



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**LOS RELATOS SOBRE EL NIÑO IMAGINARIO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS TRAS REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN CHILE**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos

ALESSANDRA ROSSI

**Profesor Guía:
Esteban Radiszcz**

**Asesor metodológico:
Pablo Reyes**

**Informantes:
Pablo Cabrera
Pilar Soza**

Tesis Aprobada con distinción: 6.0

Santiago de Chile, año 2017

**LOS RELATOS SOBRE EL NIÑO IMAGINARIO EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS TRAS REPRODUCCIÓN
ASISTIDA EN CHILE**

RESUMEN

La demanda de reproducción médicamente asistida ha aumentado significativamente, constituyéndose hoy como una alternativa frente a la imposibilidad de concebir. La investigación busca describir el fenómeno del niño imaginario en mujeres cuyo embarazo se ha realizado gracias a estas técnicas. Definimos el niño imaginario como aquel que surge a raíz del trabajo imaginativo que la mujer emprende durante el embarazo y que da cuenta de la manera en que ella estaría subjetivando esta condición. Según el estado del arte, esta labor imaginativa podría verse dificultada por el carácter incierto y repetitivo de la técnica, siendo imposible subjetivarla para incluirla en la historia de maternidad. Lo anterior abre la pregunta por el niño imaginario. Para responderla, se utiliza una metodología cualitativa basada en un enfoque biográfico y un análisis de contenido temático. Los resultados muestran la existencia de tres tipos de niño imaginario, cada uno relacionado de distintas formas a la biografía de las informantes, incluyéndose en esta la historia de infertilidad. Se concluye que la representación del niño imaginario no se ve mermada por la técnica; más bien, esta vendría a sostener el deseo de hijo subyacente a un pre-existente proyecto de maternidad puesto a prueba por la infertilidad.

Palabras clave: niño imaginario, reproducción médicamente asistida, embarazo.

*Dedico este trabajo a las mujeres que me donaron sus palabras,
y a las que nunca pudieron ser escuchadas,
en el largo camino para ser madres.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que con paciencia y humildad han aportado a mi formación como profesional y como persona.

Sin sus conocimientos, tiempo, afecto y confianza este trabajo no habría sido posible.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Psicoanálisis y RMA: relevancia del problema en el contexto chileno.....	6
2. LA SITUACIÓN ACTUAL.....	15
2.1 La infertilidad: definición y epidemiología.....	15
2.2 El estado del arte sobre los aspectos psicológicos de la infertilidad y de la RMA	19
3. ENSOÑACIONES DIURNAS Y FANTASIAS INCONSCIENTES: EL DESEO EN PSICOANÁLISIS	25
3.2 El deseo de hijo según Freud.....	27
3.2 El deseo de hijo: algunas especificaciones desde Lacan	32
3.3 El deseo de hijo según el psicoanálisis contemporáneo: algunas puntualizaciones conceptuales	38
3.4 La transparencia psíquica	42
4. DESEO DE MATERNIDAD Y FANTASÍAS ASOCIADAS	46
4.1 El valor del hijo en la sociedad contemporánea	46
4.2 La maternidad en Chile: algunas especificaciones históricas.....	49
4.3 Los dispositivos de control y el Otro	54
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
6. MARCO METODOLÓGICO	59
6.1 Enfoque	59
6.2 Diseño	63
6.2.1 Técnica	63
6.2.2 Muestra.....	65
6.3 Consideraciones éticas	69
6.4 Análisis.....	69

7. RESULTADOS.....	72
7.1 Historias individuales.....	72
7.1.1 Carla.....	73
7.1.2 Mariela.....	76
7.1.3 Josefina.....	78
7.1.4 Paula.....	81
7.1.5 Linda.....	83
7.1.6 Johana.....	86
7.1.7 Camila.....	88
7.2 Experiencia de confrontación con la infertilidad y uso de la RMA.....	91
7.2.1 El proyecto vital.....	91
7.2.2 Reacciones individuales frente a la imposibilidad de concebir.....	93
7.2.3 Reacciones individuales frente al diagnóstico.....	95
7.2.4 El uso de la Reproducción médicamente asistida.....	97
7.3 Vivencia del embarazo e imaginación sobre el niño.....	101
7.3.1 La experiencia física del embarazo.....	102
7.3.2 Figuración y espacio físico del niño.....	104
7.3.3 Investidura del niño en los embarazos mellizos.....	105
7.3.4 La elección del nombre.....	105
7.4 ¿Cuál niño imaginario?.....	107
7.5 Discusión de los resultados.....	114
7.5.1 Los tres niños en psicoanálisis.....	115
7.5.2 Los tres niños y la RMA.....	120
8. CONCLUSIONES.....	125
REFERENCIAS.....	132

INTRODUCCIÓN

Esta investigación nace a partir de un interés personal madurado a lo largo de mi formación académica sobre el tema de la infertilidad, siendo la continuación de un trabajo de tesis de pregrado¹ y de una posterior investigación exploratoria en el marco de una práctica profesional en un hospital universitario en Italia². En este tiempo, la investigación apuntaba a identificar la presencia de posibles factores de riesgo de estrés en parejas que se aproximaban por primera vez a la Unidad de Medicina Reproductiva para buscar un tratamiento para la infertilidad. Sin embargo, mi presencia como investigadora en los pasillos hospitalarios se convirtió en un recurso para las enfermeras saturadas por el sufrimiento de mujeres que transitaban la Unidad ya hace cierto tiempo, y que, por lo mismo, no podían participar de la investigación. Las enfermeras, quienes estaban encargadas de filtrar mis informantes, se “equivocaban” con frecuencia.

Rápidamente se produjo un canal de derivación sin que yo lo pidiera. Empecé a darme cuenta de la enorme necesidad del psicólogo clínico en estas clínicas para la infertilidad y de la exigencia de poder escuchar sin prejuicios, más allá del conocimiento previo de los factores de “estrés” que pudiesen prever el éxito del tratamiento. No obstante, este carácter predictivo era lo que hacía que mi investigación fuera relevante a los ojos del equipo médico: es así que yo había buscado la única forma posible de familiarizarme con la práctica clínica, sometiéndome a las leyes del mercado de la Reproducción Médicamente Asistida (RMA). Lo anterior persiguiendo el fin de conocer una realidad que sólo había podido explorar indirectamente a través de un trabajo de tesis que, más que ser un punto de llegada en el camino para entender los correlatos psicológicos de las mujeres infértiles, había dejado abiertas muchas interrogantes.

Asimismo, al término de esta investigación sentí que había que seguir pesquizando. Estaba consciente de que en el contexto hospitalario no había encontrado la disposición para acoger

¹ Rossi, A. (2012). *Sterilità: dalle difese al dolore* (Tesis de pregrado). Università degli Studi di Genova, Genova, Italia.

² Istituto di Ricovero e Cure a Carattere Scientifico per l'Oncologia – IRCCS AOU San Martino – Ist.

una escucha distinta (que era evidentemente necesaria). Si bien había resultado ser un alivio en las tardes de las enfermeras, tal escucha podía resultar algo incómoda para los médicos. Mientras tanto, me preguntaba qué podría estar pasando con este mismo tema en Chile, donde había tenido la oportunidad de vivir durante el tiempo de otra práctica profesional, esta vez en una clínica de una Escuela de Psicología³. De este modo, pude darme cuenta que en Chile –tal como en Italia– aún había mucho por hacer en cuanto a la cuestión de la infertilidad, en distintos niveles y por mano de distintos profesionales, y que las condiciones en las que se ofrecía el tratamiento eran necesariamente distintas debido antes que todo a un sistema de salud muy diferente del italiano.

Bajo estas premisas se desarrolló el siguiente proyecto, persiguiendo por un lado el insaciable hambre de conocimiento sobre el tema, esta vez bajo una perspectiva psicoanalítica, y por el otro, el fin de intervenir concretamente en un contexto en el que todavía faltan políticas claras y donde el dialogo entre psicoanálisis y biotecnologías parece estar cerrado. Esta segunda finalidad concierne la relevancia de este estudio, y sobre ella habrá que detenerse más adelante. En cuanto a la primera finalidad, merece la pena recordar la importancia que tiene el deseo del investigador en la posibilidad que su propia pesquisa pueda desarrollarse alrededor de un problema que, más allá de surgir de un interés personal, requiere ser consistente para la comunidad científica. Y como muchas veces la realización de un deseo es demorada o dificultada por la realidad, tal como acontece en las mujeres con problema de infertilidad que buscan tener un hijo, también en la realización de un trabajo de investigación su autor puede toparse con distintos factores, personales o institucionales, que le impiden ver con claridad todas las facetas del problema a pesquisar. Tales obstáculos se hacen enemigos o aliados de su mismo deseo el cual, desde su irracionalidad o dificultad de tolerar la larga espera para encontrarse con su objeto, puede apaciguarse o dirigirse a nuevos objetos a invertir. En tal sentido, no necesariamente la frustración del deseo conlleva su desaparición, ni tampoco constituye una catástrofe psíquica subjetiva. Si fuera esta la única posibilidad, todos los impedimentos que existen en la investigación científica harían desistir a cualquier investigador: aún más a un inexperto tesista. Puede ser que ello acontezca. Pero los

³ Clínica de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

inesperados vuelcos del deseo enseñan que cada cual es susceptible de encontrar motivaciones o recursos en los objetos que para otros, en cambio, constituyen una fuente adicional de frustración.

Lo anterior habría de ser tenido en consideración al formular el problema de la presente investigación, ya que este se ha ido formando y desarrollando a partir de la suspicacia hacia algunos aportes psicoanalíticos que se enfocan en una supuesta pérdida del deseo vinculada a lo traumático que sería la técnica RMA. Cabe entonces situar algunos antecedentes relativos a esta cuestión, para presentar el problema que guiará las reflexiones de este estudio.

1.1 Planteamiento del problema.

En el discurso médico, el niño RMA⁴ es un objeto, el resultado del encuentro de gametos previamente manipulados, y el embarazo la puesta en funcionamiento de sustancias hormonal. De ahí que se entiende la fertilización asistida como una serie de actos médicos que buscan asistir la procreación. Sin embargo, Chatel (1996) precisa que solo algunos de los métodos RMA se pueden considerar como un acompañamiento al proceso de embarazo. Otros, como la inseminación *in vitro*, se presentan más bien como técnicas sustitutivas y constituyen, en este sentido, verdaderas nuevas formas procreativas. En principio, parece importante reflexionar acerca de esta última idea que la psicoanalista propone. En el discurso analítico lo simbólico viene a ordenar lo real en el mismo momento en que este es pensado o hablado. De este modo, el niño se reconocería como el resultado de un encuentro sexual investido de sentidos simbólicos que, independientemente de cómo acontezca, tiene una vertiente real cuyo conocimiento es parcial y necesariamente subordinado a la simbolización. La idea que la concepción *in vitro* se constituya como una manera distinta de procrear, dejaría abierta la posibilidad de que esta significación simbólica, inscrita por cada cual a partir de su historia, sea olvidada en favor de una idea de concepción “natural” presente en el discurso médico y, como veremos, en el lazo social.

⁴ Para facilitar la lectura, en este trabajo se utilizará el término RMA también con el valor de adjetivo, a entenderse como aquello que se caracteriza por ser producido o hacer uso de la Reproducción Medicamente Asistida.

Si admitimos de entrada la existencia de discursos que moldean la noción de concepción, no ha de sorprender la opinión de muchos autores psicoanalíticos (Francesconi y Scotto, 2005, Grosso, 2010, Vigneri, 2011, Garetti, 2012) según quienes la fertilización *in vitro* estimularía fantasías incestuosas reprimidas que, al despertar, traerían consigo la angustia de hacer posible un imposible, es decir, negar el límite impuesto por la realidad de la infertilidad. Si lo anterior llegara a acontecer, la mujer habría que enfrentarse con la angustia vinculada a conflictos latentes, lo cual sería posibilitado por defensas muy primitivas a la vez que la medicina vendría a aliarse con su deseo consciente de ser madre. Frente a la propuesta de RMA como solución concreta al problema infertilidad, los repetidos y acérrimos intentos de lograr el embarazo serían vistos como lo que permitiría a las mujeres mantenerse lejos del sufrimiento, de la rabia y de la humillación. Tal actitud sería posibilitada por la RMA, siendo esta responsable de activar una escisión que dificultaría la posibilidad de entrar en contacto con el deseo real y negado, mientras una parte del Yo permanece consciente y acepta someterse a las terapias (Garetti, 2012). Lo anterior daría cuenta de la mencionada imposibilidad de elaborar la falta y aceptar el límite impuesto por la infertilidad como real. En línea con ello, según Grosso (2010) y Vigneri (2011) las terapias conllevarían necesariamente la pérdida del deseo para quienes la ocupan: el niño entraría en la serie de objetos queridos, pero no deseados, en una tensión cuyo fin es postergar la consciencia del duelo y del fracaso. Estos planteamientos nos parecen algo radicales: tendiendo a la generalización, ellos olvidarían que la RMA se constituye como una solución para aquellos individuos que, enfrentados al dolor de la infertilidad, buscan salir de dicha situación más que resignarse pasivamente a ella. En la concepción intervienen las apuestas inconscientes de cada cual, así como las significaciones simbólicas que se producen en el encuentro con el Otro. Cabe imaginar entonces un número infinito de posibilidades de tramitar el significado asociado al uso de la técnica. Sin embargo, la literatura pareciera dar cuenta exclusivamente de lo patológico de esta experiencia, como si todas las mujeres que la vivencian presentaran la misma estructura y desearan de la misma forma. O bien, que el mismo uso de la técnica tuviese un carácter necesariamente traumático, llevando consigo la mortificación del deseo. Aun si fuera así, más que decir que la RMA es culpable de la que pareciera “una caída desde la estructura neurótica a otra más primitiva” y de “un desliz del deseo a la necesidad”, ¿no

sería interesante pensar en cómo intervenir para ayudar a las mujeres en aproximarse a las biotecnologías de manera distinta? En el fondo, el deseo de hijo y su voluntad consciente son lo primero que los médicos escuchan: no se puede prever lo que el sujeto hará con la técnica, sino que acompañarlo en las etapas de este encuentro, escuchando cómo el deseo va mostrándose u ocultándose, y apoyando la posibilidad que hayan otras investiduras libidinales que permitan tolerar la falta y la espera.

