

**Premio Comunidad y Cultura :**

**Concebir la posición analítica en un grupo de pacientes con problemas en la procreación. Encuentro en la comunidad.**

Lic. Silvia Jadur<sup>1</sup>, Dra. Constanza Duhalde<sup>2</sup>, Lic. Viviana Wainstein<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica Argentina

<sup>2</sup> Afiliada al Instituto de Formación de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis

<sup>3</sup> Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados

El desarrollo médico-bio-tecnológico otorga a muchas personas con problemas en la reproducción y/o diagnóstico de infertilidad la posibilidad de ser padres y tener un hijo aliviando así su dolor. Ninguna pareja supone que el día que se proponga suspender los cuidados contraceptivos el embarazo deseado no llegará. La no fertilidad/esterilidad suele ser un acontecimiento fortuito, contingente que puede sucederles a otros pero que no suele ser pensado, tampoco fantaseado para sí. Así, cuando después del primer año de demora en la concepción, se plantea la necesidad de una consulta médica especializada y surgen los diversos diagnósticos posibles acerca de aquello que obstaculiza el embarazo esperado, el proyecto vital de una pareja se resquebraja, debiendo esto ser elaborado intrapsíquicamente (Jadur y Duhalde 2006).

En tanto que es el cuerpo el que no responde como se esperaba, la consulta es a las ciencias médicas, no al psicoanálisis, y la primera demanda recae sin discriminación en la figura del médico. Surgen así, en el contexto de la relación médico-paciente, temores relacionados a no poder lograr la maternidad/paternidad biológicas, a la pérdida de la continuidad genético-familiar, a no controlar y disponer sobre el propio cuerpo y a incluirse en un universo desconocido: el de los médicos, enfermedades y pacientes.

### **Psicoanálisis - Salud - Salud Mental**

Las actuales problemáticas humanas, sociales, económicas, políticas, en este mundo globalizado, han complejizado progresivamente las demandas en salud y salud mental. Como psicoanalistas, es conveniente re-pensar algunas conceptualizaciones metapsicológicas y plantearnos intervenciones reconociendo la existencia real de situaciones que ponen en riesgo la subjetividad de las personas y de grupos poblacionales.

Los escritos sociales y sobre la cultura de Freud no han perdido vigencia. Nos llaman a corrernos de lo que denominamos “modelo psicoanalítico hegemónico”, ya que

justamente la extraterritorialidad del diván permite seguir poniendo a trabajar las teorías fundamentales. En la medida en que no haya palabra psicoanalítica, se deja librado el campo del pensamiento el surgimiento de ideas que evitan la interrogación, obstaculizan el conocimiento, el enlace del afecto–pensamiento-acción, los cambios en la subjetividad.

Ante las críticas casi permanentes al psicoanálisis, especialmente frente a estos temas, vale poner en debate, siempre abierto, la función y posición del analista contextualizando su praxis geográfica, política y culturalmente. El campo de la demanda actual incluye la valorización extrema del tiempo, sin contemplación de fines, sin compás de espera. Se cabalga sobre la acción, directamente desde la idea, con ausencia de procesamiento. No alcanza con contemplar la renovación de paradigmas de la modernidad para justificar la existencia de terapias alternativas con soluciones mágicas y rápidas que no resuelven, ni satisfacen, los pedidos de ayuda formulados. Tampoco se delibera sobre las consecuencias de los cambios vertiginosos de la tecnología. Es por ello que acuñamos una frase: Los desarrollos científico- bio-tecnológicos avanzan más rápidamente que la capacidad que tienen las personas y la comunidad para asimilarlos.

El psicoanálisis y el sufrimiento desplegado en la demanda, nos exigen cuestionar de forma permanente nuestro posicionamiento y sus efectos en la transferencia. Recordemos el artículo donde Puget y Wender (1982) mostraron el impacto en lo personal y en la función analítica de los sucesos de la realidad. En este caso podemos referirnos a los avances médicos y los tratamientos de fertilización asistida. El material que traen los pacientes en las sesiones/consultas puede, en ocasiones, invadir los procesos transferenciales, la atención flotante, la asociación libre. La ideología del analista, concepciones prejuiciosas, e incluso desinformación científica, atentan contra la escucha del dolor y la perplejidad que proviene de hombres y mujeres que desean un hijo. Lo dilemático y dificultoso es articular la realidad externa y las consecuencias tramitables intra-intersubjetivamente en el análisis y en el interjuego transferencial con quienes construimos una vincularidad. Berenstein y Puget (1997) comentan además, lo intrincado

de definir y caracterizar las representaciones inconscientes de los aspectos socioculturales a los que denominan “lo transubjetivo”.

### **Relato de los comienzos**

La historia es la de un pequeño grupo de mujeres, actuales madres, que transitaron el camino de diversos tratamientos hasta lograr gestar el hijo deseado. En reuniones que se realizaban en el Congreso de la Nación, ante la factibilidad que se aprobara una ley restrictiva que reglamentara las prácticas médicas y haciéndose eco de sus pares, nos convocaron para pensar qué podían hacer desde su lugar como pacientes. Se propuso armar un grupo de ayuda como los que funcionaban en otras latitudes. Trabajando con el “grupo fundador” se acordaron objetivos y motivaciones que sustentaran el nuevo emprendimiento. Surge así, en 1996, “CONCEBIR” -[www.concebir.org](http://www.concebir.org) -: asociación civil (ONG, organización no gubernamental) sin fines de lucro, independiente de centros privados especializados en reproducción y de servicios de andrología o ginecología de hospitales públicos que atienden esta problemática, siendo en Argentina el único grupo con dichas características.

En un principio, como asesoras psicológicas, ofrecimos a las co-coordinadoras pacientes conocimientos elementales de dinámica grupal. Nos reuníamos con ellas periódicamente para acordar la planificación de los encuentros, elaborar estrategias, evaluar el trabajo, proponer tareas, preparar las presentaciones en congresos de pacientes y médicos tanto nacionales como internacionales. Además, mantuvimos contacto con profesionales de la salud, con la industria farmacéutica, con legisladores, abogados.

