



*Facultad de Humanidades*

**Infertilidad y deseo de hijo; una lectura psicoanalítica del  
narcisismo, duelo y Técnicas de Reproducción Humana**

**Asistida**

*Trabajo Final de carrera*

Tutora; Florencia Gregorio

Alumna: Romano Fernandes, Camila

Carrera; Licenciatura en Psicología

ID: 17-3109

## **Agradecimientos**

A Florencia Gregorio, tutora de mi tesis, por su gentileza y vocación. Por transformar este trabajo en una experiencia formativa y de crecimiento personal. Gracias por el cuidado en tus palabras en cada devolución, por la guía constante, la paciencia y la disposición brindada a lo largo de este proceso, haciendo posible la realización de este trabajo.

A mi familia, en especial a mis padres Mariela y Darío, por su apoyo incondicional en cada paso de mi vida.

A mi abuela Margarita, por siempre estar a mi lado apoyando y respaldando todas mis decisiones. Gracias por el amor incondicional en cada paso de mi vida.

A mis amigas Melina Yohai, Catalina Aguilar y Victoria Russell, por acompañarme en cada paso de la carrera. Por vivir desde el principio toda esta etapa juntas y apoyarme siempre. Por su cariño incondicional.

# Índice

Resumen.....	4
Palabras claves.....	4
Introducción.....	5
Presentación de la temática.....	5
Problema de investigación.....	6
Preguntas de investigación.....	6
Relevancia de la temática.....	6
Objetivos.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Alcances y límites.....	8
Antecedentes.....	8
Estado del arte.....	11
Marco teórico.....	15
1. Infertilidad.....	15
1.2. Técnicas de reproducción humana asistida.....	16
2. Psicoanálisis.....	19
2.1. Deseo.....	20
2.2. Narcisismo.....	22
2.3. Duelo.....	23
3. Terapia cognitivo conductual (TCC).....	24
Metodología.....	25
Procedimiento.....	25
Índice comentado.....	26
<b>Capítulo 1: El deseo de hijo y las técnicas de reproducción asistida.....</b>	<b>28</b>
a. El deseo de hijo en la teoría psicoanalítica.....	28
b. Las técnicas de reproducción humana asistida bajo la lógica del deseo.....	32
<b>Capítulo 2: Narcisismo y duelo en infertilidad.....</b>	<b>36</b>
a. Infertilidad y su relación con el narcisismo.....	36
b. Las técnicas de reproducción humana asistida; entre la herida narcisista y la intervención sobre el cuerpo.....	39
c. Duelo en infertilidad.....	42
<b>Capítulo 3: Intervención clínica en casos de infertilidad.....</b>	<b>46</b>
a. Terapia psicoanalítica en infertilidad.....	46
b. Terapia cognitivo conductual (TCC).....	48
c. El desafío de una clínica ampliada (integrando).....	50
Conclusiones.....	53
Referencias Bibliográficas.....	55

## Resumen

La infertilidad es una disfunción biológica vinculada a la reproducción, que por sí misma no siempre repercute en la vida de quienes la padecen a menos que se ponga en juego un deseo de hijo. El deseo de hijo desde el psicoanálisis se constituye en la infancia en la conflictiva preedípica y edípica, que ante la imposibilidad puede transformarse en "pasión de hijo" caracterizada por una absolutización del deseo. Esta experiencia confronta al sujeto con límites narcisistas al interrumpir la continuidad generacional, generando múltiples duelos que desafían la capacidad de simbolización ya que se trata de una pérdida sin objeto. En este contexto las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) aparecen como vía posible de acceso a la parentalidad, introduciendo nuevos desafíos que requieren elaboración psíquica como, la fragmentación del cuerpo, la medicalización del deseo y el riesgo de reducir al hijo a un objeto de consumo. El presente trabajo propone realizar una revisión bibliográfica desde el modelo psicoanalítico articulando la infertilidad con el deseo, el narcisismo, el duelo y las técnicas de reproducción humana asistida. Finalmente se plantean posibles modos de intervención clínica con el fin de responder a la complejidad del fenómeno y favorecer su elaboración.

### **Palabras claves**

Infertilidad, deseo, narcisismo, duelo, hijos, técnicas de reproducción humana asistida.

# Introducción

## Presentación de la temática

Desde el psicoanálisis la infertilidad puede ser conceptualizada como una negativa del cuerpo a procrear. Negativa que se expresa en una inhibición de la función reproductora. Aparece el malestar ante un cuerpo que se revela ante un deseo (Cincunegui, Kleiner, y Woscoboinik, 2004). El deseo de hijo es producto de una elaboración de deseo inconsciente y consciente particular en cada sujeto. Constituye la prehistoria del niño por nacer, prehistoria que queda inscripta en las fantasmáticas parentales e imagos de la sexualidad infantil (Alkolombre, 2012). Según Alkolombre (2012) la maternidad está asentada en el ideal del yo y es la expresión más clásica de la sexualidad culminando con la llegada de un hijo. En la mujer el deseo de hijo es un deseo que se gesta en la infancia a partir de identificaciones tempranas, vinculadas a la dinámica edípica.

Freud (1925/1992) conceptualiza que el deseo de tener un hijo se encuentra íntimamente ligado a la conflictiva de la castración, donde el deseo del falo se desplaza por el deseo de hijo que opera como sustituto simbólico. De esta manera a la maternidad desde el psicoanálisis se la comprende como el resultado de desplazamientos y sustituciones que se gestan en la infancia y se reactivan en la adultez. En esta línea Alkolombre (2012) afirma que se puede analizar la infertilidad femenina como una reedición del complejo de castración, donde ya no se trata de la falta de pene, sino de la falta de hijo, pudiendo operar como un elemento traumático que debe ser elaborado y que conlleva tomar decisiones como la implementación de alternativas médicas sustitutivas (Vegetti Finzi, 1990).

Además, de acuerdo con Marta Torok, el deseo de hijo está atravesado por el registro narcisista: puede ser interpretado como la negación de la pérdida de una parte de sí, asegurando la inmortalidad de los padres permitiendo y la proyección de deseos parentales (Torok, citado en Alkolombre, 2012).

Por su parte Ormart (2023) y Alkolombre (2012) señalan que en la infertilidad se configura un horizonte atravesado por un duelo en torno a la función materna, el cual no está ligado a la pérdida de un objeto real y se trata de un "duelo sin muerte".

Los avances tecnológicos han dado respuestas a esta problemática con el desarrollo de técnicas de reproducción asistida (TRHA) permitiendo "una nueva vía de acceso a la parentalidad, gracias a que el avance de las técnicas biomédicas ha logrado algo antes impensable: la reproducción sin coito" (Alda et al., 2003, p. 285). Sin embargo su uso reiterado y urgente puede operar como una defensa frente a la elaboración del duelo por la infertilidad, manteniendo el deseo en un registro compulsivo e impidiendo su simbolización (Alkolombre, 2012). En este sentido Tubert (1991) advierte que, el deseo de hijo mediado por tecnología no puede entenderse solo desde lo médico: atraviesa el narcisismo, el cuerpo, los ideales, fantasmas y duelos.

## **Problema de investigación**

La infertilidad definida desde la medicina como disfunción en la capacidad reproductiva adquiere relevancia clínica sólo cuando se enlaza con un deseo de hijo. Es precisamente este deseo el que puede transformar una condición médica en una experiencia subjetiva significativa, abriendo la posibilidad de que dicha disfunción adquiriera un valor traumático (Alkolombre, 2012).

Cuando este deseo se ve frustrado, la infertilidad confronta al sujeto con la necesidad de atravesar un proceso de duelo, que por un lado implica simbolizar la pérdida de la función de engendrar (Alkolombre, 2012), y por el otro, elaborar la pérdida de un objeto ideal y fantaseado (Campitelli, 2018). Al mismo tiempo, puede producir una herida en el narcisismo, desorganizando el sentido de identidad y afectando los ideales de completud que se proyectan en el lugar de hijo como garante de inmortalidad y continuidad generacional (Torok, citado en Alkolombre, 2012).

En este entramado, las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) aparecen como respuestas posibles, pero su implementación puede tensionar la subjetividad, al intervenir sobre el cuerpo desde una lógica técnica que, si no incluye el trabajo simbólico de la pérdida, puede producir una disociación entre lo biológico y lo psíquico, así como también obturar el trabajo de duelo y profundizar la herida narcisista (Ormart, 2018).

## **Preguntas de investigación**

- ¿Cómo se configura el deseo de hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad, y, qué efectos produce su imposibilidad en la organización narcisista?
- ¿Qué características adquiere el proceso de duelo en mujeres con diagnóstico de infertilidad?
- ¿Qué efectos producen las técnicas de reproducción humana asistida en mujeres que transitan un diagnóstico de infertilidad?

## **Relevancia de la temática**

La infertilidad es un trastorno del aparato reproductor, femenino o masculino, cada vez más frecuente. De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2023, cerca del 17,5% de los adultos, es decir, alrededor de uno cada seis, presentan este problema. Se estima que entre 48 millones de parejas y 176 millones de personas tiene infertilidad en todo el mundo, variando ligeramente entre diferentes regiones (OMS, 2023). Si bien este diagnóstico se inscribe en el campo médico, sus efectos no se reducen al plano biológico, sino que se la concibe como una vivencia que requiere elaboración psíquica cuando entra en tensión con el deseo. Esta elaboración, sin embargo, no es siempre sencilla ya que la infertilidad implica una pérdida que no puede ser representada simbólicamente.

En este escenario las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) se presentan como una respuesta médica ante la imposibilidad. Sin embargo, estas intervenciones no son neutras desde el punto de vista subjetivo. Al centrarse en el cuerpo y operar bajo la lógica de la eficacia técnica, pueden invisibilizar el malestar psíquico y obstaculizar la elaboración del trabajo de duelo. Tal como plantean Ormart (2018) y Cordova (2022) el avance de la ciencia en el campo reproductivo ha profundizado un proceso de medicalización del deseo de hijo, transformando al cuerpo en un objeto de intervención, de control y consumo. Estas tecnologías, al prometer soluciones técnicas, frente al límite pueden dificultar la simbolización de la pérdida al sostener la idea de que todo es posible mediante la ciencia, así como también reconfiguran los modos de parentalidad y filiación generando nuevas formas de sufrimiento psíquico que merecen ser exploradas desde una perspectiva clínica.

Por esto, este trabajo se propone aportar una comprensión más profunda de los procesos psíquicos implicados en la infertilidad en su articulación con el deseo de hijo, el narcisismo y el trabajo de duelo. Asimismo, busca problematizar los efectos subjetivos que generan las TRHA, más allá de una mirada reducida al éxito o fracaso del tratamiento. En este sentido, se considera que investigar estos procesos resulta fundamental para pensar nuevas formas de intervención clínica que permitan alojar el sufrimiento subjetivo sin reducirlo a un diagnóstico ni a una falla corporal, favoreciendo una elaboración simbólica del malestar. Este enfoque puede resultar especialmente útil para profesionales del campo de la salud mental que trabajen en el acompañamiento de mujeres que transitan tratamiento de fertilidad.

## Objetivos

### Objetivo General

Evaluar el impacto de la infertilidad desde una perspectiva psicoanalítica y su articulación con los procesos psíquicos vinculados al deseo de hijo, el duelo y el narcisismo.

### Objetivos Específicos

- Explorar la configuración del deseo de hijo en mujeres con infertilidad, en relación con los efectos que genera la intervención de las técnicas de reproducción humana asistida.
- Analizar cómo el diagnóstico de infertilidad impacta en el narcisismo femenino y convoca a un proceso de duelo.
- Proponer estrategias de intervención clínica que permitan alojar el sufrimiento subjetivo.

## Alcances y límites

El propósito de este trabajo es abordar el fenómeno de la infertilidad desde un enfoque psicoanalítico, poniendo especial énfasis en los procesos subjetivos vinculados al deseo, el narcisismo y el trabajo de duelo. En este sentido se trabajará teóricamente los efectos que producen el diagnóstico de infertilidad como la intervención de las TRHA en la subjetividad femenina.

A fin de delimitar el recorte teórico, el trabajo se centrará en mujeres entre 35 y 45 años, sin comorbilidad con otras patologías físicas o psíquicas. Este recorte responde a la necesidad de focalizar el análisis en la población donde resulta frecuente iniciar tratamientos de fertilidad, evitando interferencias clínicas adicionales que excedan el objeto de estudio.

Sin embargo se debe señalar que en los estudios referidos a la infertilidad no han efectuado diferencia etaria.

Se trata de una investigación de carácter teórico y bibliográfico, por lo que no se trabajará con entrevistas, historias clínicas ni estudios de campo.

Este enfoque dejará por fuera otras variables que también podrían incidir en la vivencia de la infertilidad, tales como factores médico-biológicos, los roles de género, la dinámica de pareja, los cambios en las funciones y organizaciones familiares. También se excluyen los aspectos jurídicos y éticos asociados a las TRHA. Si bien estas variables podrían enriquecer el análisis del fenómeno, se consideran ajenas a los objetivos y al marco conceptual adoptado.

Asimismo, en el capítulo destinado a la intervención clínica se integrarán aportes de la terapia cognitivo-conductual junto con la clínica psicoanalítica, con el objetivo de desarrollar un abordaje más amplio que se ajuste a la complejidad del fenómeno.

El trabajo se sostiene principalmente en textos del psicoanálisis freudiano, con algunos aportes de la teoría lacaniana y de la clínica psicoanalítica contemporánea. En particular, se recuperarán los desarrollos de Patricia Alkolombre y Beatriz Ormart, cuyas reflexiones permiten una articulación entre la clínica del deseo, la infertilidad y las técnicas reproductivas.

## Antecedentes

Desde tiempos antiguos, la posibilidad de engendrar descendencia ha ocupado un lugar central en la organización subjetiva y social del ser humano. La fertilidad, asociada al ciclo vital, al linaje y a la continuidad, ha sido históricamente valorada y rodeada de significados simbólicos, religiosos y culturales. Sin embargo, las formas en que cada época y sociedad han comprendido la infertilidad han variado profundamente, afectando también los modos en que se vive y se representa esta imposibilidad. Así, los modos de nombrar, medicalizar o silenciar la infertilidad han influido no solo en las respuestas individuales y colectivas ante ella, sino también en las formas posibles de tramitar el sufrimiento psíquico que conlleva esta experiencia (Flemming, 2013).

Rebecca Flemming (2013) estudia una de las primeras concepciones de infertilidad que se remonta al mundo griego clásico, fechada entre finales del siglo V y principios del IV a.C. Según la autora la comprensión de infertilidad de esa época se asemeja a una visión moderna, al ser considerada “una condición semántica esencialmente reversible” (p. 565). Era entendida como un “estado médico y socialmente laminar en el que las personas afectadas oscilan entre la incapacidad y la capacidad reproductiva” (p. 567). Esto implicaba que los médicos de la época empezaron a esperar que prácticamente cualquier tipo de impedimento biológico o físico para la reproducción pudiera ser eventualmente eludido, aunque no fuera eliminado o curado.

La autora señala, además, que los escritos del Corpus Hipocrático dedicaron una considerable atención al tratamiento del fracaso reproductivo. Para los médicos hipocráticos la infertilidad era una condición médica reversible por lo que sus abordajes terapéuticos se centraban principalmente en la atención en el cuerpo femenino, a pesar de reconocer que las causas de la imposibilidad de concebir podían hallarse en ambos sexos. La reproducción era considerada un indicador clave de la salud femenina, afirmando “si ella queda embarazada, está sana” (p. 569). Con este propósito, aplicaban variados tratamientos médicos para revertir esta condición como purgas, baños, cambios en la dieta y uso de sonda, con esto se buscaba ablandar, aflojar y humedecer la boca del útero, o aumentar su tamaño y flexibilidad. Además de los tratamientos médicos, también se recurría a la intervención divina como alternativa fundamental. Era común apelar a diversas deidades, especialmente a Asclepio, dios sanador, considerado capaz de curar cualquier afección corporal, incluida la infertilidad. Las curaciones atribuidas a Asclepio, según lo registran las inscripciones de milagros (iamata) halladas en santuarios como el de Epidauró, solían implicar sueños en los que el Dios se manifestaba e intervenía directamente sobre el suplicante.

Por su parte, Toepfer (2025) analiza la concepción de la infertilidad en la Edad Media, la cual no era entendida como un fenómeno médico o una enfermedad, como lo es hoy. Más bien, se trataba de una categoría social y cultural modelada por marcos religiosos y morales. La comprensión de la infertilidad estaba atravesada por explicaciones divinas, sociales y religiosas. En relación con las explicaciones de carácter divino y religioso, la autora señala que la fertilidad era considerada como señal de gracia divina, por el contrario la infertilidad era vista como un signo de sacrilegio y condena, o incluso como castigo por algunos pecados. En este contexto la ayuda divina representaba el principal recurso para superar la infertilidad, las personas depositaban toda su esperanza en una “instancia metafísica” creyendo que su devoción sería recompensada con un hijo. Esto se buscaba mediante oraciones incesantes, peregrinaciones y ofrendas.

Asimismo desde una perspectiva social, Toepfer (2025) sostiene que la infertilidad constituía una categoría social fuertemente estigmatizada, vinculada a la discriminación y a una "identidad arruinada". Las personas infértiles eran percibidas como deficientes, y esta condición se asociaba a la vergüenza, la desgracia y el sufrimiento, lo que generaba exclusión social y profundo malestar subjetivo. En este sentido, la autora concluye que la infertilidad en la Edad Media no era únicamente una dificultad física, sino una problemática profundamente enraizada en el entramado espiritual y social de la época.

Con el advenimiento del Renacimiento y la Edad Moderna, comenzó a delinearse una nueva comprensión sobre el papel de los órganos femenino en la concepción. El cuerpo humano, y en particular el cuerpo femenino comenzó a ser objeto de interés científico renovado lo que llevó a un mayor desarrollo del conocimiento anatómico y fisiológico. Según Allen (2014), la medicina occidental dio lugar a la ginecología como una disciplina especializada, destacándose figuras como William Harvey en el estudio del ciclo reproductivo.

