



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

**INCIDENCIA DE ASPECTOS SUBJETIVOS EN PROCESOS
DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito
curricular conforme O.C.S.: 586/85 OCA: 143/89

Alumnas:

- Arizmendi Santiago, Ayelén. DNI: 35.043.243. Mat: 09096/10
- Dáttoli, Nara. DNI: 35.903.918 Mat: 09348/10
- Mangini, Carlina B. DNI: 29909621 Mat: 8545/08

Supervisora:

- Baur, Vanesa

Cátedra de Radicación: Psicología Clínica

Fecha de presentación: 2 de junio de 2015

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
f-ps. A	Rose
	N° INVENTARIO:
	R-01385

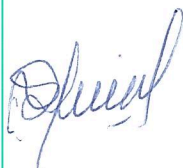
U.N. Mar del Plata
PSICOCEDOC
CENTRO DE
DOCUMENTACION

FACULTAD de PSICOLOGIA

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Arizmendi Santiago, Ayelén (Mat. 0906/10), Dáttoli, Nara (09348/10) y Mangini, Carlina B. (Mat. 8545/08) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.



ARIZUENDI S, AYELEN
DNI 35.043.243



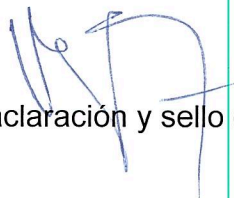
DÁTTOLI NARA
DNI. 35.903.918



Mangini, Carlina B.
DNI 29909629



El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Arizmendi Santiago, Ayelén (Mat. 0906/10), Dáttoli, Nara (09348/10) y Mangini, Carlina (Mat. 8545/08) conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los 2 días del mes de Junio del año 2015.



Vanesa Baur


Firma, aclaración y sello del Supervisor.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

El presente trabajo de investigación aborda una temática de gran actualidad, proponiéndose un abordaje de la misma a partir de los conceptos de la clínica y la teoría psicoanalíticas, a través de una lectura crítica de la bibliografía pertinente. Los objetivos que se plantearon las estudiantes implicaron realizar un abordaje crítico del panorama contemporáneo, al que llevaron adelante desde una perspectiva que se sirvió de los aporte de otras disciplinas.

Las estudiantes a cargo de esta investigación llevaron adelante su tarea con dedicación y responsabilidad; pudiendo avanzar en las dificultades que implica abordar un tema actual y poco investigado desde la psicología. Su labor de escritura da cuenta del trabajo de apropiación de las elaboraciones teóricas estudiadas, así como del auténtico interés en la problemática de la fertilización asistida y el rol del psicólogo. A su vez, respetaron el plan de trabajo que se propusieron en el anteproyecto, dando cuenta de los objetivos planteados en los tiempos estimados. Los encuentros de supervisión pusieron de manifiesto el compromiso de las estudiantes en el desarrollo de su proyecto.

En mi opinión, la tesis se encuentra aprobada.

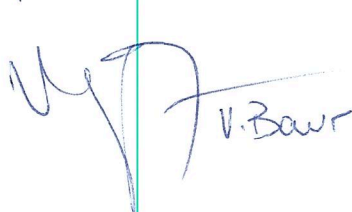


Mg. Vanesa Baur
Supervisora

Mar del Plata, 1 de junio de 2015

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Arizmendi Santiago, Ayelén (Mat. 0906/10), Dáttoli, Nara (09348/10) y Mangini, Carlina B. (Mat. 8545/08).

Calificación : 9 (distinguido)


V. Baur



Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación: 02/07/2015

Calificación: 9 mere -

V



The background features a white page with a spiral binding on the left. Three large, overlapping circles in shades of blue (dark, medium, and light) are arranged vertically. Two thin, light blue lines cross the page diagonally, and two vertical lines are also present. The text 'PLAN DE TRABAJO' is centered in a bold, black, sans-serif font.

PLAN DE TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S 143/89

NOMBRE Y APELLIDO DE LAS ALUMNAS:

- Arizmendi Santiago, Ayelén
- Dátoli, Nara
- Mangini, Carlina

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Clínica- Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

SUPERVISORA: Lic Baur, Vanesa.

EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: No.

TÍTULO DEL PROYECTO: *Incidencia de aspectos subjetivos en procesos de fertilización asistida.*

DESCRIPCIÓN RESUMIDA

El objeto de este trabajo de investigación es realizar un análisis de tipo bibliográfico, en el cual se pueda profundizar la posible relación entre aspectos psicológicos del sujeto y su incidencia en la fertilización. En el año 2013, en nuestro país se sancionó la Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N° 26.862. Ante el hecho de que la misma, no toma en consideración aspectos referidos a la subjetividad psicológica, se espera que el presente análisis pueda contribuir en esta dirección. A tales efectos, se realizará un abordaje en el cual serán articulados conceptos del psicoanálisis con esta problemática, privilegiando cuestiones tales como el sujeto y su deseo.

PALABRAS CLAVE: sujeto; deseo; fantasía; fertilización

Descripción detallada

MOTIVOS Y ANTECEDENTES.

Llegamos a este plan de trabajo como resultado de las discusiones y reflexiones surgidas en función de las inquietudes de las integrantes del grupo en lo que respecta a la fertilización asistida.

Siendo este tema de actual interés en nuestro país a causa de la sanción reciente de la Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N° 26.862, decidimos analizarla; al hacerlo, encontramos que la dimensión psicológica no es tomada en consideración. Es por eso que en este trabajo se ha decidido ponderar dicha perspectiva, la cual se considera necesaria en procesos que involucran al sujeto.

Se ha elegido abordar el tema desde una mirada psicoanalítica porque privilegia la singularidad del sujeto, la importancia del deseo y el derecho a decidir, cuestiones que consideramos fundamentales en un proceso de fertilización asistida.

Por otra parte, siguiendo lo expresado en "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina" (2010) por los siguientes autores, Silvia Faraone, Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Eugenia Bianchi, María Cecilia Tamburrino, la medicalización refiere al "proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc." (Foucault, 2001, 2000, 1996; Conrad, 1982; Illich, 1975). Medicalización, entonces, es el proceso histórico por el cual el campo médico se ocupa y trata diversos problemas - otrora no médicos - asociados a características intrínsecas de la vida; así, problemas de la vida son tratados en términos de problemas médicos como padecimientos, síndromes o enfermedades.

En esta dirección es que el presente análisis, a su vez, apunta a rescatar a ese sujeto posiblemente perdido en procesos estandarizados pertenecientes al campo médico.

Además, si el tema de los procesos de fertilización asistida es tomado como exclusivo de la medicina y lo biológico, podríamos interrogarnos si se estaría respondiendo ingenuamente a la demanda, sin preguntarse qué se está jugando al nivel del sujeto y su deseo; es por eso que consideramos de interés realizar un análisis en esta dirección rescatando al sujeto.

Sumado a las cuestiones antes mencionadas, se presenta el hecho de que no hemos encontrado al respecto, tesis en la Biblioteca, por lo cual se trataría de una temática poco investigada.

Por todo lo antes dicho, se tratará de articular este tema con los conceptos psicoanalíticos de deseo y fantasía, por ser el marco por medio del cual el sujeto ve y vive el mundo. ¹

OBJETIVO GENERAL.

- Analizar las variables psicológicas o subjetivas presentes en el sujeto involucrado en procesos de fertilización, desde las perspectivas del deseo y la fantasía consideradas psicoanalíticamente.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Caracterizar el concepto de fertilización en función del interrogante que orienta este trabajo.
- Explicitar la relación entre deseo y fantasía como inherentes del sujeto.
- Articular esos conceptos con tema de la fertilización
- Argumentar acerca de las causas de la necesidad de involucrar la dimensión psicológica en el abordaje de esta problemática.

METODOLOGÍA

El presente trabajo consistirá en una investigación bibliográfica de carácter exploratorio, con el fin de cumplimentar los objetivos planteados. De tal modo, la técnica utilizada será la lectura de fuentes primarias, bajo el método de fichado y análisis de textos.

¹ Jean Laplanche y Jean – Bertrand Pontalis (1967) definen a la Fantasía como: "guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo, y en último término, de un deseo inconsciente". "La fantasía, se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias".

CRONOGRAMA

Actividades	Meses		
	Dic-Ene	Feb-Mar	Abril
Exploración del estado del arte	■		
Elaboración del marco teórico	■		
Proceso de exploración bibliográfica		■	
Elaboración de conclusiones y redacción del Informe Final		■	■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartolacci, D. (2008). *La infertilidad desde el psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.tudivanpsi.com.ar/La%20infertilidad%20desde%20el%20psicoanalisis.htm> el 9 de octubre de 2014.
- Castrillo Mirat, D. (2010). *Necesidad, demanda, deseo*. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/N/necesidad_demanda.htm el 5 de noviembre de 2014.
- Chatel, M. (2004.) *El malestar en la procreación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Dafunchio, N. (2008). *Confines de la Psicosis*. Buenos Aires: Ed. Serie del Bucle.
- Foucault, M. (2010). *El cuerpo utópico*. Buenos Aires: Ed. Nueva versión argentina.
- Freud, S. (1908). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. AE: XXIII Amorrortu.
- Freud, S. (1918). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. AE: XXIII Amorrortu.
- Freud, S. (1937). *Análisis Terminable e Interminable*. AE:XXIII Amorrortu.
- Garibaldi, A. (2011). *El cuerpo en el juego del síntoma* Recuperado de <http://www.nadieduerma.com.ar/numero/4/14/82/los-cuerpos-del-s-ntoma/el-cuerpo-en-el-juego-del-s-ntoma.html> el 17 de octubre de 2014.


- Giberti, E. (2001). *Los hijos de la fertilización asistida*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- Lacan, J. (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*, en Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina* en Intervenciones y textos I, Buenos Aires: Manantial.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.
- Leserre, L., Cavalieri, V. y Iammatteo, M. (2009). *El cuerpo para el Psicoanálisis*. Recuperado de http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/9_jornadas.htm el 5 de noviembre de 2014.
- LEY NACIONAL DE FERTILIZACIÓN HUMANA ASISTIDA N° 26.862. (2014). Recuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley_nacional_26_862-FERTILIZACION-HUMANA-ASISTIDA.pdf el 20 de noviembre de 2014.
- Lombardi, G. (1991). *La resistencia como máscara del deseo*. Buenos Aires: Ed. Puntosur.
- Mercuri, V. (2011). *De un síntoma que hace cuerpo a un cuerpo para el síntoma*. Recuperado de <http://www.nadiederma.com.ar/numero/4/14/79/los-cuerpos-del-s-ntoma/de-un-s-ntoma-que-hace-cuerpo-a-un-cuerpo-para-el-s-ntoma.html> el 17 de octubre de 2014.
- Miller, J. (1992). *Psicoterapia y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Montúa, F. (2005). *Una reflexión sobre las investigaciones de Foucault del cuerpo y del poder*. México D. F: Ed. Siglo Veintiuno.
- Pedrotti, M. (2005). *Acerca del origen: Psicoanálisis y fertilidad*. Recuperado de <http://www.efba.org/efbaonline/pedrotti-05.htm> el 9 de octubre de 2014.
- Perez, A. (2008). *Cuerpo y Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.psicocorreo.com.ar/cuerpo.html> el 5 de noviembre de 2014.
- Scuzzarello, P. (2008). *El abordaje psicoanalítico en las dificultades de la fertilidad*. Recuperado de http://tudivanpsi.blogspot.com.ar/2008_12_01_archive.html el 9 de octubre de 2014.




- Soler, C. (2013). *El cuerpo en la enseñanza de Jaques Lacan*. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejaqueslacan.pdf> el 15 de noviembre de 2014.
- Sommer, S. (1996) *Procreación: nuevas tecnologías*. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Tendlarz, S. E. (1998). *El psicoanálisis frente a la reproducción asistida*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Zorzutti, G. (2011). *¿En qué lo simbólico depende del cuerpo?* Recuperado de <http://www.nadieduerma.com.ar/numero/4/14/80/los-cuerpos-del-s-ntoma/en-qu-lo-simb-lico-depende-del-cuerpo.html> el 17 de octubre de 2014.


Firma del Supervisor


Marijani Carlina D.


DATTOLI NABA.

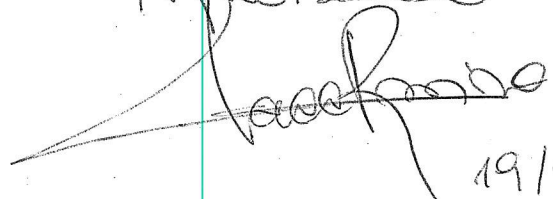

Anzuino S, Sylvia

Firmas de los alumnos

P/ Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha:

Aprobado

19/2/15

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Introducción.....	4
Capítulo 1: Panorama actual.....	8
Capítulo 2: Concepto de deseo y demanda	20
Capítulo 3: Fertilización asistida.....	31
Capítulo 4: Donde las cosas suceden. El cuerpo.....	45
Capítulo 5: Un acercamiento del deseo a la fertilización: la posible intervención de la psicología.....	56
Capítulo 6: Conclusiones	65
Bibliografía	70

The background features a white page with a spiral binding on the left. A large, abstract graphic is composed of several overlapping circles in various shades of blue (dark, medium, and light). These circles are arranged in a vertical sequence, with the largest one at the top right, a smaller one in the middle, and another large one at the bottom right. Two thin, light blue lines intersect to form a large 'V' shape that frames the central text. Additionally, two vertical lines, one light blue and one dark blue, run parallel to each other, also framing the text.

**INCIDENCIA DE ASPECTOS
SUBJETIVOS EN PROCESOS DE
FERTILIZACIÓN ASISTIDA**

AGRADECIMIENTOS

Al mirar hacia atrás en el tiempo, nos situamos en aquellas primeras reuniones que nos llevaron a pensar el tema de investigación, que hoy es motivo de esta presentación. Primero éramos dos, luego por el jardín de los senderos que se bifurcan, terminamos conformando este trío que hoy en día se convirtió en un hermoso grupo con valiosas amistades. Así que el primer agradecimiento es a nosotras mismas, por todo este camino transitado, con sus avatares y atravesamientos, que nos ha hecho crecer como profesionales y como personas.

Con desconcierto sobre cómo iniciar este proceso tan importante en nuestra formación académica, acudimos a quien considerábamos que era la persona adecuada para canalizar nuestras incertidumbres, nuestros temores y para clarificar el camino a seguir. Es por esto que queremos agradecer a la Lic Vanesa Baur, quien con su vocación, se comprometió a acompañarnos en este proceso, brindándonos su tiempo, guiándonos, enseñándonos, transfiriéndonos constantemente valores éticos y morales en el ejercicio del rol profesional y humano. Ella fue la que aunó los intereses al principio disímiles de las integrantes del grupo en una temática en común, que terminó por gustarnos y motivarnos muchísimo: la fertilización, con todas sus vicisitudes.

A lo largo de este proceso, son muchas las personas que nos han ayudado a lograr este objetivo, este “parir un bebé”, impulsado por nuestro deseo, brindándonos su apoyo y contención en momentos en donde reinaba la ansiedad y el nerviosismo.

Agradecemos por ello a todos los funcionarios y empleados de la Universidad, y del Centro de documentación de la Facultad de Psicología de la UNMdP, por su dedicación y contribución a la búsqueda de información.

A nuestros amigos; cada uno sabe, que son nuestra familia elegida, todos, ya cansados de escuchar la importancia de la psicología en procesos de fertilización asistida.