Desde ese momento fundacional, hace 12 años, trabajamos ad-honorem, en la co-coordinación del grupo de apoyo a parejas con trastornos en la reproducción. ¿Por qué un grupo de pares? Cuando los problemas orgánicos convocan y hay sufrimiento psíquico, la comprensión en primera instancia puede devenir de la identificación con un semejante. Como suele expresarlo Isabel Rolando, presidenta de Concebir se trata del

“acompañamiento en el camino de aquel al que le pasa lo mismo”. Las parejas evitan así el autoaislamiento, la soledad, el desasosiego y la segregación. Esto es lo que sucede habitualmente, con grupos de pacientes con cáncer, VIH, esclerosis múltiple, afasia, diabetes, obesos, drogadependientes, alcohólicos. Es que fuera de la pareja y de la relación con el médico y/o el equipo especializado, suele ser difícil abordar el problema. Las presiones familiares y de los amigos por la falta de un niño, son una carga tanto cultural como afectiva que es dura de soportar. En el transcurso de los estudios diagnósticos o de los diversos tratamientos posibles, el esclarecimiento de las dudas y la contención, son imprescindibles y no se pueden resolver tan sólo en la consulta médica. En este sentido, el espacio más pertinente es el psicoanalítico/psicoterapéutico, que permite tramitar las consecuencias del problema reproductivo en la subjetividad y minimizar la presencia perturbadora de síntomas en la vida cotidiana. Sin embargo, un grupo de pares puede ser un ámbito adecuadamente complementario, que no excluye el dispositivo analítico, como facilitador privilegiado de la tramitación intrasubjetiva.

### **Los talleres:**

Desde Concebir, se centra la labor en talleres de reflexión mensuales, que son abiertos y heterogéneos. Antes de concurrir por primera vez, los interesados se comunican telefónicamente con alguna de las pacientes co-coordinadoras, recibiendo información básica sobre el funcionamiento del grupo. Habitualmente hay asistentes estables con recambio periódico. Además del taller general en el que participan parejas que atraviesan el proceso diagnóstico, o las circunstancias que se dan durante y después de los tratamientos, funciona un taller de donación de gametas y, recientemente, se incorporó otro de adopción.

Es interesante observar que la población que asiste a las reuniones fue cambiando a lo largo del tiempo. En este momento, parte de las parejas que concurren, son aquellas que cuentan con recursos económicos bajos y/o medianos, algunas no están incluidas en

sistemas de salud y recurren a los servicios de ginecología o andrología de hospitales públicos. Ciertas parejas que ya tienen la indicación de tratamientos de alta complejidad, posponen su inicio a la espera de ingresar a protocolos con presupuestos reducidos, cupo en el único hospital público donde se realizan estos tratamientos, o bien, solvencia financiera.

En el intercambio grupal se teje una trama de identificaciones, que facilita la puesta en palabra de sentimientos, miedos, deseos. Los coordinadores psicoanalistas muestran además, un estilo diferente de vincularse con los otros, escuchando, preguntando. Uno de los pilares de los talleres, y misión fundamental de Concebir, es la circulación de información, conocimiento y actualización de los avances científicos en reproducción humana. Adquirir manejo y comprensión de terminología médico-técnica, conocer los métodos diagnósticos y los procedimientos, disminuye la ansiedad y la inseguridad que provoca lo desconocido y contribuye a evaluar los caminos viables. Es por ello que se invita a reproductólogos, biólogos o bioquímicos, con el fin de aclarar dudas, escuchar alternativas novedosas y elegir cuándo, dónde y qué sugerencia médica suscribir.

Es de importancia desmitificar los fantasmas y equívocos que encierra la palabra infertilidad/ esterilidad, tanto para los propios pacientes como en la comunidad. Por consiguiente, cada participante se desempeña como agente modificador en el medio donde desenvuelve, rompiendo dogmatismos y generando una imprescindible apertura de pensamiento.

Desde su función como co-coordinadoras las psicoanalistas no utilizan la interpretación como herramienta. Un señalamiento, una palabra o una idea, incluso de cualquier miembro, son generadores de movimientos intrapsíquicos que aparecen en permutas vinculares, en la expresión verbalizada, en la transformación de conductas y actitudes. Además, es de destacar el peso de las transferencias múltiples en la comprensión de los fenómenos que se desencadenan.

Aunque en el grupo se exponen aspectos de la privacidad, los integrantes se sienten protegidos emocionalmente, en tanto el sostén profesional garantiza la circulación de sentimientos y el despliegue de fantasías. Como psicoanalistas, apuntalamos también los aspectos yoicos de los sujetos, afianzando y fortaleciendo “lo posible” de las realidades puntuales. De esta manera, los integrantes del grupo se adueñan como sujetos de sus propias capacidades.

En cada taller se introduce un tema consensuado colectivamente en función de los emergentes surgidos en encuentros anteriores, se reflexiona sobre el acontecer dinámico, sobre las particularidades de las parejas y las de cada integrante. La dinámica grupal tiene resortes propios de regulación, siendo el analista quien interviene ante la tensión afectiva intensa, en momentos confusionales, posibilita ciertas aclaraciones informativas y realiza una síntesis temática. Posicionarse analíticamente sin utilizar la interpretación, renunciando narcisísticamente a un lugar de supuesto saber, evitando discursos didácticos, es un trabajo de borde, de límite. Los participantes tienen en claro que no se trata de un grupo psicoterapéutico, construyen de este modo un “foro de discusión” al que recurren para asesorarse, buscar refugio y encontrar modos de defender sus derechos como sujetos-pacientes.

El territorio que se construye en conjunto en los talleres, es un espacio de juego con las palabras y las representaciones, en el que se crea una atmósfera transicional (Winnicott, 1971) donde será posible la emergencia de la fantasía de un futuro niño que, tal vez, podrá desarrollarse en el interior de sus cuerpos. Si esto no se diera, el ejercicio de pensar vínculos con un niño desde imagos maternas y paternas, abre caminos hacia otras resoluciones ligadas al deseo de hijo, como la adopción.

Por otra parte, se revisan las significaciones de ser padre o madre y/o tener un hijo para nuestra cultura y para cada estructura familiar. ¿Cuáles es el peso de las representaciones y exigencias familiares, sociales que nos llevan a ser padres biológicos? Es preciso apropiarse del deseo de hijo como motor de la mater-paternidad, eligiendo los variados

caminos que resultan asequibles. En este trabajo de elaboración, los integrantes del grupo se enfrentan asimismo con interrogantes singulares, en ocasiones con síntomas de larga data, a elucidar solamente en la intimidad del ámbito analítico.

Los juegos dramáticos, las técnicas que provienen de otros marcos referenciales teóricos, son empleadas como disparadores del acontecer del trabajo grupal. La escucha de los coordinadores y de los compañeros va instalando un clima propicio para desgajar los temas, siendo el entretejido afectivo grupal el que brinda las energías para nutrir el pensamiento que les permitirá afrontar los embates de los tratamientos.

