración, aumenta más aún, no permitiendo resolver el complejo (Mannoni, 1992). En tal caso, cuando la mujer decide tener un hijo y no puede concretar la concepción podría pensarse como frustrada. Es decir, si la madre pone al hijo en el lugar del falo porque cree que ello llenaría su falta y se encuentra ante la imposibilidad de tener hijos, podría sentirse frustrada con relación a un objeto que supone le correspondería ganar pero que no recibe, y que imaginariamente la completaría.

Reflexionado sobre lo trabajado en este capítulo, se entiende que por las vivencias infantiles y la estructura del deseo humano, el hijo podría colocarse para la mujer, como un objeto que podría llenar su falta, completándola. Pero es necesario aclarar que eso no significa que el hijo no traiga alegría y momentos de mucha felicidad para la mujer, sino que se hace referencia específicamente a la sofocación del deseo, con una cierta expectativa de fusión. Como si el hecho de tener un hijo hiciera que la mujer ya no deseara más nada. Esto nos permite poder entender el efecto que puede tener para una mujer un diagnóstico de infertilidad. Entendiéndose que este objeto que en sus fantasías sería quien

completara su feminidad, su sanación le es inalcanzable.

### 3). Infertilidad.

Es un hecho que la infertilidad se ha vuelto un tema que se encuentra con mayor presencia en la sociedad. Ello es precisamente consecuencia de que hay más personas que son infértiles, y por otro lado los avances científicos se han incrementado de manera tal que en su mayoría pueden responder a los pedidos de ayuda por infertilidad. (Llavona, 2008). La mayor causa de que ello ocurra es el cambio que se produjo en el contexto universal, donde el ritmo de vida ha cambiado y la contaminación y los hábitos no saludables se incrementaron, así como información y la accesibilidad de la tecnología ha tenido un gran aumento, ello ahora se convirtió en un producto del mercado capitalista donde no se piensa solo en la salud sino en la empresa que se amplía. Estos temas, entre otros serán desarrollados en este capítulo.

La OMS(S/F) determina que la infertilidad es una “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas.”<sup>7</sup> En cuanto a ello, la literatura hispana, plantea que la esterilidad sería la imposibilidad de concebir un embarazo; en cambio en lo que refiere a la infertilidad su definición compone la imposibilidad de llevar a cabo un embarazo o que el mismo se logre, pero sea interrumpido, es decir, son abortos recurrentes. (Brugo et al, 2003)

Por último, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014)<sup>8</sup> define la esterilidad y la infertilidad como sinónimos, dando cuenta de que lo único relevante en ambos es: no llegar al embarazo después de un año de relaciones sexuales sin protección. Por otro lado especifica que hay una esterilidad secundaria, que se determina por el no logro de un embarazo en dos años de mantener relaciones sin protección, ya teniendo al menos un hijo biológico. En este trabajo se toma lo que determina la OMS: “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegida” y la esterilidad como la determina Brugo, et al (2003): imposibilidad de concebir un embarazo, visto que sería más apropiado para evitar confusiones, entendiendo que la esterilidad no tiene posible tratamiento de reproducción asistida para lograr concebir un hijo. Como podría ser una mujer que no tenga útero.

En los tiempos que corren se cree que ser madre es una elección, que la mujer decide cuando quiere ejercer su derecho a la maternidad lo que generalmente se relaciona con los logros profesionales de ésta. (Lanius, 2008) El hecho de que se postergue los primeros años de la posible procreación en la mujer, junto con la disminución de espermatozoides en semen y que poseen menor movilidad, hacen

---

<sup>7</sup>Organización Mundial de la Salud.(s.f.) Definición de infertilidad. Recuperado de:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

<sup>8</sup>[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/dec%20rep%20asistida%20baja.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/dec%20rep%20asistida%20baja.pdf)

que las posibilidades de la fecundación sean menores a las que había en otros años. (Llavona, 2008)

### 3a) Causas biológicas de la infertilidad

Dentro de las causas biológicas en la infertilidad de la mujer, se ven implicados los órganos del aparato reproductor femenino, estas causas pueden estar acompañadas de las causas biológicas del hombre, esto significa, que en determinados casos ambas pueden encontrarse dentro de un mismo diagnóstico o solo uno de los dos puede tenerlas.

En lo que respecta a los ovarios, puede darse la anovulación, que es “la condición en la cual el desarrollo y la ruptura folicular están alterados y por lo tanto el ovocito no es liberado del folículo” (Brugo, et al, 2003, p. 232, párr. 5). En cuanto a las trompas de falopio, estas reciben los ovocitos que liberan los ovarios y participan en la formación del embrión y en su recorrido hasta el útero. Por último, en el útero se pueden encontrar distintas patologías, una de las más comunes es la endometriosis, esta “es definida como la presencia de tejido histológicamente similar al endometrio en localizaciones fuera del útero” (Fernández, et al, 2008, pág 1). Además de ello se pueden encontrar problemas en el traslado de los espermatozoides desde la vagina hasta el útero, esta actividad es ayudada por el moco cervical, cuando se cree que esto es lo que está ocurriendo se estudian los espermatozoides junto con el moco cervical para ver cómo reaccionan ante el mismo. (Brugo et al, 2003)