Análogamente, si los antecedentes estuvieran dando cuenta de una problemática cuya aparición se relaciona etiológicamente con el uso de las técnicas, cabría preguntarse por su impacto en la posterior relación madre hijo, ya que la planteada caída del deseo deja abierta la posibilidad que el hijo se transforme en un otro de-subjetivado, único responsable de la supervivencia psíquica materna. La imaginación acerca del niño durante la gestación se constituye como un elemento central para dar cuenta de esta futura relación: en literatura (Aulagnier, 1994; Bydlowsky, 2003; Piccinin *et al.*, 2007) se señala que este trabajo imaginativo da cuenta de una primera investidura que la mujer puede hacer de este otro que aún no existe por sí mismo, como cuerpo separado de ella. Esta imaginación sería favorecida por la transparencia psíquica (Bydlowsky, 2007), un particular estado psíquico caracterizado por una mayor permeabilidad de la barrera que separa consciente e inconsciente, determinando el surgimiento en la consciencia de numerosos recuerdos infantiles y el aumento de la actividad onírica.

Lo anterior se resume en el conjunto de representaciones que Lebovici (1983, 1995) llama niño imaginario: no sólo la figuración del niño, sino que también lo que atestiguaría el deseo de hijo históricamente determinado y resignificado a la luz de la situación actual de la mujer. El presente estudio nace a partir de la idea que, si la RMA afectara el deseo de la mujer, tal como la literatura propone, la representación el niño imaginario en las mujeres que la ocupan se vería a su vez afectada de alguna manera. El embarazo se constituye como un escenario complejo y al mismo tiempo privilegiado para acceder a representaciones que se pesquisarían con mayor dificultad en un relato de un sujeto neurótico cuya escucha se sitúe fuera del trabajo analítico y, en nuestro caso particular, durante el tiempo en el que se está haciendo uso de la RMA sin que esta aún haya dado resultados positivos. Nuestra pregunta de investigación, entonces, nace a partir de la necesidad de tomar distancia de los posibles

sesgos presentes en literatura: si la capacidad representativa fuese realmente comprometida por la pérdida del deseo supuestamente desencadenada por el uso de la RMA, la esperada sobreinvertidura relacionada a las representaciones que forman el niño imaginario podría no aparecer. Esta ausencia, a su vez, daría cuenta de un traumatismo o de peculiaridades estructurales, o bien, las representaciones del niño podrían presentar características singulares, permitiéndonos zanjar la cuestión. En este sentido nos preguntamos:

¿Cómo se manifiesta el fenómeno del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la reproducción asistida?

1.2 Psicoanálisis y RMA: relevancia del problema en el contexto chileno.

Según Lebovici (1983), la investigación sobre el niño imaginario debería poder incorporar poblaciones de gestantes que se caractericen por ciertas especificidades. En lo específico, sería importante que se dirigiera a mujeres cuya situación actual se caracteriza por condiciones potencialmente desfavorables por edad (ej. embarazo adolescente), estatus socioeconómico, embarazo múltiple, por infertilidad propia o de pareja y por concebir tras RMA. Aunque estas últimas condiciones nos interesan particularmente, la presente investigación no nace a partir del intento de proseguir el trabajo inaugurado por Lebovici, cuyos estudios de médico y psicoanalista apuntaban primariamente a crear un puente entre la teoría del apego y el psicoanálisis. En este sentido, parece importante recordar que, tal como veremos más adelante, las condiciones en las que se dan hoy la infertilidad y el uso de la RMA son muy distintas de las que podían ser en los años en los que Lebovici presentó su trabajo. Además, el autor no especifica por qué estas condiciones, más allá de lo que pueda sugerir el sentido común, constituirían una desventaja para la mujer y de qué manera se podría suponer que el trabajo imaginativo acerca del niño imaginario en dichas circunstancias sería distinto. A continuación intentaremos delinear lo relevante de estudiar el niño imaginario en el contexto de la RMA en Chile, destacando en un primer momento la especificidad de nuestra posición como psicoanalistas y como investigadores.

Como destaca Tort (1994), si bien existe una aproximación teórica del psicoanálisis al tema de la RMA que no contrasta con la biología, no se puede afirmar lo mismo en cuanto a la práctica clínica. Esto es algo esperable, ya que los objetivos de las dos disciplinas no coinciden. El médico colabora efectivamente con psicólogos clínicos, pero el fin de esta colaboración es detectar eventuales señales psicopatológicas incompatibles con la demanda de RMA e investigar las “motivaciones profundas” que la encausan, como si el éxito del tratamiento dependiera de estas.

Según el autor, lo anterior aumentaría en complejidad toda vez que el psicoanálisis, por un lado, se deja fascinar por las ideas que surgen del pensar una separación entre sexualidad y reproducción, y, por el otro, pretende decir la verdad sobre la procreación, olvidando que el único que posee la verdad es el sujeto. Al caer en estas tentaciones, se estaría contribuyendo a expropiar a la mujer de la posibilidad de decir y de decidir sobre su cuerpo, desconociendo su saber. Si ya la medicina tiende a hacer esto, y el ámbito de la medicina obstétrica lo atestigua plenamente (Sadler, 2004), la causa ha de ser buscada entre las pretensiones de objetividad científica que los psicoanalistas deberíamos rehuir.

Por lo tanto, contra el primer riesgo, reconocemos con Tort (1994) que la separación entre sexualidad y procreación existe desde que sabemos que el deseo sexual depende de circunstancias psíquicas que poco tienen que ver con la reproducción. Si bien a nivel inconsciente la unión de sexualidad y procreación es imprescindible, en cuanto la escena primitiva reside en la fantasía relacionada al origen de uno en el coito, técnicamente se trata de una ilusión, ya que la fecundación raramente acontece en correspondencia con la relación sexual. De este modo, las razones biológicas e inconscientes de la procreación nunca coinciden. Lo anterior permite un alejamiento del determinismo biológico: sin querer quitar la importancia a la teoría sobre sexualidad difundida por Freud (1905) a partir de los *Tres Ensayos*, tenemos que recordar que también existe otra sexualidad, y que es esta la que responde al deseo, diferenciándonos los humanos de los animales. Por lo tanto, concordamos con Tort (1994) sobre la necesidad de definir atentamente la noción de concepción, tomando en cuenta el contexto histórico - cultural en el cual se ha desarrollado y los dispositivos que la han mantenido invariada.

Contra el segundo riesgo, la pretensión de constituirse como disciplina poseedora del saber sobre la reproducción, es necesario que redefinamos o mantengamos bien claro el objetivo de las reflexiones e investigaciones en este ámbito: representar al sujeto y su posibilidad de palabra, evidenciando las apuestas inconscientes de la RMA. Como ya se adelantó, los psicoanalistas a veces cometen el error de posicionarse en favor o en contra de las mismas técnicas, dejándose involucrar en el carácter investigativo y de experimentación que es propio de lo novedoso, y buscando de este modo agregar algo nuevo a lo que ya existe. En este sentido, como destaca Tort (1994) los psicoanalistas “contra RMA” denuncian a la técnica y sus beneficios, sosteniendo la etiología psicósomática de la infertilidad y buscando solucionarla levantando lo reprimido. No serían mejores los psicoanalistas “pro RMA”, quienes sin darse cuenta empiezan a trabajar aliándose al médico, o de manera parecida, negando sistemáticamente la idea que la RMA no sea terapéutica. A tal propósito, hay otro aspecto que podría dificultar aún más la colaboración entre el psicoanalista y el médico: el carácter enigmático del estatuto terapéutico de la RMA (Chatel, 1996; Tort, 1994). No queda claro si la RMA sea una cura o, más bien, la sustitución de una función en relación a una discapacidad. Si en la tradición médica clásica se recibe una terapia a raíz de síntomas, en la medicina reproductiva la RMA constituye la respuesta a una demanda que no surge de una enfermedad, sino que de un deseo. La pregunta que puede surgir para los psicoanalistas, entonces, tendría mayor pertinencia si formulada en relación al uso que cada sujeto hace de la RMA, lo cual para nuestros intereses adquiere relevancia, pues el niño imaginario vendría a surgir (o no) en dos situaciones distintas: una en la que la mujer seguiría siendo infértil, la otra en la que ella se sanaría de su “enfermedad”.

A la luz de estas consideraciones resulta evidente que cuando el psicoanálisis empieza a pisar el delicado terreno de la RMA, tropieza desde el comienzo con numerosas y complejas cuestiones sobre las que no es fácil reflexionar, siendo estas materia de estudio y discusión también del derecho y de la bioética. Además, la ciencia médica es la disciplina elegida para la detención del saber sobre el tema por lo que cabe dar cuenta de la posición que la medicina tiene en materia de RMA, existiendo una brecha entre lo conocido y la práctica clínica, pues los alcances de esta dependen de factores contextuales de orden legislativo, económico y cultural.

En cuanto a las directivas a las que los médicos se remiten universalmente, en el 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la reproducción médicamente asistida como la “Reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o donante” (s.p.). Se especifica además que las TRA son “todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación *in vitro* y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. La TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante” (s.p.). Además, se define a parte la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) como el “procedimiento mediante el cual un solo espermatozoide es inyectado en el citoplasma de un ovocito” (s.p.)⁵. En la mayoría de los casos, son las mujeres con problemas de infertilidad médica propia o de pareja las que se aproximan al uso de estos métodos.

El Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI)⁶ señala que en Chile la infertilidad afecta al 10% de las mujeres en edad fértil, porcentaje en aumento constante (Castro, s. f.). Este dato daría cuenta de que la esterilidad podría llegar a ser un problema social; sin embargo, y en línea con el contexto económico neoliberal, en Chile no existe reconocimiento legal para el uso y desarrollo de las tecnologías de reproducción asistida, por lo que los diferentes centros establecen sus propios marcos normativos. Existen sólo un documento ministerial (1.072/1985) que define normas sobre fertilización *in vitro* y transferencia embrionaria, aplicable sólo a los centros públicos, la ley 19.585 del 1998 que determina la

⁵ En este estudio no se considerarán los casos en los que se aplicó el DGP, definido por la OMS (2010) como: “el análisis de cuerpos polares, blastómeras o trofoectodermo de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones específicas, genéticas, estructurales, y/o cromosómicas” (s.p.). Este diagnóstico abre la posibilidad de elegir o desechar el embrión que se implantará, lo cual no solo implica planteamientos éticos, sino que puede estimular fantasías inconscientes que complejizarían el objeto de estudio.

⁶ Organismo perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ubicado en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

paternidad legal de los que se someten a RMA, y la ley 20.120 que prohíbe la destrucción de embriones para la obtención de células madres (Castro, s. f.). Esta situación, que debemos leer a la luz de cuanto planteábamos en el anterior párrafo en relación al discutible estatuto terapéutico de la RMA, sugiere que las únicas leyes a las que estaría sujeta su oferta son aquellas del mercado, mientras que su demanda se organiza y regula a través del discurso biomédico.

Lo anterior abre interrogantes sobre la inducción de la demanda, tema central en la reflexión psicoanalítica, y sobre el rol del psicólogo en los centros de RMA, siendo su posición cuestionable en la medida en que la salud mental sigue presentándose asociada a porcentajes de éxito, y que consecuentemente la comunicación de los resultados de los tratamientos podría responder a una lógica mediática más que científica (Chatel, 1996; Tort, 1994).

En Chile, la mayoría de los centros de reproducción asistida acuden a psicólogos de orientación cognitivo conductual para el manejo del estrés ligado a la condición de infertilidad y a sus terapias. Este malestar, y los casos que requieren atención prioritaria, se detectan en un principio con un Cuestionario de Calidad de Vida en la Infertilidad (FertiQoI, 2008) cuya aplicación es recomendada en la Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad del Ministerio de la Salud (MINSAL, 2015). Una vez que se logra el embarazo, las mujeres siguen con un plan de controles ginecológicos estándares, el mismo al que acuden mujeres cuyo embarazo es natural, a excepción de situaciones que requieren de un seguimiento médico particular (matrona, comunicación personal, 7 de junio 2017).

En cuanto a la salud psicológica de las gestantes, el sistema de salud chileno se preocupa que para toda mujer embarazada haya una detección precoz de los factores de riesgo de depresión durante los controles en los centros de salud. Estos factores son detallados en el Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento (2014), único protocolo en el ámbito de salud mental, como si la depresión y ansiedad asociadas fueran los únicos aspectos a considerar para detectar el malestar durante y después de la gestación. En esta guía no se indica quién se encargará de esta detección, pero se definen cuáles son los factores de riesgo, las medidas a seguir cuando se detecten y las posibles intervenciones psicoterapéuticas durante el embarazo. Lo que nos parece discutible y relevante para el presente estudio es el hecho que, si bien existe un marco conceptual de

referencia en el que se hace mención a la infertilidad como una de las posibles causas de depresión post parto, esta no aparece posteriormente entre los factores de riesgo enumerados. Además, en la Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad (2015) esta relación no se menciona. Por un lado, ello da cuenta de cómo el malestar se relaciona de manera exclusiva a signos observables y síntomas que, si bien son auto-reportados, también son elegidos dentro de las convenciones psiquiátricas. Por el otro, nos sugiere que más allá de la detección del estrés durante el tratamiento, no hay una identificación precoz o una preocupación para lo que podrá acontecer a nivel psicológico una vez que empiece el embarazo. En este momento tampoco se le dará mucho peso a la previa infertilidad, aunque se admite casi como por un lapsus fortuito que esta condición tiene cierta relevancia.