Como en toda institución, esta asociación, Concebir, se ha visto atravesada por el contexto socio- histórico: las crisis económicas y el medio adverso a estas técnicas médicas, invaden a veces con desesperanza. La libertad de los sujetos para analizar las disímiles situaciones de la no fertilidad, los enfrenta a la conflictiva de la realidad sanitaria, donde ni los sistemas pre-pagos de salud, ni las obras sociales cubren los elevados costos de los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad (FIV, ICSI, PGD, donación de gametas, etc.), ya que en Argentina la infertilidad no es reconocida oficialmente como enfermedad. Entre un 10 y 15% de la población general de parejas, pertenecen a la categoría de “infértiles” según la OMS y en nuestro país la falta de ley que regule dichas prácticas, desampara a los pacientes. Por lo tanto ejercitar la viabilidad de un cambio de roles modifica la mirada sobre sí mismos y el mundo externo, el trabajo grupal permite que el lugar de pasividad de los pacientes se vaya transformando en participación activa y crítica, en las elecciones y decisiones relativas al uso de las prácticas médicas y a la administración de sus tiempos.

### **Temas frecuentes**

Síntomas emocionales y orgánicos, los vínculos con las familias y amigos, la sexualidad, la relación médico- paciente, el momento de interrumpir o concluir los tratamientos, la



donación de gametas, lo que significa filiar un niño, la adopción, son temas frecuentes en los talleres. Plantearemos algunos elementos fenomenológicos y posibles conceptualizaciones alrededor de los mismos, pues estos temas son las preocupaciones que motorizan la tarea y sobre las que tratamos de conectar la reflexión y los sentimientos.

a) **La sexualidad**, en las parejas “sufre” profundas modificaciones. El condicionamiento más duro de tolerar es el hecho de que una vivencia que se desenvuelve en la órbita estrictamente íntima de la pareja se convierte en pública, al comenzar a ser supervisada y condicionada por las indicaciones médicas. La sexualidad al servicio de un estudio o monitoreando el momento preciso de la ovulación, funciona como amenaza de deserotización vincular, atenta contra el deseo de encuentro amoroso. El deseo sexual placentero muta en “obligación reproductiva”; hombre y mujer van perdiendo la posibilidad del disfrutar del juego de la seducción, la libertad erótica, la diversión. El cuerpo a cuerpo, la envoltura erótica que apacigua el malestar doloroso, se desvanece. Poder recuperar el vínculo erótico permite inscribir el deseo de hijo en otra dimensión. Los cambios en la disponibilidad de la libido y las disfunciones en la sexualidad corren riesgo de cronificarse como síntomas (Jadur y Duhalde, 2006).

En las consultas médicas, habitualmente, no se pregunta sobre el placer alcanzado, o los esfuerzos psíquicos que conlleva ir a la búsqueda del momento oportuno que coincida con la fecha ovulatoria. La anamnesis se realiza con el fin de establecer diagnósticos diferenciales. En este contexto la sexualidad no es un aspecto valorado como central en la cotidianeidad de la pareja. Por otra parte, debe considerarse también que algunas solicitudes de asistencia médica por la no fertilidad encubren disfunciones sexuales, “matrimonios no consumados”. Al analizar una encuesta realizada en el año 2004, con 180 concurrentes a los talleres y a las Jornadas anuales de CONCEBIR, no encontramos datos que indicaran que la sexualidad fuera considerada como problema para estos pacientes. Contrastando con ello, en los grupos de reflexión, el tema surge en forma

insistente, reflejándose, por ejemplo, en la solicitud de invitar a sexólogos para que los asesoren sobre “el cómo descubrir los secretos” de la sexualidad humana. Tal vez, la vergüenza impida exponer la intimidad de las alteraciones en el deseo, la poca asiduidad de las relaciones, ocasionalmente la dispareunia, la eyaculación precoz o la impotencia. Sin embargo, en los talleres, en lo referido a este tema, el humor aparece como la vía regia que otorga un salvoconducto para despejar la angustia y re-encontrarse con el placer sin el mandato reproductivo.

b) Las **psicosomatoses**, se presentan habitualmente, más en mujeres que en hombres sin constituirse específicamente en enfermedades psicosomáticas. De todas maneras, como cualquier enfermedad orgánica, la no fertilidad tiene su correlato en el psiquismo y aparece como síntoma independientemente a la estructura de los sujetos. Por lo tanto, la respuesta ante el diagnóstico es absolutamente individual y singular. En la medida que la palabra discurre, es escuchada, el sufrimiento deja de vehiculizarse sólo a través del cuerpo.

Hemos realizado una investigación sobre el tipo de sintomatología orgánica que presentan hombres y mujeres, a partir del diagnóstico e inicio de los tratamientos de fertilización asistida. Los observables cuantitativos eran marcadamente diferentes según el género (Jadur, Duhalde y Wainstein 2007). Las mujeres presentaban valores significativamente más elevados. Mientras un tan sólo un 16% de los varones había padecido síntomas orgánicos, un 86% de las mujeres los había presentado. Los datos que corresponden al aspecto emocional en las mujeres fueron también altos, como por ejemplo el desgano con 81 %.

¿Obedecerán las disímiles respuestas a los modelos y mandatos culturales sobre lo que debe, puede y se espera de un hombre o una mujer?

Las variadas corrientes psicoanalíticas que se ocupan de las enfermedades psicosomáticas y de los efectos psíquicos de las enfermedades orgánicas, dan cuenta de

la conexión de los afectos con los procesos de salud y el enfermar. No podemos dejar de reconocer la interrelación mente-cuerpo-vínculo cuando hablamos de lesiones en el organismo. La resonancia de lo que sucede en el cuerpo, podrá ser mentalizada, integrada en el sujeto desde el afecto desencadenado, o bien disociada y transformada en dolor / síntoma orgánico, excluyendo la palabra. El cuerpo se torna presente constantemente, adquiriendo estatuto en la economía psíquica. Es así, que los pacientes se conectan con la existencia del cuerpo a partir de la falla, del cuerpo disfuncional. La tolerancia y manejo del dolor físico, abren una pregunta y queja corrientes, pues hay estudios diagnósticos - como la histerosalpingografía, que se utiliza para conocer el estado de las trompas-, que producen un dolor intenso. Sea el factor masculino o femenino la causa de la patología, la mujer es la que por la biología “pone el cuerpo” en mayor medida.