Además, Shende, Jagtap y Godwami (2024) analizaron la concepción de la infertilidad en el siglo XIX, situando su transformación en el contexto de "el desarrollo de la ginecología moderna", impulsado por el Dr. James Marion Sims. Sus contribuciones fueron fundamentales para el establecimiento de la disciplina y la mejora de la atención médica en las mujeres. A él se le atribuyeron el desarrollo de técnicas innovadoras como las suturas para tratar fístulas vesicovaginales y la invención del espéculo. De acuerdo con las autoras, estos avances permitieron nuevas formas de exploración del aparato reproductivo femenino y representaron un punto de partida para el abordaje médico de la infertilidad. Con el progreso de la medicina moderna, la infertilidad comenzó a consolidarse como una entidad nosológica. El cuerpo femenino fue objeto de exploraciones clínicas cada vez más sistemáticas, y la infertilidad dejó de ser una cuestión moral o exclusivamente religiosa para convertirse en un problema médico, susceptible de diagnóstico e intervención. Este cambio habilitó el desarrollo de técnicas específicas orientadas a restaurar la función reproductiva, marcando una nueva etapa en su conceptualización.

En el siglo XX se produjeron los principales avances científicos y clínicos que permitieron la consolidación de las técnicas de reproducción humana asistida, así como también, el desarrollo de métodos anticonceptivos que transformaron profundamente la relación entre sexualidad y reproducción (Ormart, 2023)

Cincunegui, Kleiner y Wosconobik (2004) afirman que con el inicio del siglo se produjo un viraje fundamental en relación con la reproducción humana y las relaciones entre los géneros. La aparición de los métodos anticonceptivos introdujo una división entre las relaciones sexuales y la reproducción, posibilitando la separación entre las relaciones sexuales al servicio del goce y su consecuencia. Esto permitió que la mujer pudiera elegir cuándo, con quién tener un hijo, la cantidad y el tiempo entre las concepciones. Esto marcó un hito fundamental en la liberación femenina, ya que modificó las condiciones identificatorias de la mujer y la maternidad.

En paralelo, el abordaje médico de la infertilidad alcanzó nuevos niveles de complejidad. Según Johnson (2019), entre las décadas de 1930 y 1960 se realizaron experimentos con animales, se identificaron procesos clave como la capacitación espermática, y se llevaron a cabo los primeros intentos de fertilización in vitro de óvulos humanos. Finalmente, en 1978, los científicos Robert Edwards, Patrick Steptoe y Jean Purdy lograron la primera fecundación in vitro con éxito, dando lugar al nacimiento de Louise Brown. Este acontecimiento cristalizó un nuevo paradigma médico-técnico, capaz de intervenir directamente sobre los procesos reproductivos. Las técnicas de reproducción asistida transformaron radicalmente el modo de pensar la reproducción y la sexualidad humana, disociando sexualidad de reproducción y permitiendo nuevas formas de parentalidad.

En la actualidad, la infertilidad ha dejado de concebirse como un problema de orden social, moral o religioso, para inscribirse dentro de un enfoque técnico-regulatorio. En Argentina, la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida adquirieron relevancia jurídica a partir de la sanción de la Ley 26.862 de "Reproducción Humana Asistida", que garantiza el financiamiento estatal y el acceso gratuito a estas prácticas para toda persona mayor de edad. De este modo, al menos en términos legales, las TRHA son reconocidas en nuestro país como un dispositivo médico-tecnológico regulado por el sistema de salud. Este marco normativo consolida la tendencia contemporánea a abordar la infertilidad como una condición susceptible de intervención técnica, culminando un proceso histórico de desplazamiento desde lo simbólico y lo religioso hacia lo biomédico y lo institucional (Johnson, 2020, p.857).

## Estado del arte

En los últimos años, distintos desarrollos clínico-teóricos dentro del campo del psicoanálisis, retomaron la problemática de la infertilidad, situándose en relación con el deseo, los modos de tramitación de duelo y el avance de las tecnologías reproductivas. Estas reflexiones cobran particular vigencia en un contexto marcado por nuevos discursos sobre la parentalidad, la autonomía corporal y el derecho a decidir, dónde el cuerpo se encuentra cada vez más atravesado por la lógicas tecnológicas y médicas. La posibilidad de engendrar o la imposibilidad de hacerlo ya no se inscribe en las coordenadas simbólicas tradicionales, sino que se redefinen a la luz de la medicalización de la reproducción. En este marco la infertilidad deja de ser una condición exclusivamente orgánica para devenir una experiencia psíquica compleja, que convoca interrogantes en torno al deseo, al duelo y las nuevas formas de subjetivación que se construyen en torno a las técnicas de reproducción asistida (Alkolombre, 2023)

En esta línea, diversos autores coinciden en señalar lo fundamental del deseo de hijo en la infertilidad.

Marcolini (2023) analiza las significaciones del deseo de hijo en el contexto de la infertilidad, retomando las teorizaciones propuestas por Freud (1900) y Lacan (1958) para conceptualizar como el deseo que tiene sus raíces en el inconsciente. Según la autora, las constantes intervenciones médicas a las que se somete el cuerpo femenino en los tratamientos de fertilidad son expresión de ese deseo desbordado. La maternidad aparece como un imperativo, y cuando no se concreta, el cuerpo se transforma en un lugar de sufrimiento, vivenciado como un obstáculo o un enigma.

Asimismo, Marcolini (2023) analiza los mandatos sociales y culturales que presionan a la mujer a devenir madre, articulando cómo estos influyen en la subjetividad y en la vivencia corporal de quienes atraviesan los tratamientos. En este sentido, sostiene que el cuerpo se “transforma en una sede de sufrimiento, y es percibido como un obstáculo y enigma cuando no responde como se espera” (Marcolini, 2023, p. 31). Además, advierte sobre el impacto de estas técnicas en la experiencia corporal “estos tratamientos son invasivos, dolorosos, generan sentimiento de denigración en las mujeres y éstas aprenden a disociarse de su cuerpo para poder soportarlo” (2023, p. 63).

En sintonía Gordano (2017) también aborda el deseo de hijo desde una perspectiva psicoanalítica, retomando las teorizaciones de Freud (1900) y Lacan (1958). La autora conceptualiza este deseo como aquello que vendría a “llenar la falta” (Giordano, 2017, p. 32). Asimismo, reflexiona sobre el lugar que ocupan las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), señala que las TRHA pueden funcionar como intentos de reparar simbólicamente las heridas narcisistas asociadas a la infertilidad, al mismo tiempo que responden a los mandatos sociales de la maternidad. Sin embargo, advierte que estas intervenciones pueden producir una disociación entre sexualidad y deseo, lo que en algunos casos puede conducir a que el hijo sea percibido como un objeto, una mercancía.

En este sentido ambas autoras coinciden en destacar que el deseo de hijo se encuentra tensionado entre las determinaciones inconscientes y las exigencias socioculturales.

Por otra parte, diversos psicólogos como Pugliese (2022) y Campitelli (2018) coinciden en señalar que la infertilidad constituye una lesión narcisista profunda.

Pugliese (2022) plantea que esta experiencia amenaza la organización narcisista del sujeto, ya que el diagnóstico en sí mismo implica una herida narcisista. La autora señala que cuando estas fallas narcisistas no fueron elaboradas previamente, es posible que se convierta a ese hijo en un objeto de necesidad y no de deseo y que por tanto sea vivido como extensión de los padres (Pugliese, 2022, p.117). En esta línea, advierte que si dicha herida no es tramitada, el hijo podría venir a ocupar exclusivamente el lugar de réplica de los padres, como un espejo de sí mismos, sin dejar lugar para la diferencia y la aceptación de la alteridad (Pugliese, 2022, p.114).

Campitelli (2018) conceptualiza al hijo como un objeto fantaseado, inscripto en el registro imaginario sostenido por el Ideal del Yo, que a su vez responde a mandatos culturales provenientes del Otro. Desde esta perspectiva, se produce un duelo de la propia herida narcisista de no poder cumplir con las expectativas provenientes del Otro y de uno mismo.

Por otra parte, Iacobelli et al. (2018), Ormart y Abelaira (2020), el propio Campitelli (2018) trabajan el duelo por infertilidad, coincidiendo en que el mismo excede la pérdida biológica y afecta la identidad, el deseo y la continuidad generacional.

Iacobelli et al (2018) señalan que lo que se pierde es una posibilidad, un hijo fantaseado, a menudo idealizado que no logra concretarse en la realidad. Este proceso implica no solo un duelo por ese hijo imaginado, sino también por la pérdida del legado genético, lo cual complejiza la elaboración psíquica al confrontar al sujeto con una doble ausencia: la del hijo real y la de la transmisión biológica (Iacobelli et al., 2018, p. 83).

Por su parte Campitelli (2018) coincide en que este duelo se diferencia de otros procesos de pérdida al tratarse de un objeto no inscripto en lo real, ya que lo que se duela no es un objeto real, sino uno ideal y fantaseado. El autor subraya la importancia de la elaboración de este tipo de duelo, no solo como un trabajo subjetivo necesario, sino también como una condición que puede favorecer el tránsito hacia los tratamientos de fertilidad y facilitar la construcción narrativa en torno al origen del futuro hijo o hija.

Ormart y Abelaira (2020), por su parte, destacan el impacto de la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) en la constitución subjetiva de los individuos que integran las parejas. Las autoras conceptualizan la infertilidad como una “falla de la función” o, en algunos casos, como una “imposibilidad estructural de concebir” (Ormart y Abelaira, 2020, p. 4), señalando que esta condición activa complejos movimientos psíquicos ligados al deseo, al cuerpo ya la transmisión. Asimismo, plantean que el atravesamiento de tratamientos de reproducción asistida conlleva la elaboración de múltiples duelos: el duelo por la infertilidad propia, por embarazos frustrados y por la imposibilidad de concebir con el propio material genético. En este sentido, las autoras sostienen que las TRHA “pueden operar como “paliativos para el duelo genético” cuando este se encuentra obturado o no simbolizado adecuadamente” (Ormart y Abelaira, 2020, pp. 11–12).

Por otro lado, autores como Cordova (2022) y Johnson (2019), advierten como la medicalización de la reproducción transforma radicalmente la experiencia corporal y subjetiva, al mismo tiempo que reconfigura los modos de simbolización del deseo de hijo.

Cordova (2022) realiza una crítica a la lógica tecno-científica que organiza estos procedimientos. Afirma que las TRHA en su afán de controlar y resolver todo, tiende a negar el límite estructural del sujeto: la castración. Las TRHA no solo se presentan como una respuesta a la infertilidad, sino que corren el riesgo de desdibujar lo genuino del deseo de tener un hijo, al reducirlo a una mera operación programada, protocolizada y dirigida por la lógica médica. La autora sostiene que, en este proceso, “el cuerpo es medicalizado, fragmentado y expuesto a intervenciones repetidas, lo que puede generar formas particulares de des-subjetivación, donde

el sujeto queda desplazado y reducido a un objeto susceptible de manipulación médica” (Córdova, 2022, p. 208). Ya no se trata simplemente de una experiencia corporal singular, sino de una serie de procedimientos que inscriben al sujeto en una narrativa que muchas veces escapa a su deseo inconsciente. Asimismo, advierte que estas tecnologías deben pensarse como dispositivos que introducen al hijo y su deseo bajo una lógica de mercado y consumo. Desde la perspectiva de la autora, el hijo corre el riesgo de ubicarse simbólicamente como un objeto de capitalización, un producto que puede ser adquirido, gestionado o producido, lo que contribuye a una desvinculación entre el deseo, la sexualidad y la función simbólica de la maternidad o la paternidad.

Johnson (2019) indaga cómo el poder biomédico se inscribe en el cuerpo de las mujeres que transitan por un proceso de TRHA, destacando los efectos des-subjetivación que estas prácticas pueden producir. Si bien las TRHA abren posibilidades reproductivas, también “implican procesos crecientes de medicalización y patologización del deseo de tener un hijo, al enmarcar la ausencia del mismo como una condición clínica a resolver” (Johnson, 2019, p.38). En este contexto, se produce una “transformación en la vivencia corporal, donde muchas mujeres comienzan a referirse a sus cuerpos en tercera persona, como objetos ajenos, lo que da cuenta de lo alienante de la experiencia” (Johnson, 2019, p.41). A esto se le suma la dimensión productiva del cuerpo femenino, intervenido y gestionado por el dispositivo médico, instalándolo en un circuito tecno-médico que lo convierte en parte del mercado reproductivo. Esta dinámica, produce de acuerdo con la autora “experiencias de violencia simbólica y pérdida de la singularidad” (Johnson, 2019, p.42), acentuando así los efectos de des-subjetivación propios de este tipo de prácticas.

Más allá del enfoque psicoanalítico, también han cobrado relevancia los estudios biomédicos y psicológicos que demuestran que la infertilidad se asocia a niveles elevados de estrés, ansiedad y síntomas depresivos. Autores como Rooney (2018) advierten que los “pacientes que se someten a tratamientos de reproducción humana asistida corren un riesgo significativamente mayor de experimentar trastornos psiquiátricos” (Rooney, 2018, p.41). Sostiene que los síntomas psicológicos como la angustia y el estrés tienen un impacto negativo en la fertilidad; “cuanto más angustiadas se encuentran las mujeres al momento del tratamiento menores son las probabilidades de lograr un embarazo, lo mismo ocurre frente al estrés” (Rooney, 2018, p.43). En la misma línea, Diabach (2020) indaga la incidencia de factores psicológicos sobre la infertilidad, centrándose especialmente en el rol del estrés. Se pregunta si el estrés debe pensarse como una consecuencia o como una causa de la infertilidad, concluyendo que no solo es una respuesta emocional frente a la misma, sino también es un factor que puede incidir en el curso.

Finalmente, otras de las líneas de investigación dentro del campo biomédico se centran en los efectos psicológicos producidos por las hormonas utilizadas en los tratamientos de reproducción humana asistida. Diversos estudios han demostrado que más allá de su función fisiológica, pueden generar impactos emocionales significativos. Autores como González-

Rodriguez et al. (2020) estudia que los tratamientos que inducen al hipoestrogenismo mediante la hormona de gonadotropina (GnRH) agonistas o antagonistas se han asociado a síntomas como depresión, ansiedad, labilidad emocional y recaídas en mujeres con diagnóstico psiquiátrico previo. Asimismo Vasudevan y Bhuvanewari (2024) estudian que los efectos psicológicos más frecuentes inducidos por el tratamiento incluyen depresión, ansiedad, cambios de humor, irritabilidad, alteraciones del sueño y cambios cognitivos. En particular se ha relacionado a la progesterona con la depresión, el estrógeno con los cambios de humor, el citrato de clomifeno con la inestabilidad del humor y la gonadotropina y sus antagonistas con irritabilidad, inquietud, cambios de humor, tristeza e hinchazón (Vasudevan y Bhuvanewari, 2024, p.492). Estos hallazgos permiten advertir que el impacto de las técnicas de reproducción humana asistida no se limita a las intervenciones sobre el cuerpo, sino que alcanza también la esfera psíquica a través de mecanismos hormonales que inciden en el estado emocional de las pacientes.

## Marco teórico

Para poder detallar y explicar de forma ordenada el marco teórico, que se utilizará en el desarrollo de esta tesina, se decidió subdividirlo de la siguiente manera:

### 1. Infertilidad

Según la Organización mundial de la salud (OMS) la infertilidad, se trata de una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino consistente en la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección (Organización mundial de la salud, 1993).

La literatura hispana, plantea que la esterilidad sería la imposibilidad de concebir un embarazo, en cambio a lo que refiere a la infertilidad su definición hace referencia a "cuando se desarrolla el embarazo pero es interrumpido en algún momento" (Brugo et al, 2003,p.21). Por el contrario, en la literatura inglesa el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea por la imposibilidad de que la mujer quede embarazada mediante los medios naturales, o cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre, o si el embarazo efectivamente se desarrolla pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo. Así, el término infértil incluye a "todas las personas que no logran un nacimiento vivo tras intentos regulares sin protección, mientras que la población fértil es definida como la de aquellas mujeres que quedan embarazadas después de un tiempo razonable de relaciones sexuales regulares" (Brugo et al. 2003,p.21).

Además, el ministerio de salud pública de Argentina considera infertilidad a la incapacidad de lograr un embarazo luego de haber mantenido relaciones sexuales sin protección durante un año (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.).

Por otro lado, existen dos tipos de infertilidad, la primaria y la secundaria. “La primera se relaciona con aquellas mujeres que nunca han podido tener un hijo biológico, mientras que la secundaria, se distingue por tener al menos una concepción previa” (Giordano, 2017, p.22).

En este trabajo se tomara como definicion lo que determina la OMS: “enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas” y la esterilidad como la determina Brugo, et. al (2003); imposibilidad para concebir un embarazo, con el fin de evitar confusiones, entendiendo que la esterilidad no tiene posible tratamiento de reproduccion asistida para lograr concebir un hijo.

## **1.2. Tecnicas de reproduccion humana asistida**

Las técnicas de reproducción humana asistida conforman el conjunto de procedimientos médicos empleados para ayudar o hacer posible la procreación humana y resolver problemas de infertilidad de las parejas (Montes Guevara, 2004). De acuerdo con su grado de intervención suelen dividirse en técnicas de baja complejidad y de alta complejidad

Las técnicas de baja complejidad, son las que tienen como objetivo la unión del óvulo con el espermatozoide dentro del aparato reproductor femenino, por ejemplo; la estimulación ovárica, coito programado y la inseminación intrauterina (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.). Estas intervenciones son habitualmente indicadas como primera línea terapéutica y su selección dependerá del diagnóstico específico, la edad de la mujer, la duración de la infertilidad y otros factores clínicos. En cambio las técnicas de alta complejidad, son las que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el espermatozoide fuera del sistema reproductor femenino por ejemplo; la fecundación in vitro (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.).

De acuerdo con las recomendaciones médicas se pueden realizar un máximo de 4 tratamientos anuales de baja complejidad y hasta 3 tratamientos de alta complejidad con pausa de 3 meses en cada uno de ellos (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s.f.).

Dentro del grupo de técnicas de baja complejidad, la estimulación ovárica (EO) constituye unos de los abordajes más frecuentes. Consiste en la administración de diferentes fármacos como el citrato de clomifeno, la gonadotropina menopáusica humana (HGM), urofolitropinas y FSH purificada para inducir la ovulación en mujeres con desórdenes ovulatorios o, para realizar una superovulación o hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en mujeres que van a ser sometidas a otras técnicas de reproducción asistida. Puede, por tanto ser utilizada como terapia única para el tratamiento de la infertilidad o asociada a otro tipo de técnica de reproducción asistida (Osteba, 2000,p.25). .