Y por último y no por ello menos importante, queremos agradecer a nuestras familias, que sin ellos esto no hubiera sido posible, con su apoyo incondicional, con el amor brindado cada día, fueron el motor para alcanzar este logro, logro que es tanto nuestro como de ellos.

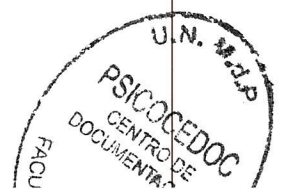
INTRODUCCIÓN

“El amor no encuentra su sentido en el ansia de cosas ya hechas, completas y terminadas, sino en el impulso a participar en la construcción de esas cosas.”

Zygmunt Bauman

Como estudiantes de psicología hemos observado a lo largo de nuestra formación que la disciplina psicológica se ha ocupado mayoritariamente de los aspectos menos adaptativos y más patológicos de la población, y, en cambio, se han estudiado en menor medida los aspectos más saludables de la misma. De este modo, la elección del tema que se presenta, es el resultado del interés por contribuir a esta temática tan importante hoy en día, y para mostrar el valor que puede tener nuestra disciplina en ésta y otras temáticas de la misma índole. Comprendimos, luego de prolongados encuentros y debates, que era necesario delimitar nuestro interés para poder abordarlo con mayor especificidad teniendo en cuenta la ausencia de estudios al respecto y la vastedad del tema que nos convocaba, de modo que decidimos enfocarnos, dentro de este universo, al lugar del cuerpo y del deseo en los procesos de fertilización asistida.

Este estudio puso su foco en este tema por varias razones: la primera de ellas fue que en los últimos años han crecido muchísimo las investigaciones (en especial médicas) sobre el tema, así también como su aceptación y uso social de la misma (antes impensada).



Este estado de cosas nos motivó a pensar que desde la psicología sería pertinente generar aportes para la comprensión de este tipo de fenómenos, con impacto en los modos de intervención sobre las conductas de salud y el ejercicio responsable de la utilización de la fertilización asistida en la población. Entendemos que un trabajo de investigación como el que realizamos tiene como primera misión introducir el debate sobre el tema en la instancia formativa de los psicólogos y proyectar esta posibilidad a la sociedad en su conjunto.

Es por ello que se realizó un exhaustivo relevamiento bibliográfico con la intención de aportar datos para su utilización en el área de la prevención y promoción de la salud relacionado con estos procesos.

Como sostienen Colacci, Ferro, Iudica, Musa, Poli, y Zanier (2011), la fertilidad así como la infertilidad es un proceso vinculado a la salud reproductiva y a la salud humana en general. Es una problemática de incidencia poblacional elevada, que requiere de un adecuado diagnóstico, asesoramiento y orientación a la pareja infértil, abordada desde una perspectiva interdisciplinaria. Ésta es fundamental ya que, el ser humano es una entidad bio-psico-social, y además, la maternidad-paternidad supera los componentes biológicos y médicos, para ser atravesado por múltiples dimensiones que tendrán que ser tenidas en cuenta.

La pareja frente a la dificultad o la imposibilidad en la concepción, podría tomar la fertilización al menos de dos maneras: como manera para negar el duelo, o como forma de reapropiarse de lo perdido (como intento de reparación).

Las implicancias éticas, legales, médicas, psicológicas de las tecnologías son diversas y profundas. Las tecnologías descriptas superan los límites carnales, se vuelven marcas, son verdaderos hechos subjetivantes y hasta

dadores de identidad del sujeto por venir. Si bien son dos los cuerpos intervenidos por las tecnologías, son al menos tres las subjetividades afectadas por ellas, y en algunos casos más (los donantes, por ejemplo). De allí la importancia de esta temática, que también podrá tener eco en lo transgeneracional.

Como dijimos anteriormente, la articulación de temas en el origen de este trabajo de investigación surge como punto de encuentro de contenidos que interesaban a quienes escriben. Estas inquietudes fueron presentadas a la supervisora quien nos sugirió adentrarnos en el tema de la fertilización, por incluir el deseo, el cuerpo y por ser un tema de actualidad. Nos llevamos la sorpresa de que no existen muchas investigaciones que analicen esta relación, aunque sí trabajos dentro de la disciplina psicológica que tratan la fertilización o algunos artículos que lo que hacen es más bien plantear preguntas. Como probablemente se repetirá varias veces en el presente trabajo, consideramos que el tema del deseo está olvidado en esta área o tocado muy superficialmente y esto asombra, ya que sabemos que para haber hijo necesariamente tiene que haber deseo.

Como ya se adelanta en los párrafos precedentes por los conceptos utilizados en nuestro discurso, el marco teórico es fundamentalmente psicoanalítico. Es por eso que no pueden faltar escritos sobre los eternos Sigmund Freud y Jaques Lacan y otros que inspirados en el (o los) modelos desarrollados realizaron aportes a la teoría.

La presentación seguirá el siguiente orden: el primer capítulo corresponde a un panorama actual del contexto social y un análisis más específico en cuanto a las nuevas tecnologías y la medicalización de la vida cotidiana. Nos pareció importante ya que, coincidiendo con Carpintero (2007) consideramos que el derecho a la información y al conocimiento, respecto de

los peligros y beneficios que la tendencia a la medicalización implica, se constituye como uno de los recursos privilegiados con los que cuenta la sociedad en su conjunto para entablar un debate sobre este tema. A continuación seguirá un capítulo donde se conceptualiza lo que entendemos por deseo en el marco del psicoanálisis, para luego analizar la incidencia de éste en los procesos de fertilización, pasando por lo que entendemos por cuerpo, y lo que sucede con él. Por último se presentan las conclusiones de este trabajo, sus alcances y limitaciones.

CAPITULO I. PANORAMA ACTUAL

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.”

Sigmund Freud

Queríamos comenzar problematizando y reflexionando acerca del escenario actual en el que nos toca vivir, y la manera particular en la que va aconteciendo la vida de los sujetos, para luego adentrarnos en lo que es específicamente nuestra temática a trabajar: la fertilización y las variables subjetivas que se dan en ella.

Contexto Social

Como observa Enrique Carpintero (2007), en el año 2007 ocurre un hecho histórico: es la primera vez en la historia del hombre que viven más personas en las grandes ciudades que en zonas rurales. Pero a la vez, también se hace cada vez más difícil vivir en estas ciudades donde reina el capitalismo globalizado o como le llama Paul Virilio (2006), “ciudad pánico”. El poder disciplina nuestra subjetividad y nuestros cuerpos, banalizando la experiencia donde el dolor y el conflicto deben ser evitados a toda costa. Para ello, encontramos formas de anestesiar nuestra subjetividad (como ya hablaba Freud en “El malestar en la cultura”, sólo que más exacerbado) a través de los medios de comunicación, de las redes sociales, de todo tipo de fármacos,

nuevas tecnologías, etc. Podemos pensar que toda la evolución a escala mundial y en tiempos cada vez más acelerados de lo que son las tecnologías, neurociencias, técnicas médicas, farmacológicas, etc. no está orientada al crecimiento del sujeto autónomo, sino que es funcional a la adaptación del mismo a la “cultura del sometimiento”, a cosificarlo.

Rescatando a Ivan Illich (1975) (no el personaje de Tolstoi, sino por las casualidades que nos atraviesan, un valioso autor del mismo nombre) en su texto “Némesis Médica” plantea que la medicación no se utiliza para curar, sino como un objeto más de consumo para soportar la incertidumbre de esta “ciudad pánico”, de un futuro vivido como catastrófico. Némesis es, en la mitología griega, la personificación de la justicia divina y de la venganza de los dioses, a veces llamada “hija de la noche”:

Prometeo era un héroe. Impulsado por la codicia radical (pleonexia), rebasó las medidas del hombre (aitia y mesotes) y con arrogancia sin límites (hubris) robó el fuego del cielo. De ese modo atrajo inevitablemente sobre sí a Némesis. Fue encadenado y sujetado a una roca del Cáucaso. Un buitre le devoraba todo el día las entrañas y los dioses que curan, cruelmente lo curaban y mantenían vivo (...) Némesis le imponía un tipo de dolor destinado a semidioses, no a hombres. Su sufrimiento sin esperanza y sin fin convirtió al héroe en un recordatorio inmortal de la ineludible represalia cósmica. (Illich, 1975, p. 198)

Este concepto, entonces, simbolizaría la legítima ira de los dioses contra la soberbia y la altivez, contra “los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para sí. Némesis es el castigo inevitable por los intentos inhumanos de ser un héroe en lugar de un ser humano” (p. 31)

Representa la respuesta de la naturaleza a hubris: la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un dios. “Nuestra hubris higiénica contemporánea ha conducido al nuevo síndrome de Némesis Médica”. (p. 31)

Medicalización

¿Qué entendemos por “medicalización”? A diferencia de medicar, que es un acto estrictamente médico, la medicalización hace referencia a los “factores políticos, sociales, económicos, que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica” (Carpintero, 2007, s.p.). A partir de este concepto, ya acuñado por Ivan Illich (1975) como “medicalización de la vida”, se considera que la cultura occidental ha desarrollado una cierta dependencia de los médicos; plantea que cada cultura crea sus propias enfermedades. Para Illich toda esta medicalización de la sociedad es un resultado de la superindustrialización, uno de sus aspectos más penosos. El autor considera inevitable que en un tipo de sociedad de producción como la occidental, donde “la enseñanza está programada, la residencia urbanizada, el tráfico motorizado, las comunicaciones canalizadas (...) es inevitable que se tienda a considerar que la Medicina debe producir salud y que el paciente es un mero cliente de la empresa médica.” (p. 77) El paciente, entonces, quedaría reducido a un objeto que debe ser reparado, deja de ser un sujeto al que se le ayuda a curar. Compartimos con el autor la visión de una ideología imperante donde lo importante dentro de la salud dejaría de ser el sujeto, para pasar a ser la ganancia. Lo que empieza a suceder, bien analizado en su recorrido histórico por Foucault (1974), es que fenómenos de la vida cotidiana, o episodios vitales de la vida humana, como el nacimiento,

menstruación, embarazo, vejez y hasta la muerte, dejan de verse como etapas que el propio sujeto puede afrontar para ser vistos como problemas médicos en sí mismos.

Entendemos, desde nuestra disciplina, la fuerza que puede tener la nominación, cómo podemos crear realidad cuando nombramos, como por ejemplo en el caso de la profecía autocumplidora¹. Ilich plantea, por ejemplo, que las personas a las que se les diagnostica hipertensión sufren un agravamiento de los síntomas y viven peor que otros hipertensos a los que en cambio, no se les ha diagnosticado la enfermedad. “El diagnóstico es la puerta que comunica el mundo de los enfermos con el de los no-enfermos.” (Ilich, 1975, p. 59) Una vez que está insertada esta concepción, si se quiere patológica de estos sucesos, se cree que sin intervenciones y medicamentos no se los puede transitar ni conservar la salud en estas situaciones. (Obviamente habrá casos donde sí realmente se necesitará esta intervención, pero dependerá del caso a caso particular).

Es muy diferente la realidad que se plantea si se contempla el no tener hijos, por ejemplo, como una enfermedad. Podría aparecer la solución fácil: a partir de un tratamiento o medicamento, estos procesos se “resuelven”. No consideramos que esto no “funcione”, pero pareciera que el sujeto no debe replantearse nada, con lo cual la palabra y el deseo quedarían por fuera.

Las nuevas tecnologías han modificado la concepción no sólo de la realidad, sino del tiempo. No aparece el espacio para el deseo. Se busca la satisfacción inmediata, no se da lugar a la espera, a la postergación de la

¹ Una profecía autocumplida es una falsa creencia que, directa o indirectamente, lleva a su propio cumplimiento. (Rubin, 2015, s.p.)

gratificación instantánea (propia del principio de realidad²). Actualmente, podría pensarse que la búsqueda de un hijo no escapa a esta modalidad, tiene que ser con la velocidad de internet. No se le da lugar a la reflexión, se busca el objeto necesario para apalea esa falta insoportable. En palabras de Ilich: “la moderna civilización médica cosmopolita niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte” (Ilich, 1975, p. 9).

Como sostiene Foucault (1974) el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. El capitalismo, que se desenvuelve a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad Biopolítica; la medicina es una estrategia Biopolítica. El ejercicio moderno del poder es, para Foucault, principalmente del orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones. La medicina desempeñó y desempeña un papel fundamental en la formación de esta modalidad de ejercicio del poder.

Si los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debía estar dirigido por un sistema de leyes codificadas, se puede afirmar que los médicos del siglo XX están por inventar una sociedad de la norma y no de la ley. No son los códigos los que rigen la sociedad, sino la distinción permanente entre lo normal y lo patológico, la empresa perpetua de restituir el sistema de normalidad (Foucault, 1974, p. 50)

² Uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental. Forma un par con el principio del placer, al cual modifica: en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior. (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 296)

Las sociedades modernas están sometidas a un proceso continuo e indefinido de medicalización. A partir del siglo XVIII las conductas, los comportamientos y el cuerpo humano se integran a un sistema de funcionamiento de la medicina que es cada vez más vasto y que va mucho más allá de la cuestión de las enfermedades, está dotada de un poder autoritario que impone norma, funcionando como instancia de control social. Podríamos pensar que la psicología también es parte de un control social: nuestros actos tienen consecuencias para un sujeto, individuo o institución, de ahí la importancia de nuestra posición ética. Por otro lado, también dentro de esta extensión sin límites del campo de intervención de la medicina, la salud se convierte en un bien de consumo. “De este modo, el cuerpo humano entró dos veces en el mercado: primero, por el salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; luego, mediante la salud” (Foucault, 1974, p. 54)

Siguiendo esta línea, y tomando a un autor también francés, Bernard Stiegler (2001), utilizamos su concepto de “capitalismo computacional” para dar cuenta del disciplinamiento que planteaba Foucault pero a través de las nuevas tecnologías. Plantea que los sistemas con los que interactuamos son más veloces que nosotros mismos, y que calculan y anticipan nuestros movimientos, cuestión que puede llevarnos a hacer cosas que inicialmente no querríamos pero que al sistema le interesa que hagamos, crea una “performatividad tecnológica” que estandariza el comportamiento y eso es tóxico porque produce un “mimetismo planetario”. Este capitalismo considera que todo es “calculable”, que todo debe ser objeto de cálculo. El filósofo plantea que se busca borrar o aplacar toda posibilidad de relación con lo incalculable, lo incalculable del deseo. Plantea al objeto del deseo, en consonancia con el pensamiento de Lacan, en tanto uno no se apropia jamás del objeto de su deseo porque uno no puede calcularlo, es algo que nos supera, que nos mueve. Es un objeto inasible, si no es así, no es un objeto de deseo sino de codicia o apropiación.

Concluye que es clave reconstituir una “economía de deseo que sea capaz de cultivar valores incalculables”. Entonces nos preguntamos, abriendo a la reflexión: ¿tener un hijo es calculable o incalculable?