Por otro lado, el varón también puede ser infértil, en este caso, la infertilidad puede ser causada por la disfunción eyaculatoria, que puede ir desde la Eyacuación Prematura a la Aneyacuación (ausencia de eyacuación). También se puede encontrar la Varicocele que es una enfermedad que daña los testículos de forma progresiva, ello implica la afectación de la producción de espermatozoides. Otro de los factores que puede provocar la infertilidad son las Infecciones de los anexos, las mismas pueden tener su origen gracias a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por último, con respecto a los factores masculinos que pueden ser causantes de la infertilidad en la pareja encontramos las causas sistémicas y iatrogénicas que están relacionadas a las altas temperaturas o a los posibles efectos de radiación que perturba el funcionamiento testicular (Brugo et al, 2003)

### 3b) Causas sociales de la infertilidad que impactan como causas biológicas

Además de los factores que a causa de la biología pueden producirse, también podemos encontrar los determinantes del ámbito social, o que los mismos acompañen los factores biológicos haciendo que la infertilidad se incremente con más fuerza en la sociedad.

Brugo, Chillik, Kopelman, (2003) consideran que hay cuatro factores que están aumentando el número de casos infertilidad. El primer factor es que, aproximadamente a los 35 años el cuerpo de la mujer empieza a vivenciar un descenso de la fertilidad, es decir la cantidad de folículos empieza a disminuir y sus óvulos van perdiendo la calidad, el segundo factor es que la decisión de tener un hijo es más

dudosa que quizás en tiempos anteriores, visto que lo que se busca es poder tener una estabilidad con una pareja por el temor que ocasiona el aumento de divorcios.

Como ya lo traía Llavona también hay una modificación en el semen de los varones a causa del tabaquismo y el alcohol, sustancias que son consideradas nocivas para la calidad del mismo llegando a producir una espermatogénesis anormal o incluso disminución de testosterona. El tercer factor es el aumento de parejas sexuales, a colación de ello los métodos anticonceptivos no siempre son los preservativos dando lugar a enfermedades de transmisión sexual que desencadenan en infecciones tubéricas-peritoneales repercutiendo en la infertilidad. Y el último factor es la difusión de información sobre los diferentes tratamientos en la reproducción asistida, crea una perspectiva de que nada es imposible para la ciencia (Brugo et al, 2003) pero este último punto se verá desarrollado más adelante.

A esas causas, debemos sumarle la malnutrición y obesidad en hombres como en mujeres donde podemos ver por ejemplo distorsión en los ciclos menstruales. El uso prolongado en el tiempo de anticonceptivos hormonales, intrauterina(es decir dentro del útero, como puede ser el DIU), o ambos al mismo tiempo, son causante de infertilidad. Son tecnologías que están impidiendo que se lleve a cabo la fertilidad por mucho tiempo y puede que ello modifique el cuerpo produciendo un efecto adverso. (Ortega. M, Piña. R, 2016)

Como se puede apreciar las elecciones que se realizan en el día a día, por ejemplo, acerca de qué cosas se consumen tanto en alimento como en sustancias, están relacionadas con la fertilidad más de lo que se podría imaginar. Es por ello que no se considera la prevención de la infertilidad, sino que se piensa en ella cuando ya se es infértil. Es decir, no es habitual que las personas se realicen un control de los aparatos reproductores para ver si están funcionando con normalidad, porque en el ritmo de vida que se lleva, la prioridad no es tener hijos en los primeros años que es posible gestar. Se hace referencia, a que en el momento en que se toma la decisión aplazar la elección ya se está eligiendo. De ello se habrá en el siguiente apartado.

### 3d). Dejarlo para después.

La OMS plantea que cada persona tiene el derecho a elegir cuántos hijos quiere tener y cuando, esta idea de planificación familiar se realiza través de la anticoncepción<sup>9</sup>. Lo que estaría dejando fuera es, que esa idea se contradice, en la medida en que no anticipa antes de pensar en la anticoncepción la probabilidad de concepción que tiene cada persona, de esta forma las personas planifican sin realizarse estudios de fertilidad, y terminan sorprendiéndose con la noticia de que son infértiles en el momento en que buscan concebir un hijo biológico.

Por eso para algunos autores como Lanius (2008) este tiempo en donde se planifica no tener hijos

---

<sup>9</sup>Organización Mundial de la Salud.(s.f.) Planificación familiar. Recuperado de:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

hasta un logro personal, un momento específico en la vida de las personas, es una trampa narcisista, donde nos creemos dueños de los tiempos que luego de pasado, nos juegan en contra:

Tal barreira aos projetos de maternidade no “tempo certo” pode funcionar como uma falha na construção narcísica de algumas mulheres. Talvez se possa pensar que a busca pela tecnologia de reprodução assistida tende a corrigir tal falha de um modo por vezes breve, sem tempo para reflexões sobre o próprio desejo. Charles Melman (2003), ao nos falar acerca do progresso tecnológico, coloca em questão a liberdade do sujeito frente aos objetos fantásticos disponíveis na atualidade. Segundo o autor, vivemos num paradoxo, no qual ao mesmo tempo em que nos acreditamos livres para escolhas, como, por exemplo, o tempo e o método de ter filhos, nos encontramos presos em armadilhas narcísicas. (Lanius, 2008 pag 24 parr 3)

El dilema de los padres actuales está entre, querer tener un hijo cuando la persona se siente joven y con energía para poder brindarle lo mejor de sí a este hijo, o la espera de una maduración profesional y personal que le ayude a poder hacerlo y sentirse seguro en ese paso que considera tan importante para sí. (Llavona, 2008)