Otra tecnica ampliamente utilizada es el coito programado, que consiste en la sincronizacion de las relaciones sexuales con el momento exacto de la ovulacion en la mujer. Este control se realiza a través de ecografías transvaginales, la evaluación de moco cervical y

medición de la hormona LH en sangre u orina. Está indicado para mujeres con ciclos regulares y sin alteraciones graves en fertilidad. (Osteba, 2000, p. 33). Dentro de esta misma técnica, se contempla una variante denominada como coito programado con gonadotropinas, que implica la estimulación ovárica previa mediante la administración de hormonas como FSH o HMG. Esta estimulación permite el desarrollo de uno o más folículos, aumentando las probabilidades de fecundación. Las etapas del procedimiento comprenden: la aplicación de gonadotropina por vía subcutánea, control ecográfico del crecimiento folicular, la aplicación de HCG para inducir la ovulación, cuando los folículos alcanzan un tamaño adecuado y la indicación de coito 24 a 36 horas después de la HCG (Osteba,2000,p.33). Esta técnica está indicada para mujeres con anovulación o reserva ovárica baja, para parejas con infertilidad de causa desconocida. (Osteba, 2000,p.33)

Por último, la inseminación intrauterina (IIU) "es otra técnica de baja complejidad. Consiste en depositar una selección de los mejores espermatozoides dentro de la cavidad uterina, atravesando el cuello uterino" (Mackenna & Hitschfeld, 2010, p.435). Esto los acerca al sitio donde ocurre la fecundación aumentando la probabilidad de que esta ocurra. Esta técnica es especialmente útil para superar posibles alteraciones en las migraciones de los espermatozoides o problemas en el moco cervical. "Está especialmente indicada en los casos de infertilidad de causa desconocida o por factor masculino leve" (Mackenna & Hitschfeld, 2010, p.434). En términos generales, se considera "una alternativa costo-efectiva y de bajo riesgo siempre que se cumplan los criterios anatómicos y funcionales para su aplicación" (Mackenna & Hitschfeld, 2010, p.434).

Cuando estas técnicas no resultan exitosas o existen factores clínicos específicos como insuficiencia ovárica prematura, baja reserva ovárica, obstrucción tubaria bilateral, diagnosticada por histerosalpingografía o laparoscopia, proceso adherencial pélvico moderado a severo que impida fecundación espontánea, endometriosis moderada a severa que no sea susceptible a otros tratamientos y que impida la fecundación espontánea o esterilidad sin causa aparente (ESCA) de más de 5 años de evolución, se indica el paso a técnicas de alta complejidad (Bazzano et al., 2017, p. 145-146). Dentro de estas, la más utilizadas son la fecundación in vitro y la ovodonación

La FIV es una técnica que consiste en "la extracción de los óvulos de la mujer por punción de los folículos del ovario y su fecundación con los espermatozoides del varón o de un donante en el laboratorio. Posteriormente los embriones obtenidos son transferidos al útero materno para lograr el embarazo" (Choe & Shanks, 2023, p.1). Antes del inicio del procedimiento, se evalúa la reserva ovárica mediante estudios hormonales, utilizando la hormona estimulante del folículo (FSH) del tercer día del ciclo y el estradiol (E2), la hormona antimulleriana (AMH) o el recuento de folículos antrales. "Si se determina que la mujer tiene una reserva ovárica deficiente en función de cualquiera de estos valores, aún puede realizar la FIV, pero es posible que deba considerar el uso de ovocitos de donantes" (Choe & Shanks, 2023, p.3). Asimismo, el tratamiento se desarrolla en varias etapas médicas; "estimulación

ovárica, recuperación de ovocitos, fertilización y transferencia embrionaria al útero. Cada una de estas etapas implica una intervención médica específica que tiene como objetivo favorecer el desarrollo de un embarazo” (Choe & Shanks, 2023, p.5).

Por otra parte, la ovodonación es una modalidad de fertilización in vitro que se utiliza cuando la mujer no puede usar sus propios óvulos, esto puede ser por diversos factores, como la edad avanzada, baja reserva ovárica o intentos fallidos previos. En estos casos, se realiza una estimulación controlada de los ovarios mediante inyecciones de gonadotropinas como la FSH recombinante, para extraer los ovocitos, que son fecundados en el laboratorio y luego transferidos al útero de la persona receptora. Para que esto ocurra, se prepara artificialmente el endometrio mediante el uso de estrógenos, seguido de progesterona para favorecer la receptividad endometrial y aumentar las probabilidades de implantación (Choe & Shanks, 2023)

Desde una perspectiva psicoanalítica, diversas autoras contemporáneas han reflexionado sobre las implicancias que estos procedimientos médicos generan en la experiencia psíquica y corporal.

Beatriz Ormart (2023) propone que estas técnicas suponen una experiencia de intervención sobre el cuerpo femenino, que es fragmentado y reducido por el discurso médico a órganos y funciones. La autora sostiene que el recurso a las TRHA aparece “cuando hay un deseo de tener un hijo que se ve obstaculizado por un cuerpo que no responde a ese anhelo, dando lugar a una vivencia de corporalidad intervenida” (Ormart, 2023, p. 13). Además, señala que estas prácticas se insertan en una lógica tecno-científica que privilegia la eficacia por sobre la dimensión subjetiva, lo que puede exponer a las mujeres a formas de violencia simbólica. En esta línea, Alkolombre (2012) afirma que, en muchos casos, el recorrido por estos tratamientos puede obturar o dificultar el trabajo psíquico del duelo, especialmente cuando los intentos fallidos se suceden o cuando el deseo de hijo se sostiene como un imperativo. La autora señala que “el duelo no evoluciona hacia una elaboración, sino que se mantiene como una herida abierta y persistente como telón de fondo durante mucho tiempo a lo largo del tratamiento” (Alkolombre, 2012, p.161). Las técnicas, desde esta mirada, pueden funcionar como respuestas ortopédicas que buscan resolver la imposibilidad sin dar lugar a una simbolización de la pérdida.

Dentro de este marco, Campitelli (2018) introduce el concepto de “duelo genético”, definido como “el proceso de tristeza o dolor moral por el cual algunas mujeres pasan cuando reciben la noticia de que no podrán utilizar sus gametos para concebir a sus hijos” (citado en Campitelli, 2018, p.19). Esta pérdida, ligada a la imposibilidad de la transmisión biológica, puede mantenerse vigente incluso cuando se accede a tratamientos con gametos donados. En este sentido, las TRHA pueden representar tanto una posibilidad como una nueva forma de reactualización del duelo. La elaboración psíquica de esta pérdida se vuelve fundamental no solo para transitar el tratamiento, sino también para construir una narrativa simbólica que permita inscribir al hijo por venir dentro de la historia del sujeto (Abbara, et al, 2017)

Estos aportes permiten delinear una comprensión más profunda de la experiencia de las mujeres que recurren a las TRHA, entendiendo que el acto médico no se limita al plano biológico, sino que implica procesos psíquicos complejos atravesados por el deseo, el dolor y el cuerpo como escenario de inscripción simbólica.

## **2. Psicoanálisis**

Freud (1896) introduce el término metapsicología para designar el conjunto de su concepción teórica y distinguirla de la psicología clásica o psicología de la conciencia (Roudinesco y Plon, 2008). El enfoque metapsicológico consiste en la "elaboración de modelos teóricos que no están directamente vinculados a una experiencia práctica o a una observación clínica; se define por la consideración simultánea de los puntos de vista dinámico, tópico y económico" (Roudinesco y Plon, 2008, p. 715)

Asimismo, Freud (1898) ya aludía a esta idea en una carta a Wilhelm Fliess de 10 de Marzo de 1898, donde se planteaba "debes decirme seriamente si puedo dar a mi psicología, que conduce a los trasfondos del inconsciente el nombre de metapsicología" (Freud, 1956 citado en Iturbide Luquin, 2012, p. 2). Años más tarde retoma el término metapsicología para dar de una definición precisa; "Propongo que se hable de exposición [Darstellung] metapsicológica cuando se pasa a describir un proceso psíquico en sus relaciones dinámicas, tópicas y económicas" (Freud citado en Sánchez, 2020).

Con ello, sienta las bases de un modo de abordar los fenómenos psíquicos que contempla tanto la conflictiva pulsional, como la organización del aparato psíquico y la distribución de la energía. Hablar de metapsicología implica entonces considerar tres aspectos fundamentales; "el dinámico que remite a la circulación y distribución de la energía en los procesos psíquicos; el tópico que refiere a los lugares o instancias psíquicas y el económico que refiere a la distribución y equilibrio de la energía pulsional" (Sánchez, 2020, p. 3).

Finalmente, Laplanche y Pontalis (2021) definen al psicoanálisis como:

Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantiza la validez de la interpretación. También puede ser considerado como un método psicoterápico basado en la investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, la transferencia y del deseo. Y como un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento (p. 316).

## 2.1. Deseo

Freud define por primera vez el concepto de deseo en "Proyecto de una psicología para neurólogos" (1895) a partir de lo que denomina "vivencia de satisfacción" que se da en los primeros momentos de vida cuando el bebe experimenta una necesidad continua que al no ser satisfecha inmediatamente genera displacer, expresado a través del llanto. Se trata de una experiencia inaugural en la que la excitación interna se ve aliviada mediante la intervención de un objeto externo. Es entonces que se "constituye una vivencia de satisfacción, que tiene las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones del individuo" (Freud, 1895, p.363), base sobre la cual se organiza el deseo (Gordano, 2017). Esta vivencia deja una huella mnémica, de manera que cuando el estímulo reaparece en el aparato psíquico se tiende a reactivar la huella mnémica de la primera satisfacción mediante un mecanismo de alucinación. De modo, que el deseo es la recarga de la primera huella mnémica de satisfacción. En este sentido Freud (1895) afirma:

Con el reaflorescimiento del estado de esfuerzo o de deseo, la investidura traspasa sobre los recuerdos y los anima. Tal vez sea la imagen-recuerdo del objeto la alcanzada primero por la reanimación del deseo. Esta animación del deseo ha de producir inicialmente el mismo efecto que la percepción, a saber, una alucinación (p.364).

En esta misma línea Laplanche y Pontalis (2021) sistematizan la noción de deseo retomando la formulación freudiana de la vivencia de satisfacción. Lo definen como:

La experiencia de satisfacción, a continuación de la cual la imagen mnémica de una determinada percepción permanece asociada a la huella mnémica de la excitación resultante de la necesidad. Al presentarse de nuevo esta necesidad, en virtud de la ligazón establecida, una moción psíquica dirigida a recargar la imagen mnémica de dicha percepción e incluso evocar esta, es decir, a restablecer la situación de la primera satisfacción; tal moción es la que nosotros llamamos deseo, la aparición de la percepción es el "cumplimiento de deseo" (Laplanche y Pontalis, 2021, p.96-97).

Posteriormente, Freud continúa desarrollando el concepto de deseo a partir del análisis de los sueños, en donde plantea que los sueños vehiculizan deseos, e hipotetiza que los sueños son el cumplimiento de deseos (Gordano, 2017, p.13)

Freud (1900) desarrolla la existencia de dos tipos de deseos; los deseos que se encuentran en el preconscious y los deseos que pasan del preconscious al inconsciente. El deseo consciente deberá tomar energía de un deseo inconsciente para poder formar un sueño, afirmando que:

El deseo que se figura en el sueño tiene que ser un deseo infantil. Por tanto, en el

adulto proviene del lcc; en el niño, en quien la separación y la censura entre Prcc e lcc todavía no existen o sólo están constituyéndose poco a poco, es un deseo incumplido, no reprimido, de la vida de vigilia (Freud, 1900/1984b, p.546).

Por su parte Lacan reformula el estatuto del deseo al definirlo como una falta originaria y constitutiva del individuo, apartándose de la visión freudiana que lo vinculaba con una satisfacción originaria (García Collado, 2013). En el seminario 6 “el deseo y su interpretación” (1959) sitúa al deseo en su relación con el Otro. En el seminario 11 “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964) retoma esta formulación afirmando que “el hombre sólo puede reconocer su deseo a nivel del deseo del Otro, y como deseo del Otro” (p.243). De este modo Lacan esboza una primera definición del deseo en su carácter relacional con el Otro y con la dimensión del reconocimiento (Ribas Somar, 2024).

Asimismo, trabaja el estatuto del deseo en su relación con la demanda. Desde un punto de vista estructural el sujeto sólo se constituye siendo objeto para ese Otro que lo espera deseante. En consecuencia el sujeto constituye su deseo mediante ese deseo del Otro que lo preexiste, lo captura y del que no puede escapar (Nogueira, 2019, p.638).

En este sentido, “la dimensión deseante del sujeto se instaura con la presencia del Otro y su demanda, que no es deseo pero lo generará” (Ribas Somar, 2024, p. 730). A partir de esto Lacan define al deseo en función de la necesidad y la demanda afirmando que; “el deseo no es ni el apetito de la satisfacción ni la demanda de amor sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda, el fenómeno mismo de una escisión” (Lacan, 1998, p.671).

Finalmente, otra de las vertientes en las que Lacan trabaja al deseo es en su relación con la falta y la castración, “ya que no es posible desear aquello que no se tiene, en principio se desea algo que falta y que siempre va a faltar en última instancia: el falo” (Ribas Somar, 2024, p.731). En este sentido Lacan define a la castración como “el hueso de la función en el deseo”, ya que “el sujeto no puede situarse en el deseo sin castrarse, sin perder lo más esencial de su vida” (Lacan, 1959, p.412). Es entonces, que no puede haber deseo sin falta (Ribas Somar, 2024, p.731).

Por otra parte, el deseo de hijo, en particular, emerge en el seno de la sexualidad infantil y es gestado en la intensidad de la conflictiva edípica y preedípica (Alkolombre, 2012, p.20). En el texto “la diferencia sexual anatómica entre los sexos” (1925), Freud desarrolla el Complejo de Edipo femenino, donde el deseo de tener un hijo del padre se configura como un intento de resarcimiento frente a la envidia del pene. Se resigna el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de hijo, tomando con este propósito al padre como objeto de amor y la madre como objeto de celos, y la niña deviene en una pequeña mujer (Freud, 1925, p.274).

Este pasaje marca el tránsito de la niñez hacia una posición sexuada adulta que “esperará hasta la pubertad-adolescencia para su realización. Siendo tiempos de espera de un

cuerpo de mujer a futuro en cuyo tránsito se pasa de la niñez a la maternidad” (Alkolombre, 2012, p.20)

## 2.2. Narcisismo

En *Introducción al narcisismo* (1914), Freud define al narcisismo “como el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (Freud, 1914, p.71-72). Distingue dos formas fundamentales; “el narcisismo primario que designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo. El narcisismo secundario que designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales” (Laplanche y Pontalis, 2012, p. 230). Sosteniendo que el secundario se edifica sobre la base del primario afirmando: “Así, nos vemos llevados a concebir el narcisismo que nace por replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario, oscurecido por múltiples influencias” (Freud, 1914, p.73).

En el mismo texto, Freud plantea tres vías de acceso al estudio del narcisismo; las enfermedades orgánicas, la hipocondría y la vida amorosa del ser humano. Hacia el final del texto introduce el amor parental como una manifestación particular del narcisismo, donde el hijo aparece como depositario de ideales y expectativas en este sentido afirma:

El punto más espinoso del sistema narcisista, es esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental tan infantil, en el fondo no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres (Freud, 1914. p.88).

Desde esta perspectiva, el hijo es considerado un objeto cargado de investimento narcisista, una extensión del yo que asegura la continuidad generacional. La experiencia de infertilidad representa un golpe al narcisismo, ya que se refiere a un ideal no alcanzado: la capacidad de desempeñar la función materna (Alkolombre, 2012)

Por otra parte, en su enseñanza Lacan (1949), sitúa el narcisismo en relación con el estadio del espejo, donde plantea que la unidad del yo no es originaria sino que surge de la identificación con la imagen especular, la cual ofrece al infans la ilusión de totalidad anticipada. Es entonces que en esta operatoria de anticipación especular, investidura de la imagen del Otro y alienación en la unidad del semejante el sujeto encuentra en la identificación narcisista su estructura (Rojas Navarro, 2011). Como sostiene Lacan en el seminario 1 “Los escritos técnicos de Freud” (1953-1954):

El Urbild, unidad comparable al yo, se constituye en un momento determinado de la historia del sujeto, a partir del cual el yo comienza a adquirir sus funciones. Vale para

decir que el yo humano se constituye sobre el fundamento de la relación imaginaria (p.178)

### **2.3. Duelo**

La imposibilidad de concretar este deseo de hijo, puede vivirse como una experiencia de pérdida subjetiva. Los desarrollos freudianos sobre el duelo se inscriben en su proyecto metapsicológico. En duelo y melancolía (1917) Freud refiere “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, como la patria, la libertad, un ideal, etc” (Freud, 1917, p.241). Asimismo agrega; “El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta en la vida normal, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitir al médico para su tratamiento” (Freud, 1917, p.242). El afecto que acompaña a esta pérdida es una desazón profundamente dolida, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad, así como también la pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor (p.242).

El trabajo de duelo comienza una vez que el examen de realidad ha demostrado que el objeto amado ya no existe más. La desaparición del ser amado implica un traumatismo que requiere ser elaborado psíquicamente, y en un intento por comenzar dicha elaboración, el examen de realidad exige el retiro de la libido de todo enlace con el objeto perdido. Sin embargo, este proceso no sucede de forma inmediata, sino que requiere un gran gasto de tiempo y energía de investidura, mientras que el objeto perdido permanece en lo psíquico. De este modo, cada recuerdo y expectativa en que la libido se anudaba al objeto es clausurado, sobreinvertido, y allí es que se consume el desasimiento de la libido: la libido se libera del objeto perdido y el yo queda libre para investir otros objetos.

Por su parte, Lacan en el seminario 6 “El deseo y su interpretación” (1958-1959) formula el duelo desde su dimensión simbólica y social, donde Lacan resalta la importancia de la mediación simbólica para la elaboración de la pérdida. Afirma que la muerte de un ser querido produce un agujero en lo real, imposible de colmar por el significante (Lacan, 2014, pp. 371 - 372).

Posteriormente en el seminario 10 “La angustia” (1962-1963) también aborda el duelo, centrándose en la pérdida y en lo que el sujeto pierde de sí mismo en ese proceso, ante esto afirma “solo estamos en duelo por alguien que podemos decir yo era su falta” (p.155). Ante el duelo el sujeto experimenta un colapso traumático que lo expone a lo real.