Otro planteo interesante que hace Stiegler está relacionado con el tema del saber. Según este autor, uno posee un saber y, al mismo tiempo, va adquiriendo determinados automatismos que van siendo interiorizados de manera progresiva; ante esta cuestión resulta de interés pensar que es pertinente tener presente que uno es capaz, posiblemente, de desautomatizar. Al respecto es que plantea que necesitamos inventar la “desautomatización colectiva” (Stiegler, 2001, s.p.). Este autor ha realizado investigaciones en torno a nuestra relación con la tecnología, la digitalización y el problema de la individualización en el capitalismo consumista. El diálogo que ha creado entre filosofía y técnica/tecnología cuestiona la posición que tiene el hombre y la sociedad frente a la industria capitalista. De este modo, la propuesta de Stiegler se basa en "revertir" el efecto de la automatización de fábricas y subjetividades provocado por la tecnología, y utilizar ésta para desarrollar nuevos modos de subjetivación. Su propuesta es la de desautomatizarnos colectivamente de las imposiciones del sistema, pero sin rechazar a la tecnología, sino utilizarla, aprehenderla y darle otro uso. El filósofo señala la importancia de revertir el cálculo de datos que establece el mercado financiero para lograr liberarnos de la anticipación y el control. De tal modo que, al recuperar nuestra relación con lo incalculable y con el deseo, el hombre lograría desautomatizarse y construir nuevas subjetividades.

Actualmente nadie desconoce el status que se le otorga en la época actual a la ciencia en general y a la medicina en particular. Como fue en el siglo XIII “Dios” o la Iglesia, cuando nadie se atrevía a cuestionar su autoridad, era una palabra sagrada. Eso nos sucede con la ciencia y las investigaciones

científicas, por lo que es primordial tener una mirada crítica en torno a esta cuestión. Las soluciones para paliar la “Némesis Médica” podrían ser “la recuperación de la autonomía personal” y “un despertar ético” (Ilich, 1975, p. 197).

También observamos que actualmente tomar medicamentos se ha naturalizado a tal punto que se pueden conseguir sin prescripción profesional especializada. Frente a cualquier tipo de síntoma, dolor o angustia, encontramos una “pastilla milagrosa” para cubrir nuestras necesidades. Esto ocurre a escala mundial, y en particular nuestro país se encuentra entre los primeros del mundo en el consumo de psicofármacos: relevamientos de INDEC-Sedronar (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) arrojan que más del 10% de las personas de entre 16 y 65 años, el 8% de los universitarios y el 4,4% de los estudiantes secundarios usan sedantes o estimulantes sin consentimiento médico. Y esos datos hablan del consumo sin receta, y hay muchos que, incluso con la receta hacen un uso indebido de ellos. Diego Alvarez, director del Observatorio de Drogas de Sedronar sostiene que Argentina es el único país latinoamericano en el que la primera droga, después del tabaco y el alcohol, no es la marihuana sino el psicotrópico. (Elustondo, 2015, s.p.)

Si pensamos desde lo ético, como dijo Foucault (1974), a partir de un proceso que se prepara desde fines del siglo XVIII, asistimos actualmente a la formación de una somatocracia: una de las finalidades de la intervención del Estado es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre la enfermedad y la salud. Pero todas las investigaciones impulsadas desde los laboratorios no estarían pensadas desde las necesidades sociales o de la mayoría de la población, sino en ciertas enfermedades (o ni siquiera) de personas que pueden pagar los costos. Por lo tanto, millones de personas en

Argentina y el mundo no podrían acceder a tratamientos básicos o incluso morirían por enfermedades que no benefician a las ganancias de las grandes corporaciones.

Salud Mental

¿Qué ocurre en el campo de la Salud Mental? Observa Carpintero (2007) que frente al desarrollo de las neurociencias, la psiquiatría actualmente privilegia la clasificación de las conductas y las enfermedades, reduciendo el tratamiento a la supresión de los síntomas, sin tener en cuenta su etiología, sus causas, sus particularidades. Hay que suprimir una falla, no dar cuenta de un problema. A nuestro parecer, resulta una solución simplista para un problema que puede ser complejo. Como se pregunta Miller “¿Todos los trastornos que afectan al psiquismo responden a una causalidad biológica, neurológica o química o bien existe una causalidad psíquica que constituye un orden original de realidad?” (Miller, 1994, p. 11-19) Desde esta perspectiva:

El psicoanálisis es cuestionado por aquellos que han retrocedido a un neopositivismo que reduce el pensamiento a un circuito neuronal y el deseo a una secreción química. Para ello cuentan con el DSM (Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association) que psiquiatrizó la vida cotidiana en tanto toda conducta puede ser definida como un trastorno. Este es un manual basado en el esquema de síntomas-diagnóstico-tratamiento elaborado a partir de las neurociencias y el uso de psicotrópicos. A pesar de su utilidad epidemiológica el paciente es etiquetado con un

diagnóstico que deja de lado su particularidad y las posibilidades de realizar un trabajo pluridisciplinario. (Carpintero, 2007, s.p.)

Esto también estaría sostenido por los pacientes (podemos pensar esto porque lo que analizamos es una cuestión que atraviesa a toda la sociedad entera, no sólo a los profesionales o a los laboratorios) haciendo caso del significado de la palabra paciente, el pasivo, el que obedece, estaría presente y arraigada la mentalidad de “que me curen”. Como tales, pacientes, tal vez pensamos que el médico sabe más de nosotros que nosotros mismos, no creemos que eso que nos pasa tenga que ver algo con nuestra vida, algo que, si lo escucho, si lo analizo, tal vez me aclare por qué enfermo o qué puedo hacer para estar mejor. Le damos el saber a ese Otro revestido de autoridad; el problema se complejizaría cuando ese Otro se hace cargo del lugar de amo en el que es puesto, sin escuchar ni ver al paciente como alguien activo en su salud. Creyendo que el saber y los recursos están sólo de su lado, toma la responsabilidad y decisiones que deberían concernir al mal llamado paciente, devolviéndole de esta manera su status de sujeto.

También queríamos mencionar la cuestión de la prevención de la iatrogenia: los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos los remedios, los médicos o los hospitales, que no se habrían presentado si no se hubiesen aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente. Bien podríamos llamarlas “enfermedades del amo”.

Acorde a los tiempos actuales, si los síntomas tienen una causalidad orgánica, una pastilla aparecería como subsidiaria de la ilusión de la cura, evitando el camino, que puede ser arduo, y requerir esfuerzo, de la resolución del conflicto que subyace. Es decir que la pastilla también reforzaría la resistencia, niega la alteridad del otro, en una ilusión de totalidad, de igualdad con el otro, de soluciones mágicas. Un yo-robot que reniega de la angustia, del

deseo, de lo propiamente humano, inundándose de estímulos de lo imaginario, perdido en el espejo. Como dice Margarita López Carrillo. “los pacientes sí pueden, mediante la toma de conciencia, cambiar su relación con la medicina y los fármacos, y sobre todo, con su propia salud” (López Carrillo, 2010, p. 5)

Pensamos que para transformar realmente esta situación primero habría que comenzar por la concientización, dejar de mirar al costado y tomar una posición frente a estas situaciones. Un análisis interesante que realiza Foucault y que no hay que dejar de tener en cuenta, es el que considera al tema del poder, de los sectores dominantes (con sus instrumentos y sus medios de coacción para el mantenimiento y reproducción del sistema) pero también del poder que atraviesa todos los sectores de nuestra sociedad, lo que el autor llama micropoder. El colectivo social posee la fuerza para modificarse, para permitir formas organizativas que generen comunidad, lazos de solidaridad, que impidan la fragmentación. Aquí retomamos esta frase de Carpintero con la que coincidimos plenamente: “Lo importante es unificar a todos los que cuestionan el neopositivismo biológico rescatando el trabajo pluridisciplinario donde la medicación es un instrumento adecuado cuando se da cuenta de una subjetividad construida en su dimensión biológica, psíquica y social. Es decir, humana.” (Carpintero, 2007, s.p.) Hay que dejar de ver al otro como un enemigo, ya que, el otro es parte nuestra, nos constituye.

De allí la importancia en estos procesos de un espacio para la subjetividad, para que aparezca la dimensión de la palabra, que nos historiza, nos constituye. Sin desmerecer la gran oportunidad de poder tener uno o más hijos a partir de la fertilización asistida, que puede ser una herramienta muy valiosa, pero no realizada de manera automática, sino atravesada por las vicisitudes de ese sujeto, único, que va a atravesar este proceso. Nuestra posición es en favor de una ley que posibilite la aparición del deseo y la palabra

en la subjetividad. De una verdad que se da tanto al oír como al escuchar. Sino ese sujeto se pierde en esta “némesis médica”, se le transfiere la decisión a un otro ajeno, el médico. Por eso sostenemos la importancia que puede tener el rol del psicólogo, antes, durante y después de este proceso, acompañando al sujeto en el tránsito de ese camino que sólo él puede realizar.

Como profesionales de la salud mental, pero también como ciudadanos y como personas, siendo la ética y el respeto a los derechos humanos el eje que debe atravesar nuestra práctica, no podemos desconocer esta situación ni dejar de plantearnos y reflexionar acerca de ella y de nuestro accionar. Como dice Heidegger: “El pensar abre. En cuanto abriente, es un desocultar.” (Mujica, 2010, p. 72)



CAPÍTULO II. CONCEPTO DE DESEO-DEMANDA

“Cómo podría el psicoanálisis olvidar alguna vez el hecho clave que lo funda: que comenzamos nuestra vida mirando a una mujer para desearla (cualquiera sea nuestro sexo), que este deseo nunca puede ser eliminado y, lo que es más importante aún, que sin este deseo nunca nos volveríamos seres humanos y hasta no podríamos siquiera simplemente sobrevivir”.

Cornelius Castoriadis

Elegimos abordar esta temática desde una mirada psicoanalítica porque privilegia la singularidad del sujeto, la importancia del deseo y el derecho a decidir, cuestiones que consideramos fundamentales en un proceso de fertilización asistida.

Podríamos pensar que el punto de partida del psicoanálisis es que el hombre es un viviente, pero un viviente que habla. El lenguaje constituye al ser humano en lo más profundo de sí mismo, en sus afectos, sus necesidades, incluso en su cuerpo. En efecto, la cría humana es capturada por una estructura que le preexiste. Esta estructura es la del lenguaje. Como sostiene Mirat: “A partir de esta captura por la red del lenguaje, la relación con su propio cuerpo y con el de los demás, ya no va a ser una relación puramente natural” (Mirat, 2009, p.1)

Podemos decir, de modo general, que se produciría una “desnaturalización” del cuerpo como organismo y su constitución justamente

como cuerpo a partir de lo simbólico. Éste cuerpo queda afectado por un déficit, una pérdida. Por el hecho de que el sujeto habla, “las necesidades biológicas, quedan profundamente trastocadas en el hombre, perdidas en su naturalidad, para transformarse en esa otra realidad específicamente humana que Freud nombró deseo” (Mirat, 2009, p.1).

El deseo, en el sentido de Freud, el deseo inconsciente, es un deseo indestructible, esencialmente, insatisfecho. Como él sostiene:

Los deseos inconscientes se hallan siempre en actividad y dispuestos siempre a conseguir una expresión en cuanto se les ofrece ocasión para aliarse con un sentimiento procedente de lo consciente y transferirle su mayor intensidad. (...) inmortales, caminos abiertos de una vez para siempre y que nunca se ven solitarios, conduciendo a una derivación al proceso de excitación siempre que la excitación inconsciente los carga de nuevo. (...) Sucede con estos deseos lo que con las sombras infernales en la *Odisea*, las cuales volvían a la vida en cuanto se les daba a beber sangre. (Freud, 1900, p. 682)

El deseo freudiano se despliega, entonces, sobre el fondo de un anhelo, de la búsqueda del reencuentro con ese objeto mítico de la primera satisfacción, objeto inalcanzable, perdido desde siempre, para siempre.

¿Por qué el objeto del deseo es un objeto perdido por definición? Con Lacan vemos que el deseo siempre es un deseo de Otro. El autor va a dar razón de esta pérdida al subrayar la articulación entre el objeto y el orden simbólico. La pérdida del objeto es ante todo la pérdida de sus propiedades naturales en tanto que objeto de la necesidad biológica y de la satisfacción instintiva, pérdida que es solidaria del apresamiento del ser humano por el

lenguaje. El viviente signado por la necesidad, se verá obligado a pedir, se encontrará con el lenguaje, y ello antes incluso de que aprenda a hablar.

En relación a dichas cuestiones, consideramos pertinente tomar la vivencia primaria de satisfacción que Freud (1900) trabaja en “La interpretación de los sueños”, la cual es una construcción teórica que utiliza para, entre otras cosas, dar cuenta del origen del deseo.

A partir del trabajo realizado por este autor, podemos representarnos el aparato psíquico en un estado anterior de su capacidad funcional. Éste se mantendría libre de estímulos, permitiendo derivar en acto las excitaciones que le llegaban. Hasta que, por las ineludibles condiciones de la vida, que perturbaron esta sencilla función, llegaron las “grandes necesidades físicas”. Y aquí:

La excitación provocada por la necesidad interna buscará una derivación en la motilidad, de modificación interna o de expresión de las emociones. El niño hambriento grita y patalea; pero esto no modifica en nada su situación, pues la excitación emanada de la necesidad no corresponde a una energía de efecto momentáneo, sino a una energía de efecto continuado. La situación continuará siendo la misma hasta que por un medio cualquiera -en el caso del niño, por un auxilio ajeno- se llega al conocimiento de la *experiencia de satisfacción*, que suprime la excitación interior. La aparición de cierta percepción (el alimento en este caso), cuya imagen mnémica queda asociada a partir de este momento con la huella mnémica de la excitación emanada de la necesidad, constituye un componente esencial de esta experiencia. En cuanto la necesidad resurja, surgirá también, merced a la relación establecida, un impulso psíquico que cargará de nuevo la imagen

mnémica de dicha percepción y provocará nuevamente esta última, esto es, que tenderá a reconstituir la situación de la primera satisfacción. Tal impulso es lo que calificamos de deseos. (Freud, 1900, p. 689-690)

La reaparición de la percepción, entonces sería la realización del deseo, y la carga psíquica completa de la percepción, por la excitación emanada de la necesidad, es el camino más corto para llegar a dicha realización. Nada hay que nos impida aceptar, dice Freud, un estado primitivo del aparato psíquico en el que este camino quede recorrido de tal manera que el deseo termine en una alucinación. Esta primera actividad psíquica tiende, por tanto, a una *identidad de percepción*, o sea a la repetición de aquella percepción que se halla enlazada con la satisfacción de la necesidad. Luego, para alcanzar un aprovechamiento más adecuado de la energía psíquica será necesario detener la regresión, para buscar otros caminos que la conduzcan al establecimiento de la identidad deseada en el mundo exterior.³

Esta coerción y la derivación consiguiente de la excitación constituyen la labor de un segundo sistema, que domina la motilidad voluntaria; esto es, un sistema en cuya función se agrega ahora el empleo de la motilidad para fines recordados. Pero toda la complicada actividad mental que se desarrolla desde la huella mnémica hasta la creación de la identidad de percepción por el mundo exterior no representa sino un rodeo que la experiencia ha demostrado necesario para llegar a la realización de deseos. El acto de pensar no es otra cosa que la sustitución del deseo alucinatorio. (Freud, 1900, p. 689-690)

³ "Nota de 1919: O dicho de otro modo: se reconoce necesaria la realización de un "examen de la realidad" (Freud, 1900, p. 690)

Ésta deja, como consecuencia, el investimento de esa vivencia y el deseo de que se repita en cada ocasión.

En estos términos entonces, el psicoanálisis considera que el deseo sería un intento de restablecer la situación de la satisfacción primaria. Es decir, lo que se buscaría, si se lo piensa en los términos de Freud, es recuperar esa experiencia primera que generó placer, la cual es una marca a la que el aparato psíquico tiende aunque ella nunca se encuentre. Por eso es que se piensa a la vivencia de satisfacción como el origen del deseo, y al deseo como tensión en busca de la identidad perceptiva perdida.