La sorpresa de la infertilidad es un golpe muy duro en primera instancia, en ese momento se produce una crisis importante, como bien lo mencionaba anteriormente el hecho de enterarse de la incapacidad para concebir un hijo cuando este se está buscando es lo que hace que el impacto sea mayor, esto se entiende porque existe la creencia de que el simple hecho de tener relaciones sexuales hará que sea posible la concepción del hijo biológico. Este fracaso no solo toca a la persona en su incumplimiento de deseo, sino que afecta directamente a su expectación de maternidad/paternidad, y los planes que habían trazados sintiéndose frustrados en lo que ellos mismos proyectan a futuro. (Llavona, 2008)

El primer paso para accionar frente a este momento es entonces la anunciación de la pareja como infértil involuntaria, es decir que el médico especialista los catalogue como pareja infértil da paso a que la pareja pueda abordar la temática desde la medicina reproductiva, iniciando así el tratamiento correspondiente dependiendo de su situación clínica particular, dentro de la infertilidad, si lo desea. Es decir, este hecho marca un momento crucial en la pareja: luego de ser clasificada como tal deberá tomar una decisión, ¿quieren empezar a tratar su infertilidad a través de un tratamiento o negarse y no tener hijos biológicos? (Viera 2015)

### 3e) Las técnicas de reproducción asistida

Dentro de la concepción de técnicas reproductivas, se entiende que existe la concepción y la contracepción. Cuando hablamos de la segunda hacemos referencia, desde las píldoras anticonceptivas hasta las intervenciones quirúrgicas, como podría ser la vasectomía y/o ligadura de trompas. (Viera, 2015)

Por otro lado desde las técnicas de reproducción asistida (TRA) existen dos caminos a seguir: lo que se llama tratamientos de baja complejidad y por otro lado los tratamientos de alta complejidad. La

principal diferencia entre ambos procedimientos es que en los de baja complejidad, la concepción se efectúa dentro del aparato reproductor femenino de la paciente, siendo estas las relaciones programadas o la fertilización asistida. (Viera, 2014)

En la técnicas de baja complejidad lo primero que se lleva a cabo es la inducción de ovulación, suministrando LH,(MSP, 2014) que proporciona una mejor producción de folículos, impidiendo disponer de un folículo dominante(FNR, 2015). Cuando la mujer se encuentre ovulando se prepara la muestra del padre biológico, o se compra una muestra de espermatozoides; en ambos casos se seleccionan cuáles son los espermatozoides que quedan y cuales no. Luego que la misma esta lista se introduce en la cavidad uterina a través de una cánula. (Viera, 2014)

La normativa vigente que plantea el Fondo Nacional de Recursos (FNR) en el año 2015 define las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad de a misma manera que la expone la OMS es decir:

son aquellos tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado solo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la criopreservación de embriones, la donación de ovocitos y embriones y el útero subrogado (p. 8 párr.2 )

El tratamiento de FIV es un procedimiento que requiere de anestesia para su realización, en el que se aspiran los óvulos de la mujer, “se introduce una aguja secuencialmente en cada folículo y los contenidos foliculares son aspirados”(FNR. 2015, p. 17) y se colocan a temperatura ambiente junto con los espermatozoides del padre, de esta manera se espera a que se unan creando el cigoto. Este procedimiento se puede realizar tanto con óvulos y espermatozoides propios o donados. Luego de que se unen, se le transfiere el fruto de la unión. Tanto las aspiraciones como las transferencias, se realiza en un quirófano donde a través una ecografía se puede especificar cuál es el lugar exacto, y dentro del brazo ecográfico se desliza una aguja microscópica. Para la extracción del hombre en el caso de que el mismo no pueda realizar una extracción de su muestra en forma manual, también se realiza a través de ecografía y se aspira el espermatozoides. (FNR, 2015)

Por último, el ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) es un procedimiento que tiene las mismas características que la FIV a diferencia que en esta se aspiran los óvulos y luego se inyecta en él con una aguja microscópica un espermatozoide esperando su unión, luego se transfiere de la misma manera que se realizó en la FIV. Pueden también en caso de que no dé resultado tomar un embrión donado. Los mismos son congelados y donados luego de un largo tiempo cuando ya la pareja no desea utilizarlo o no está en condiciones, así como también tiene la opción de no donarlo tirándolos (FNR, 2015).

### 3f). Las Fantasías de la maternidad y paternidad en concepciones de reproducción asistida.

Cuando la opción de vivir la maternidad/paternidad es la adopción se crean grandes fantasías sobre la sangre tanto por parte de los padres adoptivos como de los hijos, donde se le suele atribuir lo malo a

la sangre que trae el nuevo integrante, es decir una familia que se desprende de un hijo, y por otro lado todo lo bueno será asociado rápidamente a esta nueva familia que acoge a este hijo adoptivo. (Caso, et al, 2001)

Las parejas que sobrevaloran la progenitura con concepciones tradicionales acerca de la maternidad-paternidad, de la función de la mujer y del hombre en la sociedad, lo genético es el factor transmisor de identidad. Rescatan lo biológico sobre lo social, reconocen como hijos a los que se les asemejan genéticamente. (Abraham.L 2004, pág.394)

Es por ello que muchas parejas optan por intentar tratamientos de la medicina reproductiva: lo hacen porque lo biológico tiene un peso extremadamente grande, ya que por lo general la transferencia de embriones donados siempre es la última opción.