Además de las perspectivas desarrolladas por Freud y Lacan, es posible incorporar una lectura más descriptiva del proceso de duelo, como la propuesta por Elizabeth Kübler-Ross (2008) en su libro “Sobre la muerte y el morir”. Identifica cinco fases que se presentan de manera sucesiva, aunque no necesariamente lineal, en quienes atraviesan una pérdida significativa.

La primera fase es la de la negación. Según la autora la negación de la pérdida es una

reacción que se produce de forma muy habitual e inmediatamente después de esta, con frecuencia aparejada a un estado de paralización, shock o de insensibilidad, como un intento de amortiguar la intensidad de la noticia (Kübler-Ross & Kessler, 2008).

La segunda fase es la de la ira. Cuando la negación ya no puede mantenerse, a menudo se experimenta la ira. Se busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo. El proceso de duelo implica la superación de la frustración y del enfado, que se relacionan con intentos de que el estado emocional y el contexto se mantengan iguales que antes de la pérdida (Kübler-Ross & Kessler, 2008).

La tercera fase es la de negociación. La persona intenta encontrar una manera de revertir la pérdida o de influir en la situación, como un intento de recuperar un sentido de control en una situación que parece incontrolable. La persona trata de negociar con lo inevitable y pueden hacer promesas o intentar encontrar maneras de cambiar la situación para que vuelvan a ser como antes (Kübler-Ross & Kessler, 2008).

La cuarta fase es la depresión. En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza, siendo la apatía y la tristeza profunda comunes en esta etapa. Siendo importante destacar que la depresión en este contexto no se refiere necesariamente al desarrollo psicopatológico sino a una respuesta emocional normal ante la pérdida (Kübler-Ross & Kessler, 2008).

La última fase es la aceptación de la pérdida y con ella un estado de calma asociado a la comprensión de la muerte. El dolor sigue presente, pero se acepta la pérdida, permitiendo a la persona asumir la situación, que los recuerdos se vuelvan menos dolorosos y finalmente, continuar viviendo (Kübler-Ross & Kessler, 2008).

### **3. Terapia cognitivo conductual (TCC)**

La terapia cognitivo-conductual de acuerdo con Nakao, et al (2021) se consolidó en 1970 como un enfoque psicoterapéutico integrador que sintetiza los aportes de las teorías del aprendizaje principalmente en lo que refiere el condicionamiento clásico y operante, junto con con la terapia cognitiva de Aaron Beck la cual "se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo está determinado en gran medida por el modo que dicho individuo tiene de estructurar su mundo" (Beck. et al, 1979, p.13). De manera paralela la terapia racional emotiva conductual (TREC) representó una influencia importante al resaltar el papel de las creencias en la emoción y conducta (Froggat, 2005).

La integración de estos aportes dio lugar al desarrollo de la terapia cognitivo-conductual, definida como "un tipo de tratamiento psicoterapéutico que ayuda a las personas a identificar y cambiar patrones de pensamientos destructivos o perturbadores que tienen una influencia negativa en su comportamiento y emociones" (Hofmann.et al, 2012, p.3).

En cuanto a su aplicación clínica, la terapia cognitivo-conductual se apoya en un conjunto de técnicas empíricamente validadas (Hofmann. et al, 2012). Entre las que se

encuentran:

La resolución de problemas la cual consiste en un procedimiento que busca indagar acerca de los problemas o dificultades y traducirlos en objetivos positivos. Con esto se busca alentar al paciente para que incluya en el plan los problemas que han surgido durante la semana y busque soluciones de manera activa (Beck, 2006). De modo que "aprendan a especificar un problema, idear soluciones, seleccionar una solución y evaluar su eficacia" (Beck, 2006, p.236)

El entrenamiento en relajación el cual consiste en poder alcanzar un "estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas" (Ruiz. et al, 2012, p.260). Este tipo de entrenamiento busca generar una mayor respuesta del sistema nervioso autónomo, lo cual ayuda con la desregulación autonómica (Ruiz. et al, 2012, p.268)

Las habilidades sociales que consisten en un "conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales sostenido sobre la base de que la falta de competencia social puede ser un deficit central o estar en la base de muchos trastornos psicologicos" (Ruiz. et al, 2012, p.292). Su entrenamiento se lleva a cabo a través de diferentes técnicas como "el modelado que consiste en demostrar cómo llevar a cabo la habilidad de forma efectiva y el role-playing donde se ensayan en situaciones específicas en contextos simulados" (Ruiz. et al, 2012 p.305)

Finalmente el autorregistro o auto observación consiste en que el "sujeto observe y registre las veces que tienen lugar sus conductas incluyendo tanto acciones motoras externas como sucesos cognitivos internos" (Espinoza Cruz, 2017, p.4). El objetivo es proporcionar la frecuencia de la conducta para identificarle y dar lugar a cambios en la misma (Espinoza Cruz, 2017)

## Metodología

### **Procedimiento**

La presente investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, con un diseño de revisión bibliográfica. Su objetivo principal es analizar, desde una perspectiva teórico-clínica, cómo se articula el deseo, el duelo y narcisismo ante la infertilidad y el impacto de las TRHA en la subjetividad como respuesta ante la imposibilidad.

El trabajo se enmarca en un enfoque psicoanalítico, principalmente freudiano y lacaniano, priorizando el análisis crítico y articulado de textos, ensayos y artículos académicos relevantes, tanto clásicos como actuales. Se aborda desde una temporalidad transversal, articulando producciones de distintas épocas según su pertinencia conceptual.

El punto de partida son los textos de Freud: Introducción al narcisismo (1914), Duelo y melancolía (1917) y La diferencia anatómica entre los sexos (1925), donde se articulan las

nociones de deseo, narcisismo, pérdida y duelo. A su vez, se incorporan las conceptualizaciones de Lacan, particularmente aquellas referidas al duelo como experiencia simbólica y a la pérdida como dimensión estructurante del sujeto, desarrolladas en los seminarios 6 (El deseo y su interpretación) y 10 (La angustia). Complementariamente, se retoman los aportes de Laplanche y Pontalis (2021), cuyas definiciones permiten delimitar los conceptos psicoanalíticos centrales. Junto a estos marcos teóricos, se consideran fuentes médicas y clínicas. Finalmente, se consideran también las producciones actuales que reflexionan en torno a la infertilidad, como "Deseo de hijo, pasión de hijo" (Alkolombre, 2012) quien explora el deseo de hijo en múltiples escenarios a la luz de los trastornos reproductivos y aquellos que reflexionan en torno a los efectos de las TRHA, como "cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida" (Ormart, 2023) y "Abordajes psicológicos en la reproducción médicamente asistida" (Ormart et al, 2020), quienes problematizan el entrecruzamiento entre cuerpo, técnica y subjetividad.

La búsqueda y selección del material se realiza a través de plataformas académicas como Google Académico, Acta Academica, Dialnet, Academia. edu, Science direct y Virtualia, entre otras. Asimismo, se recurrió a la literatura clásica.

De este modo, el diseño metodológico se orienta a articular una lectura crítica del deseo, el duelo, el narcisismo y el uso de tecnologías reproductivas, situando los efectos que estos procesos tienen en la subjetividad femenina.

## **Índice comentado**

A continuación, se detallaran los capítulos que se efectuaron para el presente trabajo y se describe una breve reseña del contenido de los mismos

### *Capítulo 1; El deseo de hijo y las TRHA en infertilidad*

Este capítulo se va a desarrollar los aportes del psicoanálisis en relación al deseo de hijo, tomando como punto de partida los desarrollos de Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil y el complejo de Edipo. Se abordará cómo se constituye y reactualiza el deseo de hijo en mujeres con infertilidad. Se analizarán los efectos que tiene la intervención de las técnicas de reproducción humana asistida cuando no logran su finalidad.

### *Capítulo 2: Narcisismo y duelo en infertilidad*

Este capítulo se centra en los efectos psíquicos que el diagnóstico de infertilidad produce en el narcisismo femenino, así como en el desencadenamiento de un particular proceso de duelo caracterizado por tratarse de una pérdida no ritualizada ni socialmente visible. Se abordará cómo dicha experiencia puede provocar una vivencia de falla en la propia imagen

corporal y una ruptura en la fantasía de continuidad generacional, afectando ideales narcisistas profundamente arraigados.

### *Capítulo 3: Intervención clínica en casos de infertilidad*

Este capítulo se centra en el desarrollo de una propuesta de intervención clínica que integre aportes de la terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual. El objetivo es ofrecer un abordaje más amplio que se ajuste a la complejidad de la demanda, combinando tanto recursos prácticos y psicoeducativos con un trabajo de los procesos inconscientes que la infertilidad convoca.

# Capítulo 1: El deseo de hijo y las técnicas de reproducción asistida

## a. El deseo de hijo en la teoría psicoanalítica

En la mayor parte de las culturas, identifican la feminidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica la capacidad reproductora de las mujeres, se instaura en un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad. Tubert (1996) afirma;

No se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que al definir la feminidad, la construyen y la limitan de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal (Tubert, 1996, p.7)

Sin embargo, el desarrollo de las ciencias sociales y humanas han puesto en manifiesto que la ecuación mujer = madre no responde a ninguna esencia, sino a una representación producida por la cultura (Tubert, 1996). Es entonces, que la maternidad lejos de ser un fenómeno meramente biológico se constituye como una construcción simbólica, social y cultural de gran complejidad. Aunque el hecho de gestar acontece al cuerpo femenino, no puede pensarse únicamente desde la fisiológica ya que implica la generación de un nuevo ser humano y por lo tanto articula múltiples dimensiones. Es entonces que reducir la maternidad a la reproducción biológica y convertirla en el único sentido posible de la existencia femenina constituye una doble falacia: "la categoría madre no agota totalmente a la de mujer" (Tubert, 1996, p. 8), y la capacidad reproductiva no depende solo del cuerpo femenino, sino también del masculino.

A su vez, la función materna se encuentra profundamente atravesada por las condiciones sociales, económicas y políticas. Se espera que las mujeres, además de concebir, gestar y parir asuman casi en exclusividad la crianza, tarea que no es reconocida como trabajo social. De este modo, las representaciones culturales en torno a la maternidad no son neutras, sino que responden a un orden simbólico que impone ciertos discursos y figuras dominantes, silenciando otras voces y otras prácticas. Así se establece "el monopolio de la producción de sentido" (Tubert, 1996, p.10), codificando características biológicas que por sí sola no significan nada, pero en este marco cobran sentido como destino obligatorio para las mujeres. Ante esto la autora afirma:

Las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor, todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por

uno, el de tener un hijo, en tanto la maternidad crearía una identidad homogénea en todas las mujeres (Tubert, 1996, p.11).

El psicoanálisis demostró que el deseo de hijo no corresponde a la realización de una supuesta esencia femenina, sino que es propio de una posición a la que se llega, correspondiendo a las relaciones que la mujer ha establecido en su infancia con sus padres, tanto en el plano de la triangulación edípica como en el de la identificación especular con la madre. Es entonces que podemos decir que el deseo de hijo es producto de una elaboración inconsciente y particular en cada sujeto (Alkolombre, 2012, p.19).

El deseo de hijo emerge en el seno de la sexualidad infantil y es gestado en la intensidad de la conflictiva preedípica y edípica. "En la etapa preedípica se fundan en los deseos de tener un hijo de la madre, hacerle un hijo a la madre" (Alkolombre, 2012, p.20). Por otra parte la perspectiva edípica es explicada por Freud en el texto "La diferencia sexual anatómica entre los sexos" (1925), donde desarrolla el complejo de Edipo femenino, en el cual el deseo de tener un hijo del padre se configura como un intento de resarcimiento frente a la envidia del pene. Según esta lógica, Freud afirma:

La libido femenina se desplaza en una ecuación simbólica pene = hijo, resignando el deseo de pene para reemplazarlo por el deseo de hijo, tomando con este propósito al padre como objeto de amor y la madre como objeto de celos, y la niña deviene en una pequeña mujer (Freud, 1925, p.274).

En este contexto, el deseo de hijo no se concibe como natural, sino como histórico generado en el marco de las relaciones intersubjetivas. Como señala Tubert (1991) el hijo puede funcionar como representante de aquello que podría otorgar completud, en tanto se inscriba en la lógica del narcisismo y de la falta. El sujeto humano estructuralmente dividido, se enfrenta a la constatación de que no constituye una unidad ni una totalidad. Esa escisión, surge del desajuste entre el propio yo y el yo ideal, impulsando a la búsqueda de aquello que falta y configurándose como deseante. En este marco la maternidad, aparece como una respuesta cultural que ofrece una identidad ilusoria, "común" a todas las mujeres y obtura la posibilidad de formular otras preguntas sobre el ser y el deseo. Así

La definición de la identidad femenina en función del ideal maternal es mistificadora por cuanto adelanta una respuesta que impide la formulación de la pregunta y ofrece la ilusión de ser que aliena al sujeto encubriendo las carencias que le harían posible desear (Tubert, 1991, p.11)

Lacan (1958) por su parte, retoma la problemática al introducir un cuarto elemento fundamental en el complejo de Edipo; el falo, que opera como significante estructural del deseo, como significante de la falta. Como señala Tubert (citada en Alkolombre, 2012), el falo

puede operar como un completamiento narcisista, una forma de colmar la carencia estructural, afirmando "el falo imaginario es lo que completa una carencia produciendo una expansión narcisista en la medida en que el sujeto siente que ya no le falta nada" (Alkolombre, 2012, p.29). En este sentido el hijo, puede ocupar ese lugar de completud, inscribiéndose en lo que se ha denomina la "función colmadora del hijo como sustituto fálico" (Eckerdt, et al, 2017, p.6). Desde esta lógica el embarazo puede vivirse como experiencia subjetiva de completud aparente, allí donde la barra que divide al sujeto y marca su falta, se difumina momentáneamente, en donde el hijo más allá de objeto de deseo viene a taponar una falta constitutiva del sujeto.

En este sentido cabe preguntarse: ¿Qué ocurre cuando ese deseo de hijo, estructurado en torno a la falta, y sostenido por representaciones culturales e identificaciones inconscientes se enfrenta a un límite real? Es en este punto donde la infertilidad no solo aparece como una dificultad médica, sino como una experiencia subjetiva que conmueve la economía psíquica del sujeto.

Tal como plantea Uribelarrea (2008), esta disfunción biológica sólo tiene efecto en el sujeto si hay un deseo de tener hijos, de lo contrario podría considerarse como una condición médica más. En esta línea Van Balen y Trimbos-Kemper (1993) señalan que el "descubrimiento de la incapacidad de concebir supone una crisis significativa en la vida de las personas involucradas" (p.54). Cuando alguien desea tener descendencia y se encuentra con la imposibilidad de lograrlo mediante "el proceso natural" suele experimentar sorpresa y frustración. "Esto surge porque está muy profundamente arraigada la creencia de que la reproducción es algo voluntario y garantizado, es entonces que nadie espera considerarse infértil porque la fertilidad es algo con lo que se cuenta" (Van Balen y Trimbos - Kemper, 1993, p. 54).

En este marco, Alkolombre señala que en la infertilidad "hay un deseo que interroga al cuerpo y a la ausencia de hijo que solo se vislumbra como tal cuando surge el deseo de concebir y se plantea la imposibilidad de alcanzarlo" (Alkolombre, 2012, p.39). El límite impuesto por el cuerpo reactiva de forma dolorosa las identificaciones inconscientes y los ideales culturales ligados a la feminidad y a la maternidad. En una sociedad donde aún persiste la ecuación mujer = madre, la imposibilidad de embarazo puede vivirse como una amenaza, al punto de afectar su proyecto de vida y su identidad como mujer ¿Quién soy si no soy madre? (Alkolombre, 2012).

Es entonces que, "sin la presencia de embarazo-bebé como soporte necesario muchas mujeres quedan frente a un vacío que cuestiona lo que se esperaba como destino; ejercer la función materna" (Alkolombre 2012, p.39). Este límite vivido en el cuerpo como ausencia de embarazo no solo interpela la identidad femenina y los ideales sociales de la maternidad, sino que también puede reactivar conflictos psíquicos más profundos ligados a la sexualidad infantil y al complejo de castración.

Desde esta perspectiva, si el deseo de hijo se piensa a partir de una triangulación

edípica que articula fálico-castrado, la infertilidad puede leerse como una reedición de la castración. Según Alkolombre (2012):

Podemos considerar la infertilidad femenina como una nueva reedición del complejo de castración. Ante la ausencia de embarazo se reactiva la conflictiva edípica que culminó con la ecuación pene = hijo en la infancia, enfrentando a la mujer nuevamente con la castración “encarnada” en el cuerpo. Aquí ya no se trata de la falta de pene sino de la falta de hijo. Esta reedición del complejo de castración ressignifica la ecuación fálico/castrado deviniendo ahora en fértil/infértil. En este sentido, los trastornos reproductivos evocan vivencias castratorias ya que golpean al sujeto en su función generativa (p.40)

Entonces, cuando la imposibilidad de concebir se prolonga en el tiempo y la falta se torna intolerable para el sujeto, el deseo puede absolutizarse y transformarse en un mandato interno que exige la satisfacción a cualquier precio. Tal como advierte Ansermet (2018);

Cuando ese deseo tropieza con una imposibilidad se hace más urgente. Esto es lo que sucede en el caso de la esterilidad, al punto de querer tener un hijo a cualquier precio. A veces, incluso lo que podría ser posible impone su ley y se convierte en una obligación (p.105)

En esta línea, Alkolombre (2012) reflexiona en torno a las características particulares del deseo de tener un hijo y sus diferentes desarrollos, expresando que, en las mujeres con trastornos reproductivos, el deseo de hijo puede transformarse en una “pasión de hijo” definida por una intensidad afectiva y una fuerte dependencia hacia el objeto, afirmando;

El hijo, como objeto perdido o no hallado en la realidad se constituye en un objeto único, insustituible y destinatario de amor materno. Se trata entonces de una búsqueda de hijo con características particulares; tiene una intensidad y una fijeza inusual, aún al precio de la autodestrucción. Experimentar esta pasión es estar pasivo frente al objeto, es esperar todo de él; la restitución de la plenitud narcisista y la satisfacción (p.56)

De modo que, cuando el deseo de hijo se transforma en pasión, se produce un desbordamiento de la libido yóica sobre el objeto, este pasa a ser un objeto exclusivo, único y excluyente del resto del campo de las investiduras. Ante esto la autora afirma:

En estos casos el hijo deja de ser concebido simbólicamente como un otro diferente y se transforma en un objeto de necesidad de los padres cargado de funciones narcisistas y reparadoras. El campo deseante queda entonces totalmente saturado por la maternidad, y se instala una actitud sacrificial, son pacientes que arriesgan todo por

un hijo: su mente, su salud y su dinero, en una lógica de entrega que ya no es del orden del deseo sino de la pasión (Alkolombre, 2012, p.136)

Desde esta posición, la pasión de hijo se traduce en el “vivir para embarazarse”. El embarazo es ubicado entonces en un lugar privilegiado, idealizado y libre de conflictos. Representando el cese de la frustración que significa la infertilidad.