Deseo y Demanda

Ahora bien, anteriormente se hizo mención a que el sujeto signado por la necesidad, se verá obligado a pedir, se encontrará con el lenguaje, y ello antes incluso de que aprenda a hablar. Por lo cual es preciso considerar que, “una demanda es una secuencia de significantes con determinada estructura gramatical y es enunciada efectiva o tácitamente. Un pedido, una orden, una súplica, una exigencia, son distintos tipos de demanda” (Lombardi, 2011, p.118)

Sucede que, en el encuentro del sujeto con una demanda, el Otro se interpone entre el sujeto y el objeto. El efecto que produce el encuentro con esta demanda es el desviar la intención del sujeto, forzándolo a satisfacerse con lo que le propone el Otro, lo que condiciona una trayectoria de su intencionalidad, que ya no es la que va hacia el objeto, porque ese objeto de algún modo se perdió; se le ofrece en su lugar un sustituto signifiante, engañoso,

que le deja siempre un margen de insatisfacción. Ese margen de insatisfacción es precisamente lo que Lacan llama deseo (Lombardi, 2011, p.125-126)

Existe un doble uso de la demanda que Lacan propone como esencial para situar el deseo, por un lado la demanda que se presenta como expresión de una necesidad, y por otro, el uso generalmente inconsciente de la demanda por el cual se pide nada, la demanda de amor, que se dirige a un Otro. El sujeto como tal, es efecto del inconsciente, del juego significante, de algo que esencialmente tiene que ver con el lenguaje.

Entonces, es porque hay un uso de la demanda, que no es la demanda de satisfacción de la necesidad, que surge algo imposible de satisfacer, que es el deseo, y que el sujeto desea imperiosamente sostener. El deseo es un estado esencial de insatisfacción, un estado sin embargo esencial para el sujeto.

La falta necesariamente viene del Otro, sin el Otro el sujeto jamás se enteraría de la existencia del deseo.

El uso de la demanda entonces, como demanda de amor, es el que hace posible la existencia del espacio para alojar el deseo. Éste surge en la medida en que hay alguien que escucha y que interpreta que con eso que el sujeto dice cuando pide, en verdad pide otra cosa (Lombardi, 2011, p.126)

En lo que respecta a la clínica psicoanalítica, ésta busca orientarse por el deseo del paciente, situándolo a partir de sus manifestaciones clínicas; el síntoma, la demanda, los sueños, etc. El objetivo ético al que todo se subordina en psicoanálisis es la rectificación de la posición del sujeto respecto de su deseo.

La demanda, entonces, a partir del trabajo de Lombardi (2008), se consideraría una manifestación clínica del deseo, y como tal, es fundamental en la clínica, ya que es a partir de ésta que se constituye el deseo (no hay deseo sin demanda, es imposible un deseo sin la apoyatura de una demanda) y además, el deseo es algo más difícil de atrapar, mientras que la demanda suele ser lo más manifiesto que hay en la clínica psicoanalítica.

El deseo toma una forma interrogativa, la primera forma que toma en el análisis se manifiesta bajo la forma de una pregunta, de un ¿Qué quiero?, que se confunde con un “no sé qué quieren de mí”. Es función del analista en el comienzo del análisis inducir en la formalización del síntoma, es decir en su inclusión, en su transformación en alguna demanda, en alguna queja dirigida al Otro que el analista encarna.

No habría deseo si no fuera porque el Otro, por un lado, interpreta la necesidad del sujeto en términos significantes, pero a su vez no termina de interpretarla, siempre es una interpretación incompleta.

Además, el deseo se sostiene a partir de fantasías. En el análisis se trata de que el sujeto se desprenda de esas fantasías, pero sin que desaparezca por eso el deseo, que transitoriamente deberá sostenerse de esa incógnita que es ese deseo del que nada dice el analista. (Lombardi, 2008, p.29)

Cabe tener en cuenta, ante dicha afirmación, lo que plantea Gabriel Lombardi (2008) respecto de que la fantasía permite al neurótico sostener su deseo, pero sostenerlo como inhibido, como no realizado, por identificación con un “objeto a” que se define por no satisfacer una demanda que siempre es, en último análisis, una exigencia pulsional. Ahora bien, ¿A qué se refiere Lombardi cuando habla de aquél objeto a?

Lo que Lacan va a decir es que en un primer momento de su constitución en relación con el Otro del lenguaje, el sujeto acepta la alienación a los significantes del Otro, acepta estar determinado por el Otro, y entonces, en un juego dialéctico con el Otro del lenguaje, se va constituyendo como sujeto a través de distintas operaciones que van a ser resumidas en la dialéctica alienación-separación.

Ahora bien, al final de toda esa operatoria, Lacan dice que queda un resto que no es simbólico. De esta operación de constitución del sujeto queda algo que es no-simbolizable, que no es especular, es decir, que no es ni simbólico ni imaginario, y se lo llamará "objeto a". Se trata de un objeto paradójico, que no es ni simbólico ni imaginario, que tiene la consistencia de un vacío y que va a estar ligado a lo que en Freud es el objeto de la pulsión (Soria Dafuncho, 2008, p. 31)

Como establece Lombardi (2008), el "objeto a" no es un buen objeto, por el contrario es un objeto que usualmente no se advierte, que no es especularizable. Es un objeto que, por su misma función, se pierde.

Por eso, Lacan (1958), en "La dirección de la cura y los principios de su poder" afirma: "la fantasía, en su empleo fundamental, es aquello por lo cual el sujeto se sostiene en el nivel de su deseo evanescente, evanescente en la medida en que la satisfacción misma le hurta su objeto" (Lombardi, 2008, p.30).

Deseo de Hijo y Fertilización

En lo que respecta al proceso de fertilización asistida, sería pertinente poder indagar a su vez, cuestiones referidas al deseo de hijo. En el inconsciente

se alojan los deseos más íntimos de los seres humanos, invisibles a primera vista.

El deseo de hijo conlleva una particularidad, no se trata de un deseo más o uno cualquiera, pues el objeto al que va dirigido no entra en serie con otros objetos. El deseo de hijo, va a suponer para un sujeto hombre o mujer, la búsqueda de un lugar, una demanda al Otro y el pasaje por la propia sexuación.

El deseo de hijo según Freud, tiene que ver con el fantasma edípico, el niño que la niña quisiera tener de su padre y que el niño quisiera darle a su madre. Deseo de falo puede satisfacerse, por responder a deseo de niño, compensación a la “castración materna”, el deseo de hijo, es una mezcla de deseo biológico, deseo de amor, de transmisión, de lucha contra su propia muerte. Para Freud, la mujer compensa su falta a través del niño (Pelegrí Moya y Montserrat Romeu, 2008, p.2)

Lacan señala la necesidad de un deseo que no sea anónimo y que las funciones de la madre y del padre se juegan a partir de esta necesidad: “de la madre en la medida en que sus cuidados llevan la marca de un interés particularizado, del padre en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo” (Lacan, 1969, p.47)

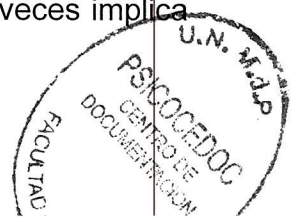
Resulta de interés, en función de las ideas que se sostienen en el presente trabajo y en pos de los objetivos que se persiguen, el planteo de Luis Izcovich (2005), presentado en unas declaraciones que realizó durante la “Jornada Europea de la Parentalidad en cuestión”, en la cual expresó que la cuestión fundamental del deseo de hijo no pasaba tanto por el deseo de procrear, sino por el deseo de acogerlo. Ganas de hijo y el deseo de hijo no van forzosamente de la mano, Colette Soler lo explica muy bien en el Seminario “Declinaciones de la angustia”: “El deseo de hijo, no es ganas de hijo... el

drama del discurso capitalista con los progresos de la ciencia es que obliga al deseo de hijo a pasar por las ganas de hijo...hay que calcular bien si es el momento, si se quieren, si no se quieren, si se deja de tomar la píldora, si hace falta un padre, si no hace falta, y cuando se ha calculado bien, puesto a punto el deseo de hijo, entonces se encuentran dificultades, las ganas de hijo están y luego nada..." (Soler, 2000-2001, p.166-169).

En consonancia con el planteo que aquí se ha venido desplegando, y a partir del trabajo realizado por Alba Flesler (2014) para "Página 12", titulado "querer y desear no son lo mismo", resulta pertinente considerar su aporte, con el fin de contribuir a poder esclarecer los aspectos que se están abordando. Dicha autora considera que el deseo de hijo es un deseo inconsciente, a lo que agrega:

Se suele confundir el deseo con el querer alguna cosa. Y se rebaja con eso la diferencia entre querer y desear. (...) Para que haya deseo, para que se encuentre articulado, ha de partir de una falta de goce. En esa línea, cuando atendemos al deseo de los padres no lo rebajamos a si ellos quisieron o no quisieron tener un hijo. Podremos ubicar el lugar del niño, localizar si ha sido o es objeto de deseo, de amor y de goce, considerar si los tres están bien enlazados o señalar si en cambio amor, deseo y goce no encuentran un buen enlace. Es que cada uno de ellos, el deseo, el amor y el goce, si no encuentran un límite en los otros dos registros quedan librados a una eficacia no agujereada: si se trata del goce, es un goce que no tiene límite, o un amor que no tiene límite, o también un deseo puede no tenerlo (Flesler, 2014, s.p.)

El deseo, entonces, tiene como condición la pérdida de un goce, por eso lo que deseo no es lo que quiero, es más, hasta incluso muchas veces implica



la pérdida del alcance inmediato de la satisfacción, la postergación de eso que “quiero”.

Se considera pertinente poder reflexionar al respecto en el marco de los procesos de fertilización asistida, abrir interrogantes que permitan desentramar una serie de palabras que parecen conformar un juego, “deseo, ganas, querer, fantasías, demanda”... ¿la demanda de un hijo por parte de los padres supone siempre un deseo de hijo? Responder a éste y a otros tantos interrogantes que surgen, requiere que se sigan desplegando y abordando cada uno de los aspectos que hacen a la temática de interés.

Ahora bien, aclarados dichos conceptos, y retomando la idea que se ha venido planteado a lo largo de estos párrafos y a los fines del presente trabajo de investigación, sería pertinente considerar que, un modo de aspirar al rescate del sujeto posiblemente perdido en procesos estandarizados pertenecientes al campo médico, sería abordando cuestiones inherentes a su deseo, considerando aquellos aspectos que hacen al deseo de hijo, teniendo en cuenta que la fantasía, según Freud, enmarca la realidad psíquica y es el sostén del deseo.

Sería interesante poder interrogarse y reflexionar acerca de las fantasías que podrían hallarse implicadas en los sujetos que participan de los procesos de fertilización asistida. Pensar qué fantasías sostienen sus deseos y qué deseos se podrían manifestar a través de sus demandas.

CAPÍTULO III. FERTILIZACIÓN ASISTIDA

“El mundo no es el simple ensamblaje de las cosas dadas, sino lo instaurado, lo construido por el hombre, quién -en el mundo como espacio de sus posibilidades, como apertura que abre significándolo, como lugar de su proyecto y su pro-yección- lo hace brotar del cultivo de la tierra-un brotar y cultivar en los cuales oímos resonar ecos de poíesis y techné.”

Hugo Mujica

Conceptualización

Para comenzar a definir lo que entendemos por fertilización asistida, vamos a tomar lo que estipula la Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N° 26.862., sancionada en 2013:

Se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones. Podrán incluirse nuevos procedimientos y técnicas desarrollados mediante avances técnico-científicos, cuando sean autorizados por la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud de la Nación). (p. 1)

La ley además establece que los procedimientos y las técnicas que la Organización Mundial de la Salud define como de reproducción médicamente asistida, incluyen: a “la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante” (p. 2)

La ley también plantea que las prestaciones serán obligatorias y se brindará a sus afiliados o beneficiarios, la “cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo” (p. 2), ante lo cual cabe destacar que no se estipula en ningún lugar en qué consisten, cómo se deben realizar, ni se incluye la dimensión psicológica de forma explícita.

Nos sorprendió a su vez, descubrir que otra ley de sanción actual como es la 26.396/08, de trastornos alimentarios, mejor conocida como la Ley de Obesidad, sí contempla la necesidad de un acompañamiento psicológico en el proceso de forma explícita:

ARTÍCULO 16: La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades, que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la Ley N° 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades. (p. 3)

Luego del debate, planteamos la siguiente suposición: la diferencia entre las leyes en relación a la necesidad de la compañía de un profesional de la salud mental podría tener que ver con la escasa investigación en esta área por parte de nuestra disciplina. Si bien es más una hipótesis que una afirmación fundamentada, creemos que como en psicología temas relacionados con los trastornos alimentarios, como la imagen del cuerpo, están profundamente estudiados hace tiempo, la intervención del psicólogo en problemáticas relacionadas está más tenida en cuenta, por estar ampliamente fundamentada. Habrá que poner manos a la obra ya que, como se dijo antes, ¿qué inserción tiene la psicología si no es en el ámbito del deseo?; asumiendo esto, problemáticas relacionadas con el deseo de hijo deben estar necesariamente relacionadas con la psicología y la psicología debería intervenir en todo ámbito donde se trate alguna cuestión relacionada con el deseo de hijo.

Tomando las palabras de Arturo Alfonsín, ginecólogo y especialista en fertilidad asistida: "(...) se trata de parejas que buscan ayuda para concebir a un hijo. En el resto de los casos creo que el médico debe pensar si está colaborando para dar vida a un chico que pueda ser potencialmente feliz. Si es así, adelante. Si no, debe recomendar a la gente que le solicite ayuda a un profesional" (Sommer, 1996, p. 58) Aquí nos preguntamos: ¿con qué criterios considera que ese chico es potencialmente feliz?; ¿el médico está capacitado para tomar esa decisión? Se piensa que esto sólo podría ser decretado por el mismo sujeto, lo cual, a su vez, permite pensar en el rol del psicólogo: es quien, entre otras cosas puede estar capacitado para ayudar al sujeto en el tránsito de este proceso, devolviéndole un saber que, muchas veces, hasta él mismo desconoce que tiene.

Frente a la realidad que plantea la sanción de dicha ley y los desafíos que genera, llamamos la atención sobre la necesidad de pensar en los sujetos

involucrados y más aún si se tiene en cuenta el hecho al que se hizo mención párrafos arriba, la ausencia de la dimensión psicológica en un proceso que involucra su deseo tanto directa como indirectamente.

Tratamientos

Así mismo en la Ley, son referidos una serie de métodos que, con ayuda de Eva Giberti (2001) pueden ser divididos en cuatro grupos:

1) Implantación en el cuerpo de la mujer de un embrión obtenido a partir de un óvulo y un espermatozoide de la pareja.

2) Uno de los elementos es ajeno a la pareja y sustituido por el de un/una donante.

3) Los dos elementos son ajenos a la pareja. Se implanta en el cuerpo de la mujer un embrión con el que genéticamente no tiene parentesco.

4) Un embrión de la pareja se implanta en un vientre alquilado.

Cada uno de estos métodos, de diversa índole, se realiza, como ya se ha hecho mención, en sujetos, por lo cual sería interesante poder abrir interrogantes respecto de los efectos que en ellos genera. Se podría pensar, por ejemplo, que estos métodos generarían una especificidad fantasmática, tanto cada uno en sí mismo, como en el devenir de cada persona.