Aunque se llegue al nacimiento de un hijo vivo a través de tratamientos de fertilización asistida se pueden crear ideas persecutorias sobre terceros e incluso cuartos en su realización. Es decir, en el hombre es vivida como la impotencia de no poder llegar a la concepción de la manera tradicional, necesitando de ayuda profesional que lo coloca en el lugar del tercero en el momento de la acción, cuando hablamos de tratamiento que no requieren de donantes, es decir: “la función de sostén de su mujer embarazada puede verse perturbada, pues su semen ha necesitado de otro para ser colocado dentro de ella; él ocuparía el lugar de tercero incluido/excluido” (Caso, et al, 2001, pág.575, párr.1) . Por otro lado, como ya desarrollé en el primer capítulo el mandato social tiene un peso importante en la mujer principalmente en lo que refiere a la representación del sexo a través de la maternidad:

En la mujer predomina la sensación de estar quebrantando el mandato familiar-social. Históricamente se ha entramado una red de significantes respecto de la mujer, que confiere a la maternidad un sentido de realización verdadera. La maternidad pasa a ser considerada la esencia misma de la mujer. En la fantasía, así como la esterilidad es equivalente a impotencia en el hombre, en la mujer es la de no ser. (Caso, et al, 2001. pág. 575, párr. 2)

Cuando existe un donante se suma otra persona a la formación de este nuevo ser lo que hace que el padre pase a ocupar un cuarto lugar, siendo mayor la sensación de estar fuera de la concepción. En la madre por otro lado puede llegar a sentir que el feto es un intruso en su cuerpo. (Caso,et al, 2001)

### 3g) El poder del médico en reproducción asistida en Uruguay

Si se observa la historia de la medicina uruguaya, se puede visualizar que (como ya se plantea en el primer capítulo) en 1900 en Uruguay se realizan cambios donde se instaura el disciplinamiento en las personas, con el fin de tener un control social. El lugar del médico se ve modificado con este cambio de siglo, este pasa a ser destacado entre la población, debido a que se implanta con mucha fuerza el interés por la salud personal. La salud comienza a ser catalogada como lo que está bien, dándole un lugar privilegiado al cuerpo que antes estaba destinado a Dios. (Díaz, 2013)

El médico pasa a ser una persona de confianza, donde las confesiones e incluso el propio cuerpo en su desnudez era mostrado a este, ante el pedido de ayuda para lograr tener salud. Es acá donde

también se puede apreciar que no era simplemente el cuerpo de un sujeto, sino que había mucha diferencia entre esos cuerpos porque la medicina no era sólo ejercida, sino que a través del pedido de salud quienes fueran pobres serían cuerpos de investigación y experimentos. (Díaz, 2013)

El poder en la medicina es la posibilidad de poder modificar tanto en objetos como en personas:

La definición de poder se basa en la facultad para hacer algo, en la fuerza o potencia capaz de generar una acción transformadora. Esta fuerza puede estar dirigida contra las cosas o contra otros seres. Cuando se enfoca la historia del poder, se enfoca la relación ética entre los hombres. El poder es una de las bases de la organización de las sociedades con una doble función: interviene en las libertades y las obligaciones. (Díaz, 2013, p. 218, párr4)

Díaz nos acerca esta idea de poder que es fuertemente influenciada por la obra Foucaultiana en la cual se puede ver según Foucault (1988) que la medicina empieza a incrementar su poder y llega a controlar la vida de las personas, determinando que es lo que está bien y que es lo que está mal, y para lo que está mal le encuentra la solución. De esa manera todo entra en los cánones de normalidad. La medicina es la herramienta de los médicos para modificar todo y tener un control social que se funda en los cuerpos de las mujeres en lo que refiere a la reproducción asistida. Es importante ver cómo las nuevas tecnologías aumentan considerablemente el control social. Quien ahora está capacitado y autorizado socialmente para unir los óvulos con los espermatozoides, entonces quien antes no lograba un embarazo por su propia medio ahora si lo hará y podrá entrar en los cánones de normalidad y hacer lo que todos hacen, en este caso es el tener hijos. Pero se podría visualizar, por ejemplo, en el cambio del parto donde antes era en la casa ahora pasa a ser el hospital, siendo determinado por la OMS que el 85% de los casos no se registran complicaciones, sin embargo para mayor control del se realizan cesáreas innecesarias teniendo una tasa de 55,3% en el sector privado (Farias, 2014). La medicina busca reparar toda falla reproductiva controlando desde la creación hasta la muerte, marcando que es lo normal y lo anormal, apoyada por la tecnología.

La acción de ejercer el poder sobre el cuerpo, Foucault lo que llamará biopoder donde posiciona a los sujetos bajo el control:

los fenómenos que a fines del siglo XVIII se empiezan a tener en cuenta y que conducen a la introducción de una medicina que ahora va a tener la función crucial de la higiene pública, con organismos de coordinación de los cuidados médicos, de centralización de la información, de normalización del saber, y que adopta también el aspecto de una campaña de aprendizaje de la higiene y medicalización de la población. Por tanto, problemas de la reproducción, de la natalidad y también el de la morbilidad (2001, p. 221).