Considerado lo que también se mencionaba en cuanto a la ambigüedad del carácter terapéutico de la RMA, estimamos que el diagnóstico de infertilidad no se puede asumir como elaborado y ser olvidado por los profesionales una vez que se logre el embarazo. Es por ello que parece importante que el Ministerio de la Salud pueda dar cabida a estos embarazos en estas o alguna otra guía, y tal vez abrir este espacio a partir de un mayor interés hacia la investigación. En este sentido, la presente investigación busca “levantar el velo de la represión” que parece existir en relación al tema, una represión tan masiva que se advierte leyendo las guías del MINSAL, pero también conversando con los psicólogos que trabajan contratados por cuatro horas semanales en las clínicas de RMA.

A partir de lo anterior, más que tomar una posición en favor o en contra del poder que tiene el discurso biomédico, y asumiendo el lugar de dicho discurso en la organización de la sociedad, la presente investigación intenta responder a una pregunta que no se detiene en la suspicacia sobre la RMA. Más bien, ella intenta dar cuenta del aporte que el corpus teórico del psicoanálisis pueda entregar al tema y de cómo este puede abrir el paso a una colaboración genuina entre distintos profesionales.

En base a lo anterior, la presente investigación tiene relevancia en cuanto aporte novedoso a un tema que no ha sido objeto de estudios empíricos en este país, menos desde el psicoanálisis. Su objetivo apunta a describir el fenómeno del niño imaginario en las mujeres cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la RMA, siendo este el objetivo general de la presente investigación. Lo anterior implica describir todas aquellas variables que

podrían contribuir a la figuración del niño imaginario que remiten a estas constituyentes, a saber, no sólo la experiencia de infertilidad y uso de la RMA, sino que también las características biográficas que contribuyen al desarrollo del proyecto de filiación de estas mujeres y las eventuales distintas figuras que el niño puede tomar en sus relatos. Para estos objetivos se utilizó una entrevista biográfica abierta y flexible, de manera que las preguntas surgieran durante la misma, basándose en detalles que pudiesen aparecer en relación a la descripción presente en literatura sobre el niño imaginario. Se entrevistaron siete mujeres con características distintas desde el punto de vista del historial médico, luego se analizó el material con un análisis de contenido temático, discutiendo los resultados a la luz de antecedentes de otras investigaciones, para indicar aspectos corroborados o contrariados. En este sentido, el trabajo tiene una sistematización teórica en función de la misma definición de niño imaginario. En el primer apartado se presentarán los antecedentes empíricos sobre la infertilidad, el uso de la técnica y los embarazos obtenidos tras esta, entendiendo que tales variables constituyen la *situación actual* de la mujer, una de las más amplias constituyentes del niño imaginario. Posteriormente, se volverá a la definición extensa de este, no solo con el objetivo de aclararla bajo las coordenadas psicoanalíticas que Lebovici (1983, 1995) considera pertinentes para su propuesta, sino que también para complementarla, con aportes más recientes. Lo anterior debido que, si el inconsciente es atemporal por definición, es tarea del psicoanálisis mantener abierta la investigación y el diálogo entre lo conocido y lo nuevo para no constituirse erróneamente como un paradigma rígido, inmutable en el tiempo e insensible a la realidad. De ahí que veremos como no solo el niño imaginario, sino que también el niño fantasmático y el niño real, ambos definidos por Lebovici por diferenciación en su relación al primero, podrían conceptualizarse bajo las coordenadas que los autores ofrecen para pensar en el deseo de hijo, cuestión sumamente central en psicoanálisis. De este modo, este apartado se construye alrededor de las *ensoñaciones diurnas y fantasías inconscientes* que según el autor contribuyen a la formación del niño imaginario.

Finalmente reflexionaremos sobre el *deseo de maternidad y fantasías asociadas*, a saber, el lugar que tienen la maternidad y los hijos en el Chile actual. Estos aspectos dan cuenta de un proyecto vital vinculado a la posición de la mujer en la sociedad y, consecuentemente, de los dispositivos que permiten que la maternidad se mantenga en un lugar simbólico particular.

Debido a que se trata de factores propios del niño imaginario que, al mismo tiempo, dan cuenta de los discursos presentes en la actual sociedad chilena, es decir, del contexto más amplio en el que la misma investigación se desprende, se expondrán estos factores al final del marco teórico. Luego, se expondrá la modalidad escogida para aproximarse al problema siendo nuestro enfoque de tipo cualitativo, basado en la perspectiva biográfica de los relatos de vida. Se trata de un enfoque cuya elección se justifica en la necesidad de pesquisar los hechos no tanto por su objetividad, sino que por la manera en la que los informantes los significan subjetivamente. Los datos se recolectan con una entrevista abierta que apunta a identificar las constituyentes del niño imaginario a partir de las experiencias individuales de cada informante, sin pretensiones de homogeneidad. La misma muestra se ha construido de manera heterogénea, bajo criterios de accesibilidad que toman en consideración: el diagnóstico, el tipo de técnica de RMA ocupada y la edad gestacional. Finalmente se presentarán los resultados del análisis de contenido temático, técnica que permite comparar los casos en base a categorías descriptivas e interpretativas, estas últimas construidas a partir de los conocimientos psicoanalíticos previos. Los resultados serán discutidos con los antecedentes presentados, buscando establecer puntos de contacto con la literatura pre-existente y otros que, pese a no aparecer en esta, tienen un lugar central en el presente estudio. En lo específico, veremos como el niño imaginario parece no estar afectado negativamente por el uso de la RMA, siendo esta un elemento que solo bajo determinadas circunstancias podría aparecer en asociación a las problemáticas señaladas en literatura respecto al deseo de hijo. Dicho de otro modo, los resultados muestran cómo durante el embarazo surgirían representaciones que dan cuenta de la presencia de un deseo de hijo cuya formación remonta a la infancia tal como acontece en las mujeres que no acuden a la RMA. Por otro lado, existirían factores propios de la actualidad de la mujer que influyen parcialmente en la mantención de este deseo. Entre ellos, la técnica misma, que vendría a constituirse como un soporte del deseo, más que anularlo. De este modo, se concluye que la RMA puede ser vivenciada por las mismas mujeres como una nueva forma de concebir. Sin embargo, en la mayoría de los casos ellas pueden elaborar tal diferencia hasta borrarla en función de la realización del proyecto filial.

La procreación, entonces, siempre es artificial pues sometiéndose al lenguaje y a la cultura pierde el carácter natural que se le atribuye independientemente de cómo ella acontezca o haya acontecido a lo largo de la historia.

2. LA SITUACIÓN ACTUAL

Tal como se señaló en la introducción, la condición de infertilidad y la reproducción medicamente asistida son variables que, cuando presentes, vienen a constituir la situación actual de la mujer. Entendiéndose esta como una de las constituyentes del niño imaginario, el estudio de ambas condiciones se hace imprescindible.

Se trata de circunstancias que surgen en el intento de realizar el proyecto de maternidad, provocando un quiebre entre el escenario esperado y la realidad. Lo anterior no significa que necesariamente la construcción del niño imaginario se vea afectada por estas condiciones, y que aquel niño sea otro respecto al que habría sido si la infertilidad no se hubiese presentado, pues esto es lo que el presente estudio intenta interrogar. Sin embargo, resulta necesario conocer las variantes objetivas de estas condiciones y el estado del arte sobre el tema: solo a partir de ello sería posible tomar distancia de las respuestas que la literatura empírica sugeriría el intento de entender el objeto de estudio niño imaginario y plantear consecuentemente el problema de investigación.

2.1 La infertilidad: definición y epidemiología

La infertilidad va constituyéndose cada día más como un problema social. Ello se debe a múltiples factores: la difusión de enfermedades sexualmente transmisibles, factores ambientales y hábitos (fumo, alcohol, trabajo sedentario, ritmo de vida) que influyen directamente en la capacidad generativa de hombres y mujeres (Ardenti y La Sala, 2003). Además, estos factores incluyen los profundos cambios sociales que favorecen la tendencia a postergar en el tiempo el proyecto de maternidad (González, 2012). Este aplazamiento se puede entender a partir del actual discurso sobre la maternidad y sobre la condición de la mujer, discursos cuyo estatuto trasciende todas las dimensiones que constituyen el niño imaginario y cuyas coordenadas históricas serán analizadas detenidamente más adelante.

Los datos brutos de los que disponemos acerca de la fertilización asistida son escasos y nos ofrecen una idea parcial relativamente de lo que acontece en Chile en tema de infertilidad. Si bien existe un dato del Ministerio de la Salud que da cuenta de una baja de la tasa de

fecundidad a partir del 2003, siendo de 1,9 hijos por mujer mayor de 19 años, (MINSAL, 2014), ello ha de ser leído, según el documento ministerial, como consecuencia de una mejora de las políticas públicas para la planificación familiar. Sin prejuicio de lo anterior, podríamos suponer que la disminución de los nacimientos se relacione también al aumento de los casos de infertilidad y que estos varios cambios sean el reflejo de lo que acontece política, económica y socialmente.

Según el Registro Chileno de Técnicas de Reproducción Asistida (Schwarze *et al.*, 2014), en el 2011 solo los siete centros inscritos reportaron 1.918 ciclos de reproducción asistida. Se trata del dato más reciente del que actualmente disponemos para dar cuenta de lo que acontece en cuanto a RMA a nivel nacional. El hecho que este número solo abarque los datos de algunos centros sugiere que las mujeres que acuden al dispositivo médico para lograr un embarazo (independientemente que sea por una infertilidad o por otras causas) son muchas más. La ausencia de antecedentes más específicos podría ser debida a la misma privatización de la oferta de la RMA, que deja suponer una competencia entre los diversos centros existentes en el territorio, justificándose por ende la ausencia de una coordinación entre ellos. Por otro lado, tal ausencia se explicaría por la más amplia dificultad de sistematización con respecto a lo que tiene que ver con la infertilidad y sus terapias: sus causas, su definición, las normas que regulan su tratamiento, son algunas de las cuestiones más debatidas, probablemente por la complejidad ética que conlleva el enfrentamiento de este tema y por la gran amplitud del abanico de los posibles diagnósticos.

A tal propósito, cabe señalar que en literatura existe una cierta confusión entre infertilidad y esterilidad. Cecotti (2004) propone una diferenciación basada en la imposibilidad de concebir (esterilidad) *versus* aquella de llevar a cabo un embarazo (infertilidad).

Según Tort (1994), el discurso médico anula esta distinción bajo la lógica de la producción de la infertilidad: históricamente hablar de esterilidad había permitido llamar a colación sus factores causales (intervenciones de la infertilidad, anticoncepción, enfermedades sexualmente transmitidas, abortos) que, siendo parte del mismo sistema médico, son principalmente sociales. En cambio, hacer referencia a la infertilidad implica enfocarse sobre las soluciones y considerar la amplia oferta que el mercado ofrece de estas.

En una línea muy similar, Chatel (1996) habla de una medicina de la procreación subjetivamente esterilizante, refiriéndose con ello al aumento de las solicitudes de atención por infecundidad que tiene su origen en el dispositivo médico mismo.

La Organización Mundial de la Sanidad (OMS) solo ocupa el término infertilidad, descrita como “*enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas*” (OMS, 2016). A la luz de tal indicación, en la presente investigación los términos esterilidad e infertilidad serán ocupados como sinónimos, asumiendo la centralidad de lo que Tort (1994) señala a propósito del abandono del término esterilidad, abandono que justifica y da cuenta de los cambios de un modelo médico basado en la actualidad en la creación de la demanda. Más allá de la definición correcta y de los efectos que el uso de uno u otro término podría tener en las mujeres que acuden a la RMA, la literatura empírica revisada no especifica el tipo de infertilidad de los sujetos participantes. Sin embargo, estas diferenciaciones sí existen. La OMS distingue entre infertilidad primaria y secundaria. En el primer caso, la mujer tiene problemas de infertilidad a partir de sus primeros intentos de tener un hijo, mientras que en el segundo estos problemas aparecen después de un anterior embarazo llevado a cabo.

Las causas de la infertilidad también son determinantes respecto a su tipología, y pueden ser:

1. Femeninas, cuya explicación médica puede ser mecánica (oclusión de las tubas, graves adherencias pélvicas, endometriosis), inmunológica (anticuerpos anti-espermatozoides), debida a problemas ováricos (síndrome de Turner, menopausia precoz), de ovulación (ausente o irregular) o a enfermedades previas (Cecotti, 2004).
2. Masculinas: los espermatozoides no pueden fecundar los óvulos debido a alteraciones en la movilidad, número, morfología u otras alteraciones funcionales (Ardenti y La Sala, 2003).

Además, existen casos de infertilidad cuya causa es desconocida, hablándose en este caso de “infertilidad sin causa aparente”, cuyo porcentaje es del 30% (González, 2012). Estas infertilidades, más comúnmente conocidas como “psicógenas”, han sido por largo tiempo objeto de interés por parte de la investigación psicoanalítica en el intento de identificar un factor causal común que pudiese explicarlas. Para los diversos aportes en este ámbito (Deutsch, 1945; Langer 1951; Benedek 1952), sería la relación arcaica que la mujer tiene con

la madre a jugar un rol central en la determinación de la infertilidad. Esta se explicaría como un bloqueo de la transmisión de la autorización a concebir en la relación madre – hija. Sin embargo, este rasgo común no abarca por completo la cuestión de la infertilidad, ya que no permite responder a la pregunta por la estructura a la que subyace la esterilidad.

De este modo, cualquier hipótesis etiológica a la base de la esterilidad “psicógena” nos parece imposible de sostenerse, apuntando a naturalizar el conflicto a la base de la infertilidad. Lo anterior asumiendo que para el psicoanálisis el síntoma representa una vía de acceso a la singularidad del sujeto, y que en cada cual la pertenencia a una u otra estructura depende – al menos en parte – de la relación a la madre como otro primordial, cuestión que desarrollaremos más tarde, al introducir la cuestión del deseo en psicoanálisis.