Habría que evaluar de manera singular las consecuencias psíquicas de cada situación en particular, con todos sus atravesamientos subjetivos, sociales, económicos, etc.

La pareja será sometida (en especial la mujer) a varios tratamientos e intentos para lograr la consecución del embarazo, lo cual se puede pensar que, posiblemente, tendría consecuencias para ambos, tanto en lo que respecta a su integridad física como psíquica. Consideramos sin dudas, que el principio que debe regir esta actividad es la ética, los derechos del paciente antes que los intereses personales, profesionales, institucionales y/o económicos de los médicos e instituciones que utilizan estas técnicas y de otros especialistas implicados en las mismas.

Es pertinente tener presente el hecho de que todo este proceso, incluido el embarazo y el parir nunca es inocuo, para la mujer, para la pareja, para la familia, etc. Además, pensamos que sería importante poder trabajar la tolerancia a la frustración del sujeto y de la pareja, ya que la mayoría de las veces se requieren varios intentos, y, como se comprobó de la página oficial de reproducción asistida del gobierno de España, hay técnicas en las que el porcentaje de éxito es bajo:

- Inseminación artificial (IA): la tasa de embarazo que se obtiene es de hasta un 50% tras varios intentos mientras que al primer intento, no se supera el 20% de casos de embarazos positivos.
- Fecundación In Vitro (FIV): en este caso las probabilidades de éxito son mayores que en el caso anterior ya que hasta en el 90% de los casos después de 3-4 intentos, se consigue el embarazo.

- Donación de óvulos: en este caso y utilizando otras técnicas más complejas, se consigue la mayor tasa de éxito reproductivo, ya que se puede alcanzar hasta el 95% de embarazos en las pacientes en tratamiento al cuarto intento. (Maestre Ferrer, 2014, s.p.)

Podemos hipotetizar también, para futuros trabajos e investigaciones, que el porcentaje de éxito podría crecer en caso de ser acompañado de un tratamiento psicológico, ya que entendemos al ser humano como un todo: un organismo bio-psico-social, por lo que hay que tener en cuenta todas las dimensiones del mismo.

Dimensión Social

La ley que se ha venido analizando pone en evidencia que el tratamiento de la infertilidad y el acceso al mismo es un derecho reproductivo, las mujeres y varones de nuestra sociedad pueden vivirlo como un derecho humano básico. Es decir, las mujeres tienen el derecho a la libre opción de la maternidad, a renunciar a ella o a tener conscientemente hijos/as, bien sea por concepción, por adopción o mediante tecnologías, independientemente del estado civil. Pero aquellas personas que por diferentes razones no pueden tener hijos, deberían poder vivir esta situación sin sentirse discriminadas, estigmatizadas, diferentes.

Pensamos que lo que suele ocurrir es que la deuda con la cadena transgeneracional y la necesidad de aceptación social (contrato narcisista) generan, posiblemente, en estas personas un forzamiento que podría estar

reflejando más la necesidad de ser padres que un auténtico deseo de hijo pensado en términos de Piera Aulagnier (1977) ⁴

El concepto de mujer históricamente ha estado vinculado a la reproducción y a la maternidad como principal función biológica y social de su vida. Esto ha ido modificándose desde que la mujer ingresó al ámbito laboral. Sin embargo, podríamos pensar que, en la representación inconciente, seguiría siendo ésta la “responsable” de sus hijos. (Por ejemplo, se suele decir muchas veces “X está embarazada” y no “Vamos a tener un hijo”) Así mismo, pareciera que sigue existiendo una suerte de gran presión social hacia la pareja para que tenga hijos.

Ante estas cuestiones es que consideramos de interés poder pensarnos como sujetos y como sociedad, y reflexionar acerca de cuestiones referidas a la maternidad y la paternidad, repensando las posibilidades de elección que hoy existen, así como la posible elección de no ejercer estas funciones.

Si a estas reflexiones se las traslada y se las aborda en un espacio de terapia psicológica, permitirían, posiblemente, dilucidar cuestiones referidas a lo que se puede estar jugando en la pareja o sujeto que demanda la fertilización asistida.

⁴ Deseo de hijo debe ser diferenciado del deseo de maternidad que es el deseo de repetir en forma especular su relación con la madre. Este deseo es catastrófico para el niño. Lo catastrófico es que para estas mujeres es imposible aceptar lo nuevo. El deseo de hijo, por su parte, supone la posibilidad elaborativa, la eficacia de la represión y el acceso a nuevos niveles de significación. La operatoria de la ley simbólica, habilita a la no repetición, y al acceso a la novedad. (Aulagnier, 1977, p. 320)

Esterilidad y Escena Primaria

Como ya se observó en su definición, las nuevas técnicas reproductivas (NTR) tienen como finalidad colaborar o reemplazar los pasos “naturales” del proceso de reproducción. El significante “reemplazar”, nos lanzaría fuera del lugar de origen, la escena primaria: pensamos que ésta va a seguir estando, pero de manera diferente.

La experiencia analítica ha conducido a Freud a conceder una importancia creciente a dicha escena, en la cual el niño se ve asistir a las relaciones sexuales de sus padres: es “(...) un elemento que raras veces falta en el conjunto de los fantasmas inconscientes que se pueden descubrir en todas las neurosis y probablemente en todos los niños” (Laplanche y Pontalis, 1939, p.123). Sería interesante poder repensar cuál sería el modo en que esta escena se manifestaría, dando lugar, así mismo, a abrir nuevos interrogantes. Quizás, lo que plantea Eva Giberti (2001) respecto de que la construcción simbólica de esta escena, matriz filogenética mediante, y también fantasías matriciales mediante, generará nuevos cuestionamientos acerca del saber que se halla inmerso en la escena primaria. Dicha autora interroga: “¿incluirá un saber acerca del engendrar excluyendo el coito e incorporando otro proceso fusional regulado en laboratorio?;” (Giberti, 2001, s.p.) la autora considera que posiblemente, lo que sucede en estas situaciones tendría que ver con una circunstancia que pondría en jaque la representación (acorde con la realidad) de la escena primaria.

Se podría pensar entonces, en función de lo planteado por dicha autora, que, tal como expresa Freud, se trata de un elemento que se descubre en todos los niños, y que, por lo cual podría darse que en los casos de fertilización

asistida, se hallarían implicadas cuestiones que deberán ser pensadas en el caso a caso.

La esterilidad ha constituido un problema en todas las épocas de nuestra historia como seres humanos (y también en otras especies), pero a lo largo del tiempo ha variado la forma de considerarla: maldición o castigo divino, adjudicada solo a la mujer hasta hace pocas décadas. Luego se visibilizó que la esterilidad podía estar en el hombre y se llegó finalmente al abordaje de ésta como un problema vincular. Es decir, ya sea porque uno o los dos integrantes, o ninguno de ellos posea un problema orgánico, esta dificultad debería ser abordada como un tema de la pareja, en el caso de que ésta exista (y no se trate de un sujeto único que quiere ser madre/padre).

Respecto a los lineamientos que se abordan en el presente trabajo, es pertinente destacar que consideramos que las variables psicológicas siempre están en juego, exista un problema orgánico específico, identificado, o no. De ahí el posicionamiento que sostenemos, respecto de la importancia de un espacio para que se despliegue ésta dimensión, de la palabra, de los mecanismos inconscientes, de las fantasías, etc., como un medio para arribar al rescate del sujeto que puede estar perdido dentro de los procesos estandarizados pertenecientes al campo médico.

Cambios Producidos por las Nuevas Técnicas Reproductivas

Pensamos que esta temática estuvo en la fantasía del hombre desde los primeros tiempos, con ciertos mitos en los que se concebía a un hijo sin la reproducción sexual. Sin embargo, esto en la realidad ocurre hace

relativamente poco tiempo, y menos aún en el ámbito de su legitimación a través de una ley (en Argentina hace 2 años que se sancionó la Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N° 26.862) por lo que resulta novedoso y un desafío a abordar, en tanto implica muchos cambios, en múltiples sentidos. Podemos nombrar algunos de éstos, haciendo referencia a lo que establece Gisela Farias (1996):

- Cambio en las relaciones entre los sexos en cuanto a la procreación y al comportamiento sexual.
- Fenómeno social en el que el saber científico y la tecnología ocupan un lugar estratégico.
- Cambio en la constitución de la identidad y subjetividad.
- Modificación en los criterios de filiación.
- Progresiva transformación de las categorías de maternidad y paternidad que señala una particular relación con los sistemas simbólicos de legitimación.
- Consecuencias sociales: influencia sobre las relaciones de parentesco. Transforman el sentido de palabras tan insertas en la cultura que nadie las hubiera cuestionado.

En este sentido, sería preciso no olvidar que los avances tecnológicos no son sólo productos culturales, sino que también producen cultura. Es como el caso del sujeto, producimos y somos producidos por el Otro.

Como plantea Eva Giberti (2001), debemos construir recursos para pensar lo impensable, lo inédito, aquello que no tiene precedentes en la historia porque no se parece a nada que haya existido antes. Se hace factible aquello que sólo existía en el mundo imaginario. Inaugura posibilidades antes inexistentes y aparentemente imposibles.

Por otro lado, pensamos que sería pertinente que esta posibilidad de tener un hijo mediante un proceso de fertilización asistida pudiera ser aceptada y reconocida como una posibilidad distinta de ser padres, y no como una sustitución del proceso de reproducción sexual. Por lo cual, consideramos que sería positivo que sea tratada como una temática que requiere ser abordada en un ámbito específico, hablada, explicitada, para que haya una legalidad interna y externa, si se quiere, como sucede en el caso de la adopción jurídica. Esto se enlaza con la concepción que se sostiene de la maternidad/paternidad: que todo hijo debe ser adoptado, sea biológico o no. Compartimos con Degano (1993) su planteo respecto de que no es lo mismo criar a un hijo que ahijarlo. En este segundo caso, el niño no es un objeto pasivo sino un sujeto activo que también desde su deseo le da un espacio al adulto que lo va a ahijar. El ahijamiento va por el lado del deseo, mientras que el criar va por el lado de cubrir las necesidades.

Realidad y Duelo

En su momento Freud (1923) definió al yo como una instancia que debía servir a varios amos: los reclamos del ello (instintos e impulsos primarios), las exigencias del superyó (la moral, las normas, la legalidad interna) y la realidad exterior. Generalmente no es posible complacer a los tres por igual. Así es que

cuando aparecen impulsos con deseos contrarios a los que el yo debe respetar, el delicado equilibrio tambalea y se produce el conflicto. Tal conflicto entre lo que se desea y lo que se debe, y cuyas raíces se encuentran en la historia infantil, es lo que caracteriza al neurótico. Éste debe poner un freno (reprimir) a esas aspiraciones que no pueden cumplirse. Pero como ya no pueden volver atrás, pues se han manifestado, buscarán una satisfacción sustitutiva (si es que no hay elaboración del conflicto).

Como sostiene Hornstein (1993) el encuentro con un fragmento doloroso de la realidad produce sufrimiento. Para protegerse, el neurótico reprime sus aspiraciones irrealizables y se refugia en el mundo de la fantasía, que oportunamente ha sido separado y diferenciado de la realidad. Esta derivación tendrá diferentes consecuencias: se podrán presentar síntomas físicos, psíquicos, la renuncia a la maternidad biológica, la adopción, etc., según la capacidad de la persona en transformar su compulsión en elección.

Nos preguntamos: ¿Cuál es la reacción del psicótico, en cambio, frente a una realidad hostil? La desmiente por la vía de la alucinación y el delirio. No le otorga estatuto de verdad. La realidad que es rechazada requiere ser compensada por otro camino, el psicótico debe “procurarse percepciones tales que correspondan a la realidad nueva” (Freud, 1924, p. 2746)

Tengamos en cuenta que para que se instaure el principio de realidad en el psiquismo, es preciso que las primeras relaciones afectivas hayan experimentado ritmos de presencia-ausencia sostenidos desde el deseo; de ese modo el niño podrá descubrir que cuando su madre no está presente físicamente, puede pensar en ella y tranquilizarse, o que cuando el alimento se retrasa, las palabras lo ayudan a esperar sin desesperarse. Es decir: la ausencia material de los objetos (y al ser estos reemplazados, en parte, con palabras y pensamientos), introduce la posibilidad de simbolización, de que algo

aparezca en el lugar de aquello que se reconoce como ausente. Este proceso posibilita que se inscriba en el psiquismo humano una noción fundamental: la ausencia, la carencia, la no-totalidad. Y esta inscripción es la que posibilitará el reconocimiento de los límites, de las diferencias: entre lo propio y lo ajeno, entre lo posible y lo imposible, y fundamentalmente, en el caso que nos ocupa, la diferencia entre ser padre y ser progenitor. Lo ausente puede estar representado, o ser sustituido, por los símbolos, por palabras, pero en el caso del psicótico el proceso de simbolización es fallido, al psicótico no le es posible reemplazar un objeto material o una presencia física por un símbolo, por lo tanto sustituye la realidad por otra "inventada".

Freud en "Duelo y melancolía" plantea como definición de duelo, la siguiente: "El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, (1917 [1915], p. 241). Plantea también que en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía, donde aparecen los mismos rasgos que en el duelo (desazón profundamente dolida, cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda productividad) pero se diferencia por una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. La resolución del duelo implica que el sujeto va comprendiendo gradualmente que el objeto amado no existe más. Este trabajo de duelo culmina cuando el yo queda libre y sin inhibiciones, depositando la libido sobre un nuevo objeto, es decir, es capaz de recatectizar el mundo. A esto que podemos pensar como elaboración del duelo, se le opone una "comprensible renuencia", ya que el hombre "no abandona de buen grado una posición libidinal, aunque haya un sustituto" (p. 242) Lo que se espera es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero esto no ocurre enseguida, sino pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y

mientras tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Esta renuencia, entonces, puede alcanzar tal intensidad que produce un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una “psicosis alucinatoria de deseo”.

Si nos remitimos a la definición de duelo que desarrolla Freud, la renuncia a un ideal también supone un proceso de estas características y magnitud; ideal que bien podría ser concebir a un hijo de manera que no medie ningún procedimiento artificial.

Consideramos que en relación al duelo que implica renunciar a un ideal nunca estaría de más un acompañamiento psicológico, que bien puede abrir puertas hacia otros conflictos; esto por sí sólo, esta apertura a la elaboración de cuestiones menos visibles puede desobturar (más que nada en los casos de infertilidad sin causa aparente) aquello que no permitía la concepción.

Ahora bien ¿qué pueden hacer aquellas personas que se encuentren frente al obstáculo o frustración que implica la infertilidad?, ¿recurrir a la fertilización como resolución de este conflicto sin que medie la palabra?, ¿en qué momento decidirlo?, ¿sería mejor que la decisión fuese tomada luego o mientras se elabora esta pérdida, este duelo, esta aceptación?, ¿es esperable que este duelo se elabore de forma automática siempre o cabe la posibilidad de que se necesite algún tipo de apoyo (por qué no profesional) para que se desarrolle de forma saludable, según el caso, la situación, el contexto, la historia personal?.

CAPÍTULO IV. DONDE LAS COSAS SUCEDEN. EL CUERPO

“Permítanme delimitar más bien como falla epistemo-somática, el efecto que tendrá el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo”

Jacques Lacan

En el presente capítulo pretendemos realizar algunos comentarios sobre el cuerpo, tanto desde la concepción médica como desde la concepción psicoanalítica, con sus diferencias y sus puntos de entrelazamiento posible, intentando así superar la mirada binaria, originada desde la complejidad misma de las temáticas que estamos abordando; a su vez pretendemos realizar un breve recorrido por algunas ideas de autores que hacen referencia al tema y que consideramos que hacen aportes relevantes.