Freud dice en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (pg.160): “El paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza narcisista. La representación-objeto, que recibe de la necesidad, una elevada investidura, desempeña el papel del lugar del cuerpo investido por el incremento del estímulo.” La investidura de la representación de la parte lesionada del cuerpo estaría, en estos casos, en relación al aparato reproductor, que no funcionaría como naturalmente se espera. El dolor en el cuerpo tiene inscripción en el inconsciente, a través de cantidades de energía que dejan huella. Así, Freud acota en el *Proyecto de una Psicología para Neurólogos* (pg. 343): “El dolor deja como secuela en el sistema de neuronas impasaderas unas facilitaciones duraderas, como traspasadas por el rayo”. Además, la memoria inconsciente nos remite a vivencias traumáticas dolorosas, a un dolor originario, primero. Podemos hablar de cargas energéticas, en tanto que el sujeto tiende a recuperar la quebrada homeostasis, habiendo una redistribución de conrainvestiduras sobre la representación del órgano lesionado, del cuerpo dañado.

En este proceso de duelar la fertilidad, se da una pelea tanto consciente como inconsciente, entre la pasión por el hijo deseado y franca hostilidad al cuerpo que no responde, no se puede dominar. Es por esto, que en las mujeres, cada menstruación

reactiva los sentimientos de anclaje al cuerpo no pensado. Curiosamente, la no fertilidad, discurre silenciosamente, sólo el deseo marca la presencia de una función dañada. Por lo tanto, la investidura de la representación y el dolor están en relación proporcional. El dolor corporal sería entonces, la manifestación de la investidura representacional del daño en el cuerpo, en tanto que el dolor psíquico lo es del objeto perdido. Es sumamente importante la libidinización del cuerpo infantil, la palabra materna que haya quedado instalada en la representación del cuerpo y el dolor, que por otra parte marcará las reacciones y acomodación ante la enfermedad.

Consideramos llamativo que en el decir de las pacientes, la identidad se subsuma al diagnóstico. Es por esto que se presentan, en algunas situaciones, como infértiles o estériles, no como portadoras de un problema. En una reunión reciente una mujer relataba que cuando conoció a su esposo ella se presentó: "Soy María", a lo que él respondió casi sin preámbulo: "Hola, soy azoospermico". Los oyentes del relato respondieron con perplejidad y risas.

¿Podremos entonces relacionar proceso de duelo, dolor narcisista y dolor corporal?  
¿Cómo afecta a la identidad femenina? ¿Qué se altera en la masculinidad?

c) Otra cuestión es la de **comunicarse acerca del problema** con las familias de origen y con los amigos. Los usuales comentarios, acerca de la falta de descendencia en parejas con cierto tiempo de convivencia los aloja en una franja de respuestas formales, que no dan cuenta del dolor que los invade. En los talleres, la comodidad entre pares, les permite ratificar los sentimientos, sensaciones, que no pueden compartir con "los fértiles". Se proporcionan así, entre ellos, elementos para delimitar con quiénes hablar y de quiénes esperar acompañamiento según sus necesidades e incluso comentar las condiciones adecuadas para que la ayuda que se reciba, no sobrecargue las tensiones durante el curso de los procedimientos.

Las parejas, sobre todo las mujeres, tienden a evitar concurrir a eventos sociales donde la no maternidad provoca opresión y presión. Se sienten excluidas y se autoaislan en la medida que los intereses por las obligaciones de crianza de los niños no forman parte de su mundo. ¿Será la vergüenza el sentimiento que conmueve al desnudar su castración ante la mirada del otro? Las funciones de la maternidad son una característica de las diferencias de género y sexuales, que delinean los roles masculinos y femeninos. Existe una normatización culturalmente instaurada, que inscribe la sexualidad y la fecundidad, a partir de la cual responsabilidad reproductiva recae sobre la mujer por su propia naturaleza. De este modo las diversas representaciones intrasubjetivas y sociales establecen aún una equiparación entre ser mujer y ser madre. Las figuras de la madre que circulan en el imaginario social reducen todos los deseos al deseo de hijo, dando poco espacio a posibles diferencias individuales con respecto a lo que se puede y quiere ser a este respecto. ¿Cómo mostrarse, entonces, desprovista de la capacidad reproductiva esperable?

No podemos dejar de lado que el tema de la maternidad es pensado desde diferentes ciencias, la sociología, la historia, el psicoanálisis, la economía, la filosofía, la política, hacen sus aportes en aras de fundamentar las características de su ejercicio desde los albores de la humanidad. Es por ello, que no se trata de un acontecimiento universalmente natural, sino que se encuentra en modificación constante. Por esto, es que aferrarse sólo a la maternidad como procreación desde lo biológico, no contempla la complejidad de la tarea social y simbólica de posibilitar la creación de un sujeto humano (Jadur,2007).

d) El **deseo de hijo** es abordado en la literatura psicoanalítica muy especialmente en presencia de trastornos en la concepción, ante los cuestionamientos a la tecnología. Aunque históricamente fue naturalizado, unido a la función y destino femenino, tiene múltiples conceptualizaciones. Pensamos que es un entrecruzamiento entre el trabajo del

inconsciente y las representaciones sociales. El resultado de la constitución del ideal del yo se desvanece a favor del yo ideal narcisista formado a partir de las identificaciones primarias. El decir “quiero -o queremos- tener un hijo”, en algunos casos, encubre sentimientos que pueden ser ambivalentes o contradictorios pues requiere de la caída de la omnipotencia narcisista de las fantasías infantiles y la aceptación de la castración.

Deseo de hijo – deseo de maternidad, oscilación que aparece incluso en las mujeres sin dificultades procreativas (Bidlowky 1989,1997). El lugar de hijo/hija que se ha ocupado en las familias de origen, los modelos vinculares asimilados, entretajan la trama del deseo. La infertilidad entraña un deseo pasional que va a suturar a todo precio la reparación del narcisismo herido inaceptable. No es solamente deseo de un niño, sino un deseo de maternidad que insiste para realizarse. El ideal de una madre privada de falta, inscripto en la relación madre-hija, de donde la mujer se ha originado, y que desea reencontrar para devenir ella misma madre fálica. Por lo que el niño no es deseado por él mismo, sino que porta una cualidad fálica. Igualmente, el deseo de maternidad y de paternidad, representan maneras diferentes de relacionarse con un hijo, con el ideal de familia, que habitan en las fantasías con anterioridad a un embarazo.