Además, como destaca Chatel (1996) los sucesos del cuerpo femenino, el mismo embarazo, convocan siempre la relación entre la mujer y su madre, independientemente de lo conflictivo que haya sido tal vínculo para el sujeto. Esto, a su vez, es lo que confluirá en el niño imaginario: vivencias y fantasías asociadas a la infancia de la mujer grávida, a su historia relacional con su propia madre. En este sentido, que esta historia haya determinado la infertilidad, que algunas representaciones relacionadas a tal historia reciban una sobrecarga libidinal por la imposibilidad de concebir, o bien, que tales representaciones aparezcan recién con el embarazo logrado, todas estas posibilidades no son relevantes en la pesquisa dirigida a la mujer que ha presentado problemas de infertilidad.

Según Chatel: “para que una mujer pueda ser fecundada, es preciso que en un instante reciba algo que le es dado justamente en el punto en que hay una falta” (p. 26). Si tal afirmación fuese cierta, se entiende que “la posibilidad de concebir solo es una entre muchas y que las procreaciones más naturales, normales, oficiales obedecen a las más diversas e incongruentes determinaciones inconscientes, en ningún caso sintomáticas” (Tort, 1994, p. 132). Lo anterior es significativo porque libera del carácter sintomático toda demanda de hijo, incluso la que nos parece más “loca”, y permite una escucha neutral frente a la queja nombrada por la mujer como esterilidad. Esto deja abierta la posibilidad de identificar a posteriori los eventuales conflictos centrados en la maternidad, en la filiación, en el nacimiento, etc. a partir de las reflexiones que hace cada mujer. De este modo, el tipo de conflicto que surge de esta escucha puede ser muy original o repetirse, pudiendo ser central en las situaciones de infertilidad sin

necesariamente constituirse como su causa. Además, mientras haya mujeres que puedan concebir pese a la presencia de estas dinámicas, será importante insistir sobre la importancia de lo singular, para no confundir la correlación y la consecuencia con la causalidad (Zalusky, 2003; Mann, 2014).

La discusión alrededor de la infertilidad sin causa aparente tiene cabida en este trabajo debido a que es alrededor de esta que el psicoanálisis ha desarrollado su interés acerca de la cuestión de la misma RMA. No obstante, al enfocar nuestro interés en el niño imaginario y en la transparencia psíquica, asumimos que dichas dinámicas y conflictos que involucran a lo femenino son susceptibles de despertar en toda mujer, incluso la que se embaraza sin el uso de la técnica.

Además, la experiencia analítica muestra que la raíz de la esterilidad no tiene para las mujeres la misma importancia que tienen las vivencias psicológicas asociadas a esta condición y las atribuciones causales que ellas pueden hacer (Apfel y Kaylor, 2002).

Ahora nos enfocaremos sobre estas vivencias, tomando en cuenta la posibilidad que, si estuvieran relacionadas de algún modo a dinámicas que tienen que ver con el deseo de hijo que se desprende de la relación con la madre de la infancia, entonces deberían permitirnos acceder a características del niño imaginario. Asimismo, si la RMA es una solución potencial frente a la frustración de este deseo, debido a su necesario uso para lograr un embarazo, entonces algo de estas técnicas posiblemente tomará un lugar en los acontecimientos del deseo que involucran al niño imaginario. Es decir, la fertilización asistida podría ser una otra vía de acercamiento al objeto de este estudio, lo cual es una premisa fundamental para poder plantear nuestra pregunta de investigación.

2.2 El estado del arte sobre los aspectos psicológicos de la infertilidad y de la RMA

Recientemente, debido a que no se ha podido verificar ninguna de las hipótesis etiológicas psicógenas de la infertilidad (Wischmann, 2003), y a que el tratamiento se ha transformado en algo que pertenece casi exclusivamente a la medicina, las consecuencias psíquicas de la condición de esterilidad y aquellas relacionadas al uso de las técnicas biomédicas se han vuelto de interés primario, llamando la atención de distintas disciplinas y del psicoanálisis.

La literatura empírica sobre las consecuencias psicológicas de la esterilidad da cuenta de vivencias negativas que varían en intensidad y gravedad dependiendo no sólo de características personales, sino que también de variables sociales y demográficas (Scatoletti, 1996) que, en su globalidad, constituyen factores de riesgo o de protección. En general, se destacan sentimientos de impotencia y fracaso asociados al sentido de culpa como mujer, como pareja, como hija, cuyos efectos pueden mitigarse cuando la mujer reciba apoyo por parte de su red (Valoriani, 2011). Esto no siempre acontece porque el miedo al estigma y la tendencia a compararse con otras mujeres y madres hacen que muy seguido se mantenga secreta la condición de infértil (Slade, O'Neill, Simpson & Lashen, 2007).

Estos antecedentes generalmente generan una discusión acerca de la posibilidad que para algunas mujeres la infertilidad sea vivenciada como un quiebre en el imaginario, constituyéndose como una herida narcisística. Nos preguntamos cómo ello podría intervenir en la posterior construcción del niño imaginario una vez que se logre el embarazo, considerando que los sentimientos de fracaso y de culpa pueden volver a presentarse toda vez que la técnica falla. Es decir, estos antecedentes dan cuenta de vivencias asociadas a la infertilidad que caracterizan un periodo anterior al embarazo (no siempre logrado) y que pueden presentarse a partir del momento en que se recibe el diagnóstico y por todo el tiempo de los intentos RMA. La mayoría de las veces, para la mujer no se trata de enfrentarse con una enfermedad que se soluciona con una cura clara e inmediata. Más bien, ella estaría lidiando con una condición que la técnica es susceptible de hacer desaparecer o no, y es justamente este carácter incierto que habría de ser considerado entre las variables que podrían intervenir en la construcción del niño imaginario.

La literatura empírica tiende a dar cuenta de este tiempo de espera enfocándose en las vivencias negativas que acabamos de presentar, lo cual es esperable por las condiciones objetivamente estresantes en las que las mismas terapias se realizan (ej. inyecciones en horarios establecidos, terapias hormonales, elevados gastos). Cabe entonces preguntarse cómo pueden o no cambiar las vivencias una vez que las mujeres consiguen embarazarse.

La literatura sobre el niño imaginario y sobre los embarazos obtenidos tras fertilización asistidas es bastante escasa. Las investigaciones en las que se han comparado gestantes RMA y no RMA señalan que tanto los cambios corporales como las necesidades que tales cambios

y la misma condición de gestación exigen serían ignoradas por las primeras (McMahon, Tennant, Ungerer & Saunders, 1999; Yakupova & Zacharova, 2014). Alternativamente, ellas se muestran constantemente en alerta, reaccionando negativamente a cualquier síntoma físico que concurre al embarazo, desde un sangramiento hasta el insomnio (Lin, Tsai & Lai, 2012). En cuanto a las vivencias emocionales, las mujeres se muestran ambivalentes hacia la condición de embarazo, alternándose ansiedad y felicidad por haber logrado la esperada condición (Lin, Tsai & Lai, 2012; Yakupova & Zacharova, 2014). Se trata de una ambivalencia que, como destacan las autoras, es susceptible de aparecer debido a los síntomas del embarazo y de las hormonas usadas en los tratamientos RMA y que además no es confirmada por otras investigaciones que, al contrario, dan cuenta de una sobrevaloración del embarazo como experiencia positiva y llenadora (McMahon *et al.*, 1999). Asimismo, en otro estudio comparativo, se observaba en las gestantes RMA una sobrevaloración de la gestación y del hijo venidero junto con un posterior decaimiento de tal investidura ya a su tercer mes de vida (Agostini *et al.*, 2009). Según los autores, estos resultados sugieren la idealización de la condición de embarazo. Algunos de ellos precisan que tal idealización apuntaría a reducir la ansiedad asociada a la posibilidad de perder lo que se ha anhelado por mucho tiempo, lo cual sugiere un estado de alerta a lo largo de la gestación que es coherente con los resultados mencionados sobre la preocupación por la salud física. Otros autores expresan cierta preocupación por el énfasis puesto en la condición de gestante por sobre la maternidad, ya que, según ellos, tal diferencia sería predictiva de la incapacidad de integrar aspectos positivos y negativos de la experiencia del ser madre, lo cual tendría consecuencias negativas en la relación con el bebé.

Los antecedentes presentados se refieren hasta aquí al cuerpo y a la gestación, es decir, a dimensiones que involucran a la mujer más que al niño en cuanto otro. En cuanto al niño gestado, McMahon *et al.* (1999) señalan que estas mujeres muestran un escaso interés para la planificación de los aspectos prácticos relacionados a la maternidad, no logran involucrarse en conversaciones imaginarias con el niño y no invisten representaciones acerca del bebé venidero, sobre todo cuando la actual experiencia de embarazo está precedida por una pérdida. En el presente estudio identificamos dichas características como constituyentes del niño imaginario.

Por otro lado, Weismann (2013) señala una exagerada investidura e idealización del hijo gestado, en virtud de su larga espera y del tecnicismo ligado a su concepción que posteriormente dificultarán tolerar la distancia con el niño real. Tal niño, continúa el autor, desaparecería en favor de una fantasía de completamiento narcisista y autosuficiente que se insinúa en las representaciones familiares, sociales, e individuales. Lo anterior pareciera anticipar un escenario poco esperable: como señala Aulagnier (1991), el deseo de inmutabilidad impuesto al niño lo despojaría de la autonomía en el registro de sus pensamientos y en la elección de sus signos identificatorios, tal como acontece en la psicosis, cuando el deseo de hijo “se expresa bajo la forma de una necesidad que debe ser imperiosamente satisfecha” (p. 48).

A la luz de estos antecedentes, nos parece interesante destacar que, pese a cierta variabilidad de los resultados, las conclusiones de los investigadores parecieran surgir alrededor de una idea común, y es justamente esto lo que se quiere cuestionar con la presente investigación. El estado del arte concluye que la sobrevaloración de embarazo o el desinterés por esta condición serían dos formas alternativas de protegerse de la angustia que surge como secuela del uso de la RMA y de sus fracasos. Consecuentemente, se deduce que las mujeres no estarían listas para acoger al hijo. De una u otra forma, estas conclusiones sugieren un escenario negativo en el que las mujeres ejercerían la maternidad condicionadas negativamente por su historia previa de infertilidad que incluye el uso de la RMA.

En nuestra visión, estas interpretaciones “patologizantes” surgirían alrededor de un supuesto que tiende a demonizar la técnica, sin tener en consideración que siempre hay una brecha entre el niño imaginado y el niño real, y que, si bien esta podría ser mayor en las mujeres que no pudieron lograr el embarazo por mucho tiempo, no hay modo de establecer si ello gatillará una catástrofe psíquica materna. En este sentido, pareciera haber un sesgo a la base de todos estos estudios que podría interpretarse en la misma línea de las propuestas problematizadas en la introducción por sostener que la técnica levanta un funcionamiento defensivo que, al obstruir el deseo, daría cuenta de la imposibilidad de representar al hijo durante el periodo de los tratamientos. Dicho de otra manera, los estudios que se dirigen al periodo posterior al uso de una RMA exitosa, propondrían una interpretación similar basada en evidencias que remitirían a una particular organización defensiva durante la gestación. Tal como destacan

distintos autores (Eugster & Vingerhoets, 1999; Righetti, Luisi, Baffoni & Azzena, 2003; Malkah Tolpin Notman, 2011), dichas organizaciones defensivas son esperables en la medida en la que la prolongada espera del hijo durante la lucha a la infertilidad y los reiterados intentos (fallidos) de lograr el embarazo son experiencias que pueden fragilizar la capacidad de elaboración psíquica asociada a la nueva condición de embarazo (y, posteriormente, de parentalidad).

De ahí que nuestro interés se dirige al niño imaginario, a partir de los elementos resumidos a continuación:

- la suposición que el uso de las técnicas favorezca la activación de mecanismos defensivos que permitan negar el límite natural de la infertilidad;
- la poco fundada especulación acerca de que lo anterior refleja una mortificación del deseo y de la representación que lo sostiene, ya que en psicoanálisis es justamente el límite (falta) lo que encausa el deseo y la representación lo que lo sostiene; y finalmente
- la discusión alrededor de que los elevados montos de ansiedad durante la gestación podrían ser una señal de que estos mecanismos defensivos sigan operando.

Consideramos que el devenir madre es un proceso que involucra dimensiones subjetivas, y que la literatura sobre el niño imaginario en embarazos naturales también da cuenta de dificultades de representación, de negación o idealización del hijo (Ammaniti, 1992; Aulagnier, 1991; Ferrara Mori, 2011). Responder a la pregunta por las consecuencias sobre el niño en el uso de la RMA parece imposible, en la medida en que sabemos que en el devenir de todo sujeto hay una parte impredecible que resta de las proyecciones parentales. De este modo, insistimos sobre las imprevisibles apuestas del inconsciente y del deseo, por las cuales algunas mujeres podrían aprovechar del tiempo de la espera para elaborar la herida infligida por la esterilidad, dirigiendo su deseo hacia otros objetos mientras que siguen intentando concebir, otras caer en la desorganización, otras seguir con los intentos buscando satisfacer un deseo de otro más que propio, etc.

Además, se considera que los alcances de esta investigación pueden constituir un aporte para el estudio de los embarazos no RMA, ya que si es posible “colegir la simplicidad aparente de lo normal desde las desconfiguraciones y exageraciones de lo patológico” (Freud, 1914, p.

79), entonces el estudio de embarazos que se dan en condiciones distintas podría aportar, de manera similar, a la investigación sobre la imaginación de cualquier gestante. Aunque rechazamos categóricamente la idea que los embarazos RMA sean patológicos, debemos aceptar las evidencias empíricas que muestran que la espera, la repetición, el duelo de la fecundidad son factores que afectan negativamente a la mujer en sus vivencias emocionales exacerbadas por el tratamiento hormonal. La tarea del psicoanálisis es imaginar cómo estas variables podrán intervenir en cada cual reduciendo - al menos en parte - algunas de las incógnitas o de los prejuicios acerca de la técnica.