Es por ello que como se menciona en párrafos anteriores el hecho de que puedan surgir fantasías respecto de estar fuera de la concepción o incluso que esa procreación no es perteneciente a los futuros padres, tiene su argumento en el poder de manipulación en el cuerpo del futuro hijo, de la mujer e incluso del padre. Vemos al médico que mira, desde un saber y determina lo sano y lo enfermo, lo normal y lo no normal. Y ese poder le da la posibilidad de modificar en la vida de los seres humanos que recurren a ellos.

La historia de la forma en que se introdujeron las TRA en Uruguay en el año 1985, constituyen un ejemplo de los conceptos anteriormente mencionados. En ese entonces El Dr. Bossano quien se capacitó en Suiza decide armar su equipo médico, e invertir en tecnología de alto costo sabiendo que era algo que se estaba esparciendo por el mundo que pronto llegaría acá. Cuando se le pregunta el miedo a invertir en estos costosos equipos el mismo responde: “-No.[...] Porque fuimos imponiendo de a poco una necesidad que era clara, era tener todos los elementos acá para algo que si no se iban a hacer a Buenos Aires. En este país se podía hacer”.(Viera, 2015, p.47, párr 2)

Así se fueron asentando las nuevas tecnologías, con profesionales que se capacitaban fuera del país, y en medida que se fue ejerciendo se fue evaluando en el exterior, se fue armando una red de latinoamericana y se fueron determinando algunas cuestiones que tenían que ver con la ética de la manipulación. Por ejemplo la elección de sexo, o la cantidad de embriones que se pueden transferir, etc. (Viera, 2015) La capacitación fuera del país le brindaba saber, estatus y poder para proceder en los cuerpos de las parejas declaradas como infértiles.

Volviendo entonces a lo que traía el Dr. Bossano de cómo fue introduciendo las nuevas tecnologías al país, al tener lo que las personas comenzaron a demandar, habilitó justamente que este mercado se amplíe rápidamente.

Si se piensa en esta nueva forma de fecundación, se puede observar cómo opera un dispositivo de la sexualidad que se determinó en la historia desde el SXVIII, es decir, la forma de vivencia sexual siempre se intentó controlar, comenzando con la instauración de la ley del incesto, siendo lo normal que se vivencie únicamente en el matrimonio, lo hace ser el único habilitado para tener hijos, y eso sería lo normal que nos atraviesa hasta nuestros días. (Foucault, 1999) Exigiendo en quienes pueden y quienes no, la descendencia de la pareja.

Hasta llegar a una ley que determine que como parte de la salud estos costosos procedimientos deben estar garantizados por el Sistema Integrado de Salud. Esta ley garantiza la accesibilidad de la población, pero no garantizan la autonomía de los pacientes dejando a mi entender de ser usuarios, en los tratamientos que se realizan los mismos. Sin reflexionar mucho sobre lo que ocurre en sus cuerpos los pacientes solo siguen los pasos que el médico indica según el control diario que realiza, el médico decide quién será el donante, aunque para la familia sea anónimo.

En medida en que se pone el cuerpo al servicio de la esta forma de control se pierde autonomía y llegamos a la modernidad con esa idea de cuerpo débil y dependiente. Le Breton (2002) plantea dos visiones del cuerpo moderno: el cuerpo débil el cual depende de la ciencia y tecnología para reparar, y por otro lado ese cuerpo que todo lo puede casi obsesivo que busca un bienestar a base de cuidados estéticos terapias corporales: “En ambos casos el cuerpo está dissociado del hombre al que encarna y encarado como un en-sí. Deja de ser la fuente de identidad indisoluble del hombre al que le da vida” (2002, pág.217)

Reflexionando en el tema de la infertilidad que se desarrolla en este trabajo, se podría pensar que se encuentran dos clases de información, por un lado la información que se recibe: ahora todos pueden ser

“normales” y reparar la falla que poseen en la reproducción; y por otro lado, la información de cómo se realizan los procedimientos (que se puede encontrar en apartados anteriores), y para que se realicen. Pero lo que no se ve con mayor claridad es como las personas no preguntan sobre los efectos de la medicación, o se cuestionan los efectos de la misma trae en su idea de tener un hijo.

En la visión que plantea Le Breton la idea del hombre débil, deja el espacio para que la tecnología pueda introducirse, curarlo, hacerlo verse como normal. Pero por otro lado el hombre fuerte que todo lo puede, la exigencia es tal que provoca una visión fragmentada del hombre, dándole espacio para que la tecnología pueda entrar por completo, el cuerpo puede reemplazar todo eso que ya no le está sirviendo, y así de cierta forma comienza a competir con la máquina. (Le Breton, 2002) Esta última idea es la que más se entiende en la hipermodernidad que vivimos, donde se le pide la perfección en todos los ámbitos sobre todo a las mujeres. Cuando se encuentra la manipulación de diferentes cuerpos que se intercambian gametos y se pueden ver varias padres o madres (la social, la que lo gesta, la que dona el óvulo) “El hijo está disociado de la sexualidad, disociado del deseo de la pareja (el deseo se convierte en voluntad), disociado del cuerpo de la mujer (que se vuelve un vehículo más o menos reticente de la llegada al mundo del niño). El hijo deviene una cosa, una mercancía.”(Le Breton, 2002, pág. 231).