Repetidamente hemos registrado en estos grupos el pre-concepto de que todo hijo concebido “naturalmente” es deseado. Situación rebatida a partir de sintomatología, incluso orgánica de riesgo, en bebés, en niños pequeños, que remiten a dificultades en la vincularidad, carencia de libidinización, a la falta de un espacio psíquico para un hijo. Aunque existen, además, embarazos inesperados, inoportunos, no planificados, éstos, pueden adquirir una significación deseante en el momento que el niño es sostenido en los brazos por los padres y se entrecruzan las miradas.

Recordemos que en la década del '60, la contracepción química, aliándose con las necesidades y reivindicaciones feministas, sostuvo la ilusión del control de la concepción. La mujer pudo decidir tener o no tener un hijo, escuchar su deseo, o postergarlo. Por otra parte, decimos que el deseo de un niño es la traducción natural del deseo sexual en la

función colectiva de asegurar la reproducción de la especie, transmitiendo la historia personal, familiar y cultural. No podemos eludir el llamado que la biología propone, como tampoco dejar de considerar lo que la obra freudiana aporta al respecto. Desde las teorías sexuales infantiles, el deseo de hijo va mutando en equivalencias y sustituciones logrando alcanzar el estatuto simbólico de falo y justamente en el marco del erotismo anal se equipara pene-heces-regalo-hijo. Los deseos infantiles quedan ubicados en el inconsciente que no tiene registro temporal.

El hijo como sustituto simbólico, se ubica en el lugar de la falta. La mujer necesitaría así, engendrar un niño para cubrir la carencia, fundante de una estructura. La mujer-madre-fálica, ingresa al universo deseante para adquirir una subjetividad femenina, vehiculizada por la maternidad. (Glocher de Fiorini, 2001) Si pensamos que la maternidad no puede adherirse sólo a la biología, tampoco la femeneidad se reduce, al deseo de hijo. De todas formas, la realidad del cuerpo, es freno y trampa para el deseo de niño, pues en la mujer coexisten multiplicidad de deseos. Únicamente en el análisis individual, podemos acceder al enigma singular inconsciente que impulsa demandar a las ciencias el cumplimiento de mandatos normativos.

e) En los talleres también son tema habitual las **emociones** que emergen como efecto de los avatares de la fertilidad, que lesionan los lazos sociales, los estilos y calidad de vida.

Pensamos a lo no fertilidad como duelo a elaborar, en tanto hay pérdida de una ilusión, pérdida de la imagen inconsciente de cuerpo sano y, a veces, una renuncia genética. El proceso de aceptación del problema comprende etapas a recorrer, que se incluyen en la cotidianeidad al igual que sucede en patologías orgánicas severas. Es así que extrapolamos la descripción realizada por Kübler Ross (1972) respecto de los pasos a desandar que encontró en pacientes hemato-oncológicos y terminales, hasta que estos logran asimilar la información sobre los diagnósticos, pronósticos y adherir a los tratamientos: 1°) Sorpresa: “¡Cómo me puede estar pasando esto!”, “¡Por qué!”. 2° Negación: “¡No es cierto esto que me dicen, se equivocaron!” Este es el momento en que

son posibles las consultas con otros especialistas para confirmar el supuesto error. 3° Enojo con médicos y medio familiar-social: “¿Qué he hecho de malo para que justo a mí me pase?!” “¿Por qué a mí?!”. 4° Negociación o regateo cuando ilusoriamente se cree que con voluntad se puede conseguir un cambio: “Si hago una promesa, me sacrifico por algo, seguramente lo lograremos”. 5° Depresión y aceptación. Sólo luego de la depresión, los pacientes pueden comenzar a pensar sobre las soluciones disponibles.

Por otra parte la rabia, fastidio, bronca, ira, furia, cólera, enojo son sinónimos frente a la situación de frustración, temor a lo desconocido, incertidumbre. El dolor físico y el dolor psíquico, se presentan como una constante en estos casos.

f) La **relación médico-paciente** es un motivo de conflicto que insiste en las discusiones grupales. ¿Qué preguntar a los especialistas? ¿Cómo establecer un vínculo de confianza?; ¿Con quién y dónde consultar siendo reconocidos como sujetos? ¿Cómo reconciliarse con un cuerpo que se torna desconocido? El no tener un diagnóstico y manejarse sólo con hipótesis o fantasías, aumentan la ansiedad. El mayor acceso a información vía Internet, la participación en foros en la web, perfila pacientes más exigentes, con más conocimiento, con códigos y lenguajes que paulatinamente van aprehendiendo una vez que entran al nuevo mundo de la no fertilidad.

Habiendo distintos estilos de médicos, los pacientes se van acomodando y eligiendo según sus propias expectativas, pero lo que remarcan como fundamental no es sólo la solvencia científica, sino sentirse reconocidos como personas que padecen, respetados en sus decisiones y orientados en las perspectivas reales. En esta especialidad, la depositación de necesidades y dependencia en la figura del médico es mayor que en otras, ya que imaginariamente en ese vínculo se apuesta a un futuro familiar.

En los juegos de inversión de roles, se dramatizan las consultas, poniendo en movimiento las escenas temidas de situaciones que evidencian la disimetría en la relación médico-paciente. No pudiendo eludir el lugar de poder del médico en el imaginario social que inhibe la pregunta y la crítica. La visión del bio-poder médico, entonces, desenmascarada,



transforma el vínculo, colocando al médico y los pacientes en el mismo andarivel, donde es factible un encuentro de sujetos con funciones diferenciadas. Los pacientes, de esta forma contemplan sus derechos, atienden sus necesidades y pueden aceptar la ayuda de un tercero con quien decidirán las estrategias a seguir. Con esta modalidad, la reflexión se antepone a la elección y a la acción.

f) **¿Cuándo descansar o abandonar los tratamientos?** Los fracasos reiterados en los tratamientos, traen aparejados sufrimiento, mayor incertidumbre y dudas sobre si continuar y de hacerlo, en qué circunstancias. Las respuestas son individualísimas, teniendo peso el perfil de cada uno, pero centralmente la elaboración intrapsíquica del problema de la fertilidad. La autorización que se otorguen los pacientes, a sí mismos, para interpelarse acerca de lo que pueden, más allá de los ofrecimientos médicos, de las presiones de los estereotipos normativos a quienes satisfacer.

Justamente, si los pacientes consiguen correr el centro de atención puesto en general, exclusivamente en el embarazo deseado y no logrado, podrán hallar los medios para elegir el tiempo oportuno y continuar con los tratamientos. Como también tomarán en cuenta otras vías para ser padres y otros proyectos como pareja, incluso no tener hijos.

g) **Donación de gametas –ovodonación y donación de esperma-**, estos son temas que se profundizan en un taller manejado por pacientes que han devenido padres a partir de este recurso, y del que participan pacientes infértiles que han recibido esta indicación como alternativa para lograr un embarazo. Algunos de los que concurrieron, aceptaron este trayecto, otros optaron por el rumbo de la adopción.