3. ENSOÑACIONES DIURNAS Y FANTASIAS INCONSCIENTES: EL DESEO EN PSICOANÁLISIS

3.1 El niño imaginario en la propuesta de Lebovici

Actualmente en psicoanálisis (Lebovici, 1983, Aulagnier, 1991, Bydlowsky, 2003, Ferrara, Piccinin y López, 2007) no existen acuerdos entre los autores sobre la manera en la que acontece la imaginación sobre el bebé en la gestante. De este modo, no se habla de niño imaginario como un concepto definido en sí mismo, ocupándose este término para referirse de manera general a los procesos inconscientes y conscientes que se juegan a lo largo del periodo de gestación.

Asimismo, la escasa literatura empírica cuenta con diversas descripciones del trabajo imaginativo que la mujer emprende en el periodo de la gestación. Se trata de estudios que en su mayoría apuntan a hacer predicciones acerca de la relación madre/hijo a partir de las figuraciones del niño gestado durante el segundo o tercer trimestre de embarazo. Cabe destacar que las entrevistadas no se refieren a la figuración del niño como tal; más bien, ellas expresan un deseo de que el hijo tenga ciertas características físicas y psicológicas que no dependen de las imágenes proporcionadas por las ecografías ni de los movimientos fetales (Piccinini *et al.*, 2003, Pedreira y Leal, 2015), surgiendo más bien de los rasgos de uno o ambos miembros de la futura pareja parental (Candelori, Perucchini, Pola & Tambelli, 1992, Piccinini *et al.*, 2003; Pedreira y Leal, 2015). A tal propósito, si bien en cuanto a las características físicas surja una tendencia a preferir que el hijo tenga rasgos de la pareja por sobre los propios, no es posible afirmar lo mismo en cuanto a las características psicológicas, que son tomadas de ambos *partenaires*. Lo anterior se explicaría, según los autores, a partir de la necesidad de insertar en el linaje familiar el hijo venidero, lo cual advierte sobre la importancia de conocer la biografía de cada mujer.

Estos resultados parecen algo variables entre ellos y difícilmente pueden compararse debido a los distintos criterios metodológicos ocupados. Además, en estos aportes no se define operacionalmente el niño imaginario, sino que los autores se refieren en su mayoría a este niño tal como fue introducido por Lebovici (1983, 1995). En el intento de sistematizar las

características de la labor imaginativa de la futura madre a partir de un marco teórico freudiano, este autor concluye que el niño imaginario se construye durante el embarazo a partir de los múltiples soportes que ya se mencionaron en la introducción: la situación actual en la cual se encuentra la madre, el trabajo de representación activo, análogo a ensoñaciones diurnas o fantasías inconscientes y el deseo de maternidad y sus fantasías. Como destaca Lebovici, el trabajo imaginativo de la mujer embarazada también incluiría a la imagen de sí como madre, pudiendo además surgir en este tiempo los primeros temores asociados a su competencia o inexperiencia y a la salud actual y futura del niño.

Se considera importante partir interrogando esta misma definición para poder entender cómo el autor se sitúa tanto frente a este conjunto de representaciones que convergen en el niño imaginario como en relación al deseo que las sostienen, pues la cuestión del deseo es central en psicoanálisis, siendo aquí necesariamente convocada por las vicisitudes que una mujer atraviesa al confrontarse con la llegada de un hijo. La indudable complejidad del objeto de estudio parece deberse, por un lado, a las numerosas constituyentes del niño imaginario y, por el otro, al hecho que el deseo se sitúa entre estas variables. En este sentido, la escasa literatura empírica mencionada parece estar mucho más enfocada en pesquisar las figuraciones conscientes sin explicar de qué manera los resultados puedan dar cuenta de cada una de las dimensiones del niño imaginario que, convocando variables inconscientes, habrían de ser especificadas. Por ello, al conceptualizar al niño imaginario, se presentarán también el niño fantasmático y el niño real (en carne y hueso), ambos definidos por Lebovici en oposición a este niño que es objeto de nuestro interés primario.

En relación a este, Lebovici sostiene que se trataría de aquel niño de los sueños diurnos con el que la madre —sola o en el contexto de la relación de pareja— entretiene conversaciones imaginarias que se enfocan en los movimientos fetales, anticipando su personalidad y sus rasgos, buscando su nombre. Análogamente, en este periodo la madre prepara el lugar para el hijo que vendrá: su pieza, su ropa, su cama.

Lebovici sostiene que el niño imaginario nace a partir del deseo de embarazo y de hijo, depositándose en él lo que se proyecta hacia el futuro de la unión de la madre con el padre. En este sentido, “su existencia supone que el Edipo sea resuelto bajo la operación de la

represión secundaria”⁷ (Lebovici, 1983, p. 368). Al contrario, el niño fantasmático sería el conjunto de las fantasías inconscientes vinculadas al deseo de maternidad: este niño convocaría los objetos edípicos y pre-edípicos de la madre, “pudiendo al mismo tiempo llegar a ser quien representa a su propia madre y el portavoz del Superyó” (p. 367).

La introducción de estos términos (entre ellos: Edipo, pre-edipo, deseo de hijo y deseo de maternidad), nos obliga a hacer una digresión importante, remitiendo a algunos fundamentos de la teoría psicoanalítica que han de ser considerados y aclarados al utilizar el concepto de niño imaginario como objeto de investigación.

Si la represión secundaria es condición necesaria para que el niño imaginario exista en la psique materna, cabría recordar a qué apunta tal represión, lo que en última instancia significa dar cuenta de cómo el psicoanálisis entiende el deseo de hijo. Lo anterior es fundamental por distintas razones. Primeramente, cabe preguntarse si es posible seguir apoyándose en el mismo marco teórico del que Lebovici desprende sus ideas, considerando la natural evolución del contexto histórico social y los nuevos aportes del psicoanálisis. En segundo lugar, habría que considerar si hay algo del niño fantasmático que estaría puesto en el mismo niño imaginario: de este modo, cabría preguntarse si la existencia de uno sea condición necesaria para el posterior desarrollo del otro. El niño imaginario, por lo tanto, se constituiría a su vez a partir de un deseo inconsciente y reprimido –para Lebovici el deseo de maternidad– cuyo origen ha de ser hallado en la infancia de la mujer, en específico en los primeros encuentros con el discurso de sus otros significativos. Finalmente, sería un error asumir de entrada que cualquier mujer embarazada hable efectivamente de un niño imaginario tal como Lebovici lo describe. Las características de los relatos que escucharemos podrían, en cambio, dar cuenta de elementos nuevos e importantes para pensar en el problema de la presente investigación.

3.2 El deseo de hijo según Freud

Efectivamente, toda vez que se escuchan las argumentaciones lógicas que aparecen en los relatos de una mujer acerca del deseo de hijo, se estarían rastreando los sedimentos de un

⁷ La traducción es nuestra.

deseo que va mucho más allá de lo que se puede expresar como una voluntad consciente. Se trata de un discurso yoico que Chatel (1996) nombra como “el anhelo del *yo quiero* que gobierna y ordena” (p. 17), siendo este históricamente determinado. En este sentido, llamamos anhelo “la actualización en la consciencia de un contenido que representa la finalidad de un proyecto atribuido al Yo” (Stein, 1977, p. 114).

Freud (1905, 1931) ya introdujo la idea de que ya en la primera infancia, cuando aparecen los primeros juegos de las identificaciones, se empieza a fantasear sobre la posibilidad de tener un hijo algún día, surgiendo en los niños enigmas acerca de la sexualidad de sus padres y fantasías sobre la posibilidad de ser, a su vez, padres en un futuro. Tales ideas aparecen en conjunto con las teorías sexuales infantiles elaboradas en el intento de entender el origen de los bebés. La curiosidad del niño⁸, designada por Freud (1905, 1907, 1908) por la expresión “pulsión de saber” o “pulsión de investigar”, se desarrollaría a partir de las excitaciones sexuales que el niño vivencia al pasar por las organizaciones libidinales que articulan su historia psíquica. Según Freud, junto a estas excitaciones aparece en el niño el miedo a perder el lugar de hijo único: puede tratarse de una amenaza real o simplemente fantaseada a partir de la observación de lo que acontece a sus pares que tienen hermanos. Así, el niño empieza a hacer preguntas y no logra satisfacerse con las explicaciones que le ofrecen los adultos. Tales explicaciones operan como represiones que, dirá Freud (1908), contribuyen a que se constituya el complejo nuclear de la neurosis: el niño abandona el cuestionamiento explícito mientras sigue especulando acerca de estos fenómenos para él incomprensibles, llegando a formular una versión personal acerca del nacimiento de los niños, versión que efectivamente resulta más verosímil. Lo anterior sería posibilitado por la intuición, a partir de sus propias excitaciones, que tal suceso debe tener algo que ver con la sexualidad. Asimismo, y por las mismas razones, el niño empieza a mostrar un amplio interés acerca del pene (Freud, 1909 [1908], 1923), interés que es central para el objeto de este estudio en cuanto hace posible un primer entendimiento de cómo Lebovici, citando explícitamente a Freud, llega a conceptualizar el niño fantasmático y el deseo que lo engendra.

⁸ Ocuparemos la palabra niño para designar tanto al varón como a la mujer, a excepción de ser especificado para otro uso.

En relación a lo anterior, cabe destacar la importancia de tomar distancia de una lectura literal de la obra freudiana sin poner en tela de juicio sus principios: retornar a Freud es legítimo y esencial siempre y cuando sus formulaciones no queden congeladas, como si estas no hubiesen de ser complementadas con los aportes psicoanalíticos más recientes y leídas en el contexto histórico actual. De este modo, si bien no podemos prescindir del situar las coordenadas de las que Lebovici se sirve para formular sus teorías, también reconocemos que la formación médica no permite a Freud desprenderse de la biología a lo largo de toda su teoría. Además, sus planteamientos parecen apoyar un androcentrismo que indudablemente encuentra una base sólida en la visión de la maternidad sostenida por el patriarcado de su época.

Para lo que concierne el presente trabajo, cabe señalar que Lebovici (1983) rescata de la obra freudiana las teorías sexuales infantiles y el desconocimiento que la niña tiene respecto de la conformación de sus genitales: “ella se compara al niño, y descubre ser distinta, que no tiene pene: de ahí que su futuro niño, el niño de sus fantasías, vendrá a llenar esta ausencia” (p. 257). Según Freud, los niños llegan a percatarse de la diferencia de los sexos durante la organización fálica, cuando se instaura el primado de este genital y la meta pulsional aún no alcanza a ser la reproducción. Freud (1923) define este tiempo a partir del falo debido a que, como precisa, este es el que prima entre los dos genitales, lo cual conllevaría el desconocimiento hacia el órgano genital femenino que Lebovici retoma en sus planteamientos. Las teorías sexuales infantiles, entonces, se producirían en el doble intento de entender de dónde vienen los niños y la diferencia de los sexos.

Freud muestra cómo paulatinamente el niño llega a poder representar la diferencia entre los sexos, intuyéndola a partir de algunas señales, hasta tener pruebas confiables. Lebovici rescata las ideas según las que la niña paulatinamente vendría a asumir la ausencia del pene, abandonando la madre como primer objeto de amor y volcándose hacia el padre.

La renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza – a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos – del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir como regalo un hijo del padre, parirle un hijo. Se tiene la impresión de que el complejo de Edipo es abandonado después poco a poco porque este deseo no se

cumple nunca. Ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo, permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual.

(Freud, 1924, p. 186)

Más tarde, a la luz de los nuevos conocimientos sobre la psicopatología y sobre su vínculo a la temprana ligazón-madre, Freud (1931) toma en consideración la época pre-edípica especificando que tanto la niña como el varón pasarían por esta fase. Al salir de esta y al entrar al periodo edípico, solo la niña cambiaría el objeto de amor. Según Freud, lo anterior se debe a que la niña se siente decepcionada por una madre que no sólo le prohíbe la masturbación, sino que también divide su amor entre ella y sus hermanos, no le da toda la leche que quisiera y, lo más importante: la hizo mujer, un ser castrado al igual que ella.

En este sentido, se reconoce la identificación a la madre que el mismo Lebovici menciona, recordando como esta permite que se cumpla el Edipo femenino: la niña desea recibir un hijo del padre tal como lo recibió su propia madre. Estas fantasías incestuosas se acompañarían de la culpabilidad hacia la madre por lo que finalmente habrían de ser sepultadas en el sujeto neurótico, del mismo modo en que son reprimidas las teorías sexuales vinculadas a las organizaciones oral y anal. El deseo de maternidad originado a partir de esta situación quedaría confinado al inconsciente, siendo lo que sostiene el niño fantasmático que mencionamos más arriba. En este sentido, en la mujer adulta quedaría solo un recuerdo de un antiguo anhelo, que tomaba cuerpo en sus juegos, cuando imaginaba ser la mamá de sus muñecas, o la maestra. Por ello, pese a que su deseo se origina en la niñez, la mujer cuyo deseo consciente surge y se menciona relacionado a un anhelo infantil cuya memoria aun es vívida, estaría describiendo con toda probabilidad un recuerdo del tipo que Freud (1899, 1901) llama *encubridor*, que sustituye lo reprimido gracias a un mecanismo de desplazamiento.

A la luz de estas primeras aclaraciones, según la definición que Lebovici propone del niño imaginario, cabría esperarse que al escuchar los relatos de mujeres embarazadas sobre este niño escucharíamos sobre fantasías diurnas cuya construcción habría sido posibilitada por la represión del Edipo. De este modo, la imaginación acerca del niño no podría tener lugar sin

que se cumplan dos condiciones: que haya un niño fantasmático, el niño del deseo de maternidad, y que este desaparezca por efecto de la represión.