El Cuerpo Como Construcción

Tomando la definición que nos brinda el diccionario, encontramos que “cuerpo” deriva del latín “corpus”, noción que hace referencia a aquello que tiene extensión limitada e impresiona a nuestros sentidos; también se lo considera en referencia a conjunto de libros o personas, y aparece como sinónimo de cadáver. Como sostiene Patricia D'Angelo “desde la filosofía;

Aristóteles plantea con la teoría hilemórfica, que la materia está determinada por la forma. Spinoza, consideró al cuerpo como “extensión existente en acto”. Para el existencialismo el cuerpo sería aquello que es para mí y para otro. Podríamos decir que en todos estos planteos está incluido el cuerpo con su historia y sus vicisitudes.” (D'Angelo, 2010)

Desde Lacan sabemos que el cuerpo es algo que hay que construir, no es algo dado. Es un fantasma que aparece en el espejismo de los espejos, y aún así, de manera fragmentaria. Frente a esta amenaza de desintegración de esta unidad construida (que es el cuerpo, como el yo) existieron a lo largo de las décadas, y hoy también nos acompañan, fantasías de un cuerpo súper-poderoso, infinito, que trasciende a todo y a todos, donde se puede ser invisible, volar, viajar a la velocidad de la luz, y hasta viajar en el tiempo, ser inmortal, etc. Como dice Borges: “¿De qué otra forma se puede amenazar que no sea de muerte? Lo interesante, lo original, sería que alguien lo amenace a uno con la inmortalidad” (Alifano, 1988, p. 23) Nuestro cuerpo, de hecho, está siempre en otra parte, está ligado a todas las otras partes del mundo, y a decir verdad está en otra parte que en el mundo. Como bien señaló Foucault:

La máscara, el tatuaje, el afeitado colocan al cuerpo en otro espacio, lo hacen entrar en un lugar que no tiene lugar directamente en el mundo, hacen de ese cuerpo un fragmento de espacio imaginario que va a comunicar con el universo de las divinidades o con el universo del otro. Uno será poseído por los dioses o por la persona que uno acaba de seducir. En todo caso la máscara, el tatuaje, el afeitado son operaciones por las cuales el cuerpo es arrancado a su espacio propio y proyectado a otro espacio. (Foucault, 1966, p. 15)

Es a su alrededor donde se organizan las cosas, es con respecto a él como un soberano, que hay un encima, un debajo, una derecha, una izquierda, un adelante, un atrás, un cercano, un lejano, etc. El cuerpo es el punto cero del mundo, allí donde el tiempo y el espacio se cruzan, este cuerpo no está en ninguna parte: en el corazón del mundo es ese pequeño núcleo utópico a partir del cual soñamos, hablamos, nos expresamos, imaginamos, percibimos las cosas en su lugar y también las negamos por el poder indefinido de las utopías que imaginamos. Nuestro cuerpo no tiene un lugar preciso o definido, pero de él salen e irradian todos los lugares posibles, reales o utópicos.

Foucault (1966) también da cuenta de que los griegos de Homero no tenían una palabra para designar la unidad del cuerpo: delante de Troya había brazos alzados, había pechos valerosos, había piernas ágiles, había cascos brillantes por encima de las cabezas: no había un cuerpo unificado, más bien figuras de sus partes. La palabra griega que significa cuerpo aparecería en los escritos de Homero para designar el cadáver. Este fenómeno bien podría equipararse a lo que sucede a nivel ontogenético, según Lacan (1966); los niños tardan mucho tiempo (meses y hasta más de un año) en reconocer y apropiarse de su cuerpo. En lo que este autor denominó “Estadio del espejo” el niño se precipita a la imagen de un cuerpo unificado, distinto a lo que proviene de sus sensaciones propioceptivas, dispersas y desorganizadas. Esa imagen que el niño asume tiene que estar necesariamente sostenida por Otro para que este proceso fundamental pueda darse de forma saludable.

Es el cadáver y es el espejo, entonces, quienes enseñaron a los griegos y quienes enseñan a los niños que tenemos un cuerpo, sus características y a reconocerlo: “Es el espejo y es el cadáver los que asignan un espacio a la experiencia profunda y originariamente utópica del cuerpo. Es gracias a ellos, es gracias al espejo y al cadáver por lo que nuestro cuerpo no es lisa y llana

utopía.” (Foucault, 1966, p. 17). Pero, Foucault también señala que “la imagen del espejo está alojada para nosotros en un espacio inaccesible, y que jamás podremos estar allí donde estará nuestro cadáver (...) el espejo y el cadáver están ellos mismos en un invencible otra parte, entonces se descubre que sólo unas utopías pueden encerrarse sobre ellas mismas y ocultar un instante la utopía profunda y soberana de nuestro cuerpo.” (p. 17)

Estas ideas que venimos desarrollando dejan entrever que cuando se habla de un concepto no hablamos todos de lo mismo, o, por lo menos, eso no sucede con la noción de cuerpo. Si bien el organismo biológico está presente siempre desde que hay vida latiendo en él y, dentro de lo esperable, tiene todo disponible para poder madurar, desde el psicoanálisis no podríamos decir que ese organismo biológico en maduración es un cuerpo, no al menos todavía. Lacan señala que nuestra vivencia del cuerpo es de algo que tenemos, y no que somos: decimos “tengo un cuerpo” y no “soy un cuerpo”, podemos prescindir de él, como sujetos del significante estamos separados de éste; en palabras de Soler: “el significante soporta parte del ser independientemente del cuerpo.” (Soler, 2010, s.p.)

Para el psicoanálisis, entonces, no nacemos con un cuerpo, sino que ese cuerpo se construye. Freud designa con el término narcicismo la fase del desarrollo libidinal en que se constituyen el cuerpo y el yo. Freud dice “es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. (...) las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales, por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcicismo se constituya”. (Freud, 1914, p. 74). Es entonces, que en ese momento el yo y el cuerpo surgen como objetos unificadores de la libido dispersa en la fase anterior.

Este desarrollo del sujeto como tal, habitando un cuerpo biológico, tiene sus efectos. De hecho, el psicoanálisis mismo desde el comienzo, ubica el inconsciente como teniendo efectos sobre el cuerpo. Esta incidencia surgió con el descubrimiento de aquello que Freud (1920) denominó “más allá del principio del placer”, eso que se presenta como un goce nocivo. El inconsciente no es sin relación al cuerpo.

Podemos pensar entonces, que en la determinación de la conducta, lo que más tiene importancia es la representación del cuerpo que se forma el individuo, y no su materialidad. Freud incluso, en los inicios de su trabajo comenzó a diferenciar las parálisis histéricas de las motrices, señalando que esa parte del cuerpo paralizada de la histérica no responde a las vías neurológicas sino a las palabras. Este cuerpo habla de cómo las palabras lo han recortado, cómo los significantes lo han marcado.

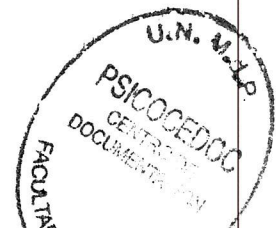
La lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella. La lesión sería entonces la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción del brazo. Este se comporta como si no existiera para el juego de las asociaciones. (...) Estará paralizado en proporción a la persistencia de este valor afectivo o a su disminución por medios psíquicos apropiados. (Freud, 1899, p. 206-208)

En el caso particular de la esquizofrenia es posible pensar en un cuerpo fragmentado. Allí encontraríamos las consecuencias de un déficit en la constitución del cuerpo. Según Lacan, en este caso, en la etapa del Estadio del espejo, hubo falencias en la organización del cuerpo como unidad. Freud

aborda este tema a través del término *lenguaje de órgano*, que delimita como característico de la esquizofrenia. “En la esquizofrenia se observa sobre todo en sus estados iniciales una serie de alteraciones del lenguaje, pasa a primer plano una referencia a órganos o a inervaciones del cuerpo. (...) El dicho esquizofrénico tiene un sesgo hipocondríaco, ha devenido en un lenguaje de órgano”. (Freud, 1915, p. 194-195) Lo que sucede es que no hay articulación entre la representación cosa, nivel inconsciente, y la representación palabra, nivel preconscious. Por lo tanto se rompe la posible articulación simbólica y las palabras están en lugar de las cosas.

Explicándolo desde lo que el psicoanálisis enseña sobre la existencia de tres dimensiones del cuerpo, imaginaria, simbólica y real, retomamos a Leserre y otros:

La dimensión imaginaria donde la imagen del cuerpo, cuando se constituye, permite mantener la ilusión de un cuerpo unificado; la dimensión simbólica, la cual se refiere Freud cuando dice que las histéricas no se guían por la anatomía, es decir, cuando una palabra recorta el cuerpo produciendo un investimento libidinal pudiendo producir un síntoma conversivo. Y, por último, la dimensión real, donde la esquizofrenia nos enseña cómo un cuerpo puede ser un conjunto abierto de órganos, en donde, las palabras no tienen una función simbólica. (Cavalieri, Ianmatteo y Leserre, 2009, p. 3)



Los Discursos del Psicoanálisis y la Medicina

Tanto la psicología como el psicoanálisis, no pueden pensarse sin un cuerpo. Sabemos la importancia del cuerpo del otro y el de uno y entendemos ese cuerpo como distinto al que se sostiene desde la concepción médica, la cual lo iguala al organismo biológico. Pensamos que el alto grado de especialización que la ciencia y la tecnología aplican a la medicina, posiblemente fragmenta a los cuerpos en pedazos reales, estableciendo una escisión entre el individuo y su sufrimiento: se trataría entonces de células, gametos, embriones, categorías de intercambio y no de sujetos. Como dice Miller:

Este discurso que se ocupa de la enfermedad se funda a sí mismo en el rechazo del discurso del enfermo en tanto sufrimiento, en tanto goce. Para la medicina, el sufrimiento se llama “dolor”, “opresión”, o “fiebre” y es sólo formulable en los términos que constituyen un síndrome dentro de una nosología. El discurso médico sólo captura la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico. Otorgando sentido a un goce que parece ser reintegrado por una operación que rechaza el discurso del enfermo sobre su malestar. Este diagnóstico que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implica un proceso que excluye el lugar del sujeto. (Miller, 1994, p. 11-19)

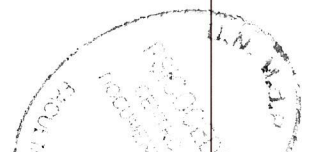
Al ofrecer el cuerpo al saber de la ciencia, podríamos presumir, suponer, que se pierde otro saber: el del inconciente. El discurso de la ciencia sumado a los imperativos de éxito y eficacia, podemos pensar que quizás, se apropiaría del enigma del deseo ofreciendo así, posiblemente, una respuesta unívoca, una

propuesta de verdad, de la que quedaría descartada la verdad del sujeto, la singularidad de su deseo. En cuanto a la temática que nos ocupa, lo que podría tener relevancia para la medicina, sería la imposibilidad de tener hijos, y no la historia de los sujetos que se hallan involucrados en los procesos de fertilización asistida, o el interrogar por qué les sucede eso, etc.

El discurso médico, entonces, en tanto que se ofrece posiblemente como dueño del sentido, como poseedor de la respuesta a la “enfermedad”, aparecería como discurso del amo, es decir cargado de deseo de dominación y sometimiento, lo cual implica un particular modo de goce para quienes intervienen en tal relación. El paciente queda entonces condenado irremediablemente al aplastamiento de su deseo, atrapado y sometido por el discurso totalizador de la ciencia, inseparable de su promesa de éxito.

Si desde esta concepción, propia del discurso médico al que hacemos referencia, el objeto de estudio es el cuerpo biológico, desde el psicoanálisis, tomando a Augusto Pérez (2008), entendemos que el cuerpo está atravesado por dos ejes que nada tienen que ver con el plano de lo “Natural”: el Lenguaje y la Sexualidad.

El cuerpo es un cuerpo erógeno, atravesado por la estructura previa del lenguaje: para que haya sujeto, debe haber alienación al lenguaje, al deseo del Otro, que está presente antes de que existamos, como dice Lacan: “el cuerpo es un regalo del lenguaje”. (Soler, 2010, s.p.) El cuerpo, para el psicoanálisis, tiene sexualidad; y cuando hablamos de sexualidad no hablamos de instinto, sino de pulsión. El sujeto entonces, se halla sujetado al universo simbólico del lenguaje. El lenguaje, a su vez, queda entramado en la sexualidad y, más que como herramienta de comunicación, aparece como un sistema de prohibiciones. La prohibición del incesto que, como dice Lévi-Strauss, es más una regla del don que de prohibición, permite la circulación de hijos, de bienes,



de mujeres... y de palabras. Si decimos que Sexualidad y Muerte son dos variables propias del ser humano (los animales no “saben” sobre estos temas y el humano nada quiere saber de ellos), debemos pensar que la representación de estas variables tiene sentido sólo en el espacio de un cuerpo. Foucault lo describe de una manera muy poética:

Tal vez habría que decir también que hacer el amor es sentir su cuerpo que se cierra sobre sí, es finalmente existir fuera de toda utopía, con toda su densidad, entre las manos del otro. Bajo los dedos del otro que te recorren, todas las partes invisibles de tu cuerpo se ponen a existir, contra los labios del otro los tuyos se vuelven sensibles, delante de sus ojos semicerrados tu cara adquiere una certidumbre, hay una mirada finalmente para ver tus párpados cerrados. También el amor, como el espejo y como la muerte, apacigua la utopía de tu cuerpo, la hace callar, la calma, y la encierra como en una caja, la clausura y la sella. Por eso es un pariente tan próximo de la ilusión del espejo y de la amenaza de la muerte; y si a pesar de esas dos figuras peligrosas que lo rodean a uno le gusta tanto hacer el amor es porque, en el amor, el cuerpo está aquí. (Foucault, 1966, p. 18)

Desde lo aportado entonces por la concepción psicoanalítica, podemos pensar que hay un cuerpo que sabe más de lo que dice y que a ese saber a veces lo representa en forma de síntoma. El paciente histérico, que podríamos decir “inventó” el psicoanálisis, bien sabe de eso: hace significar un cuerpo. Un cuerpo de goce. Dice no a la medicina, y nos pide a gritos que escuchemos su síntoma. Muchas veces, la medicina, posiblemente responde ingenuamente a la demanda, acallando el síntoma por vía farmacológica, acallando al dolor y al paciente. Desde el psicoanálisis se sabe que el cuerpo va a encontrar la forma

de hablar de cualquier manera. Con palabras de Miller: “Sabemos que estar mal, estar enfermo, es posiblemente una manera de hablar cuando ya no se puede hablar”. (Miller, 1994, p. 11-19).

Las palabras nos constituyen, el síntoma incluso, tiene estructura de lenguaje, como los sueños, fallidos, olvidos, todos significantes que se dicen para ser oídos. El cuerpo, por su parte, y como aquí lo entendemos, desde la concepción propia del psicoanálisis, es un reservorio de saber inconciente, al que habrá que escuchar. Como decíamos párrafos arriba, hay un cuerpo que sabe más de lo que dice y que a veces, a ese saber lo representa en forma de síntoma, razones éstas por las cuales consideramos pertinente que el sujeto pueda contar con un espacio donde se pueda expresar, resignificar sus síntomas, implicarse en éstos, posicionarse frente a ellos, etc.