Este lugar otorgado al embarazo evidencia como en la pasión el objeto se absolutiza, lo que lo diferencia del deseo el cual se sostiene en la ilusión. De este modo, en la pasión de hijo, el objeto está investido narcisísticamente, y ya no se trata de “tener un” hijo sino de “ser con un hijo”. El hijo, entonces, es expulsado del lugar de sujeto y pasa a ocupar el lugar de objeto (Alkolombre, 2012).

Asimismo, este vínculo pasional puede incluso ligarse a la pulsión de muerte, en tanto se orienta a una satisfacción sin mediación, con conductas sacrificiales vinculadas a algunos recorridos médico-tecnológicos (Alkolombre, 2012). En este punto en el que el deseo y la imposibilidad entra en tensión, Piera Aulagnier (1992) advierte:

Renunciar al deseo es el equivalente de una muerte psíquica, pero no poder aceptar los límites que encontrará su realización puede concluir en un resultado equivalentemente catastrófico (p.46).

Es precisamente allí, en este punto de tensión entre el deseo y la imposibilidad, donde muchas mujeres recurren a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) como intento de realizar aquello que no se alcanza por “vías naturales”.

#### **b. Las técnicas de reproducción humana asistida bajo la lógica del deseo**

En “El malestar en la cultura” (1930), Sigmund Freud esboza una reflexión anticipatoria de lo que está ocurriendo, afirmando; “Épocas futuras traerán consigo nuevos progresos, acaso de magnitud inimaginable y no harán sino aumentar la semejanza con Dios. Ahora bien, no debemos olvidar que el ser humano de nuestros días no se siente feliz en su semejanza con Dios” (p.85).

En el campo de la reproducción, este horizonte se materializa en el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), que aparecen como un posible tratamiento para la infertilidad. Según Chatel (1993), cuando un hijo no llega de forma natural se recurre a la medicina como una forma de abordar esta decisión, ya que se convierte en el lugar hacia donde se dirige esta demanda. Afirmando;

Uno se dirige hacia la medicina todopoderosa para tratar la falta de hijos. Se volvió posible hacer un hijo al margen del sexo, al margen del cuerpo, en desafío a las leyes

del deseo y el sexo, hacer el hijo alucinado, el hijo imposible con toda legitimidad (p.64).

No obstante, las técnicas constituyen también un nuevo campo para la mortificación del sujeto, en tanto introducen exigencias físicas y psíquicas que impactan en la vivencia subjetiva (Córdova, 2022,). Surge entonces el interrogante acerca de qué impulsa a muchas mujeres a atravesar estos procedimientos.

Córdova (2022) responde afirmando que se accede a dichos tratamientos no solo como una respuesta al deseo, sino como expresión de una posición subjetiva estructurada por ideales sociales, advirtiendo que la posición materna contemporánea se coagula en un Ideal del Yo moldeado por la masa, obnubilada por los discursos de una ciencia amo que promete un hijo sin interrogar el deseo, ni el lugar del goce femenino.

Desde esta perspectiva, la intervención técnica aparece como vía para sostener un ideal que el sujeto ha adoptado de forma alienante, cediendo su propia singularidad para adaptarse a un deber ser proporcionado por los modelos colectivos (Córdova, 2022). Produciendo así "un atrincheramiento del yo detrás de la identificación coagulada con el ideal de la maternidad, restableciendo mediante las técnicas ilusoriamente la completud yoica (...) Producto de la copulación entre la ciencia y el mercado modificando el límite real" (Córdova, 2022, p. 166). Ante esto la autora afirma;

Se trata de una ciencia que en pos de encontrar la causa de la infertilidad y su anhelada reparación intenta franquear lo imposible colocando el saber sobre lo real del cuerpo, fragmentándolo como si de una maquina se tratara (Córdova, 2022, p. 167)

Así las TRHA conceden certezas suturando la falta estructural que le impide a la mujer convertirse en madre, absolutizando dicho deseo en una demanda que se canaliza a través de la intervención médica. Tubert (1991) advierte:

El deseo de ser madre es la petrificación del deseo de tener un hijo: permite acallar la incertidumbre de la pulsión y aliena el deseo, obturando la posición del sujeto en tanto escindido, a través de la medicalización de la demanda. (...) la demanda incoercible de maternidad biológica. (...) toma el relevo del yo ideal como unificador imaginario del sujeto, a través de un cortocircuito que esconde la falta (p. 223).

Desde esta lógica, las TRHA funcionan como dispositivos que no solo prometen producir un hijo, sino también resolver un vacío. Asimismo, las TRHA se inscriben en lo real del cuerpo, sin atender a la mediación simbólica, el sujeto queda atrapado en una búsqueda desesperada de unidad. Es entonces que;

Sin reconocimiento de ninguna falta (...) se desvanece correlativamente la distancia con relación a la unidad imaginaria que permitiría al sujeto tener acceso a su propia

escisión (como sujeto del inconsciente): de ahora en adelante, se sacrificará el propio cuerpo, que podrá sufrir innumerables incisiones y efracciones, entregado a las operaciones médicas, al goce del Otro, en aras de recuperar esa unidad ilusoria encarnada en el ideal de la maternidad biológica (Tubert, 1991, p. 170).

En algunos casos, esta búsqueda se transforma en lo que Bayo-Borras (2011) denominan como "nomadismo médico", es decir, en una búsqueda "sin límites", en la cual, si no logran el éxito rápido, quieren empezar de nuevo en otra ciudad o en otro país y los médicos vuelven a ensayar para que no pierdan su última oportunidad" (Bayo-Borras, 2011, p.79).

En este escenario, la ciencia-amo no sólo niega los límites, sino que patologizan la ausencia de un hijo cuando la persona así lo desea (Johnson, 2019, p.4). La ciencia se presenta, como garante de una ilusión de omnipotencia, que rompe los límites del cuerpo y de la sexuación reconfigurando el lazo entre deseo y reproducción. En esta línea Ansermet (2018) expresa que "hoy en día esto es posible, y lo que es posible se convierte en el objeto de un deseo. Incluso se lo puede querer a toda costa. Se puede pasar del deseo al querer. Hasta hacer de lo posible un deber" (p. 15). Es entonces que la ciencia no hará más que ingresar al hijo en su maquinaria como una necesidad capitalizándolo como un objeto más de consumo, y empujará a una demanda de hijo traducida a la carta (Córdova, 2022, p.168).

Comprender este pasaje, requiere situarlo en la distinción que Lacan establece entre necesidad, demanda y deseo. Mientras que la necesidad remite al plano biológico, la demanda es la forma que el sujeto expresa su necesidad dirigiéndose a la dimensión del Otro, no se pide por el objeto sino por la presencia del Otro, en tanto toda demanda es demanda de amor. El deseo se ubica como resto que queda de la necesidad que no pudo ser articulada en la demanda, remitiendo al plano simbólico. Definiéndolo como; "el deseo no es ni el apetito de la satisfacción ni la demanda de amor sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda, el fenómeno mismo de una escisión" (Lacan, 1998, p.671).

De esta forma, cuando el deseo de hijo se traduce en una demanda dirigida al Otro de la ciencia, esta se sitúa como depositaria del saber y del poder técnico, posicionándose como destinataria de la demanda, prometiendo su satisfacción. En este marco, el Otro de la ciencia, pasa a constituirse como una entidad capaz de satisfacer directamente esa demanda, ofreciendo soluciones técnicas, operando bajo una lógica que transforma el deseo en una demanda objetivable y accesible a través de procedimientos, aunque dicha promesa se sostenga en ilusiones y en una dimensión imaginaria (Ormart y Abelaira, 2022).

Esta reducción del deseo de hijo a una demanda de hijo, encierra al hijo en la dimensión de objeto, "como algo que se tiene". Como advierte Ormart (2023), las tecnologías reproductivas vienen a reparar las deficiencias con las que cuentan las parejas que quieren tener hijos propios y no lo logran. Vienen a reparar una falla biológica. El precio subjetivo de

esto es incalculable, se aplasta el ser con el tener. Él bebe se convierte en un objeto que puede ser tenido o adquirido. Tiene un valor objetivo ya que entra en una lógica de mercado, lo que produce un aplastamiento en el que se equipara sujeto = objeto. Se produce entonces un avance de la lógica del mercado por sobre la lógica de la subjetividad con la consecuente afectación de la dimensión del sujeto. De modo que el niño se vuelve un objeto de consumo.

Por esto es preciso cuidar que ese tener no suprima la dimensión del sujeto allí presente, Ormart (2023) en relación a esto afirma;

Si se piensa al hijo como algo que se tiene al igual que una casa, trabajo, auto, se lo coloca en una serie de logros a obtener de mandatos sociales a cumplir y el deseo queda allí escamoteado aplastado por la dimensión del tener que anula cualquier posibilidad de ser. Cuando se piensa en tener un hijo como un derecho adquirido, habría que cuestionarse qué condiciones de posibilidad de ser pueden brindarse que no queden asociadas a las lógicas tecnocráticas de tener (p. 86).

En este sentido, es importante cuestionar las lógicas que tienden a reducir el deseo de hijo a una necesidad a satisfacer o a una estrategia para obturar una falta. Si bien las TRHA pueden ofrecer respuestas ante la infertilidad, también corren el riesgo de reforzar discursos que identifican a la mujer exclusivamente con su función materna, borrando otras dimensiones posibles. De este modo, resulta fundamental poder pensar el deseo más allá de la maternidad recuperando a la mujer como sujeto deseante. Córdova (2022) sostiene que el deseo de la mujer mantenido más allá de las gratificaciones de la maternidad es lo que hará que la madre se ausente de su hijo, al ocuparse de otras cuestiones que toman el relevo fálico. Esto no significa que la madre quede en un lugar insondable para él, sino que no lo será toda para ella, un punto sumamente importante para que el hijo devenga sujeto y para que la mujer desee más allá del hijo.

Asimismo, se vuelve necesario cuestionar la posición de hijo como respuesta a una falta exclusivamente. Fiorini (2001) piensa el deseo como una producción y no solo como efecto de una falta, abriendo la posibilidad de pensar a la mujer como sujeto deseante y al hijo por fuera de la lógica del objeto faltante. Siendo que el deseo desde esta perspectiva trasciende el campo de la demanda y de la ecuación simbólica y pasa a ser proyecto y creación en una dimensión temporal. Diferenciando así el hijo como efecto de una demanda, el hijo como valor fálico y el hijo como producción deseante, sobrepasando así la relación de objeto. Este cambio de perspectiva permite recuperar el deseo como potencia creadora, no como mandato ni exigencia de completitud. Un deseo que no se absolutiza en el hijo, ni se subordina a la lógica del tener, sino que abre la posibilidad de un lugar distinto para la mujer y para el niño.

## Capítulo 2: Narcisismo y duelo en infertilidad

### a. Infertilidad y su relación con el narcisismo.

En el texto "Introducción al Narcisismo" (1914) Freud establece a la figura del hijo como un representante del narcisismo parental. En este sentido afirma; "prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones, a encubrir y olvidar todos sus defectos" (Freud, 1914, p. 87-88). El niño ante los padres es entonces "His majesty the baby" (Freud, 1914, p.88), es quien en palabras del autor;

Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres, el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre. El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño. El conmovedor amor parental en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmudación al objeto revela inequívoca su prístina naturaleza (Freud, 1914, p. 88)

Es entonces que el lugar del hijo desde el psicoanálisis está planteado dentro del campo narcisista asegurando la inmortalidad de los padres y permitiendo la proyección de sus deseos. Es decir, "la procreación supone la satisfacción narcisista de verse eternizado en el tiempo" (Ormart y Abelaira, 2020, p.11).

Desde esta perspectiva la infertilidad irrumpe la continuidad generacional, confrontando al sujeto con la imposibilidad de dejar una huella biológica, produciendo una herida en el narcisismo. Tal como plantea Bayo-Borras (2011), los fracasos reiterados en la consecución de un embarazo, junto con las desilusiones y las expectativas defraudadas "pueden causar estragos en las subjetividades ya debilitadas por el diagnóstico de infertilidad" (p.76). Produciendo así una crisis narcisista, entendida como un "elevado grado de malestar" (p.77), que se produce porque el hijo no es tan solo un proyecto afectivo o conyugal, sino que está investido por significados simbólicos que garantizan la continuidad generacional, reafirman la identidad y sostienen el ideal del yo. Según la autora, las situaciones más frecuentes en las que se produce esta crisis narcisista son:

1. Cuando se llega al límite de edad, cada persona considera ese límite de manera diferente, pueden ser los 45, 50 o 55 años para la mujer,
2. Cuando se llega al límite de los intentos y
3. Cuando se llega al límite de la resistencia psíquica del sujeto (Bayo-Borras, 2011, p.77)

En este sentido, a la infertilidad se la puede entender como un "tsunami de lesiones

narcisistas”, produciendo un desequilibrio en las esfera del self, ya que amenaza la suposición fundamental de la capacidad de reproducción como parte de la identidad de ser mujer. Así como también “intensifica el sentido de mortalidad” al impedir la proyección genética a la siguiente generación (León, 2010).

Por otra parte en el mismo texto, Freud (1914) señala que existen 3 vías de acceso al estudio del narcisismo, una de ellas es la enfermedad orgánica, en este sentido afirma:

Es sabido , y nos parece un hecho trivial, que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento. Una observación más precisa nos enseña que, mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar. El enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse (Freud,1914,p.79).

De manera análoga en la infertilidad, el interés libidinal se puede fijar exclusivamente en la capacidad reproductiva, produciendo el retraimiento de la libido de otros vínculos, actividades e intereses, quedando la energía psíquica fijada en lo que concierne exclusivamente a concebir un hijo. En esta línea Alkolombre (2012) afirma “la búsqueda infructuosa de embarazo deja muy frecuentemente a la mujer fijada en un punto en el que no puede avanzar y solamente el hijo queda como posibilidad de futuro” (p.47).

Queda así planteada una alteración en la distribución de la libido; produciéndose un repliegue sobre sí misma, un encierro narcisista. Es entonces que las pacientes “viven (en) espera del embarazo-bebé. Esta atadura las priva de toda posibilidad, pero también de toda responsabilidad en el registro de la elección. Dedicándose solo a embarazarse, produciendo así un abandono de todo interés primario que no sea el propio cuerpo” (Alkolombre, 2012, p.47).

Esta posición implica no admitir ningún tipo de sustitución simbólica y aferrarse a la idea de la maternidad biológica, aun a costa de sacrificios económicos, vinculares e intrapsíquicos. En este sentido se afirma “un vínculo narcisista puede sostenerse a cualquier costo” (Alkolombre, 2012, p.66), incluso en la forma de un “hijo a cualquier precio” (Alkolombre, 2012, p.67).

Este repliegue sobre la propia corporalidad permite pensar, desde la teoría psicoanalítica lacaniana, el lugar que ocupa la imagen del cuerpo en la economía narcisista. Para Lacan (1949) el cuerpo en un inicio ha tenido un estatuto imaginario, ha estado referido a la imagen. En su texto “el estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” describe la operación en la que se funda la unidad corporal.

De entrada, y debido, a lo prematuro de la cría humana, el infans no experimenta el

cuerpo como uno, sino como partes disjuntas, de difícil coordinación. Entre los seis y los dieciocho meses, se precipita en una identificación con la imagen corporal completa. Es decir, el sujeto accede a la forma total del cuerpo en una exterioridad, imagen que es asumida jubilosamente. Lacan en este sentido afirma:

Es que la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt, es decir, en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida (Lacan, 1949, p.100)

Este pasaje, que Lacan describe como el tránsito de “una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica en su totalidad” (Lacan, 1949, p.103), inaugura la unidad imaginaria del cuerpo. Sin embargo ese júbilo que experimenta no responde a una completud natural sino que está anclada en una falta y se apoya sobre una discordancia entre el organismo en su estatuto real, fragmentado e incoordinado motrizmente, y por el otro, el cuerpo asumido como completo (Ormart, 2023).

La imagen del propio cuerpo, es la base de lo que llamamos narcisismo; el investir libidinalmente esa imagen, no está dado instintivamente por el infans, sino que debe ser constituida a partir del campo del Otro. Es decir, que el origen de nuestra imagen corporal es enajenado; nace fuera de nosotros y desde allí nos brinda el soporte necesario para construir nuestra imagen (Perez, 2023)

Desde esta lectura, el estadio del espejo constituye el momento estructurante del llamado narcisismo primario, ya que se produce la primera investidura libidinal sobre la imagen unificada (Perez, 2023). A diferencia de lo propuesto por Freud no se trata una catectización de la libido sobre sí mismo a un yo ya constituido, sino, que refiere a la investidura libidinal de una imagen unificada del propio cuerpo (yo ideal), configurada en la exterioridad del espejo y en el reconocimiento que el Otro le devuelve.

En el contexto de la infertilidad, esto se reactualiza. La imagen corporal, que opera como soporte del yo, se ve confrontado con un límite biológico: la imposibilidad de concebir. El cuerpo antes experimentado como totalidad, aparece ahora como insuficiente, incapaz de cumplir con la función generativa. Esto produce fisuras en la organización narcisista, y reactiva vivencias de fragmentación (Ormart, 2023).

Es precisamente en este punto donde las técnicas de reproducción humana asistida, emergen como una respuesta posible; por un lado, en tanto promesa de restaurar la continuidad generacional interrumpida, y por otro como intervenciones que inscriben huellas sobre el cuerpo fragmentado.

## **b. Las técnicas de reproducción humana asistida; entre la herida narcisista y la intervención sobre el cuerpo**

Las técnicas de reproducción humana asistida, tienen un impacto profundo en el narcisismo, en tanto se presentan como un intento de restituir la continuidad generacional interrumpida por la infertilidad. En este contexto se pone en juego una ilusión de dominio y control, donde la promesa tecnocientífica de corregir el límite biológico, alimenta la ilusión de restitución del narcisismo parental asociado a la herencia genética (Bayo-Borras, 2011).