Lo anterior sugiere que el niño fantasmático es condición necesaria para que surja el niño imaginario del deseo de hijo. Sin embargo, cabe preguntarse si esta condición también tenga carácter de suficiencia, es decir: si las circunstancias en las que se juegan las vicisitudes que permiten establecer y mantener la diferencia de los sexos y que permiten la formación del niño fantasmático son universales, y con ellas el deseo de maternidad entendido como deseo reprimido de recibir un hijo del padre: ¿esto garantiza que la mujer adulta llegue a desear un hijo y que este deseo de lugar al trabajo imaginativo que se conoce como niño imaginario? Si mantuviéramos un marco teórico freudiano frente a esta pregunta concluiríamos que mientras el trabajo de la represión tenga éxito, esto sería lo esperado. Ahora bien, Freud (1940 [1938]) no profundiza mucho en la época pre-edípica y su importancia para el desarrollo del deseo de hijo, manteniendo puesta su atención en la centralidad de la falta del pene. En tal sentido, el inconsciente femenino vendría a estructurarse curiosamente a partir del *Penisneid*, es decir, no es posible conocer sobre psicología femenina prescindiendo del mencionar algunos aspectos propiamente masculinos. De este modo, el fin reproductivo de la sexualidad femenina termina dependiendo de la centralidad fálica y la búsqueda de la maternidad en la adultez parece ser el destino ideal de la mujer que solo así alcanzaría su condición de feminidad (Freud, 1931). Las únicas alternativas posibles a este destino, la homosexualidad y la histeria, serían entonces dos caminos poco esperables, aunque igualmente definidos por la ausencia del pene.

Para los alcances de este estudio y por su realización en el contexto sociocultural actual parece importante ubicar otros aportes más recientes.

Lo que motiva Lebovici a apoyarse en la teoría freudiana es la idea de la universalidad del deseo de maternidad; sin embargo, él mismo precisa que este deseo no puede entenderse como un instinto biológicamente programado para garantizar la sobrevivencia de la especie humana. Análogamente, la posibilidad de generalizar estas fantasías de maternidad y consecuentemente, las vicisitudes pre-edípicas y edípicas que se celan detrás de ellas, no nos autorizan a creer que en toda mujer aparecerá un deseo consciente de maternidad o un niño

imaginario, ni tampoco a pensar que la mujer que no llega a desear un hijo no tenga posibilidad alguna de realizarse.

3.2 El deseo de hijo: algunas especificaciones desde Lacan

La importancia de introducir otras perspectivas psicoanalíticas sobre el deseo de hijo nace de la necesidad de entender sus características, abarcando el aparente dualismo entre naturaleza y cultura y sobrepasando la mirada androcéntrica que se intuye permea la obra freudiana recién presentada. Lo anterior no significa refutarla, sino que tratar de complementarla.

Si la diferencia sexual no es un mero hecho anatómico, es decir, si no se establece exclusivamente por la posesión o ausencia del pene, cabría considerar la posibilidad que tal diferencia se ordene alrededor del falo entendido simbólicamente, más que como órgano real. Lo anterior será precisado por Lacan, quien además rechazará la idea de la maternidad como la única posibilidad que la mujer tiene para realizarse. Al contrario, la mujer tendría que poder ubicarse en el lugar de la falta como resultado de las vicisitudes edípicas y, al convertirse en madre, otorgar una respuesta a su deseo sin que el rol materno la defina por completo.

Para entender estas ideas, cabe interrogar los descubrimientos freudianos tal como Lacan lo hace, explicando cómo el falo puede estructurar el deseo a nivel simbólico y fundamentando con mayor precisión la importancia de la cultura, lo cual se traduce en una nueva perspectiva sobre el Edipo. Consecuentemente, nos vemos precisados a ofrecer una nueva lectura de los conceptos de niño imaginario y de niño fantasmático. Para ello habrá que tomar en cuenta que la enseñanza lacaniana se construye y re-construye en relación al acento puesto en los tres registros (Imaginario, Simbólico y Real), por lo que se tomarán solo algunos aspectos fundamentales para nuestros alcances, partiendo justamente por lo que Lacan viene a plantear en relación al Edipo freudiano.

Lacan precisa que es por el hecho de ser atravesados por el lenguaje -un sistema de símbolos- que nos ubicamos en la diferencia sexual, independientemente de nuestra anatomía o pasividad/actividad. En este sentido el falo es un significante cuya función es “designar en su conjunto los efectos del significado” desviando las necesidades humanas y convirtiéndolas en demandas (Lacan, 1966, p. 657). En tal sentido se podría afirmar que la posición de una

mujer ante el deseo de hijo es un punto de llegada, transformación y decodificación de aquello que empezó con la vida misma, asociado a una necesidad insatisfecha (Garaventa, 2015).

Para poder entender lo anterior, nos parece importante lo que Tendlarz (2004) destaca en el intento de sintetizar algunos de los aspectos centrales de las enseñanzas que Lacan nos ofrece a lo largo de su pesquisa: que el mismo venir al mundo implica una necesaria sumisión a las inscripciones del lenguaje, lo cual hace que algo de nuestro estatuto de sujetos esté perdido para siempre. Se trata de una pérdida necesaria: cuando el niño nace, la madre interpreta su llanto a partir de sus propios símbolos culturales, escuchándolo como un llamado; la necesidad del niño no puede ser entendida, lo cual sería imposible porque esta se coloca en el registro de lo Real, mientras que su significación tiene un lugar necesariamente Simbólico. Pese a esta imposibilidad de entendimiento, no obstante esta pérdida irreversible, el falo en cuanto significante viene a asegurar la sobrevivencia del niño: en lugar de la necesidad alienada, del sin-sentido, aparece la demanda insaciable, y con ella el deseo, lo que justamente permite posicionarse a partir de la diferencia entre los sexos.

En términos freudianos, la necesidad se sitúa del lado del *Ello*, para Lacan: “Lo que, en el sujeto, es susceptible, por mediación del mensaje del Otro, de convertirse en Yo (Je)” (Lacan, 1994 [1956 – 1957], p. 48). En tal sentido, los significantes del Otro vienen a estructurar el *Ello*, de manera que lo cultural estructura lo natural de acuerdo a leyes lógicas.

Tendlarz (2004) explica más concretamente que la madre responde a una demanda que ella misma introduce al interpretar bajo sus coordenadas simbólicas las “señales” emitidas por el niño, lo cual significa que ella supone que el niño sea un sujeto que se está comunicando para pedir algo. En este sentido, el “sujeto supuesto pedir” es alguien en falta, alguien castrado, alguien que pide y que desea, y el falo es justamente el significante que simboliza esta falta, pues el mismo Lacan (1994 [1956 – 1957]; 2007, [1962 - 1963]) insiste en la idea que no hay falta en lo real y que esta solo puede captarse a nivel simbólico, mientras en lo real asume el carácter de privación. Lacan (1966) destaca que la imposibilidad de satisfacer la necesidad implica que el sujeto se mantenga deseante para siempre, siempre en búsqueda de la inicial satisfacción con el primer objeto sexual, a saber, el pecho materno. Esta experiencia satisfactoria, esta plenitud del ser alcanzada en la relación con el pecho, es un real compartido

por el niño y la madre, una zona fronteriza imposible de aprehender, sino que a partir de la simbolización del vacío que se produce una vez que los dos se separen. Dicho de otra manera, este perdido, este “resto aborrecido del Otro” (Lacan, 2007, [1962 - 1963], p. 67) es el objeto *a* y su carácter de resto de la relación con el Otro remite al cuerpo del otro, a lo que se comparte con este cuerpo. “Este corte hace que lo que se desprende del cuerpo de los objetos perdidos sea causa del deseo” (Alberti, 2014, p. 14): en tal sentido, no solo el niño es frustrado del deseo materno, sino que la madre también es privada de su objeto (Lagamma, 2016). El falo, y sus equivalentes que lo preceden (entre ellos, aquellos de las organizaciones psicosexuales freudianas) son, según Lacan, símbolos comunes y comunicables que vienen a interpretar y simbolizar el vacío dejado por el objeto *a*. Es a este objeto que apunta el deseo, como resto dejado caer por el Otro que, no obstante, no ha de ser reconocido o reincorporado por el carácter angustiante que asume la falta de la falta.

En este sentido, el hijo deseado puede ser ubicado en distintos lugares para la mujer: como falo –por identificación o por defecto– o como objeto *a*, pero también en una posición cuya comprensión implica necesariamente la consideración de algunas dinámicas propias de la pareja, es decir, como síntoma de la pareja parental. Reflexionando sobre el posible estatuto del niño imaginario desde un marco teórico lacaniano, cabe explicar cómo sea posible una u otra situación.

- El hijo en posición de falo

En los años '50 y '60 Lacan insiste sobre la importancia del registro simbólico y viene a precisar lo ya planteado por Freud, especificando la centralidad del falo desde el que el niño entra en relación al Otro:

El niño depende del deseo de la madre, de la primera simbolización de la madre y de ninguna otra cosa. Mediante esta simbolización, el niño desprende su dependencia efectiva respecto del deseo de la madre de la pura y simple vivencia de dicha dependencia, y se instituye algo que se subjetiva en un nivel primordial o primitivo. Esta subjetivación consiste simplemente en establecer la madre como aquel ser primordial que puede estar o no estar.

(Lacan, 1994 [1956 – 1957], p. 189)

De este modo, en el tiempo-lógico, que Lacan nombra como primer tiempo del Edipo, el niño se identifica imaginariamente con el objeto de deseo de la madre. Esta posición puede fortalecerse tras la imagen en la que el niño se refleja al verse en la mirada materna, lo que Lacan (1949) sitúa como estadio del espejo. En tal sentido, la madre le devuelve al niño una imagen ideal y completa y a la vez inscribe en él significantes relacionados con tal imagen. Paulatinamente, debido a la ausencia de su progenitora, el niño se da cuenta de que no puede colmarla totalmente, siendo ella misma un sujeto castrado. Es decir, la madre en cuanto ser castrado seguiría deseando más allá del niño, lo cual puede acontecer gracias a la inserción en una orden cultural que Lacan identifica con la metáfora del Nombre del Padre, símbolo cultural que contribuye a mantener los tabúes sociales y que puede ser encarnado —como no— por el padre real del niño. De este modo, el sujeto se percata de su propia falta respecto al deseo materno y a partir de este “no-todo” llega a tener una posición sexuada.

Esto es lo que acontece en el tercer tiempo del Edipo, cuando el niño puede identificarse con el padre de la realidad. Lacan (1994 [1956 – 1957]) precisa que no se trata de que el niño se identifique con el padre real, sino que se produzca una identificación imaginaria con la función problemática que este ejerce a nivel simbólico. Por esto, Lacan evita hablar de una salida del Edipo, y dirige su atención a la posibilidad de acceder a la problemática posición del padre⁹. Distinto sería el caso de la niña, que desliza del falo imaginario a aquello real paterno tal como ya Freud lo había postulado. A partir de la insatisfacción materna en la relación madre-hija, la niña se percata de la falta y se vuelve hacia el padre: “El padre es para ella de entrada objeto de su amor – es decir, objeto del sentimiento dirigido al elemento de falta en el objeto, porque a través de esta falta es como se ha visto conducida hasta este objeto que es el padre” (p. 205). Este objeto será sustituido por alguien que ocupará el mismo papel

⁹ A propósito del deseo de hijo en el hombre, parece importante destacar que su aparición no coincide con una etapa necesaria para la realización de su masculinidad: si bien el padre llegue a ofrecer un modelo identificatorio para el niño, este se basará en los aspectos de fuerza y autoridad más que en la paternidad en sí. Para el hombre procrear es gozar de la diferencia sexual y desear encarnar ese goce en la transmisión de un nombre (Pelegrí y Romeu, 2008). En este sentido, la función paterna estaría ligada más bien a la posición subjetiva de la madre (Rosario *et al.*, 2004) y en la concepción, sea natural o medicamente asistida, los padres deben pasar por una subjetivación, apropiarse de la forma en que ellos quieren ser padres sin olvidar esta función de corte, de regulador necesario entre la madre y el infante.

y le dará un hijo a la niña. En estos términos, la maternidad sería uno de los destinos posibles de la feminidad permitiendo a la mujer un acceso al falo entendido como objeto simbólico. Este podría estar puesto simbólicamente en el hijo por el camino que podría haber tomado el Edipo durante la infancia. No obstante, según lo que acabamos de describir acerca de la constitución del sujeto, la falta se inscribe simbólicamente en cada cual, y el falo como significante de la falta en el Otro es universal para ambos sexos. En este sentido, la feminidad no puede encontrar su realización con la maternidad tal como lo plantearía Freud pues, si la mujer se encontrara completa asumiendo este rol, ya no desearía como mujer: el hijo en posición de falo vendría a saturar su falta. La posición del hijo en el lugar del falo entonces tiene que ver directamente con la manera en que la madre asume o no su castración simbólica y con la posibilidad que el niño no deje de ocupar un lugar ideal en el imaginario materno, lo cual sería negar la falta en ambos sujetos de esta relación.

Para no perder las coordenadas de nuestro trabajo investigativo, cabría ahora poner en tensión la definición de niño imaginario presentada al comienzo de este capítulo con la propuesta lacaniana. Pese a los distintos elementos que permiten que tal propuesta tome distancia de lo planteado por Freud, pareciera que el deseo de hijo a la base del niño imaginario sigue teniendo una relación privilegiada con la salida del complejo de Edipo. Sin embargo, la posibilidad que el niño esté ubicado en una u otra posición, plantea la necesidad de pesquisar las características que este niño puede tener, en cuanto no necesariamente un embarazo podría llegar a satisfacer este deseo de plenitud de la que el cuerpo embarazado se hace testigo en la realidad. En este sentido, si bien el hijo en posición de falo pareciera ser aquel niño que hace de su madre una mujer completa, que proyecta en el hijo venidero las características imaginarias que la hacen sentir sin falta, habría que conocer la relación que cada mujer tiene con su propia castración para concluir que este es lo que eventualmente Lacan llamaría niño imaginario durante el tiempo de la gestación. Estas ideas habrán de ser retomadas a la luz de los resultados.