Desde estas cuestiones entonces, es que nos llama la atención cómo en una temática como la dificultad de tener hijos, donde el deseo está presente sin lugar a dudas, la psicología no es tan tenida en cuenta como en otras cuestiones.

Hemos llegado a encontrar afirmaciones que rezan que en casos en los que no se encuentra una cuestión orgánica en la dificultad de concebir o sostener un embarazo, “la causa “psi” es descartada, excusándose en que la causa orgánica no ha sido encontrada aún.” (Bertolacci, s.f.) A su vez, frente a lo que aquí hemos planteado respecto de que la psicología no es tenida en cuenta en la temática que abordamos, consideramos pertinente reflexionar sobre el lugar que se le otorga a la interdisciplina al momento de abordar una problemática tal en el área de salud mental; si tenemos en cuenta la complejidad misma del cuerpo, un abordaje interdisciplinar se tornaría necesario. Un abordaje donde las disciplinas puedan trabajar conjuntamente esta problemática en común.

La temática que nos atañe es muy compleja, por lo cual consideramos que es muy importante y necesario que se la pueda abordar desde las diferentes dimensiones y disciplinas, sabiendo incluso, la dificultad que muchas veces representa el hecho de conciliar los distintos discursos provenientes de cada una de ellas, sin embargo debemos abandonar la ilusión de totalidad (de que nuestro saber puede abarcar todo) y aunque a veces la interdisciplina aparezca como algo utópico, como dice Galeano (1989), la utopía sirve para caminar, nos marca un horizonte al cual apuntar.

Volviendo a Pérez: “tenemos la obligación ética de ser amplios; debemos no caer en fundamentalismos: lo contrario sería mera religiosidad. No caer en ese pozo oscuro es un modo de ser sensible con el ser que está sufriendo; de saberlo autónomo y responsable; esto es, sujeto y no objeto.” (Pérez, 2008, s.p.).

Así, y desde esta obligación ética de ser amplios, podríamos pensar entonces, que un posible primer paso hacia la interdisciplina, hacia un abordaje interdisciplinar del cuerpo que aquí nos ocupa, puede darse partiendo de aceptar que ninguna disciplina como tal posee un saber absoluto.

CAPÍTULO V. UN ACERCAMIENTO DEL DESEO A LA FERTILIZACIÓN: LA POSIBLE INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA

“El encuentro con un analista puede constituirse en el acontecimiento que abra el camino a posibles modificaciones subjetivas y que ponga en juego, aún en la brevedad del encuentro, lo real en juego para cada sujeto. Frente a los permanentes intentos de objetivación, ofrece una alternativa del deseo.”

Adriana Rubinstein

Hemos apuntado, a través del desarrollo del presente trabajo de investigación, al rescate del sujeto posiblemente perdido en los procesos estandarizados que pertenecen al campo de la medicina, aspirando, para ello, a resaltar la importancia que tiene la incidencia de cuestiones psicológicas en los procesos de fertilización asistida, procesos que involucran tanto directa como indirectamente al sujeto. Pese a ello, a través del análisis de la ley nacional de fertilización asistida, lo cual nos ha permitido lograr un cierto acercamiento más profundo a dicha temática, hemos podido entrever el hecho de que, en la misma, no se hace mención a cuestiones psicológicas propias del sujeto y que hacen a su singularidad.

Desde un abordaje psicoanalítico, como el que hemos propuesto, consideramos esencial, a los fines que se persiguen, reflexionar respecto de cuestiones referidas a los deseos que podrían estar presentes en los sujetos implicados en dichos procesos, como así también las fantasías que estarían sosteniéndolos y las demandas en las que posiblemente se manifiestan.

Como plantea Soler (2010) las “técnicas del cuerpo” son técnicas del significante Amo, técnicas cuya esencia se basa en hacer marcar el paso. En primera instancia es pertinente considerar el hecho de que se presenta una imagen y, en cualquier caso, de lo que se trata es de hacer entrar el cuerpo en un orden. Podríamos decir que el psicoanálisis en cierta manera es también una técnica del cuerpo, afirmación que debemos justificar ya que en principio puede parecer sorprendente. Es una técnica del cuerpo pero no para hacerlo entrar en un orden, sino para que encuentre su singularidad subjetiva.

Ahora bien, ¿cómo arribar a ese encuentro? ¿Cómo se presenta inicialmente el sujeto? Un modo de poder abordar dichos interrogantes podría ser pensado a partir del siguiente planteo de Freud; “(...) estado primero en el cual el padecimiento se presenta indeterminado o no se presenta y frente al cual el paciente sostiene su posición de no querer saber”, descrita por Freud como “política del avestruz” (Freud, 1914, p.154) a un estado siguiente en el que, despejadas las demandas primeras y modificándose parcialmente la posición del paciente “se exteriorizan unos síntomas que antes eran casi imperceptibles” (p. 154)

Si partimos del supuesto de que, posiblemente, ante las primeras demandas, el sujeto sostiene su posición de no querer saber, esto nos permitirá entonces repensar una vez más, la importancia de crear un espacio para que la palabra pueda ser desplegada, aquella palabra que sana y que dice siempre otra cosa, toda demanda incluso, es demanda de otra cosa. Dar lugar al despliegue de estos aspectos, permitirá posiblemente dilucidar aquello que hace a la singularidad subjetiva del cuerpo involucrado.

Podríamos pensar, abriendo un espacio para la reflexión, que no considerar los aspectos psicológicos en un proceso que involucra al sujeto en su totalidad, podría ser quizás un modo de reducir un “padecimiento”, que en

cierta medida podría ser subjetivo, a un mero padecimiento orgánico. Así, en ese proceso, se podría estar perdiendo al sujeto, a los efectos que sobre él se generan, los deseos que pueden estar jugándose en el trasfondo de sus decisiones, las fantasías que subyacen y las demandas que se manifiestan.

El Sujeto Involucrado en los Procesos de Fertilización Asistida

Entendemos que el cuerpo se presenta como un lugar de intersección entre la dimensión psicológica y la perspectiva médico-científico-tecnológica. Los padres solicitantes establecen entre su cuerpo y el saber de la ciencia una peculiar relación que Michel Tort (2004) llama “pacto de somatización”. Concepto éste último desde el cual dicho autor hace referencia al hecho de que, posiblemente, ellos optarían por derivar su conflicto hacia un acto médico, más que reflexionar acerca de sí mismos, del lugar que tiene la maternidad y la paternidad, del lugar que vendría a ocupar ese hijo, etc. Pensamos entonces, que un espacio de terapia analítica sería un espacio complementario, que podría dar lugar a abordar otras cuestiones que posiblemente puedan tornarse imperceptibles en el campo médico.

Muchas veces los casos de infertilidad por causa indeterminada puedan estar relacionados con un deseo inconsciente de la mujer de “no materno”, acuñando una expresión, y la posibilidad de tener a su alcance nuevas técnicas procreativas a las que debe entregar su cuerpo cualquiera sea la causa de infertilidad (aún la esterilidad masculina) podría actuar quizás, como un nuevo factor de presión para inducirlas a cumplir el destino asignado de la maternidad. Es necesario crear el espacio para escuchar libremente la palabra, para que se

despliegue y se pueda escuchar aquello que se dice cuando se habla y que quizás no se explicita en primera instancia.

Consideramos que sería pertinente entonces, pensar en la posibilidad de crear dichos espacios para poder encontrar al sujeto inmerso en estos procesos, abordando aquellos aspectos que hacen a su singularidad subjetiva.

Incidencia de las Nuevas Tecnologías Reproductivas

Las “nuevas tecnologías reproductivas” (en adelante NTR), como sostienen Durand y Salinas (1996):

Son las diferentes técnicas que se aplican a los seres humanos que poseen alguna dificultad (esterilidad, infertilidad psíquica o física) para lograr embarazos y nacimientos que no pueden realizarse de manera “natural”. Se asume que el término “natural” se refiere a aquellos embarazos logrados a través de una relación sexual sin intervención de algún procedimiento externo (tecnología médica) (Sommer, 1996, p.1)

Esta definición nos permite destacar, una vez más, que la dificultad presente en aquellos sujetos que participan en los procesos que aquí se abordan, podría hallarse vinculada con cuestiones psíquicas; razón por la cual, si lo pensamos desde el lineamiento que planteamos en el presente trabajo, se tornaría necesario pensar en la posibilidad de crear espacios analíticos para poder dilucidarlas.

Quizás, uno de los mayores problemas de las NTR es que en vez de investigar y tratar de descubrir las causas psicológicas, físicas, ambientales y sociales de las diferentes problemáticas que pueden presentar los sujetos y encontrar la solución a la fertilidad, tienden posiblemente a dar una solución tecnológica a una situación que es definida, médica y socialmente, como “enfermedad” (Sommer, 1996). Así mismo, esto nos permitiría pensar que, posiblemente el cuerpo, como aquel lugar de intersección entre la dimensión psicológica y la perspectiva médico-científico-tecnológica, estaría siendo abordado más desde lo que respecta a sus aspectos médicos que en cuestiones psicológicas que hacen a la constitución de su singularidad subjetiva, propósito al que se aspira desde el psicoanálisis si se lo piensa en tanto técnica del cuerpo como ya se ha hecho mención.

Estas NTR entonces, inciden en los sujetos que tienen acceso a ellas, tanto directa como indirectamente, y más aún si se piensa en la autoridad que usualmente se le otorga al modelo médico, al cual, socialmente, se le otorga el “poder” de decidir sobre la vida, “entregándonos” y delegando así quizás, decisiones cuyas consecuencias son imprescindibles para el propio sujeto. Es inevitable que pensemos, una vez más, en la importancia de rescatar al sujeto y sobre todo, hacerlo desde su autonomía, desde su capacidad de elegir, la cual está relacionada con la salud. Si el deseo, como hemos hecho mención párrafos arriba, es salud, aclararlo es un gran paso hacia el sujeto, hacia las cuestiones más profundas que inciden en él y en sus decisiones. Sería entonces misión del analista, espacio analítico mediante, llevar la palabra del sujeto en tal dirección.

Su Incidencia Sobre el Cuerpo

Para el psicoanálisis, concepción desde la cual proponemos el abordaje a la temática de interés en el presente trabajo, como ya hicimos mención, no nacemos con un cuerpo, sino que ese cuerpo se construye. Este desarrollo del sujeto como tal y habitando un cuerpo biológico tiene sus efectos. Desde el comienzo, dicha concepción ha ubicado al inconsciente como teniendo efectos sobre el cuerpo, he incluso ha establecido que el inconsciente no es sin relación al cuerpo. El cuerpo es un cuerpo erógeno, atravesado por la estructura previa del lenguaje: para que haya sujeto, debe haber alienación al lenguaje, al deseo del Otro, que está presente antes de que existamos, como dice Lacan: “el cuerpo es un regalo del lenguaje”. El cuerpo, para el psicoanálisis, tiene sexualidad.

El discurso médico iguala la noción del cuerpo al organismo biológico, lo cual nos llevaría a pensar que, posiblemente y, a modo de reflexión, sólo capturaría la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico. Este diagnóstico que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implicaría así mismo, un proceso que excluiría el lugar del sujeto. Al ofrecer su cuerpo al saber de la ciencia, se perdería otro saber: el del inconsciente. El discurso racional de la ciencia, con imperativos de éxito y eficacia se apropiaría, posiblemente, del enigma del deseo ofreciendo una respuesta unívoca, una propuesta de verdad, quedando descartada la verdad del sujeto, la singularidad de su deseo.

Este paralelismo que hemos realizado entre el Psicoanálisis y el discurso médico se torna interesante para dar lugar a la reflexión en pos del objetivo que perseguimos en el presente trabajo. Si pretendemos rescatar a un sujeto que

posiblemente está perdido en medio de procesos estandarizados que pertenecen al campo de la medicina, sería pertinente poder repensar cómo es el cuerpo que se halla involucrado en los procesos de fertilización asistida, el cual es el receptor directo de cada paso.

Frente a la dificultad que representa, posiblemente, para los sujetos involucrados, la infertilidad, podría pensarse que los cuerpos toman un protagonismo diferente.

El deseo pierde su lugar central para concentrarse en fechas, ritmos, temperaturas, lenguajes específicos, que hasta el momento se desconocían. (...) Las dimensiones de la vida física y psíquica de cada integrante se verían quizás comprometidas: la autoestima, la seguridad personal, la comunicación de la pareja, el placer sexual mismo puede verse afectado al quedar supeditado a “los momentos más fértiles”, pasando a ser el encuentro sexual casi “un trabajo”. (Colacci, Ferro, Iudica, Musa, Poli, y Zanier, 2011, p.1)

Hay un cuerpo que sabe más de lo que dice y que a ese saber a veces lo representa en forma de síntoma. Como hemos venido desplegando a lo largo de todo este desarrollo, los síntomas constituyen, entre otras cuestiones, manifestaciones clínicas de los deseos propios del sujeto, por lo cual podríamos pensar en la importancia de “rescatar a ese cuerpo” y escuchar su síntoma. Sostenemos, una vez más, que el sujeto necesita un espacio propio donde poder expresarse, resignificar sus síntomas, implicarse en éstos, etc. El cuerpo entonces, como se lo entiende desde la concepción psicoanalítica, es un reservorio de goce y de saber inconciente, al que habrá que escuchar.

Rol del Analista

Queremos, para finalizar el presente capítulo, abordar cómo consideramos el posible rol del analista en esta problemática. Pensamos que éste permite arribar a un abordaje desde el sujeto y hacia él. Desde sus demandas implícitas o explícitas hacia su deseo. Desde sus deseos a sus fantasías, desde el no querer saber a la rectificación subjetiva respecto de su padecer. Como sostienen estos autores:

El diagnóstico psicoanalítico no tiene como objetivo producir efectos directos sobre el analizante. No opera sobre el paciente imprimiéndole un código (o “etiqueta”) Ejerce en cambio efectos no menores sobre el analista, en tanto orienta sus decisiones respecto del tratamiento. Sin embargo tiene efectos directos sobre “aquel que sufre”: efectos catárticos derivados de la posibilidad muchas veces novedosa de tomar la palabra, efectos terapéuticos que difieren del retorno a un estado anterior en cuanto afectan la economía libidinal del sujeto, efectos analíticos en cuando supone un pasaje por las determinaciones subjetivas respecto del deseo y el goce. (Thompson, Frydman, Salinas, Lombardi, 2004. p.1).

Ahora bien, como sostiene Miller, para que esto suceda, el analista no solo debe rechazar los poderes de la identificación, sino, en tanto ocupando el lugar del gran Otro (al que el sujeto apela en su sufrimiento) negarse a ser el amo. En esto consiste la ética en Psicoanálisis: el deseo del analista como deseo más fuerte que el de ser Amo. En palabras de Miller: “Ese deseo es enigmático. (...) Deseo del analista como deseo de saber para que el sujeto pueda descubrir la pregunta por su deseo más allá de la identificación” (Miller,



1994, p. 11-19) Siguiendo con sus palabras y haciendo luz sobre el lugar del analista:

El analista no sabe, es decir que no prejuzga lo que le falta a alguien en tanto que es distinto de otro. El psicoanalista no prejuzga que una mujer deba tener hijos, que un homosexual tenga que convertirse en heterosexual (...) no puede prometer ni la felicidad ni la armonía, ni el despliegue de la personalidad en la medida en que va más allá del principio del placer. Puede prometer, llegado el caso, aclarar el deseo del sujeto. Y ayudar a descifrar lo que insiste en la existencia” “Lo terapéutico en la operación analítica es el deseo. En cierto sentido, el deseo es la salud. Contra la angustia es el remedio más seguro. La culpabilidad se debe fundamentalmente a la renuncia al deseo. Pero paradójicamente, el deseo es al mismo tiempo contrario a toda homeostasis, al bienestar. (Miller, 1994, p. 11-19).