Se trabaja sobre los sentimientos que implican el recibir una donación, el impacto sobre el hijo por nacer y en la pareja, propiciando el debate abierto sobre los temores y preocupaciones que frecuentemente aparecen en estos procedimientos. Precisamente, se abren las puertas a interrogaciones a ser efectuadas en otro ámbito. No hay dudas que no es suficiente este espacio para tramitar la renuncia genética. Es imprescindible el análisis en pareja e individual.

En definitiva, la donación de ovocitos permite que la mujer realice una transacción, que si bien renuncia a la herencia genética, puede tener la posibilidad biológica de gestar, portar un embarazo, experimentar el parto y amamantar. El hombre suele avalar el recurso de un banco de semen en su deseo de conceder a la mujer la no renuncia al hijo biológico. Al mismo tiempo no muestra públicamente su azoospermia, fusionada en su fantasmática a la masculinidad. De aquí se desprende, el tema de la filiación de un niño. La antropóloga Françoise Héritier (1993), dice: “hasta nuestros días no existen sociedades humanas fundadas en la única consideración del engendramiento biológico o que le reconozcan el mismo alcance que la filiación socialmente definida. Todas consagran lo social, de la convención jurídica que fundamenta lo social, sobre lo biológico puro. La filiación no es, pues, jamás un simple derivado del engendramiento”. Siguiendo a Héritier, no se desconoce el papel de la sexualidad y de las gametas de hombre y mujer necesarias en la procreación, sino que la filiación social avala el estatuto del hijo, de los derechos y deberes del individuo en una sociedad. Se inscribe a un niño en la línea de descendencia según las pautas establecidas, identidad- marca reconocida por el nombre que se le asigna.

La identidad de hombres y mujeres tramitada para procesar la maternización y paternización, posibilitará ligar los problemas de la concepción, a la propia historia individual y vincular. De esta manera, anuda el hijo al deseo de descendencia, como testimonio del vínculo amoroso de la pareja. La palabra funda, entonces, la filiación y establece la irrevocabilidad vincular padres-hijo. Reconocimiento y designación apelativa independiente a que el niño haya sido concebido naturalmente, por tratamientos de fertilización asistida, por donación de gametos o haya sido adoptado (Jadur.2007). Se van determinando los derechos y deberes desde las funciones de la parentalidad.

Remarcamos como eslabón condicionante en estas formas de construir una familia el derecho del niño a conocer su origen, teniendo en cuenta la declaración internacional sobre los derechos del niño. Se constituye así un sujeto humano, sexualizado, un otro,

diferente, en tanto que el adulto lo libidiniza , lo alimenta con nutrientes, con el contacto y la palabra significativa. Sobre todo, no como objeto de goce, de satisfacción exclusivamente narcisista de los padres.

h) El taller de **adopción** es la más reciente actividad de CONCEBIR y el equipo a cargo de ella se está constituyendo. Este grupo está integrado únicamente por aquellos que ya transitaron por los otros talleres, realizaron algún tratamiento y decidieron abandonar los intentos de mater-paternidad biológicas.

Elegir la adopción, no es un atajo. Es necesario renunciar a los tratamientos, para pensarse como padres y recibir un futuro hijo de otros genitores. Los aspectos legales y la complejidad de los pasos requeridos por la ley, son puntos a desentrañar para no solamente legalizar, sino legitimar el proceso de la adopción.

La diferencia generacional es motivo de la pregunta sobre el origen, de dónde venimos, quiénes somos, a dónde vamos, la fantasmática aporta respuestas, donde los mitos se transforman y racionalizan en sistemas de creencias. El cómo construir la paternidad, la maternidad, la vincularidad con los hijos, son las cuestiones que competen a la función del psicoanalista.

### **Efectos de la existencia del grupo. Articulaciones con los discursos jurídicos y médico**

La Argentina carece de leyes que reglamenten las prácticas científico médicas en reproducción asistida de alta complejidad. Como analistas colaboramos con los pacientes en permitirse transmitir a los legisladores la importancia de una ley a partir del deseo de hijo y del deseo de construir una familia a pesar del obstáculo que hace la biología a su concreción. En el marco de nuestra participación en CONCEBIR intentamos meditar sobre las significaciones de la falta de ley en las decisiones de tratamientos y que remiten a lo

prohibido y permitido en el inconsciente. Establecimos diálogos con legislistas, diputados y senadores, tratando de articular aspectos jurídicos, necesidades de los pacientes y oportunidades científicas para solucionar los problemas de salud.

En las comisiones de salud de ambas cámaras, los legisladores impulsaron proyectos posibles amplios y democráticos. Pero también se redactaron proyectos restrictivos que, de haber prosperado, impedirían la efectivización de casi todos los tratamientos existentes. Los pacientes, representados por CONCEBIR presentaron, oportunamente, un proyecto que hoy descansa cómodamente en un cajón.

La asociación presentó también, en el año 2005, una medida cautelar donde se incluye el cumplimiento en el Plan Médico Obligatorio, de la asistencia del embarazo, parto y cuidados neonatales de los pacientes que realizaron tratamientos de fertilización asistida. Hasta ese momento, cuando prosperaba un embarazo a través de estas técnicas, la pareja debía ocultar celosamente el origen del mismo, so pena de quedar excluidos por completo del sistema pre-pago de salud. Sostuvimos a los pacientes, en los avatares legales, donde defendieron sus derechos ciudadanos. Se continúa en tribunas jurídicas, periodísticas y en diversos medios, comunicando sobre las peculiaridades de los problemas que a diario entorpecen el acceso a la atención, mitos, e incorrecta información circulante sobre la no fertilidad y los tratamientos. Tanto los derechos reproductivos y el respeto por las libertades individuales, son objetivos permanentes de esta organización. Anualmente se organizan jornadas de difusión con la participación de profesionales especialistas reproductólogos, abogados, sexólogos, psicólogos, bioquímicos, biólogos, formando parte de la misión institucional.

El contacto con las instituciones asistenciales movilizó la atención hacia una necesidad explicitada por los pacientes: el acompañamiento y espacio psicológico durante los procedimientos. Los médicos crearon tanto gabinetes como capítulos científicos para contemplar los aspectos psico-sociales involucrados. Aunque muchos no adhieren al psicoanálisis, cabe comentar que desde nuestro accionar analítico tendimos redes para

articular discursos psicológicos y médicos que generen cambios en el pensamiento epistemológico y en las prácticas asistenciales, como cuestionamientos en los pacientes.