En procedimientos de alta complejidad como la ovodonación, la imposibilidad de producir un hijo con carga genética materna introduce un desafío particular para el narcisismo parental, ya que confronta con la imagen de completud imaginada. En este sentido Rossi (2022) afirma "cuando se debe recurrir a la recepción de óvulos algo de la completud narcisista queda dificultado" (p.46). Esta situación exige la elaboración de un "duelo genético" por "la pérdida de conexión biogenética" (Rossi, 2022, p.47).

Asimismo, ante esta falta de conexión genética puede desarrollarse mecanismos compensatorios como la "uterización del vínculo", es decir, el énfasis está puesto en la gestación y el parto, buscando de esta manera reforzar la idea de "verdadera madre" y aferrándose a la posición narcisista idealizada de la maternidad biológica (Rossi, 2022).

Además, la búsqueda de un parecido físico - genético mediante el uso de las TRHA se convierte en una necesidad narcisista para inscribir al recién nacido en la cadena generacional y verse reflejado en él, si no se logra puede generar angustia (Rossi, 2022). A este fenómeno la autora lo denomina "culto al yo" el cual exacerbado por las técnicas se traduce en "una presión identitaria de los adultos por la trascendencia y continuidad de sí mismo a partir del parecido a los descendientes" (Rossi, 2022, p.42). Esta insistencia en la similaridad física y biológica opera como un mecanismo de defensa narcisista frente a posibles cuestionamientos sociales sobre la maternidad y el origen del niño (Rossi, 2022).

En este sentido las técnicas pueden funcionar como vía para intentar reparar la herida narcisista producida por la infertilidad; sin embargo también corren el riesgo de reforzar posiciones narcisistas rígidas, alimentando la ilusión de dominio y control sobre la procreación y dificultando el trabajo de aceptación de alteridad del hijo, en relación a esto Rossi (2022) afirma "el deseo genuino de hijo implica una renuncia narcisista y el abandono de dicha posición, lo que permite el reconocimiento de la alteridad radical del niño y la creación de un vínculo que trascienda lo puramente narcisista" (p.82).

Por otra parte, cuando la infertilidad irrumpe en el sujeto se enfrenta a "un cuerpo que "no responde" de acuerdo con lo esperado. Este no hacer del cuerpo es vivido con la fuerza de un impacto, algo incomprensible, una injuria narcisista" (Alkolombre, 2012, p.144).

El cuerpo se constituye como sede de sufrimiento, ante la tensión que se produce entre un cuerpo que “no hace hijos” y el deseo de hijo. Este no hacer del cuerpo comienza a adquirir distintos significados, es la sede de nuevos sufrimientos. En este sentido Piera Aulagnier escribe;

El cuerpo, ese objeto del que nos creemos poseedores y amos, puede convertirse, sin que el yo lo quiera, sin que pueda siquiera prever, en fuente y lugar de sufrimiento (Piera Aulagnier, 1979, p.135)

Aparece entonces el “cuerpo-obstáculo que resiste en la cadena significativa por la que se desliza el deseo, quedando así localizado en el cuerpo lo real de la imposibilidad” (Tubert, 1991, pp. 3-4). En este escenario las técnicas de reproducción humana asistida irrumpen como una promesa de restaurar la capacidad perdida, interviniendo sobre ese cuerpo que se percibe como fallado y lo inscribe en la lógica médico-tecnológica, con el objetivo de devolverle su función reproductiva. De este modo, la maternidad y la paternidad dejaron de ser algo conocido y familiar para transformarse en una “nueva alquimia de los cuerpo y sus partes” donde estas se combinan, sustituyen y modifican según los requerimientos” (Alkolombre, 2012, p.49)

Así, el cuerpo humano, sus fluidos, células y órganos se convierten en objetos de intercambio. El cuerpo se transforma en un “cuerpo predecible”, es decir, un cuerpo que puede ser anticipado por la ciencia y la tecnología de acuerdo a lo deseado (Alkolombre, 2012). En particular, es el cuerpo femenino el que se ve atravesado por un proceso de fragmentación. Se divide en partes funcionales que pueden ser estimuladas, intervenidas o sustituidas.

Esta fragmentación no se limita al plano biológico también se disocian las experiencias subjetivas y los tiempos del propio cuerpo, reemplazados por la temporalidad impuesta por el calendario médico y los protocolos clínicos. En este sentido Martí Gual (2011) señala; “el cuerpo desaparece sutilmente como centro de la escena y no solo queda anulada la subjetividad, desaparece literalmente su cuerpo como entidad quedando únicamente reducido a órganos y componentes” (Martí Gual, 2011, p.129). En relación a esto se advierte;

En esta dirección aparece el riesgo de que la maternidad quede reducida a la dimensión orgánico-fisiológica en donde ese cuerpo estaría identificado exclusivamente como un organismo. La esperanza de que la medicina y sus técnicas puedan resolver el problema pone afuera y escinde la subjetividad del paciente (Pesino, 2023, citado en Ormart 2023, p.100)

Este tratamiento del cuerpo como organismo fragmentable y predecible remite a la concepción científica del cuerpo que Lacan desarrolla en el texto “Psicoanálisis y medicina” (1966) en donde plantea los efectos del avance de la ciencia sobre el cuerpo. Afirmando, en tanto que la ciencia opera sobre la *res extensa* con el instrumento matemático, el cuerpo es

abordado desde la extensión; es enteramente fotografiado, radiografiado, calibrado y diagramado. Este saber sobre el cuerpo deja de lado la dimensión del goce, presenta un modo de resistencia e insistencia de lo real. Esto hace que la ciencia con el cuerpo, diseñando intervenciones busque reparar fallas. Cuando se opera solamente desde el discurso de la ciencia se pierde el valor del cuerpo en sus dimensiones imaginaria, simbólica y real.

En este sentido las tecnologías reproductivas vienen a reparar las deficiencias con las que cargan las personas que quieren tener hijos y no lo logran. Ante esto Ormart (2023) afirma;

Las tecnologías reproductivas actúan desde la fantasía de reparación. Vienen a remediar lo que no funciona. Aquello que no tiene respuesta en lo real, aquello que se busca desde lo natural y allí no se encuentra. El especialista trata de subsanar una falla biológica, pero esto no es tan simple en el ser humano. Hay un descentramiento. La sexualidad no es única ni fundamentalmente biológica. El cuerpo humano está tapizado por lo simbólico. La medicina aborda el cuerpo como real y el sujeto resiste. El individuo recurre buscando la reparación de su cuerpo biológico, pero paralelamente se juega la reestructuración simbólica (p.82)

Esta fantasía de reparación, no se reduce al plano biológico sino que moviliza aspectos identitarios y subjetivos que no siempre encuentran un lugar en el abordaje médico. En este sentido; "la progresiva fragmentación del cuerpo por la incidencia de la ciencia trae aparejados efectos subjetivos de alto impacto. Entre otros, el soporte corporal en su aprehensión cotidiana de unidad amenaza con desaparecer, de modo tal que la relación espontánea entre identidad y cuerpo trastabilla" (Gonzalez, 2017, p.45). Esta fragmentación del cuerpo puede leerse como una reactualización de aquella experiencia temprana de fragmentación corporal que Lacan describe en el estadio del espejo, donde la unidad imaginaria del cuerpo funcionaba como ficción ortopédica que velaba la falta, en el contexto de la infertilidad las intervenciones médicas vuelven a situar al cuerpo en la experiencia de partes aisladas, de modo, que la ilusión de completud se ve amenazada, produciéndose una reactualización de la vivencia de fragmentación que el estadio del espejo había velado.

Es entonces que se corre el riesgo de que el sujeto quede disociado y olvidado en medio de las intervenciones. Según Alkolombre (2012) "es habitual que en muchos casos no se logre elaborar e integrar las intervenciones médico-tecnológicas de los distintos tratamientos de fertilidad, produciendo así una descentración del sujeto" (p.131).

Se produce así una hiancia entre el individuo que la medicina toma como objeto y el sujeto que demanda la aplicación de la tecnología. Se manifiesta entonces un conflicto entre el saber de la ciencia y la verdad del sujeto, mientras que la ciencia orienta a reparar una falla en lo biológico, el sujeto se enfrenta con la tarea de inscribir simbólicamente esa experiencia tanto en su cuerpo como en su historia. Como advierte Ormart (2023) "el saber total que pretende la ciencia y su calidad técnica se encuentran en el ámbito humano con efecto en el sujeto" (p.82),

efecto que lejos de resolverse con la intervención, puede acentuar la vivencia de extrañamiento.

Este fenómeno se comprende como una escisión entre el cuerpo biológico y el cuerpo simbólico. La medicina actúa sobre lo real del organismo, pero no sobre el cuerpo en tanto portador de significaciones, marcas y deseos. Por lo que anular la dimensión simbólica puede llevar a un aplastamiento subjetivo, es decir, que el sujeto quede reducido a un organismo a reparar y el proyecto de hijo se traduzca únicamente a un objetivo técnico, desplazando su inscripción de la trama del deseo. Es por esto que Ormart afirma;

Mientras que la ciencia opera sobre el cuerpo sin preguntarse por este otro estatuto del cuerpo que se juega en los seres humanos, el psicoanálisis opera sobre el cuerpo simbólico con las herramientas significantes sin desconocer los límites de la operatoria (Ormart, 2023, p.90)

### **c. Duelo en infertilidad**

En 1915 Freud escribe el texto "Duelo y melancolía" donde describe que el duelo no se limita a la muerte de una persona, sino que también puede surgir frente a la pérdida de un objeto de amor, que se perdió como tal. Por lo tanto, la pérdida es uno de los puntos centrales de la teoría (Apolo, 2021).

La dimensión de la pérdida no es siempre, y en todos los casos equivalente a la muerte. Que un objeto se haya perdido como objeto de amor no implica necesariamente que esté muerto, exige aun así un trabajo de duelo. "Por lo tanto para Freud, lo que cuenta es qué lugar ocupaba en la vida el objeto perdido que se torna irremplazable" (Apolo, 2021, p.36). No se trata de cualquier objeto sino aquellos "que están comprometidos con el concepto de narcisismo. Un sujeto puede perder diferentes objetos pero solo algunos lo hundirán en duelo, aquellos que tengan un privilegio narcisista" (Apolo, 2021).

Sin embargo, a pesar de haberlo definido al duelo como una reacción normal, Freud propone la necesidad de un trabajo para el duelo y un tiempo de elaboración. Afirma que el trabajo de duelo es lento y doloroso, que conlleva un gran gasto de tiempo y energía y que exige atravesar por diferentes momentos que corresponden más que a un tiempo cronológico, a tiempos de posicionamiento del sujeto frente a la pérdida intolerable del objeto de amor, Freud lo describe de esta manera;

El examen de realidad ha demostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia, universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando el sustituto se asoma (Freud, 1915, 242).

Por eso este trabajo “no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y energía de investidura en tanto la existencia de objeto perdido continúa en lo psíquico” (Freud,1915, pp.242-243). Para que el trabajo de duelo se inicie se requiere el examen de realidad. El dolor de la pérdida no es todavía el duelo, sino que el duelo implica la puesta en marcha del examen de realidad que es el que mueve a quitar la libido del objeto que ya no existe (Apolo,2021)

En el caso de la infertilidad, se trata de un duelo con características particulares. No es la reacción frente a la pérdida de un objeto real, y tampoco hay un ritual para esa ausencia que se repite mes tras mes. Se constituye entonces “un duelo sin muerte” (Alkolombre, 2012). En este sentido, la autora afirma;

Presenta una doble inscripción; una en el cuerpo y otra en la mente. El objeto perdido o aún no hallado en la realidad, está ausente de la percepción. Su ausencia trastorna las referencias de espacio y de identidad en los integrantes de la pareja (Alkolombre, 2012, p.159)

Se trata de un duelo que emerge del propio cuerpo a partir de una función dañada o perdida; la función de engendrar. Lo perdido no es una persona “amada” sino “una por amar”. El hijo por venir se presenta entonces como un objeto de amor no hallado en el presente, una pérdida que remite a un ideal no alcanzado; poder ejercer la función materna (Alkolombre, 2012) .

Como señala Freud los objetos cuya pérdida requieren un trabajo de duelo son los ligados al narcisismo. En este caso el hijo constituye un objeto investido narcisísticamente, es una prolongación del yo, es quien asegura la inmortalidad de los padres. Es entonces que la infertilidad constituye “una vivencia intensa de humillación narcisista. Exigiendo un arduo trabajo de elaboración para poder volver a invertir de otro modo la realidad” (Alkolombre, 2012, p. 160).

En el texto “La transitoriedad” (1916), Freud retoma el tema del duelo y se pregunta ¿Por qué el duelo duele tanto?, “será tal vez porque cuando la libido inviste a los objetos, estos pasan a estar incluidos en nuestro yo, de modo que se trataría de un pedazo del yo de lo que hay que desprenderse” (Freud 1916, citado en Apolo, 2021, p.47). En la infertilidad, la falta de hijo puede vivirse justamente como una pérdida de una parte del yo, que confronta al sujeto con los límites narcisistas.

Por su parte Lacan (1959) introduce una lectura que permite ampliar la concepción del duelo. Si bien no desarrolla extensamente una teoría sobre esta temática, en el seminario 6 “el deseo y su interpretación”, establece que el duelo ante la pérdida de un ser esencial para el

sujeto, resulta intolerable y provoca “un agujero en lo real”, haciendo referencia a que “el duelo toca el tejido de la estructura subjetiva, lo que concierne al punto en el que la subjetividad trastabilla y que implica un agujero en la existencia, en la trama más íntima del sujeto” (Apolo, 2021, p.61). En el duelo el sujeto se encuentra ante una pérdida real de un objeto simbólico, que oficia de falta en la estructura respondiendo a una lógica de incompletud (Apolo, 2021)

En la infertilidad, la pérdida del hijo imaginado, se presenta como la pérdida de un objeto imposible de inscribir, que nunca existió en lo real pero cuya ausencia insiste con más peso que cualquier presencia. Se trata de un objeto “in-existente”, pero intensamente deseado cuya pérdida produce un vacío intolerable que no puede ser colmado por sustitución alguna, confrontando al sujeto con la dimensión estructural de la falta (Ormart y Abelaira, 2020).

A su vez, David Nassio (1996) conceptualiza el duelo como un trabajo que tiene un tiempo propio y depende de cada experiencia de amor que el sujeto tuvo con el objeto perdido. La sobreinvertidura de la representación psíquica del objeto, hijo presente/ausente, es aquello que produce el sentimiento doloroso. El dolor del duelo “se produce a raíz de la relación más intensa con la representación del objeto amado sin el sostén de la imagen que ese objeto es capaz de devolver” (p.191).

En los casos de infertilidad el hijo anhelado emerge como sostén imaginario, se establece un vínculo con el hijo ausente y el dolor del duelo se produce al reencontrar su ausencia cada mes. Nassio sostiene que “el dolor del duelo se produce por la modificaciones internas del yo tratando de recomponerse frente al trauma” (Nassio, 1996, citado en Alkolombre, 2012, p.160).

Por otra parte, uno de los ejes a considerar cuando se trabaja el duelo en la infertilidad es interrogarse por el lugar que ocupan las técnicas de reproducción humana asistida en este proceso.

En esta línea de trabajo Ormart y Abelaira (2020) afirman que si bien las TRHA abren nuevas posibilidades de conformar familias, también introducen pérdidas sucesivas y duelos específicos que deben ser tramitados. Estos duelos incluyen:

El duelo por la infertilidad propia, el duelo por el embarazo perdido o que no llega y el duelo por la imposibilidad de reproducirse con el propio material genético, a lo que llama “duelo genético” y en algunos casos gestacional cuando no es posible llevar el embarazo (Ormart y Abelaira, 2020, p. 10).

Estas pérdidas no siempre encuentran un tiempo y un espacio para su tramitación dado que como advierte Alkolombre (2012), las técnicas funcionan como “escenarios clínicos que tienden a estar al servicio de no pensar y de brindar una resolución ortopédica” (p. 169).

Esto se debe por un lado a la lógica bajo la que operan los tratamientos, orientados a reparar lo “fallado” y por el otro por los tiempos acotados que manejan los centros médicos reproductivos, los cuales resultan desajustados respecto a los que requiere el trabajo de duelo. Es entonces que estas técnicas, lejos de agilizar el proceso de duelo, apuntan a reprimir y en este sentido las autoras afirman que un “duelo no producido es un duelo que retorna” (Ormart y Abelaira, 2020, p.15).

El retorno del duelo no elaborado se manifiesta de diferente manera en la clínica, ya sea en la transmisión generacional, en síntomas de la pareja o en la configuración de un “fantasma genético” que recae sobre el hijo por venir, cargado de la deuda de lo no realizado (Ormart y Abelaira, 2020). Es por esto que “su elaboración será fundamental para poder atravesar el tratamiento de la mejor manera posible y favorecer la narrativa de la historia sobre su origen a ese niño o niña por venir” (Campitelli, 2018, p. 20).

En consecuencia, se puede afirmar que las TRHA no son en sí mismas un obstáculo pero se convierten en tales cuando su promesa de reparación técnicas se utiliza para obturar la pérdida en lugar de permitir su elaboración. El desafío clínico consiste entonces en acompañar la decisión reproductiva, sin negar ni postergar los duelos que la preceden y atraviesan.

## Capítulo 3: Intervención clínica en casos de infertilidad

Consideramos que la infertilidad es una crisis vital que afecta la identidad, autoestima y bienestar general de quienes lo padecen. Puede ser vivida como un ataque a la propia identidad, generando así sentimientos de "incompletud" del propio cuerpo y afectando la sensación de control y competencia que se siente sobre el mismo. También puede traer aparejado sentimientos de culpa y vergüenza. A ello se le suma reacciones de duelo, depresión, ansiedad y síntomas somáticos.

En este sentido, la infertilidad es vivida como un asalto de la valía personal, ya que las fantasías idealizadas de omnipotencia, feminidad, e inmortalidad asociadas a la reproducción se vuelven inaccesibles. Esto resulta especialmente pronunciado en mujeres, para quienes la maternidad influye significativamente en la identidad femenina y en las expectativas de rol social.

Asimismo, la infertilidad desarma la representación de futuro vinculada al proceso de convertirse en madre o padre, parte constitutiva de sí mismo y del desarrollo vital del adulto. Esta imposibilidad suele generar sentimientos de estancamiento, ya que la generatividad, entendida como la capacidad de trascender a través de los hijos, se ve interrumpida, confrontando al sujeto con sentimiento de mortalidad intensificada.