Llegando así a construir el deseo de tener un hijo frente a la infertilidad, casi sin reflexionar sobre el deseo que se tiene; y sobre la manipulación y el control social que ejercen los médicos al momento de pedir ayuda que apoya el mandato social, que a través de la historia impone el deber de tener un hijo en la mujer.

#### 4) Reflexiones finales y conclusiones.

Como se puede ver en esta monografía, tener un hijo para quienes son infértiles atraviesa mucho más que un aspecto cultural y social; lo cual no lo hace ser únicamente un deseo particular de un sujeto. Con ello quiero decir que se puede entender que este deseo de tener un hijo se construye desde la infancia y se van conformando en conjunto a la imposición del mandato social. En el recorrido de intentar pensar cómo se conformaría el deseo de querer tener un hijo desde la infertilidad, se me plantearon varias preguntas que quedaron abiertas a futuro; entre ello me quedó poder pensar el papel del psicoanalista en la escucha de estos casos de infertilidad, donde la ansiedad puede jugar un papel muy importante, incluso en los procedimientos menos complejos. Cada inicio del tratamiento es un estresor para la pareja, y durante los tratamientos pasará por sentimientos negativos (grandes frustraciones) y positivos (nuevas ilusiones) frente a lo vivido, pudiendo presentar alteraciones psicológicas. (Bouquet, 2011)

Uno de los grandes temas que no pude abarcar, dejándolo abierto al futuro es la infertilidad sin causa aparente; podría ser por ejemplo, casos donde lo que quiere la madre no es un hijo, pero como no lo puede manifestar su cuerpo lo hace no pudiendo lograr un nacido vivo. Esta infertilidad es también llamada psicógena, y tiene un nivel de 5% dentro del porcentaje de personas con infertilidad (Lanius, 2008). En relación a ello se podría pensar que “es de fundamental importancia la elaboración de las

fantasías culposas e incestuosas de la pareja, pues ellas serían uno de los motores que dificulta o facilita el implante de los embriones”.(Caso, et al,2001, p.565) Lo que tiene esta particularidad de infertilidad, es que la mujer no sabe que lo que está operando es su inconsciente, porque su cuerpo no acepta ningún embrión sin ningún motivo aparente.

Entiendo que lo más relevante que podría aportar este trabajo es que más allá de los diferentes lugares que ha tomado el hijo, siempre la mujer se vio en el deber de tener un hijo. Desde la obligación de sus gobernantes hasta la imposición social, conformando el concepto de madre ligado a la idea de mujer. Por otro lado, podríamos cuestionarnos ¿el psicoanálisis Freudiano reafirma ese mandato, al decirnos que la mujer debe ser madre? Por su parte, el psicoanálisis Lacaniano deja un lugar para aquellas mujeres que no desean ser madres. No obstante, podría pensarse como una herida narcisista, al igual que con Freud. El hecho es que para construir el deseo de tener un hijo todos estos aspectos atraviesan estas mujeres, y que cuando se entera de que tiene un diagnóstico de infertilidad, llegar a tener un hijo será una meta inigualable, será su felicidad absoluta mientras no lo tenga, y harán lo necesario para intentar conseguirlo.

En la infertilidad, los diferentes tratamientos pueden ser muy dolorosos, en cuanto a esta ilusión que se crea. Los avatares de quedar embarazada y abortar, o hacer la inducción y no lograr sacar óvulos, tiene un contacto directo con esa ilusión de poder tener un hijo. En cada nueva expectativa, de lograr tener éxito, está la ilusión de tener el falo, en tanto, significativo de aquello que le falta. Por último, no se debe dejar de lado las fantasías que todos estos movimientos médicos y recepción de gametos pueda tener en la construcción de este deseo.

Para concluir, se podría decir que la concepción desde sus inicios (desde los registros que se presentan en esta monografía) ha tenido siempre un motivo y una estrategia. Aunque los mismos hayan cambiado, siempre se encontró un porqué y para qué concebir un hijo. Lo que podía ser interesante de destacar es que sin duda la construcción del concepto de niño como independiente del adulto tiene su influencia en el motivo de querer tener un hijo.

El significado de tener un hijo cambia según la época, aunque es verdad que la fertilidad parece haber revestido gran importancia en todas las épocas.

Otros grandes influyentes son la religión y la medicina en esa postura. Con la religión judío-cristiana se intenta seguir la relación de María y Jesús. La maternidad comienza a tener relación con la espiritualidad. Por otro lado la medicina le enseña a la mujer cómo criar a ese hijo. Le adjudica ese funcionamiento materno que será incluso confundido con un instinto. Cuando se instaura este concepto de instinto maternal se olvida que no todas las mujeres pueden y quieren tener hijos, logrando un acentuado peso a esa gran imposición que se tiene desde por lo menos a.c, del deber de tener un hijo. Llega incluso a asimilarse como la “esencia” de la mujer.

Freud desde su perspectiva psicoanalítica dice que el deseo de maternidad comienza en la infancia y se podría visualizar su formación en las teorías sexuales infantiles. Por otra parte, en la niña, la envidia al pene crea una herida narcisista que concluirá en la elección de feminidad (para las mujeres que

quisieran ser madres), donde la misma entra en el complejo de Edipo, cambiando el deseo de tener un pene por el de tener un hijo. Luego de esperar y que este no llegue, la niña se desilusionará y esperará un hijo de su futuro marido. Para las mujeres infértiles esta hipótesis sintetizada provocaría una doble herida narcisista, ya que, se formará otra herida sobre la ya existente.