Se ha participado en congresos nacionales e internacionales de la especialidad<sup>4</sup>, presentando la experiencia grupal con una modalidad que difiere de las asociaciones de otros países y de la perspectiva sobre la infertilidad en nuestro país.

Se edita periódicamente una publicación de circulación entre pacientes, donde planteamos artículos que muestran cuál espejo, las cuestiones afectivas frecuentes desde la consulta primera a un especialista. Se ha participado de encuestas internacionales, que contribuyen a desarrollar programas y proyectos en beneficio de mejorar las condiciones vitales de los pacientes. La página web, armada por pacientes es otra modalidad de comunicación

Volviendo a los grupos, la participación en ellos, habilita a los pacientes a llorar, reír, conectarse con el niño de los sueños, pedir ayuda, esperar. Hay un tiempo para metabolizar los fracasos hasta llegar a una posible donación de gametas que implica un proceso de duelo por la transmisión genética que no será. Se ha consensuando que la filiación de un niño, está en el orden de las representaciones simbólicas en una cultura y no se relaciona con la biología. Aceptar y asumir el derecho de los niños a conocer su origen posibilita el compartir y elaborar estrategias para informarlos sobre su historia familiar. Elegir la adopción, la donación de óvulos o esperma, decidir constituirse en pareja sin hijos, exigen una elaboración individual y de pareja. Los obstáculos en la procreación no deberían infertilizar otros aspectos del desarrollo vital. Una pareja del grupo tomó el “no infertilizar la vida” como frase paradigmática que les brindó energía para continuar con los tratamientos e incorporarlos al cotidiano existir con esperanza. Poder re-encausar proyectos postergados, recobrar la sexualidad a servicio del placer, cimentar nuevos modelos vinculares prepara las condiciones más adecuadas para el futuro familiar y de un niño.

---

<sup>4</sup> *International Consumer Support for Infertility; European Society of Human Reproduction and Embriology; Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva; International Alliance of Patients Organizations; World Fertility Awareness Month.*

Siguiendo a Graciela Zaldúa (2000) pensamos a la prevención como “un proceso que intenta asegurar, dentro de lo posible, las condiciones mínimas para que el destino de cada sujeto pueda permanecer incierto. Donde preservar la incertidumbre es un objetivo ético de la prevención frente a lo irreparable o irremediable de un destino que puede parecer signado por la certeza.”

“En la empresa científica no debería haber espacio para el horror a lo nuevo. Por su carácter eternamente incompleto e insuficiente, la ciencia está condenada a confiar para su salud en nuevos descubrimientos y concepciones. A fin de no sufrir frágiles desengaños, hará bien en abroquelarse en el escepticismo y no aceptar nada nuevo que no haya resistido un riguroso examen. No obstante, en ocasiones este escepticismo exhibe dos caracteres insospechados. Se pone rígido frente a lo nuevo que llega, en tanto tiene por sacrosanto a lo ya consabido y creído, contentándose con desestimar aquello aún antes de someterlo a indagación” (S. Freud, 1924, pg227)

**Resumen:** El desarrollo médico - bio- tecnológico permite aliviar el dolor de personas con problemas en la procreación e infertilidad. En tanto el cuerpo no responde, la consulta es a las ciencias médicas, no al psicoanálisis. Un grupo de pares puede convertirse en un ámbito de sostén complementario no excluyente del espacio analítico-psicoterapéutico donde se tramita la no fertilidad y sus tratamientos. Así se organiza una ONG de pacientes, con talleres de reflexión co-coordinados entre una analista y un miembro líder. Posicionarse analíticamente sin utilizar la interpretación, renunciando narcisísticamente a un lugar de supuesto saber, evitando discursos didácticos, es un trabajo de borde. Se necesita de diferentes miradas disciplinares en la conceptualización de los efectos intra-intersubjetivos de la procreación médicamente asistida.

Las temáticas de los talleres son propuestas por los participantes. Se aborda la relación con los médicos, la sexualidad, los lazos sociales. Existen diversas posibilidades para construir una familia a partir del deseo de hijo que llegan a la adopción o a la donación de gametas. Como la filiación de un niño pertenece al orden simbólico, elaborar la dificultad en la concepción, habilita las condiciones favorables para el niño por venir. Destacamos el derecho del niño a recibir información sobre su origen.

Palabras claves: Esterilidad- fertilidad asistida-deseo de un hijo- maternidad- lugar del psicoanalista

Abstract

Medical and biotechnological development helps relieve pain in people with procreation and infertility problems. Insofar as the body does not respond, the issue is for medical sciences to tackle, rather than for psychoanalysis. A peer group may become a space of additional support independent from the analytical-psychotherapeutic framework where non-fertility and its treatments are addressed. Thus, an NGO is organized, involving patients, discussion workshops coordinated by a psychoanalyst and a leading member. Boundary work is required in order to analytically place oneself without resorting to interpretation, by narcissistically waiving a position of alleged knowledge and avoiding didactic speeches. Perspectives from different fields are needed in the conceptualization of intra- and intersubjective effects of medically assisted procreation. Issues are brought for discussion by members, regarding relationship with doctors, sexuality, social bonds. Family-building possibilities led by the desire for a child may include adoption or gamete donation. Since a child's filiation belongs to the symbolic realm, elaborating on the conception problem enables the favorable conditions for the coming child. Children's right to learn about their origin deserves a special note.

Key terms: Infertility – Assisted fertility – Desire for a child – Maternity – Psychoanalyst's role

## Abstract

Medical and biotechnological development helps relieve pain in people with procreation and infertility problems. Insofar as the body does not respond, the issue is for medical sciences to tackle, rather than for psychoanalysis. A peer group may become a space of additional support independent from the analytical-psychotherapeutic framework where non-fertility and its treatments are addressed. Thus, an NGO is organized, involving patients, discussion workshops coordinated by a psychoanalyst and a leading member. Boundary work is required in order to analytically place oneself without resorting to interpretation, by narcissistically waiving a position of alleged knowledge and avoiding didactic speeches. Perspectives from different fields are needed in the conceptualization of intra- and intersubjective effects of medically assisted procreation. Issues are brought for discussion by members, regarding relationship with doctors, sexuality, social bonds. Family-building possibilities led by the desire for a child may include adoption or gamete donation. Since a child's filiation belongs to the symbolic realm, elaborating on the conception problem enables the favorable conditions for the coming child. Children's right to learn about their origin deserves a special note.