Es entonces que la infertilidad no remite a una única pérdida, sino a múltiples pérdidas; del hijo imaginado, de la continuidad generacional, de la identidad corporal e incluso de la pertenencia social asociada a la maternidad. Cada una de estas pérdidas provoca procesos de duelos específicos, cuya elaboración resulta indispensable para posibilitar la construcción de nuevas narrativas

Por dicha razón nos resulta imprescindible una intervención psicológica que contemple la complejidad del fenómeno, lo que hace necesario pensar en una intervención que considere los aportes de distintas corrientes para abordar todas sus dimensiones.

### a. Terapia psicoanalítica en infertilidad

En las primeras aproximaciones del modelo psicodinámico se planteaba que la causa de la infertilidad era psicógena. Ante la ausencia de factores orgánicos, se entendía que la causa de no poder concebir se debía a conflictos inconscientes no resueltos (León, 2010). Desde este enfoque la infertilidad podía provocar desorganización de la identidad y alteraciones narcisistas, por lo que el objetivo de la terapia psicodinámica se centraba en reestablecer el equilibrio narcisista que se vio amenazado ante el diagnóstico, la reconstrucción de la identidad y de la autoestima (León, 2010).

Si bien estas lecturas resultaban insuficientes para abordar la complejidad del fenómeno, aportaron un punto de partida valioso que es la necesidad de abordar y atender el sufrimiento subjetivo y la vulnerabilidad psíquica que produce el diagnóstico (Sanchez-Nebreda, 2018)

Lacan (1977) en *Apertura de la selección clínica* amplía la mirada sobre la clínica psicoanalítica sosteniendo que hacer psicoanálisis es clinicar. Clinicar es una apuesta a escuchar al sujeto en su sufrimiento y que este se convierta en la brújula que guía el trabajo del psicoanalista. Clinicar no va por la vía de la producción de bienes sino de saberes relevantes para el sujeto. Pero la clínica no se acaba en el despliegue de significantes del paciente desde el diván sino que se continúa con un trabajo de formalización de lo dicho (Lacan, 1977, citado en Ormart, Wangner, Naves y Pesino, 2020, p.223).

Esto adquiere relevancia en la infertilidad, la cual no es vivida únicamente como un hecho biológico, sino que reactiva significantes ligados a la continuidad generacional, los mandatos familiares y el lugar del hijo en la estructura deseante de los padres. De este modo, la intervención clínica desde el psicoanálisis, no está orientada a la "cura", sino a alojar el sufrimiento psíquico y abrir un espacio de elaboración (Ormart, 2023).

En la actualidad la clínica psicoanalítica se complejiza al considerar los distintos momentos que el sujeto atraviesa en la infertilidad. Ormart et al. (2020) plantean que el trabajo del psicólogo se organiza en tres etapas, antes, durante y después del tratamiento. "Las necesidades del paciente, el tipo de dispositivo al que recurra oficiaran de brújula para recorrer el camino hacia la cura" (p.224).

Antes del tratamiento de infertilidad, es decir, durante el proceso de diagnóstico o cuando comienzan las dudas respecto de la capacidad de procrear, la tarea del psicólogo consiste en "acompañar y escuchar las coordenadas singulares que lleva a los sujetos a querer un hijo y que se encuentran anudadas a una historia familiar que los preexiste es fundamental y constituye en algunos casos una tarea de profilaxis y cura en sí misma" (Ormart et al., 2020, p.225)

Durante el tratamiento de infertilidad, sea de la complejidad que sea, la pareja se encuentra atravesando un bombardeo hormonal permanente que produce modificaciones anímicas y alteraciones en relaciones familiares y de pareja. En este momento el trabajo clínico se orienta a "trabajar sobre las inscripciones subjetivas que producen dichas intervenciones sobre el cuerpo y el impacto que esto tiene en la experiencia de sí mismo y en la relación con otros" (Ormart et al., 2020, p.226). Posibilitando que el sujeto ponga en palabras el malestar que emerge como consecuencia del atravesamiento médico

Después del tratamiento de infertilidad; si no se consigue el embarazo el acompañamiento psicológico se centra en la elaboración del duelo y en rearmar los proyectos vitales. "Si lo consiguieron, el foco está puesto en los múltiples motivos que surgen; que decirle al hijo respecto a su origen, cuáles son los tiempos necesarios, en caso de que se haya requerido donación de gametos, como se sienten los integrantes de la pareja respecto a la paternidad/maternidad, qué lugar ocupa para ellos el donante, como se enfrenta el duelo genético, etc" (Ormart et al., 2020, p.226).

Esta transición evidencia un pasaje desde una mirada psicógena y reduccionista, hacia

un enfoque más amplio que reconoce la incidencia del contexto médico, ofreciendo un acompañamiento a lo largo de todo el proceso reproductivo.

En esta línea Alkolombre (2012) resalta que la infertilidad convoca a múltiples duelos; por el hijo genético, el hijo fantaseado y el hijo que no llega, duelos que pueden quedar silenciados ya que no cuentan con la legitimación social. La función del analista consiste entonces en alojar esas pérdidas, para poder facilitar su simbolización y evitar así que se traduzca en un “mandato” de hijo que rigidiza el deseo. Asimismo la infertilidad confronta al yo con un límite biológico produciendo un golpe al narcisismo ante la imposibilidad de la transmisión generacional. Cuando estas fallas narcisistas no han sido elaboradas, se corre el riesgo de ubicar al hijo como objeto de necesidad y no de deseo, quedando reducido a la condición de prolongación de los padres y no reconocido en su alteridad (Pugliese, 2022). En este sentido la intervención se orienta a trabajar estas posiciones narcisistas rígidas, abriendo la posibilidad de aceptar la alteridad radical del hijo y la creación de un vínculo más allá de su función como restitutivo del narcisismo parental (Rossi, 2022). Además se aborda sobre los efectos de “desubjetivación” del cuerpo como consecuencia del sometimiento a las TRHA. El trabajo analítico ante esto propone un espacio que permita por medio de la palabra reapropiarse de la experiencia corporal (Cordova, 2022).

Estos aportes resaltan la relevancia de que la clínica psicoanalítica sostenga un espacio de simbolización frente a los efectos subjetivos que producen la infertilidad y sus intervenciones médicas.

#### **b. Terapia cognitivo conductual (TCC)**

La terapia cognitivo conductual es la orientación que ha dado lugar a un mayor número de programas de intervenciones concretas en el ámbito de la psicología de la salud aplicada a la infertilidad. Esta intervención se centra en “modificar creencias, pensamientos y esquemas de la estructura cognitiva de los sujetos que determinan las formas de pensar, actuar y sentir en función de los mismos, frente a eventos activadores” (Bustos, 2020, p.2). En el ámbito de la infertilidad se demostró que “la terapia cognitivo conductual es una intervención eficaz para prevenir y reducir la ansiedad, depresión y estrés en mujeres con infertilidad” (Kooch Aksaray, et al. 2023 p.4)

Desde esta orientación se han implementado diversos programas específicos de intervención en infertilidad, entre ellos “El programa de apoyo psicológico en infertilidad” (PAPI) creado por Moreno-Rosset en 2010.

Se trata de un programa creado en base a un modelo psicosocial “pensado para prevenir o reducir niveles de estrés que acompañan el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, ofreciendo acompañamiento y orientaciones psicológicas para cada una de las

fases” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.34). Integrando la evaluación y tratamiento médico con apoyo psicológico necesario para cada momento y sobre cada persona en particular.

El objetivo del programa es “el adecuado manejo de reacciones emocionales que suelen aparecer durante el proceso diagnóstico y tratamiento mediante las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA)” (Moreno-Rosset et al., 2015, p.7).

El programa se divide en 4 fases.

La primera es la de “*evaluación psicológica en la primera visita a la unidad de reproducción*”. En esta primera cita tras establecer una relación empática y explicar las funciones del psicólogo en infertilidad se realiza “una primera evaluación para obtener la línea base de los aspectos psicológicos de la pareja previo al tratamiento” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.35). Esto es de enorme utilidad ya que permite “conocer las condiciones con las que llegan las parejas y determinar los recursos y necesidades de cada una de ellas” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.35). Asimismo en esta primera etapa se aplica

- La entrevista psicológica de anamnesis en infertilidad (EPAI)
- El cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA) que permite “detectar personas con vulnerabilidad a desarrollar posibles alteraciones emocionales que inciden en la producción y al mismo tiempo evalúa los recursos personales e interpersonales” (Moreno - Rosset, et al. 2015, p.7)

Además, el programa propone que en la primera entrevista se le entregue a las parejas:

1. Una guía psicoeducativa que contiene “ejercicios, consejos, recomendaciones y materiales de información y apoyo psicológico. Así como un CD de relajación específica para la infertilidad que deberán practicar a diario con el fin de mantener el equilibrio emocional, corporal y mental” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.35).
2. Autorregistro durante el proceso de estudio de la fertilidad (APEF) donde se les pide a las parejas que anoten emociones, pensamiento, síntomas físicos y formas de afrontamiento durante las pruebas (Moreno-Rosset et al., 2010).

Asimismo, se incluyen en esta primera parte *sesiones de apoyo psicológico* con el objetivo “de dotar a las parejas de los recursos necesarios para su adaptación y afrontamiento al tratamiento de la infertilidad” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.36). Contemplando 4 bloques de técnicas distintas 1) relajación, 2) dirigidas a la solución de problemas y control de cogniciones 3) dirigidas a las habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo y 4) orientadas al asesoramiento de apoyo emocional y consejos prácticos para los momentos difíciles. “En cada caso concreto y en función de los resultados obtenidos en la primera evaluación, el psicólogo deberá elegir aquellas técnicas preferentes, el orden de aplicación más conveniente o la combinación más adecuada” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.36).

La segunda fase es la de la “*evaluación psicológica en la entrega del diagnóstico de infertilidad*”. En esta etapa se aplica la entrevista psicológica para después del diagnóstico

(EDDI) y nuevamente el cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA).

Al igual que en la primera evaluación psicológica, al final de la sesión se orienta a las parejas sobre las acciones de apoyo destinadas al tratamiento de TRHA. “Para ello se les propone seguir con la relajación y se entregan autorregistros específicos para el tratamiento; el AIA (Autoregistro durante el tratamiento de inseminación artificial) o AFIF (autorregistro durante el tratamiento de fecundación in vitro)” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.37)

Asimismo, se desarrollan sesiones de acompañamiento durante el tratamiento de las TRHA, en esta fase la labor psicológica se centra en el acompañamiento en este nuevo proceso y en garantizar el mantenimiento de los logros terapéuticos previos como la relajación, control de cogniciones, apoyo social y cualquier otro consejo aprendido (Moreno-Rosset et al., 2010).

La tercera fase consiste en “la *evaluación psicológica durante las sesiones de acompañamiento*”, durante esta fase es importante ir revisando las anotaciones de los registros AIA o AFIF, así como aplicar la entrevista durante el tratamiento de TRA (ETRA-1) (Moreno-Rosset et al., 2010).

Por último, la cuarta fase consiste en “*la evaluación psicológica después de los resultados de TRA*”. Esta evaluación se realiza después de conocer si se ha producido o no el embarazo. “Se busca comprobar que la pareja haya puesto en marcha el plan previsto tanto en caso de embarazo como en su ausencia” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.38) . En esta fase se aplica la entrevista psicológica después de finalizar el tratamiento de TRA (ETRA-2) y el cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA) (Moreno-Rosset et al., 2010)

Al igual que en las evaluaciones anteriores, al final de la sesión “se aconseja acciones de apoyo orientadas según haya habido embarazo o no, de forma de que la pareja siga sintiéndose acompañada y evitando la sensación de abandono que en muchas ocasiones se da cuando se terminan tratamientos médicos o psicológicos que pueden haber originado cierta dependencia terapéutica” (Moreno-Rosset et al., 2010, p.38)

Así el programa PAPI constituye una propuesta de intervención que permite acompañar a las parejas durante todo el proceso médico ofreciendo herramientas prácticas para el afrontamiento y la adaptación a cada fase y demanda del tratamiento.

### **c. El desafío de una clínica ampliada**

La infertilidad constituye un fenómeno clínico complejo en el cual confluyen dimensiones intrapsíquicas (duelo, heridas narcisistas, fantasías inconscientes, etc), vinculares (dinámicas de familia y pareja) y socioculturales (mandatos sociales y expectativas de género). En este contexto es necesario una clínica que integre distintos abordajes psicológicos con el objetivo de abordar la complejidad del sufrimiento que presenta en estos casos. De acuerdo

con Patel, Sharma y Kumar (2018)

Las intervenciones en la infertilidad se pueden clasificar en dos categorías. La primera variedad involucra esfuerzos realizados para abordar factores psicológicos (conflictos inconscientes, duelos y miedos infantiles no resueltos), involucrando los enfoques psicodinámicos y psicoanalíticos. La segunda variedad de intervenciones atiende a una amplia gama de pacientes y se centra exclusivamente en la reducción del impacto psicosocial de la infertilidad y en la reducción de la angustia y estrés relacionada con el tratamiento. Estos van desde intervenciones simples basadas en educación hasta intervenciones complejas basadas en la pareja como la terapia cognitivo-conductual, enfoque mente-cuerpo, etc. El terapeuta puede adoptar uno de los muchos módulos de psicoterapia o un enfoque ecléctico para tratar los problemas psicosociales de la infertilidad. Algunas de las terapias están respaldadas por un apoyo adecuado basado en datos probatorios son; la terapia psicodinámica, la terapia cognitivo-conductual, terapia estratégica y centrada en soluciones, la terapia basada en aceptación y terapia interpersonal (p. 224 -225).

En esta línea se sostiene que la combinación de tratamientos para abordar la infertilidad es esencial y de gran utilidad porque permite una perspectiva integral, reconociendo que la infertilidad no es meramente una condición médica sino un desafío que afecta a la mujer atravesando aspectos emocionales, sociales y médico-biológicos que no pueden separarse por lo que debe abordarse desde terapias que los traten en conjunto (Vasta y Girelli, 2021). Asimismo se afirma que el "abordaje integrativo es crucial y representa el paradigma más reciente reconociendo que la carga del tratamiento surge de múltiples fuentes incluyendo problemas psicológicos, relacionales, la carga emocional y física del tratamiento y de la calidad del entorno clínico" (Boivin, Gameiro, 2015, p.251).

Ante esto la consideramos que la clínica de la infertilidad se presenta como un campo que exige la articulación de distintos enfoques, según su función y momento clínico sin renunciar a la identidad teórica pero construyendo una propuesta conceptual que responda a la complejidad del fenómeno.

Desde el psicoanálisis la intervención apunta abrir sentido, sostener la transferencia y posibilitar la elaboración de pérdidas, lesiones narcisistas y duelos que no se rigen por los tiempos cronológicos de la urgencia médico-tecnológica de lograr resultados, sino por tiempos lógicos. Por su parte los programas como "PAPI" aportan herramientas prácticas para el manejo del estrés, la reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales, la regulación fisiológica y el entrenamiento en afrontamiento y solución de problemas aplicables a lo largo del tratamiento.

Es entonces que se vuelve necesaria la intervención integrativa, capaz de abordar los ejes subjetivos (deseo, pérdida, narcisismo, corporalidad) y somáticos (estrés, ansiedad, evitación) junto con el circuito médico (ritmo, procedimientos).

Resultando adecuado combinar módulos más breves y específicos propios de la terapia cognitivo-conductual en conjunto con el trabajo sobre aspectos inconscientes propios de las terapias psicodinámicas. Mientras que los programas estandarizados "PAPI" son más adecuados para brindar herramientas prácticas e intervenciones psicoeducativas, el psicoanálisis permite preservar la dimensión de la verdad del síntoma y la trama relacional donde se inscribe.

De este modo, la clínica de la infertilidad requiere un dispositivo flexible que posibilite la combinación de distintos enfoques terapéuticos para así evitar reduccionismos y responder a la complejidad del padecimiento.

## Conclusiones

El presente trabajo ha abordado de manera integral las conexiones existentes entre la infertilidad en su relación con el deseo, el duelo y el narcisismo, así como también el impacto subjetivo de las técnicas de reproducción humana asistida, dando así respuesta a la pregunta de investigación y alcanzando los objetivos planteados.

Se evidencio que la infertilidad no puede reducirse y abordarse únicamente desde su dimensión médica, sino que constituye un fenómeno complejo que confronta al sujeto con su deseo y con la falta reactualizando conflictos inconscientes gestados en la infancia y ligados a la castración e identificaciones tempranas.

El deseo de hijo se mostró como un elemento central en esta problemática. El mismo no responde a ninguna esencia femenina sino que se gesta en la conflictiva edípica y preedípica así como también a partir de las identificaciones inconscientes y desplazamientos libidinales.

El hijo además puede ocupar un lugar de completud narcisista, lugar reforzado por mandatos culturales que identifican la feminidad con la maternidad y reducen la identidad femenina a la función materna. La infertilidad se presenta entonces como un límite real que no sólo irrumpe el proyecto de parentalidad y continuidad generacional, sino que también confronta al sujeto con la falta, donde el hijo ya no puede operar como sustituto fálico o soporte narcisista.

También se trabajó el lugar del duelo ante la imposibilidad, cuya particularidad radica en que no se trata de la pérdida de un objeto real, sino de un hijo que nunca existió pero que ha sido investido en la fantasía parental. Se trata entonces de un duelo sin muerte y cuya elaboración resulta indispensable para que el deseo no se absolutice en un mandato de hijo a cualquier precio.

Las técnicas de reproducción humana asistida se constituyen entonces como respuesta técnica ante la imposibilidad, inscribiendo a la reproducción en el campo de lo posible y ofreciendo nuevas vías para la parentalidad. Sin embargo no pueden ser comprendidas únicamente desde su eficacia biomédica. Al introducirse en el campo de deseo las TRHA no son neutras sino que pueden operar como tapón ante la falta sosteniendo una ilusión de completud que desplaza la pregunta ética y subjetiva por el lugar del hijo.

Además, en este proceso el cuerpo de la mujer queda sometido a tratamientos médicos que fragmentan el cuerpo y buscan reparar una "falla biológica", aplastando la dimensión del ser, quedando capturado en la dimensión del tener. Estas técnicas, intentan restituir la continuidad generacional e introducen exigencias físicas y psíquicas que pueden reforzar posiciones narcisistas como la búsqueda de un hijo genéticamente parecido.