Pero por otro lado y también desde el psicoanálisis está la postura Lacaniana, la cual cambia la mirada sobre la mujer, quien ya no necesita ser madre para ser mujer. Por ausencia simbólica e imaginaria, del pene, la mujer se sentirá en falta, motivo que le dará para buscar su falo. Es muy probable que muchas mujeres que se encuentren diagnosticada como infértiles, creerán que lo que las completaría es ese hijo que no logran tener. En la medida en que más imposible sea, será más deseado, entendiendo así cómo podría vivir ansiedad o sufrimiento una mujer, cuando se realiza procedimientos de reproducción asistida. Para esta (desde su creencia) podría ser la gran posibilidad de llenar su falta y ser realmente feliz.

Es fácil de entender que algunas mujeres, le den al médico, el poder de manipular su cuerpo cuando de por medio se encuentra esa ilusión. Para estas mujeres esa es su estrategia, para la medicina esa es su herramienta. Por otro lado el médico queda en ese lugar de quien puede marcar socialmente qué es lo normal para la mujer. Hasta en los casos de mayor infertilidad se busca que la mujer pueda tener hijos, con la mayor similitud posible a la forma convencional de concebirlos. Con ello refiero a parejas que desean tener hijos, y como no logran concebir reciben embriones donados, donde lo único que cambiaría con la adopción es, que la mujer lo gesta y lo pare.

Así las madres con orgullo tienen sus hijos, siguen cada paso (mientras está en útero de la mujer a través de ecografías) que les ayude a anticipar la llegada del bebé. No es un detalle menor que la infertilidad puede tener causas sociales, por ejemplo, consumo inadecuado de alimentación, dejarlo para después consumo de sustancias, el estrés. Podría pensarse que el gran desencadenante social es la exigencia a la mujer perfecta, la mujer que satisface todos los pedidos, logra un éxito laboral, es inteligente, práctica, es autosustentable, pero además tiene hijos y cuida de la familia y del hogar. Esta exigencia desmedida afecta toda la vida de la mujer incluyendo la calidad de producción de gametos.

Le Breton trae la idea de que se intenta comparar al hombre con máquinas, en tal sentido esta "supermujer" podría acercarse a la máquina planteada por el autor.

Cuando hablamos de esterilidad y/o de infertilidad, donde luego de diferentes tratamientos no logran tener éxito, es probable que se cree una herida narcisista si el niño se encuentra en ese lugar de falo. Ya que la mujer puede pensar que por no tener ese hijo siempre se sentirá incompleta. Y ese lugar que viene a remover el hijo, a poder hacer lo que la madre no pudo, a revivir su infancia, cortando lo transgeneracional de su Edipo y no permitiéndole vivir el lugar de madre.

Por otro lado si se arrojan resultados positivos frente a los tratamientos de reproducción asistida, podrán producirse diferentes fantasías sobre la maternidad o paternidad. Ya que la pareja puede no sentir que el hijo sea de la misma. Pero al tener a este hijo fálico, el mismo dejará de ser el falo porque una de las características que tiene el falo es que permanentemente va moviéndose, porque justamente se trata de llenar esa falta, que nunca podría llenarse porque es el motor del deseo. Este deseo humano se formula desde la palabra con el otro (Evans, 1998). Tapándose el deseo de la madre solo

por un tiempo. Luego la madre volverá a poner algo en ese lugar del falo que creará que la hará completa y feliz.

### Referencias bibliográficas:

- Araújo, A. & Cardozo A. (2016). Tiempos acelerados y espacios nómades de la hipermodernidad. Reflexiones abiertas. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(2), 209-222. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy>
- Abraham, L. (2004). La maternidad y la paternidad a la luz de las técnicas de fecundación asistida. *Archivos argentinos de pediatría*. 102(5), 394-396
- Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000500012](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500012)
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC S.A
- Barrán, J. y Nahúm, B. (1990). *El Uruguay del novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Barrán. J. (2004). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. . Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Bleichmar. H. (1997). *Introducción al estudio de las perversiones. La teoría de Edipo de Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bouquet, R. (2011) Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida *Revista Ciencia Médica* 14 (2), 31 - 34 Recuperado de : <http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v14n2/a09.pdf>
- Brugo.S, Chillik.C, Kopelman.S,(2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 54 (4), 227 - 248 Recuperado de : <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/567/614>
- Caso, B.L., Grinblat, S.N., Fermepin, E.P. (2001). Incidencia de lo prenatal en el vínculo materno-filial. *Psicoanálisis ApdeBA*. 23(3), 565-582. Recuperado de