El deseo es la salud, y podríamos sostener la idea de que la salud tiene que ver también con la capacidad de elegir; tal es así que, como plantea Fernández: “La autonomía implica la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas para lograrlos, es decir subjetivarse como sujetos de ciudadanía” (Fernández, 2004, p.9). Rescatar al sujeto posiblemente perdido implicaría rescatarlo también desde lo que hace a su autonomía.

CAPITULO IV.CONCLUSIONES

“Esperando que un mundo sea desenterrado por el lenguaje, alguien canta el lugar en que se forma el silencio. Luego comprobará que no porque se muestre furioso existe el mar, ni tampoco el mundo. Por eso cada palabra dice lo que dice y además más y otra cosa. La palabra que sana”.

Alejandra Pizarnik

Es sabido en el ámbito de la psicología que el origen del psicoanálisis se remonta a la confrontación de un recién graduado en neurología con casos que eran imposibles de curar desde esta ciencia, ya que no se había podido encontrar una causa física que diera como consecuencia determinados fenómenos, en su mayoría parálisis. Gracias a las inquietudes y al trabajo arduo de este joven, que hoy reconocemos como el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, se llegó a saber que no era por el camino de la medicina tal como se la conocía en ese momento que se arribaría a una cura, sino por medio de algo mucho más esencial de la condición humana como es la palabra. Fue así como se llega a la creación de la técnica psicoanalítica de la asociación libre y las personas que sufrían pueden despojarse de sus síntomas encontrándoles su sentido y llevar una vida más plena.

En este contexto y en función de todo lo expuesto en este trabajo, cabría preguntarse: ¿qué actitud tomaría una personalidad como la de Freud ante este tema? Si se nos permite el atrevimiento de imaginarlo, podríamos decir que bien podría recorrer el mismo camino que con sus histéricas, ir más allá de lo

que dice el discurso médico y, con una técnica y años de estudios en su haber, elementos con los que no contaba en el siglo XIX y principios del XX, buscar encontrarle esa otra causa ante las situaciones de “no-causa física”, y hasta en ellas, ya que, como venimos planteando, y como sostiene Chiozza (1986), el enfermo es siempre un ser vivo animado por una vida subjetiva, y su enfermedad, más allá de que se la comprenda, o no, como la descompostura de un mecanismo fisiológico, forma parte de la trama que constituye la historia de su vida. Es decir, hay una historia que si no se, valga la redundancia, historiza a partir de la palabra, se oculta en el cuerpo, habla a través de éste. Como dice Joyce Mc Dougall (1989) en “Teatros del cuerpo”: “el cuerpo tiene su propio lenguaje”. Ambos autores, así como la línea psicoanalítica, comparten este pensamiento en donde muchas de las cuestiones que callamos las expresamos con los órganos, y que la enfermedad deja de ser un acontecimiento ajeno y externo a nuestra historia psíquica y emocional.

Está claro que hay casos en los que alguna disfunción física, accidentes, operaciones y otras cuestiones pueden haber obturado la posibilidad de ser padres a personas que lo están buscando. Pero, ¿qué sucede en aquellos en que esta causa física no está? Si nos adecuamos al procedimiento que propone la ley, bien podría pedirse una fertilización asistida. Y si la obturación no es física, ¿se podrá lograr de forma artificial lo que no se pudo de forma, si se quiere, “natural”? Consideramos que, por como estarían dadas las cosas, podría llevarse a esta pareja a un posible fracaso más, con sus posibles consecuencias emocionales.

Nos preguntamos, entonces, ¿por qué no utilizar un recurso como el psicoanálisis, que ha permitido despojar a tantas personas de dolencias físicas, tanto en su origen como a lo largo de su historia? ¿Por qué no tener en cuenta la dimensión deseante del sujeto?

Si bien es posible pensar que muchos profesionales médicos podrían tomarlo en cuenta y aconsejar a sus pacientes en esta dirección, consideramos que el hecho de no contemplarlo en la ley deja liberada esta posibilidad a la buena voluntad (e incluso formación) de cada profesional y no conduce a una retroalimentación entre medicina y psicología, relación que, creemos, ya no puede pasarse por alto en ningún ámbito, en función de los fundamentos expuestos por ésta última a lo largo de su historia.

Por otra lado, en los casos en que efectivamente hay una imposibilidad de tipo física en la posibilidad de lograr o sostener un embarazo, ¿por qué no contemplar un acompañamiento de tipo psicológico? No debe ser un camino fácil de transitar y, ya que el espíritu de la ley parece apuntar a la igualdad en las posibilidades de lograr un embarazo, bien podría prever las cuestiones emocionales que acarrea y que la igualdad también esté garantizada en la forma en que el camino se transita, recuperando su dimensión de sujeto, sin quedar encerrado en la etiqueta de cuerpo del cual extraer o cuerpo al que implantar.

Para Finalizar...

Luego de todo este camino transitado en el abordaje de esta temática, pensamos, junto al planteo de Colacci, Ferro, Ludica, Musa, Poli, y Zanier (2011), que sostener el valor de incluir la verdad, gestar nuevas herramientas, ofrecer espacios donde acompañar y elaborar las implicancias subjetivas de los cambios tecnológicos en estos nuevos modos de ser padres y madres, así como preservar el lugar psíquico del niño/a por venir serán campos donde instalar éticamente nuestra responsabilidad profesional. Y, como dice Piera Auglanier:

La paternidad y la filiación no pueden reducirse a un criterio exclusivamente biológico, ya que estamos marcados por lo simbólico mucho antes de nacer y lo fundante de nuestra identidad es el cumplimiento de las funciones materna y paterna. Independientemente de las particularidades de su concepción, el lugar que ocupará el niño estará siempre en relación con el deseo y el discurso de los padres. Finalmente será el amor y el sostén que reciba el niño, lo que le brindará la estabilidad que necesita para alcanzar su madurez psíquica y sexual y el acceso a la subjetividad adulta. (Colacci, Ferro, Ludica, Musa, Poli, y Zanier, 2011, s.p.)

Pensamos que este trabajo aporta más interrogantes que respuestas, y esto en base a que el presente estudio pretende ser un aporte que diera lugar a la posibilidad de hacer visible ciertos aspectos de la problemática en cuestión e impulsar el interés en la posible iniciativa de futuras investigaciones. Pretendemos que cada párrafo aquí desplegado sea un disparador para



próximas preguntas más que un conjunto de respuestas; un intento de articulación y una formalización de las dudas que nos suscitó el tema, que de ser desarrolladas podrían enriquecer nuestra ciencia.

Finalmente, consideramos que nuestra disciplina tiene mucho por hacer en esta área de estudio, con el fin de generar herramientas e instrumentos que permitan, por un lado, la formación de profesionales competentes para su inserción en el campo de acción de la Salud Mental, y por otro lado, una mayor comprensión de este fenómeno promoviendo de este modo estrategias de intervención ciudadana que optimicen el acceso al conocimiento y su utilización al servicio de prácticas compatibles con altos niveles de realización personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Abraham de Cúneo, L. (2006, abril) Donación de semen y adopción. *Actualidad Psicológica*, Vol. 31, no. 340, p. 30-32
- Alifano, R. (1988) *Borges, Biografía Verbal*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Aulagnier, P. (1977) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1992) ¿Qué deseo, de qué hijo? *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, Nº 3, p. 45-49
- Bauman, Z. (2002) *Modernidad líquida*. Madrid: S.L. Fondo de de cultura económica de España.
- Bertolacci, D. (Sin fecha) *La In-fertilidad desde el Psicoanálisis*. Recuperado en: http://tudivanpsi.com.ar/?page_id=724 el 9 de octubre de 2014.
- Carpintero, E. (2007) *La medicalización de la vida cotidiana*. Recuperado en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-medicalizaci%C3%B3n-de-la-vida-cotidiana> el 15 de noviembre de 2014.
- Chiozza (1986) *Por qué enfermamos*. Buenos Aires: Alianza
- Colacci R, Ferro Ariella V, Iudica C, Musa L, Poli MN, Zanier J. (2010) *Reproducción asistida y salud: consideraciones bioéticas*.

Recuperado en:
<http://farmaysalud.blogspot.com.ar/2010/10/reproduccion-asistida-y-salud.html> el 12 de julio de 2014

- Colacci R, Ferro Ariella V, Iudica C, Musa L, Poli MN, Zanier J. (2011) *El Concepto de Salud desde la óptica bioética en la infertilidad masculina*. CD de Resúmenes del V Congreso Marplatense de Psicología. La psicología en el provenir de la cultura. El semejante: Entre el enemigo y el desamparado. Recuperado en: <http://medicinaysociedad.org/notas.php?id=576> el 2 de agosto de 2015

- D'Angelo, P. (2010) *Cuerpo y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Centro Oro. Recuperado en: http://www.centrooro.org.ar/co_archivos/Cuerpo_y.pdf el 28 de agosto de 2014

- Degano J. A. (1993) *El sujeto y la ley y otros temas psicológico forenses*. Rosario: Homo Sapiens.

- Elustondo (2015) *Aumenta el uso indebido de psicofármacos en Argentina*. Recuperado en: http://entremujeres.clarin.com/vida-sana/salud/psicofarmacos-abuso-automedicacion-clonazepan-psicotropicos_0_244175597.html el 20 de febrero de 2015

- Fernández, A.M. (2004): *Adolescencias y embarazos*. Primera parte: Hacia la ciudadanía de las niñas. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Universidad de Buenos Aires, N° 3, año 9.

- Flesler, A. (2014): Querer y desear no es lo mismo. Recuperado el 5 de abril de 2015 en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia>. *Psicología, del goce al juego*. 21 de Agosto de 2014, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1966) *El cuerpo utópico. Las heterotopías, de reciente aparición*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1974) Historia de la medicalización. Capítulo 7 de *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1975) *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Freud, S.: (1899) Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histérica. *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud Obras Completas, Tomo I*, p. 206-208. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1900): La interpretación de los sueños. *Obras completas, Tomo I*. Buenos Aires: Ballesteros.
- Freud, S. (1914): Introducción del Narcicismo. *Obras Completas Vol. XIV*, Página 74. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. *Obras Completas, Vol. XII* (pp. 146-157). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Lo Inconsciente. *Obras Completas, Vol. XIV*, Página 194, 195. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1915-1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas, Vol. XIV*, Páginas 241 – 255. Buenos Aires: Amorroutu.
- Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer. *Obras Completas. Tomo III*. Buenos Aires: Ballesteros.
- Freud, S. (1923) Pérdida de realidad en neurosis y psicosis. *Obras Completas Tomo III*. Buenos Aires: Ballesteros
- Frydman, Salinas, Thompson. (2007) *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*. Anu. investig. v.14 Buenos Aires. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100041&script=sci_arttext el 16 de diciembre de 2014
- Galeano (1989) *El libro de los abrazos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Giberti, E. (2001) *Adopción y fertilización asistida: los hijos de otros*. Recuperado en: <http://www.topia.com.ar/articulos/adopci%C3%B3n-y-fertilizaci%C3%B3n-asistida-los-hijos-otros> el 4 de diciembre de 2014
- Giberti, E. (2001). *Los hijos de la fertilización asistida*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Hornstein (1993) *Práctica psicoanalítica e historia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ilich, I. (1975) *Némesis Médica*. Puerto Rico: Universitaria.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. *Intervenciones y textos I*, Buenos Aires: Manantial.
- Lacan (1969) Notas sobre el niño. *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Leserre, L., Cavalieri, V. y Iammatteo, M. (2009). *El cuerpo para el Psicoanálisis*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/9_jornadas.htm el 5 de noviembre de 2014.
- Ley Nacional de Fertilización humana asistida N° 26.862. (2014). Recuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley_nacional_26862-FERTILIZACION-HUMANA-ASISTIDA.pdf el 20 de noviembre de 2014.
- Ley Nacional N° 26.396/08. Recuperado en <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/leyobesidad.pdf> en abril 2015
- Lombardi, G. (1991). *La resistencia como máscara del deseo*. Buenos Aires: Puntosur.
- Lombardi, G. (2008). *Hojas Clínicas*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Lombardi, G. (2011) *La clínica del psicoanálisis I; ética y técnica*. Buenos Aires: Atuel.

- López Carrillo, M. *La medicalización de la vida y la salud de las mujeres*. Recuperado en: [http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion de la vida y la salud Xarxa de salut Margarita Lopez Carrillo.pdf](http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion%20de%20la%20vida%20y%20la%20salud%20Xarxa%20de%20salut%20Margarita%20Lopez%20Carrillo.pdf) el 5 de febrero de 2015
- Mestre Ferrer, C. (2014) Tasa de éxito de los tratamientos de reproducción asistida. Recuperado en: <http://www.reproduccionasistida.org/tasa-de-exito-de-los-tratamientos-de-reproduccion-asistida/> el 23 de septiembre de 2014.
- McDougall, J. (1989) *Teatros del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. (1994). *Psicoterapia y psicoanálisis. Freudiana 10*. Barcelona: Paidós.
- Mirat, D. (2009). *Necesidad, demanda, deseo*. Madrid-México: Plaza y Valdés.
- Montserrat Romeu, F. y Pelegrí Moya, M., (2008) *Aportaciones a los avatares actuales del deseo de hijo en relación al deseo amoroso y sexual*. Recuperado de: <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.com.ar/2009/06/aportaciones-los-avatares-actuales-del.html> el 25 de octubre de 2014
- Montúa, F. (2005). *Una reflexión sobre las investigaciones de Foucault del cuerpo y del poder*. México D. F.: Siglo Veintiuno.
- Mujica, H. (2010) *La palabra inicial. La mitología del poeta en la obra de Heidegger*. México D. F.: Biblós.

- Soria Dafunchio, N. (2008) *Confines de la psicosis*. Buenos Aires: Ed. Del Bucle.
- Perez, A. (2008). *Cuerpo y Psicoanálisis*. Recuperado en: <http://www.psicocorreo.com.ar/cuerpo.html> el 5 de noviembre de 2014.
- Rubin A. M. (2015) *Psicología y Motivación*. *Lifeder*. Recuperado en: <http://lifeder.com/que-es-la-profecia-autocumplida/> el 15 de marzo de 2015.
- Rubistein, A. (1999) *Entrevistas preliminares y efectos analíticos*. *Hojas Clínicas 5*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Soler, C (2000-2001). *Declinaciones de la angustia*. Paris: Francis Anciburre.
- Soler, C. (2010). *El cuerpo en la enseñanza de Jaques Lacan*. Recuperado en: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesoler-elcuerpoenlaensenanzadejacqueslacan.pdf> el 15 de noviembre de 2014.
- Sommer, S. (1996) *Procreación: nuevas tecnologías*. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Stiegler, B (2001) *La técnica y el tiempo*. Hondarribia: Ed. Hiru,
- Stiegler, B (2001). *La desautomatización colectiva*. Recuperado en: www.artedigitalamm.blogpost.com.ar/entrevista. el 15 de marzo de 2015
- Tort, M. (1994) *El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

- Virilio, P. (2006) *Ciudad pánico. El afuera comienza aquí*. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.
- Yago, F. Deseo de esa mujer. *El psicoanalítico*. Número 7. Octubre de 2011 p. 4-11. Buenos Aires.