De este modo, si bien las TRHA pueden ofrecer un camino hacia la parentalidad también pueden acentuar el extrañamiento respecto del propio cuerpo, desplazar al sujeto en su experiencia, rigidizar el deseo y obstaculizar el procesos de duelo.

Es entonces, que teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno, es necesario reconocer que la infertilidad no puede ser abordada desde una única perspectiva terapéutica ya que se trata de una crisis vital que compromete al deseo, al narcisismo y al cuerpo.

El psicoanálisis ofrece un marco fundamental para alojar el sufrimiento psíquico que queda silenciado frente a los tratamientos médicos, sosteniendo la transferencia y abriendo un espacio donde los duelos pueden ser elaborados. Sin embargo, sus herramientas clínicas no siempre resultan suficientes para acompañar las demandas urgentes que surgen ante el diagnóstico y los tratamientos médicos.

Por su parte, la terapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia en la reducción de síntomas como la ansiedad y el estrés, proporcionando herramientas prácticas para afrontar las demandas emocionales propias de los procedimientos médicos. No obstante corre el riesgo de centrarse de manera exclusiva en la sintomatología dejando en segundo plano la dimensión subjetiva.

De modo que surge la necesidad de una clínica ampliada que combine tanto la escucha analítica con estrategias psicoeducativas para evitar reduccionismos. Este abordaje integrativo busca entonces articular los recursos que cada corriente puede ofrecer en función de los distintos momentos y necesidades de los pacientes.

En cuanto a las limitaciones, este trabajo se enmarca en una revisión bibliográfica por lo que no incorpora material empírico ni testimonio clínicos directos lo que limita la posibilidad de observar cómo se manifiesta en la clínica los procesos estudiados. No obstante, su aporte radica en la articulación conceptual de diferentes autores y en la reflexión sobre las coordenadas subjetivas de la infertilidad. Se espera que este trabajo sea de utilidad para futuras investigaciones sobre la infertilidad y sus implicancias subjetivas. Asimismo se considera que las reflexiones desarrolladas resultan valiosas para la clínica actual, al permitir reconocer el impacto subjetivo que tiene la infertilidad en quienes lo atraviesan lo que invita a pensar intervenciones más ajustadas al fenómeno.

Además, sería beneficioso abrir líneas de investigación futura que permitan profundizar en el estudio de la infertilidad. Resulta especialmente relevante explicar los aspectos vinculares y conyugales que se ven afectados por la infertilidad, dado que la misma no solo impacta en la subjetividad individual sino que atraviesa a la pareja. Asimismo, sería valioso poder realizar estudios longitudinales que acompañen a las mujeres durante el proceso de diagnóstico y tratamiento para profundizar y enriquecer la comprensión del impacto que tiene dicho proceso en el deseo, en el narcisismo, en la identidad y la vivencia del cuerpo a medida que transitan distintos tratamientos.

En definitiva, “la infertilidad y las técnicas de reproducción humana asistida trascienden el ámbito científico para adentrarse en la compleja intersección entre ética de la ciencia y la ética del amor y del deseo” (Alkolombre, 2012, p.109). Pensar la clínica de la infertilidad hoy supone interrogar la relación entre el deseo y la técnica, un desafío que seguirá marcando la clínica en los años por venir.

## Referencias Bibliográficas

- Abbara, A., Vuong, L. N., Ho, V. N. A., Clarke, S. A., Jeffers, L., Comninos, A. N., & Dhillon, W. S. (2017). Follicle Stimulating Hormone (FSH) requirements for follicle development during controlled ovarian stimulation. *Reproductive BioMedicine Online*, 34(3), 293–301. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.12.013>
- Alda, C., Bayo-Borrás, R., Camps, N., Cánovas i Sau, G., Sentís, M., & Sentís, E. (2003). Maternidad y técnicas de reproducción asistida: Una perspectiva psicoanalítica. En S. Tubert (Ed.), *Figuras de la madre* (pp. 285–313). Cátedra.
- Alkolombre, P. (2011). El deseo de hijo y la pasión de hijo; destinos de la maternidad. *Revista de Psicoanálisis*, 68(1), 45–51.
- Alkolombre, P. (2012). *Deseo de hijo. Pasión de hijo*. Letra Viva.
- Alkolombre, P. (2023). Lo femenino maternal hoy: sobre la diversidad deseante. *Psicoanálisis*, 45(1), 15–23.
- Allen, G. E. (2014, July 11). William Harvey (1578–1657). *The Embryo Project Encyclopedia*. Arizona State University. <https://embryo.asu.edu/pages/william-harvey-1578-1657>
- Ansermet, F. (2018). *La fabricación de los hijos. Un vértigo tecnológico*. UNSAM/ Pasaje 865.
- Apolo, G. (2021). *El acto del duelo: La función paterna en la constitución del deseo*. Letra Viva.
- Aulagnier, P. (1979). *Los destinos del placer: Alienación, amor, pasión*. Petrel.
- Aulagnier, P (1992) "Que dese, de que hijo", *Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes*, n°3
- Bayo-Borràs, R. (2011). Sobre la demanda de hijo a las técnicas de reproducción asistida: Aspectos emocionales en juego. *Psicopatología y Salud Mental*, 17, 75–82.
- Bazzano, J., Perna, A., Alborno, H., & Gambogi, R. (2017). Técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad financiadas por el Fondo Nacional de Recursos: Reporte de resultados. *Fondo Nacional de Recursos*. <https://www.fnr.gub.ub>.
- Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, J. A., Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19ª edición. Desclée De Brouwer
- Beck, J. S. (2006). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (2.ª ed.). Gedisa.

- Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility*, 104(2), 251–259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.05.035>
- Branciforte, L. (2009). La maternidad: el tránsito desde la tradición a la elección en la edad contemporánea. *Cuadernos Koré*, 1(1). <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/CK/article/view/555/247>
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227–248. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342003000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000400003)
- Bustos, L. (2020). Generalidades sobre las consecuencias psicológicas en mujeres diagnosticadas de infertilidad/esterilidad: Un abordaje cognitivo conductual desde el rol de género [Trabajo integrador final, Facultad de Psicología, Educación y Relaciones Humanas, Sede Posadas].
- Chatel, M. (1993). *El malestar en la procreación*. Nueva Visión.
- Campitelli, Cecilia Andrea (2018). Duelo genético y filiación: la relación entre el narcisismo y el campo social. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Choe, J., & Shanks, A. L. (2023, septiembre 4). Fertilización in vitro. *Stat Pearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562266/>
- Cincunegui, S., Kleiner, Y., & de Woscoboinik, P. R. (2004). *La infertilidad en la pareja: Cuerpo, deseo y enigma*. Lugar Editorial.
- Cordova, Maria Angelica (2022). La repetición bajo las técnicas de reproducción asistida. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Diabach, S. (2020). La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad. En *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Eckerdt, A., Becco, V., & Paulozky, M. (2017). Infertilidad sin causas biológicas: ¿Qué desean las madres? *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(1), 481–487. <https://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20458>
- Espinoza Cruz, F. J. (2017). Desarrollo de un sistema web de autorregistros: Herramienta de apoyo a la intervención en la psicoterapia [Reporte de apoyo a la docencia, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala].
- Flemming, R. (2013). The invention of infertility in the classical Greek world: Medicine, divinity, and gender. *Bulletin of the History of Medicine*, 87(4), 565–590. <https://doi.org/10.1353/bhm.2013.0064>
- Freud, S. (1900/1984). *La interpretación de los sueños (segunda parte: Sobre el sueño)*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 5, pp. 543–565). Amorrortu. (Obra original publicada en 1900).
- Freud, S. (1914/1992). Introducción al narcisismo. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 67–98). Amorrortu. (Obra original publicada en 1914).
- Freud, S. (1916). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 237–258). Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 237–250). Amorrortu.
- Freud, S. (1924). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu.
- Freud, S. (1925). Las consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En *Obras completas* (Vol. XIX, pp. 259–270). Amorrortu.
- Freud, S. (1933). La feminidad. En *Obras completas* (Vol. XXII, pp. 116–135). Amorrortu.
- Freud, S. (1992/1930). *El malestar en la cultura*. En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. XXI, pp. 57–140). Amorrortu. (Obra original publicada en 1930).
- Freud, S. (1993). Proyecto de una psicología para neurólogos (1895). En J. Strachey (Ed.), *Obras completas* (Vol. I, pp. 323–446). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fiorini, L. (2001) *Lo femenino y el pensamiento complejo*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Froggatt, W. (2005). *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy* (Tercera ed.)

- García Collado, F. J. (2013). Análisis del concepto de deseo en Platón, Freud y Lacan frente a la crisis del sujeto contemporáneo [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Repositorio Digital de la UB. [diposit.ub.edu](https://diposit.ub.edu)
- Gilardoni, N. (2017). El deseo: Su relación con el significante. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- González, A. C. (2017). Fundamentos filosóficos e implicancias subjetivas de la noción de cuerpo en las técnicas de reproducción humana asistida. *Prometeica: Revista de Filosofía y Ciencias*, (15), 42–49.
- González-Rodríguez, A., Cobo, J., Soria, V., Usall, J., Garcia-Rizo, C., Bioque, M., Monreal, J. A., & Labad, J. (2020). Women undergoing hormonal treatments for infertility: A systematic review on psychopathology and newly diagnosed mood and psychotic disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 479. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00479>
- Gordano García, A. K. (2017). La construcción del deseo de tener un hijo ante la infertilidad [Trabajo final de grado, Universidad de la República, Uruguay].
- Hofmann SG, Asnani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A (2012). La eficacia de la terapia cognitivo-conductual: una revisión de los metaanálisis. *Cognit Ther Res*. 2012; 36:427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Iacobelli, V., Martínez, A., Correa, C., Castro, M. I., Yunis, Y., & Vlastelica, J. (2018). Adopción y duelo por infertilidad: Un modelo de trabajo. *De Familias y Terapias*, (45), 79–92.
- Iturbide Luquin, L. M. (2012). *Metapsicología freudiana*. Bilbao: Euskal Herriko Unibertsitatea – Universidad del País Vasco.
- Johnson, M. C. (2019). “Poner el cuerpo”: desigualdades de género en la experiencia de usuarias con Técnicas de Reproducción Asistida. *Revista Pelicano*, 5. <https://pelicano.ucc.edu.ar>
- Johnson, M. C. (2020). Posiciones en disputa frente a la regulación de las TRHA: El caso argentino. *Oñati Socio-Legal Series*, 10(4), 850–875. <https://doi.org/10.35295/osls.iisl/0000-0000-0000-1133>
- Johnson, M. H. (2019). A short history of in vitro fertilization (IVF). *International Journal of Developmental Biology*, 63, 83–92. <https://doi.org/10.1387/ijdb.180364mj>

- Kooch Aksaray, F. Y., Simbar, M., Khoshnoodifar, M., et al. (2023). Intervenciones que promueven las dimensiones de salud mental en mujeres infértiles: una revisión sistemática. *BMC Psychology*, 11, 254. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01285-1>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2008). *Sobre la muerte y el morir*. Editorial Luciérnaga.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos 1* (pp. 99–105). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1949).
- Lacan, J. (1962–1963). *El Seminario, Libro 10: La angustia* (pp. 145–168). Paidós.
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos I* (pp. 86–99). Manantial.
- Lacan, J. (1998). La significación del falo. En *Escritos II* (T. Segovia, Trad., pp. 671–682). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1958).
- Lacan, J. (1999). El seminario. Libro 5: Las formaciones del inconsciente (1957-1958). Paidós
- Lacan, J. (2005). El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1963-1964). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2003). El seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud (1953-1954). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2014). *Seminario 6: El deseo y su interpretación* (1958-1959). Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2021). *Diccionario de psicoanálisis* (D. Ansermet, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1967).
- Leon, I. G. (2010). Understanding and treating infertility: Psychoanalytic considerations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 47–75. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.47>
- Lima, N. S. (2018). Las vicisitudes de la identidad y la identificación en el marco de la concepción heteróloga. *Interdisciplinaria*, 35(2), 381–394.
- Mackenna, A., & Hitschfeld, C. (2010). Inseminación intrauterina. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 433–439.

- Marcolini, I. M. E. (2023). Significaciones del deseo de hijo: una lectura psicoanalítica sobre narrativas testimoniales de mujeres que acceden a las TRHA. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Entre Ríos]. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.
- Martí Gual, A. (2011). Maternidad y técnicas de reproducción asistida: Un análisis desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencia de las mujeres usuarias [Tesis doctoral, Universitat Jaume I].
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s.f.). Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida. <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia/programa-nacional-reproduccion-medicamente-asistida>
- Montes Guevara, G. E. (2004). Bioética y técnicas de reproducción asistida. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), 71–78. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592004000100008](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100008)
- Moreno Rosset, C. (2009). *La infertilidad: ¿Por qué?* Editorial Pirámide.
- Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R., Ávila Espada, A., Jenaro Río, C., De Castro Pita, F. J., & Gómez Sánchez, Y. (2010). Intervención psicológica en infertilidad: Protocolos para las unidades de reproducción y en la consulta clínica. *FOCAD, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.
- Moreno-Rosset, C., Ávila-Espada, A., de Castro-Pita, F. J., & Rodríguez-Muñoz, M. de la F. (2015). Programa de apoyo psicológico en infertilidad (PAPI): Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(1), 5–12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843002>
- Nakao M, Shirotaki K, Sugaya N. Terapia cognitivo-conductual para el manejo de la salud mental y los trastornos relacionados con el estrés: avances recientes en técnicas y tecnologías. *Biopsychosoc Med*. 3 de octubre de 2021; 15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w. PMID: 34602086; PMCID: PMC8489050.
- Nassio, D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Gedisa.
- Navés, F. A., Abelaira, P. M. (2016). Talleres para padres que recurren a las técnicas de reproducción humana asistida: una experiencia realizada en el marco de una práctica profesional. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Universidad de Buenos Aires.

- Nogueira, V . D . (2019) . Del deseo del otro al deseo del analista: La función de la espera . XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología . XXVI Jornadas de Investigación . XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR . I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional . I Encuentro de Musicoterapia . Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Definición de infertilidad. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 4 de abril). La OMS alerta que una de cada seis personas padece infertilidad. <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-cada-seis-personas-padece-infertilidad>
- Ormart, B., & Abelaira, L. (Comps.). (2022). *Casos clínicos: Deseos, hijxs y tecnología*. Nueva Editorial Universitaria.
- Ormart, E. (Comp.). (2023). *Cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida* (2.ª ed.). Letra Viva.
- Ormart, E. B., & Abelaira, P. (2020). Clínica psicoanalítica en la infertilidad: Epigenética y duelo. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, (20), 43–50. <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/28>
- Ormart, E. B. (2018). Sujetos y responsabilidades en tensión. En *Cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida*. caba (Argentina): letra viva
- Ormart, E. B., Wagner Rojas, A., Naves, F., & Pesino, C. (2020). *Abordajes psicológicos en reproducción médicamente asistida*. Nueva Editorial Universitaria.
- Osteba. (2000). *Técnicas de reproducción humana asistida: Evaluación de su eficacia y seguridad (Informe OSTEBA N° 2000/05)*. Gobierno Vasco. [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/2000\\_osteba\\_publicacion/es\\_def/adjuntos/2000/e\\_00\\_05\\_reproduccion\\_humana.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/2000_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/2000/e_00_05_reproduccion_humana.pdf)
- Patel, A., Sharma, P. S. V. N., & Kumar, P. (2018). Papel del profesional de la salud mental en las clínicas de infertilidad: Una revisión de las direcciones pasadas, presentes y futuras. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(3), 219–228. [https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS\\_41\\_18](https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_41_18)

- Pérez, M. (2023, diciembre 28). La construcción del cuerpo y la pasión. *Escuela de la Orientación Lacaniana – Sección Rosario*. <https://www.eolrosario.org.ar/2023/12/28/la-construccion-del-cuerpo-y-la-pasion/>
- Pesino, C. (2018). La postura ética y el rol del psicólogo en las TRHA. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires.
- Pugliese, S. (2022). Padre incierto, madre cierta. En B. Ormart & P. Abelaira (Comps.), *Casos clínicos: Deseo, hijos y tecnología* (pp. 105–117). Nueva Editorial Universitaria.
- Ribas Somar, Ignacio (2024). La doctrina del deseo en Lacan. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Rodríguez Santos, G. M. (2022). Infertilidad en la pareja: Un abordaje psicoanalítico. Estudio de caso. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Rojas Navarro, P. (2011). El imaginario, narcisismo y agresividad en psicoanálisis: del joven Lacan a la violencia urbana. *Affectio Societatis*, 8(14), 1–17. Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.9513>
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). La relación entre el estrés y la infertilidad. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41–47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Rossi, M. F. (2022). *La construcción del vínculo parento filial a partir de la recepción de óvulos: De la "genidad" hacia la ajenidad* [Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA].
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer – UNED.
- Sánchez, L. (2020). Algunos conceptos metapsicológicos. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: UBA.
- Shende, P., Jagtap, A., & Goswami, B. (2024). The legacy of James Marion Sims: History revisited. *Curaeus*, 16(9), de 69484. <https://doi.org/10.7759/cureus.69484>

- Stolorow, R., & Lachmann, F. (1980). *Psicoanálisis de las detenciones del desarrollo: Teoría y tratamiento*. International Universities Press.
- Toepfer, R. (2025). *Negotiating childlessness in the Middle Ages: Stories of desired, refused, and regretted parenthood* (K. Sotejeff-Wilson, Trad.). Arc Humanities Press. <https://www.arc-humanities.org/>
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología*. Siglo XXI.
- Tubert, S. (Ed.). (1996). *Figuras de la madre*. Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer.
- Uribelarrea, L. M. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 158–166.
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. (1993). Long-term infertile couples: A study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 53–60.
- Vasudevan, S. R., & Bhuvanewari, M. (2024). The psychological effects of hormonal treatment on women under IVF treatment: A comprehensive review. *National Journal of Community Medicine*, 15(6), 487–495.
- Vasta, F. N., & Girelli, R. (2021). An epistemological perspective of integrated multidisciplinary treatment when dealing with infertile women with a parenthood goal: The importance of matter-psychic perspective. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 634028. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.634028>
- Vegetti Finzi, S. (1990). Désir de savoir et obscurité de l'origine. En J. Testart (Ed.), *Le magasin des enfants*. Gallimard.