- El hijo como síntoma de la pareja parental

Los planteamientos sobre el Edipo lacaniano que se acaban de introducir son útiles para describir a este segundo niño asumiendo que la relación entre los padres da lugar a una verdad

que se teje entre el deseo de la madre y el Nombre del Padre (Lagamma, 2016). Es decir: si la función paterna interviene limitando el deseo de la madre, lo cual es necesario para garantizar la castración materna, la madre podrá seguir dirigiéndose al padre desde el lugar de la falta. De este modo, el niño vendría a dar cuenta del deseo materno posicionándose ahí donde se ubica la verdad de la pareja parental. Es decir, el niño con su síntoma reflejaría la manera en que el deseo de la madre se define a partir de la falta que, según ella, encausa el deseo del Otro. Producto y testigo inconsciente de lo que une a sus padres, el niño lleva en sí aquel malentendido que permite esta relación entre dos sujetos, un hombre y una mujer, cuya falta es causa del deseo del Otro.

Esto parece algo interesante y novedoso al ser puesto en tensión con el concepto de niño imaginario. Ya se mencionó que Lebovici (1983) sostiene que en este niño se condensan las proyecciones futuras de la unión de la madre con el padre. En este sentido, cabría considerar si el mismo niño imaginario, y no sólo aquello real y sintomático, pueda situarse en el lugar del síntoma de la pareja parental. Si fuera así, su presencia vendría a dar cuenta de una castración materna que implica al padre y el deseo hacia este.

- El niño como objeto *a*

Cuando el niño no está representado simbólicamente entre los objetos del deseo, ni como síntoma de la pareja parental ni como falo materno, se encontraría entonces en posición de objeto *a*, es decir, objeto de la fantasía materna. En *Dos Notas Sobre el Niño* (1969) Lacan señala: “Cuando la distancia entre la identificación con el Ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (lo que asegura normalmente la función del padre) el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en «objeto» de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de este objeto” (p. 55). En tal sentido, el niño vendría a saturar aquella falta en ser que describe la pérdida estructural y no simbolizada por el Otro. El niño en esta posición no permite a la madre preguntarse por su falta, más bien la obtura: de ahí la angustia materna dada por la posibilidad de volver a incorporar este objeto en lo real, cuya esencia misma es impensable e imposible de ser elaborada.

En estos términos, podríamos hacer un paralelismo entre este objeto y el niño fantasmático de Lebovici: ambos son objetos pulsionales perdidos para siempre, en el primer caso por la

intervención del orden simbólico por sobre lo real, lo que acontece al desprenderse el objeto *a* del cuerpo del otro que también es cuerpo propio, en el segundo por la acción de la represión, lo cual no se contradice con la idea de la interdicción paterna lacaniana. Si el niño viene a concretar la fantasía materna, apareciendo como objeto de su existencia, no habría espacio para su subjetividad. Cabe preguntarse si este tipo de niño es susceptible de aparecer en el momento en que la mujer se enfrenta con el niño real, en carne y hueso, o si también existe la posibilidad que se sobreponga al niño imaginario de la gestación. Esta segunda posibilidad podría ser la prueba que el embarazo vendría sobrellevado con angustia.

Al identificar los distintos lugares en el que el niño pueda ubicarse en relación al deseo materno, vimos que las formulaciones de Lebovici podrían ser entendidas bajo un enfoque lacaniano, al menos en lo que concierne la distinción entre lo que está reprimido y lo que se desprende a partir de esta represión. En este sentido, al comienzo de este capítulo se abrió la reflexión acerca de la idea que el niño imaginario no existiría sin el niño fantasmático. Pareciera que esta posibilidad pueda ser considerada y sostenida no sólo a partir del marco teórico freudiano sino que también desde aquél lacaniano: si el niño imaginario tuviera las características del niño en posición de falo materno o si representara el síntoma de la relación de la madre con su padre, en ambos casos en él estaría puesto un deseo cuyo objeto ha pasado por la significación de la falta en el lenguaje y como tal puede ser verbalizado o representado simbólicamente. Asimismo, el niño fantasmático daría cuenta de lo que no puede ser verbalizado o representado por su estatuto de objeto *a* perteneciente a un registro real.

3.3 El deseo de hijo según el psicoanálisis contemporáneo: algunas puntualizaciones conceptuales

Las consideraciones recién presentadas sugieren que el enfoque sobre el objeto de estudio niño imaginario implica necesariamente volver a la cuestión del deseo en psicoanálisis y más específicamente del deseo de hijo y de maternidad, puesto que Lebovici (1983) los diferencia y relaciona respectivamente al niño imaginario y fantasmático. La literatura psicoanalítica contemporánea insiste en la diferencia entre estos deseos y plantea que esta dependería del tipo de relación que la mujer habría tenido con su propia madre durante la infancia. Lo

novedoso de estos aportes reside en el mayor interés por los aspectos de identificación madre - hija presentes en esta relación. Se trata de algo importante a considerar en el desarrollo del presente estudio: si bien nos referimos a un concepto predefinido de niño imaginario, también reconocemos que tal definición remite a un marco teórico cuyos puntos débiles ya se han mencionado. De esta forma, se hace necesario mencionar las investigaciones y las descripciones más recientes que conciernen a la imaginación de la gestante, lo cual implica profundizar algunos de los fundamentos que las sostienen.

Una primera y significativa propuesta es aquella de Guyomard (2013), quien atribuye registros diferentes respectivamente al deseo de embarazo, de ser madre y de tener un hijo. El último de los tres surgiría a raíz de las vicisitudes edípicas, transformándose en el anhelo de tener un hijo con un otro como resultado del encuentro amoroso con este. El deseo de ser madre, en cambio, apuntaría a la conquista de un lugar simbólico que guarda una relación menor o nula con el hijo. Se trataría de una posición que el mismo Lebovici (1983) señala ser producida por la dificultad de diferenciar la feminidad de la maternidad, ofreciendo esta una gratificación narcisística que no apuntaría a investir libidinalmente al hijo. González (2006) a tal propósito habla de un deseo que se apoya en la conformación del rol social materno, de acuerdo a una idealización de la maternidad propia de la época actual. Veremos más adelante cuál pueda ser este lugar ideal y cuáles son las controversias contemporáneas acerca de esta posible separación – identificación.

En cuanto al deseo de embarazo, Guyomard (2013) señala su relación con lo imaginario del cuerpo durante el embarazo. De este modo, la identificación entre madre e hija dependería de la capacidad de embarazarse: “El estar en-cinta se situaría, más bien, del lado de lo que se arranca, inconscientemente, a su propia madre en el hueco fantasmático de su cuerpo (cuerpo que fantasmáticamente contiene a los bebés) para poder ser una madre a su vez” (p. 140). Pareciera que aquí Guyomard estaría refiriéndose a una rivalidad que, convocando al registro imaginario, concierne lo más íntimo de la relación entre la madre y la hija, aún lejos de ser intervenida por el padre: el embarazo –más que su producto– sería deseado en cuanto condición que permite a la mujer alcanzar la plenitud. Sin embargo, cabría reflexionar sobre la posibilidad de que algo de esta expropiación implique al objeto pulsional que surge a partir de esta mismidad entre madre e hija. Es decir, si esta primera identificación involucra

directamente al cuerpo materno, y en lo específico lo que del cuerpo contiene a los niños, entonces el deseo de embarazo es un deseo que apunta a la reincorporación de un producto que es uno mismo. Lo anterior asumiendo que la mujer, al mismo tiempo, haya ocupado este lugar por ser a su vez hija. En tal sentido, cuando Guyomard, hablando de la diada madre – hija, se refiere a la necesidad de que ambas renuncien al narcisismo del vínculo, caracterizado por una mismidad total, para que este se vuelve una relación, estaría refiriéndose a la necesidad de renunciar a lo originario y pulsional de tal unión inicial. Esta renuncia abriría el paso a una melancolización “estructurante” que hace posible la construcción del objeto madre. El narcisismo del objeto sería, según la autora, la entrada privilegiada a la organización edípica; no obstante, para que haya en la niña una asunción de la identidad femenina, es necesario que la madre reconozca, por un lado, lo femenino de la hija y por el otro se vea a sí misma cómo sexuada. De este modo, el niño imaginario podría ser aquel niño que nace una vez que la niña reconozca la alteridad de lo mismo y, posteriormente, la alteridad del otro sexo, a saber, del deseo de hijo. En él podrían estar puestas, además, todas las identificaciones que involucran la maternidad simbólica, es decir, el deseo de ser madre. Otra cosa nos parece lo que, puesto en el deseo de embarazo, habría de ser abandonado en la relación con la madre. Algo del niño fantasmático podría tener cabida ahí, dejando a la mujer en un desamparo angustiante al realizarse este deseo sin haber podido perder el narcisismo del vínculo.

En una línea que parece similar a la que se acaba de presentar, Aulagnier (citado en Hornstein, 2012) distingue entre deseo de hijo y de maternidad. El deseo de maternidad apuntaría a una repetición especular de la primera relación con la propia madre en la relación actual con el hijo. El deseo de hijo, en cambio, se desarrollaría en las tres etapas de tener un hijo: con la madre, con el padre y con un hombre en la edad adulta. Este deseo parece construirse a raíz de los primeros encuentros con los otros significativos que habrían de ser olvidados para que sus huellas intervengan en la determinación de las elecciones de la pareja adulta. Lo anterior sugiere algunos puntos comunes entre las propuestas presentadas a lo largo de este capítulo, las cuales, al ver involucrado de manera distinta al padre en el deseo de hijo, hacen de este deseo el sostén del niño imaginario. Nuevamente parece que tal deseo sea historizado, permitiendo la inserción del niño en un sistema de parentesco y en un orden temporal y

simbólico. Según Aulagnier (1994) al imaginar el niño la madre anticipa su yo, proyectando en él una imagen que se acerca a la de un niño ideal, fiel a sus “ilusiones narcisísticas”, tal como la autora las nombra. En este sentido, el niño aún no nacido sería el soporte de todo aquello que puede llegar a movilizar su angustia:

Como no le está permitido soñar que el niño venidero realizará el retorno de su padre o de su madre, que será hombre y mujer, que estará resguardado de la muerte para siempre, la madre tiene derecho (...) a soñar con la belleza, con los parecidos futuros, con la fuerza de este cuerpo venidero. Hablo, por supuesto, de sueño diurno. Pero cuando se asume el riesgo (necesario) de crearse y de preinvertir una imagen en ausencia de su soporte real, se asume también el de descubrir la no conformidad, el desajuste entre la imagen y el soporte. Se trata de una apuesta inevitable que generalmente la madre consigue ganar. Pero puede ocurrir que la imagen no pueda conciliarse con un cuerpo demasiado diferente, demasiado extraño para la mirada materna. (Aulagnier, 1994, p. 134)

Según la autora, si la madre logra investir la inevitable brecha entre la imagen ideal y lo real del cuerpo del niño, su experiencia con este cuerpo será placentera y podrá acompañarse de emociones percibidas como un mensaje de amor que ella misma transformará en demanda. Los mismos movimientos fetales y su percepción, los cambios físicos personales durante el embarazo, estimulan excitaciones que se apoyan en la historia de la mujer y resultan fundamentales para investir libidinalmente este otro que aún no existe sino en el cuerpo (Piccinin *et al.*, 2007). De este modo, la investidura del niño real dependerá de su historia infantil, de la represión (freudianamente entendida), y de la actual relación con el padre del niño (Aulagnier, 1994).

Podemos decir entonces que la experiencia materna con el niño va más allá de una interpretación objetiva de sus estados somáticos, sino que también de la construcción de lo que Aulagnier llama el yo¹⁰ anticipado del niño y que parece ser, por sus características, el resto del niño imaginario del embarazo.

¹⁰ Aulagnier (citado en Hornstein, 2012) tiene una concepción del Yo singular, que se aleja de aquella lacaniana por no ser totalmente forjado en el discurso del Otro. Para los intereses de este trabajo nos limitaremos a hablar de un yo incipiente, como tal construido por los enunciados del discurso materno.

Según Aulagnier, la situación en la que la alteridad del hijo no encuentra cabida en la psique materna, se vincularía a un deseo de maternidad puro que no se acompaña de un deseo de hijo. Se trataría de las situaciones en las que en el cuerpo del niño no se puede proyectar ninguna de las imágenes investidas durante el embarazo. Una vez más, la madre vendría a confrontarse, en el encuentro con el hijo, con este rechazado o angustioso que llamamos niño fantasmático.

Para este estudio se trata de planteamientos de sumo interés que, siendo mencionados también por otros autores, habrán de ser retomados a la luz del análisis de los datos, cuando se intentarán vislumbrar las características del niño imaginario en relación al uso de la RMA. Si bien esta investigación apunta a conocer las características del niño imaginario, surgen algunas preguntas a la luz de los antecedentes mencionados ya en la introducción. Por ejemplo, si es posible que la RMA favorezca el encuentro entre la gestante y su niño fantasmático ya durante el embarazo. Esta situación plantearía la urgencia de apoyar a las mujeres que conciben tras RMA, durante este tiempo y el puerperio, pese a asumir que no es posible prever si el encuentro con un niño fantasmático durante la gestación deslice necesariamente en un rechazo total del niño real.

3.4 La transparencia psíquica

Independientemente del hecho que el niño imaginado aparezca o no en los relatos de las mujeres con las características de un niño fantasmático, la presencia física del niño real en el cuerpo materno estimula de todas formas excitaciones endosomáticas que generan representaciones incestuosas y despiertan conflictos hasta aquel momento latentes por el efecto de la represión (Pelegri, 2012).

La imaginación de la futura madre sobre el niño que lleva en su vientre no prescinde de su historia: el niño imaginario viene a asumir la función de objeto reparador, lo cual explicaría por qué en la mayoría de los relatos de las mujeres en realidad aparecen elementos de su infancia, sobre todo en los primeros tiempos de la gestación (Bydlowsky, 2007). La elevada investidura del niño apoyada por estas sensaciones corporales, y el surgimiento en la consciencia de numerosos recuerdos infantiles, son favorecidos según Bydlowsky por la ya mencionada *transparencia psíquica*. Se trata de un particular estado en el que la mujer se

encuentra ya desde las primeras semanas del embarazo y que hace más lábil el límite entre consciente e inconsciente, determinando, entre otros, el aumento de la actividad onírica. No sería esta una observación totalmente novedosa. Ya Winnicott (1956) había identificado en las neo-madres un estado psíquico, la *preocupación maternal primaria*, caracterizado por una sensibilidad elevada al punto de poder compararse a una enfermedad de orden psicótico, que empieza ya a partir de las últimas semanas del embarazo. La parturienta aparenta encerrada, ensimismada, en una condición de des-organización que le permite satisfacer las demandas de su pequeño.