**Key terms:** Infertility – Assisted fertility – Desire for a child – Maternity – Psychoanalyst's role

## Resumo

O desenvolvimento médico bio-tecnológico permite aliviar a dor das pessoas com problemas na procriação e infertilidade. No entanto, quando o corpo não responde, a consulta é das ciências médicas e não da psicanálise. Um grupo de pares pode se transformar num âmbito de sustentação complementar, que não exclui do espaço analítico-psicoterapêutico, no qual realiza-se a não fertilidade e seus tratamentos. Assim organiza-se uma ONG, de pacientes, com palestras de reflexão co-coordenados por uma analista e um membro líder. Posicionar-



se analiticamente sem utilizar a interpretação, renunciando narcisisticamente a um lugar de suposto saber, evitando discursos didáticos, é um trabalho de extremo. Necessita-se de diferentes pontos de vista disciplinares na conceituação dos efeitos intra-intersubjetivos, perante a procriação médica assistida.

As temáticas são propostas pelos membros, abordando a relação com os médicos, a sexualidade, os laços sociais. Diversas possibilidades para construir uma família a partir do desejo de ter um filho, podem levar à adoção ou doação de gametas. Como a filiação de uma criança pertence à ordem simbólica, elaborar a dificuldade na concepção habilita as condições favoráveis da criança por vir. Destacamos o direito da criança a receber informação sobre sua origem.

Palavras-chave: Esterilidade - fertilidade assistida - desejo de ter um filho - maternidade - lugar do psicanalista.

### Bibliografía Citada

- Berenstein, I., Puget, J. (1997) *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Bs. As. :Paidós.
- Bydlowski, M. (1989) Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. *Psychopathologie Du Bébé* (S. Lebovici, F. Weil-Halpern Eds.) Pgs: 57-65. Paris, P.U.F
- Bydlowsky, M. (1997), *La Dette De Vie, Itinéraire Psychanalytique De La Maternité*. Paris, PUF, Col. Le Fil Rouge
- Freud, S.(1895)): Proyecto de Psicología. Amorrortu Editores (AE), vol.1.
- (1924) Las resistencias contra el psicoanálisis. AE.. vol.19.
- (1926): Inhibición, síntoma y angustia. AE, vol. 20.
- Glocher de Fiorini, L. (2001). El deseo de hijo: de la carencia a la producción deseante. Rev. de Psicoanálisis. LVIII, 4, 965 a 976.
- Héritier-Augé, F. (1993) Del engendramiento a la filiación. Psicoanálisis con niños y adolescentes.Nº3. Giensa. Bs. As.1993.
- Jadur, S Duhalde, C. Sexualidad y trastornos reproductivos. *Otra mirada* 5. APA. 2006

- Jadur, S, Duhalde, C , Wainstein V. (2007) ¿Es posible disminuir los niveles de stress para optimizar los tratamientos de fertilización asistida? Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (Samer) Buenos Aires, 2007.
- Jadur, S, Duhalde, C , Wainstein V (2007) Emotional symptoms during IVF treatments. Annual meeting- International Consumer Support for Infertility (ICSI)- Lyon, Francia.
- Jadur, S. (2007) Corpo e doação de gametas: novas formas de parentalidade. *Jornal de Psicanálise*. N° 72. Sao Paulo.
- Puget, J. Wender, L. (1982) Analista y pacientes en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, APdeBA. Vol. 4, N° 3.
- Winnicott, D. (1958): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1979.
- (1971): *Realidad y juego*. Buenos Aires, Gedisa, 1972.
- Zaldúa, G. (2000) *Género y salud*. Eudeba. Bs. As.

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Bourguignon, O, Navelet. C, Fourcault, D. (1999) Le continent perdu des fertilizations in vitro. *Devenir*, Vol11, N°2 pp.7-23.
- Bourdieu, P. (2000) *Los usos sociales de la ciencia*. Bs.As: Ed. Nueva Visión.
- Chatel, M. M. *El malestar en la procreación*. Ed. Nueva Visión. 1996.
- Daniels, K. (2004) *Building a family with the assistance of donor insemination*. Dunmore Press Ltd. New Zealand.
- Freud, S. (1905): Tres ensayos de teoría sexual. AE, vol.7.
- (1912-13): Tótem y tabú. AE, vol. 13
- (1914): Introducción del narcisismo. AE, vol. 14.
- (1915a): Pulsiones y destinos de pulsiones. AE, vol.14.
- (1917 (1915): Duelo y melancolía. AE, 14.
- (1920): Más allá del principio del placer. AE, vol.18.
- (1921): Psicología de las masas y análisis del yo. AE, vol. 18.
- Frydman, R, Flis-Trèves, M, Koepfel, B. *Les procréations médicalement assistées: vingt ans après*. 1998. Ed. Odile Jacob. France.
- Frydman, R, Flis-Trèves, M. (2005) *Reves de femmes*. Ed. Odile Jacob. France.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto*. Psicoanálisis y salud mental. Paidós.
- Glozier de Fiorini, Leticia (1998), "Femeneidad, maternidad y fin de siglo", Trabajo presentado en el XXVI Congreso y XXXVI Simposio Interno: "La cura en psicoanálisis", Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 1998
- Jadur, S. (1999) Experiencia con un grupo de autoayuda de parejas con trastornos en la reproducción. I Jornadas de infertilidad, adopción y fertilización asistida. APdeBA. 1999.
- Jiménez, J.P. (2004) Validez y validación del método psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*. Nov. 2004. N° 1.
- Lemmens, G, Vervaeke, M, Enzlin, P, Bakelants, E, Vanderschueren, D, Hoogh, T D, Demyttenare, K. (2004) Coping with infertility body-mind group interventions programme for infertile couples. *Human Reproduction*. Vol.19. pp.1917-23.
- Puget, J. Wender, L. (2005/6) El mundo superpuesto revisitado al cabo de los años. *Rev. Asoc. Esc. Argentina de Psicoterapia para Graduados*. N° 30.

Thorn, P. Self-help groups. Guidelines for counseling in infertility. (2002) ESHRE monographs.

Viñar, M. (1999) La realidad...ya no es la de antes. Oct. 1999. Psicoanálisis, cultura, interdisciplina. Foro Electrónico de Fepal.

Weil, E. *Bref point de veu psychanalytique sur l'Assistance Medicale à la Procréation*. *Contracep. Fétil. Sex.* 1997- Vol. 25,n° 7-8, pp.663-669. France