- Castillo-Gallardo, P. (2015). Desigualdad e infancia: lectura crítica de la Historia de la Infancia en Chile y en América Latina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 97-109. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a05.pdf>
- Delgado, B (1998). *Historia de la infancia*. Barcelona: Ariel
- Díaz, A. (2013). Barrán y el poder médico. *Revista de la Biblioteca Nacional*. (8), 217-231 [http://www.bibliotecadelbicentenario.gub.uy/innovaportal/file/53045/1/revista\\_bibna\\_nro\\_8.pdf](http://www.bibliotecadelbicentenario.gub.uy/innovaportal/file/53045/1/revista_bibna_nro_8.pdf)
- Evans, D. (1998). *Diccionario introductorio de psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Franco, G. (Septiembre, 1962). Las leyes de Hammurab. *Revista de Ciencias Sociales* 6, (3), 331-356. Recuperado de : [http://rcsdigital.homestead.com/files/Vol\\_VI\\_Nm\\_3\\_1962/Franco.pdf](http://rcsdigital.homestead.com/files/Vol_VI_Nm_3_1962/Franco.pdf)
- Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. (Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Social). Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4473/1/Carolina%20Farias.pdf>
- Fernández. J, Ruíz. M, Rodríguez. A. (2008) Diagnóstico y clasificación de endometriosis. *Actualización Obstetricia y Ginecología*. Recuperado de: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/03\\_diagnosticoyclasificaciondelaendometriosisjfernandezp.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/03_diagnosticoyclasificaciondelaendometriosisjfernandezp.pdf)
- Fondo Nacional de Recursos (2015). *Tratamiento de la fertilidad humana mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad* Recuperado de: [http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/tecnicas/n\\_reproduccion\\_alta.pdf](http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/normativas/tecnicas/n_reproduccion_alta.pdf)
- Foucault, M. (2001). *Defender la Sociedad. Curso en el Collège de France (1975--1976)* Recuperado de [https://monoskop.org/images/3/34/Foucault\\_Michel\\_Defender\\_la\\_sociedad.pdf](https://monoskop.org/images/3/34/Foucault_Michel_Defender_la_sociedad.pdf) :
- Foucault (1988) El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20. Recueprado de : <http://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf>

- Freud, S (1978a) Tres ensayos de teoría sexual. En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas Sigmund Freud*(Vol. 7, pp 111-224) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905)
- Freud, S (1984b) La interpretación de los sueños (segunda parte) Sobre el sueño (1900-1901). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 5, pp 543- 565) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1900)
- Freud, S (1986c) El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen, y otras obras (1906-1908) En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 9, pp 183- 203) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en (1908)
- Freud, S (1984d) Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 14, pp 65-99) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en(1914)
- Freud, S (1984e)El yo y el ello, y otras obras (1923-1925). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 19, pp 141-151) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en(1923)
- Freud, S (1984f)El yo y el ello, y otras obras (1923-1925). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 19, pp 177-189 ) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en el 1924)
- Freud, S (1984g). El yo y el ello, y otras obras (1923-1925). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 19, pp 259- 277) Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en el 1925)
- Freud, S. (1986h). El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura, y otras obras (1927-1931). En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 21, pp 223- 245) Buenos

Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1931)

Freud, S. (1986i). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-1936).

En J.L. Etcheverry (trad) *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol 22, pp 104- 126) Buenos

Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1933)

Lacan, J. (1984). *El seminario de Jacques Lacan, libro III: la psicosis 1955-1956*. Barcelona:

Paidós

Lacan, J. (1994). *El seminario de Jacques Lacan, Libro IV: La relación de objeto 1956-1957*

Barcelona: Paidós

Lanius, M (2008). *Reprodução artificial: Os Impasses do Desejo*. (Tesis de Doctorado en

Psicología Social). Universidade Federal Do Rio Sul. Porto Alegre.

Recuperado de: [http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15014/000676374.pdf?](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15014/000676374.pdf?sequence=1&locale-attribute=es)

[sequence=1&locale-attribute=es](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15014/000676374.pdf?sequence=1&locale-attribute=es)

Laplanche. J, Pontalis. J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión

Levin, E. (2000). *La función del hijo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*. 29 (2),

158-166. Recueperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829202.pdf>

Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós

Mora, L.; Otálora, C. y Recagno, I (2005). El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes

Voces Sobre su Significado. *Psykhe*. Universidad Central de Venezuela. 14(2),

119-132. Recuperado de : <http://www.redalyc.org/pdf/967/96714210.pdf>

Molina, S. (2015). *El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres*. Recuperado de : <http://articulando.com.uy/instinto-maternal-control-social/>

Organización Mundial de la Salud.(s.f.) Definición de infertilidad. Recuperado de:<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

Organización Mundial de la Salud.(s.f.) Planificación familiar. Recuperado de:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Ortega, M. Piña, R (2016) *Frecuencia y características clínicas de las pacientes con diagnóstico de infertilidad/esterilidad de la consulta externa de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso*. (Proyecto de investigación previa a la obtención del título de médica). Cuenca Ecuador, Recuperado de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25751/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*. (22), 35-67 Universidad de Guadalajara Guadalajara, México.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>

Soler, C. (2008). *Lo que Lacan dijo de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós

Torres, L. Ortega, P. Garrido, A. Reyes, A. (2008) Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 10 ( 2), 31-56.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional

Prioritario de Salud de la Mujer y Género (2007). *Norma de Atención a la Mujer*

*Embarazada*. Recuperado de: <http://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-embarazada.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2014) Reglamento del Decreto de ley 19.167 sobre

Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Recuperado de:

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Decreto%20Reglamentario%20Ley%20RHA%202014.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Decreto%20Reglamentario%20Ley%20RHA%202014.pdf)

Viera, M. (2015). *Lejos de París. Tecnologías de reproducción asistida y deseo del hijo en el*

*Río de la Plata*. Montevideo: Ediciones Universitarias, UCUR.