Lo original de la transparencia psíquica reside en su aparición más temprana, ya desde las primeras semanas de embarazo. Para explicarla, Bydlowsky se basa en un marco teórico freudiano que remite al funcionamiento del sistema Conciente – Inconciente – Preconciente individuado por Freud (1915). En este sentido, y a partir de su experiencia clínica, describe relatos de mujeres embarazadas en donde se destacan fragmentos inconscientes que surgen a la consciencia. Estos fragmentos encausan la producción de discursos sobre la realidad del feto que no son razonables, desvelándose representaciones y rememoraciones que pueden haber sido reprimidas y que, al surgir, permiten una descarga pulsional. Lo anterior parece ser central, en cuanto plantea la posibilidad de una escasa elaboración secundaria, como si tal mecanismo estuviera operando más débilmente. Según la autora la verbalización de estas representaciones favorece la acogida del neonato, en cuanto contribuye a que la relación pierda algo de la carga afectiva erotizada en la relación con el niño. Al contrario, verbalizaciones excesivamente preocupadas sobre el niño son, según la autora, una señal de ansiedad e hipervigilancia que deja el lugar del niño como objeto malévolos que angustia. Estos temores a veces estarían detrás de las peticiones de interrupciones del embarazo (Bydlowsky, 2007). Nos preguntamos si el niño fantasmático puede aparecer bajo estos términos en el relato de una mujer embarazada.

Para nuestros objetivos investigativos la transparencia psíquica parece una herramienta útil, puesto que conllevaría una sobreinvestidura representativa que permitiría identificar con mayor claridad algunas de las constituyentes del niño imaginario: ubicadas en el lugar de lo reprimido, estas surgirían tras las ensoñaciones diurnas que podemos estimar ser producidas por las vicisitudes del deseo. De acuerdo a Lebovici (1995) el niño imaginario “se describe

en el campo de una conciencia oscura en donde el contenido es denominado, en psicoanálisis, como el preconscious, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las ensoñaciones diurnas o fantasías” (p. 114). Los ya mencionados recuerdos encubridores, formados en una época distinta a la que se atribuyen y ligados a representaciones perdidas para siempre, serían vividos con intensidad por la gestante, contribuyendo a la formación de este niño.

De este modo, la escucha de los relatos sobre el niño permitiría acceder a significantes que se inscribieron en una época temprana y que ahora vuelven para dar cuenta del deseo que en la mujer se habría podido desarrollar justamente gracias a la represión que la transparencia psíquica levantaría parcialmente. En este sentido, Bydlowsky describe cómo la madre inscribe marcas significativas en su futuro bebé, tejiendo una red de significantes que llevan en sí una significación escondida en la memoria del sujeto.

En lo particular, Bydlowsky se refiere a todas aquellas verbalizaciones que conciernen al niño directamente, como la elección de su nombre: este será portador de la historia de los padres tomando lugar en el deseo que ellos tienen de tener este bebé. Otras marcas que tienen que ver con la relación a la madre pre-edípica, con el deseo del hijo con el padre o con traumas vividos en épocas tempranas, no son pesquisables sino que a través de los recuerdos encubridores. Se trata de “significantes corporales, en la medida en que vienen a manifestar que lo inconsciente de ambos padres va a tomar cuerpo en el espacio psico-corporal nuevo del niño” (Bydlowsky, 2007, p. 80). Cabe destacar que la transparencia psíquica resulta ser un factor fundamental para esta investigación: los antecedentes que ya mencionamos plantean que la capacidad representativa de la mujer resultaría inhibida por el uso la técnica y si fuesen confirmados, es decir, si esta inhibición llegara a afectar al niño imaginario, habría que situar preguntas trasversales: ¿podría la RMA afectar a su vez esta permeabilidad entre el sistema consciente e inconsciente, limitándola o bien exagerándola al punto de levantar la represión? Y si así fuera: ¿Cabría hablar de niño imaginario? ¿cuáles serían sus características?

En este estudio se hace referencia al niño imaginario para describir aquel trabajo imaginativo posibilitado por la transparencia psíquica y pesquisado por medio de los relatos de las mujeres gestantes. Se incluye en ello todo lo que se relaciona a la historia personal, a la situación actual, tanto física como emocional, y al lazo social. En este sentido, se opta por

una caracterización del objeto de estudio que considera la definición de Lebovici y las posiciones de otros autores que la complementan. La figuración del niño se constituye como un elemento central, similarmente a lo que se considera en los estudios dirigidos a mujeres cuyo embarazo se produjo sin el uso de la RMA. Sin embargo precisamos que tal figuración se construye en el lazo social y gracias al trabajo de un Yo que tiene ingreso privilegiado a lo latente gracias a la transparencia psíquica.

La existencia de tantas distintas caracterizaciones del deseo de hijo y de la imaginación femenina durante el embarazo, cuyo entendimiento no puede prescindir de la comprensión de su origen, hace que el terreno de trabajo sea algo confuso. No obstante, más que establecer si una teoría sea mejor que la otra, rescatamos la importancia de poder identificar aquellas características del deseo que posiblemente se desprenden del relato sobre el niño imaginario en relación al uso de la técnica, lo que sería posible solo asumiendo una historicidad de este deseo.

Las distintas perspectivas presentadas hablan de un deseo que surge exclusivamente de la relación con la madre y de un otro que involucra el padre. Si bien ambos aparecen en momentos distintos, en la mujer adulta aparecen como contemporáneos y complementarios. En tal sentido parece importante destacar que no se trata de pensar que los procesos psíquicos que sostienen este deseo son sinónimos de un mejor o peor funcionamiento, sino que este sujeto tendría que vérsela con una voluntad consciente de hijo que oscila entre modalidades distintas de desenvolverse frente los requerimientos de la realidad. Tal como Freud (1900 [1899]) recuerda, no es posible prescindir de categorías lógicas en la descripción del funcionamiento psíquico, siendo que esta tiene que ser inteligible; no obstante, el inconsciente se rige por otras leyes: tal como la sucesión temporal no describe adecuadamente los procesos oníricos, tampoco parece correcto describir así el deseo, lo que haría pensar en que habría una forma ideal de desear un hijo. Se trata en cambio de descubrir cómo en un sujeto los deseos se juntan, complementan, cómo dialogan, con el fin último de conocer el niño imaginario.

4. DESEO DE MATERNIDAD Y FANTASÍAS ASOCIADAS

Según Lebovici (1983), si el deseo de maternidad y de tener un hijo se confunden fácilmente entre ellos, ello se debería a que el estatuto de madre y de mujer tienden a ser a su vez intercambiables. Se trataría de una afirmación de derivación freudiana que, pese a ser discutible a la luz de los aportes psicoanalíticos más recientes, describe una cuestión histórica y culturalmente determinada, cuya transmisión en el lazo social puede seguir siendo actual. Si bien ya definimos lo que Lebovici entiende por deseo de maternidad y de hijo, tenemos que admitir que en la búsqueda de la maternidad están puestos significados que no derivan exclusivamente de la relación inconsciente al cuerpo materno o al padre de la infancia. Estos primeros y fundamentales encuentros se juegan en una más amplia y pre-constituida red de símbolos que, siendo parte de la cultura dominante, son transmitidos al sujeto a través del discurso del Otro. A la luz de lo anterior, recuérdese que en la introducción insistimos sobre la necesidad de definir la noción de concepción en el contexto histórico - cultural.

Los relatos sobre el niño imaginario objeto de esta investigación son producidos tanto por dinámicas individuales como por los discursos que dominan en la época actual. Así, resulta imposible prescindir de lo cultural para conocer los individuos que lo habitan. Debido a lo anterior, se considera importante profundizar el tema del deseo de maternidad entendido como aquel deseo que remite a un lugar ideal al que el Yo apunta. Este lugar tiene que ver con un estatus particular de la mujer y, paralelamente, del lugar que ocupa el hijo en la sociedad actual. Nos referiremos entonces en este capítulo a lo que constituye el tercer eje del niño imaginario y al mismo tiempo da cuenta de los discursos presentes en el contexto sociocultural en el que las madres se socializan.

4.1 El valor del hijo en la sociedad contemporánea

Como destaca Sadler (2012), en las sociedades occidentales contemporáneas, el tener o no tener hijos se está transformando cada vez más en un asunto de elección, y las razones para tener hijos recaen en el reino de la felicidad personal y familiar y en la posibilidad de dar y

recibir amor y afecto. Tales planteamientos pueden entenderse bajo la premisa de que hoy la familia es de tipo conyugal, mientras que históricamente tal alianza se asociaba a un contrato económico cuya organización estaba destinada a la mantención de los bienes (Varela, 1999). Actualmente el matrimonio se sustenta en el amor de la pareja y se contrae por voluntad propia, para procrear y criar juntos hijos: los lazos son únicos e indisolubles. En esta visión, cercana a la que propone la Iglesia, la familia se mantiene como una institución fundada y sostenida en la existencia del hijo (Laurent, 2014). De acuerdo a Sánchez (2009), se podría sostener que en la visión sociológica actual: “La familia empieza a estar cada vez más concebida desde una visión «natural», más que por una noción contractual, será la perspectiva del que es el nacimiento del niño el que crea la familia y no que la familia es la que tiene niños” (p. 61).

Lo anterior nos permite comprender algunas de las explicaciones dada por las mujeres acerca de su deseo de hijo. Este surgiría a partir de la necesidad de intercambiar afectos intensos y de vivir experiencias agradables con los niños (Langdrige, Connolly & Sheeran, 2000), siendo estas asociadas a momentos recreativos o afectivamente cálidos. Asimismo, los argumentos aducidos a favor de la maternidad incluyen los deseos de perpetuidad social o de preservar las líneas de parentesco (Sadler, 2012). Estas razones son descritas también por Balen y Inhorn (citado en Papaligoura, Papadatou & Bellali, 2012) quienes hablan de razones tanto sociales como individuales (en lo específico, afectos positivos hacia el niño o la pareja, sensación de completitud personal). Otras motivaciones pueden estar directamente relacionadas con la cuestión de la seguridad social, es decir, la convicción que los hijos son necesarios para asegurar la supervivencia de los padres y de las familias, a través de su contribución laboral y su apoyo a los padres cuando envejecen (Sadler, 2012).

Estas primeras consideraciones presentes en literatura parecen dar cuenta de que el proyecto de maternidad se puede enfocar en el hijo de manera que, al expresar estas motivaciones conscientes, las mujeres darían cuenta de lo que el niño representaría para ellas a nivel imaginario, satisfaciendo en la realidad uno u otro anhelo entre los nombrados.

Además, el estado del arte acerca de las razones a la base del deseo de hijo muestra que, al ser interrogadas acerca de la aparición del deseo de hijo en un determinado momento de la vida, las mujeres pueden referirse a una toma de decisión ponderada a partir de diversas

circunstancias contextuales. Por un lado, la existencia de condiciones necesarias para la realización del proyecto generativo puede depender de la estabilidad socioeconómica, relacional y del deseo compartido dentro de la relación de pareja. Por otro, el sentido del deber hacia la familia de origen también puede ser una variable a considerar en el proceso decisional, además de la condición impuesta por el paso del tiempo, nombrada por las mujeres como un verdadero miedo a la infertilidad (Goldberg, Downing & Moyer, 2012; Olafsdottir, Wikland & Möller, 2011). Se trata de variables que se cruzan con aquellos factores sociodemográficos conocidos por influenciar la búsqueda de hijos: la edad, la religión, el nivel de estudios (Wilson & Koo, 2006).

Estos factores, que también contribuyen a la formación del niño imaginario, se constituyen como las condiciones que posibilitarían o no la maternidad y atañen a la imagen ideal que la mujer tiene de sí como madre. Tal imagen parece asociarse a aquella de familia conyugal, tal como la describimos y como aparece en los estudios aquí presentados. Lo anterior pese a que, cabe destacarlo, en la actualidad asistimos paralelamente a una proliferación de nuevas formas de re-constituir las familias, monoparentales, ensambladas, homosexuales, adoptivas (Sánchez, 2009).

Pareciera entonces que el lugar del hijo deseado, en la actual sociedad, sea un lugar privilegiado e investido de proyecciones narcisísticas. Es decir, si la maternidad fuese un asunto de elección personal, y su búsqueda subordinada a la presencia de algunas condiciones necesarias, ello se debería al proyecto de vida ideal que la mujer imagina para sí, proyecto que se transmitirá al niño dependiendo de la posición que este mismo vendrá a ocupar en la psique de la madre. De ahí que podríamos plantear la siguiente hipótesis: si en el niño imaginario confluyeran los ideales maternos de familia, de perpetuación del linaje, de diversión y afecto en las interacciones, entonces en él podrían estar proyectadas algunas características de completitud fálica. Dicho de otro modo, estaríamos hablando de aquel niño que Freud (1914) llama *His Majesty The Baby*: un hijo que se espera cumpla con los sueños irrealizados de sus padres. Nos preguntamos cómo lo anterior pudiera explicarse en relación a las demandas de RMA, sobre todo cuando estas persisten pese a los fracasos repetidos. Si la literatura que presentamos para formular el problema estuviera en lo correcto, la técnica vendría aumentar la brecha existente entre la realidad y los ideales cuyo alcance sería

necesario a la sobrevivencia psíquica, mientras que el deseo desaparece. Alternativamente, nos preguntamos si simplemente la RMA se constituya como un sostén del deseo de hijo. Habrá que retomar estos interrogativos en los resultados finales de la investigación.

4.2 La maternidad en Chile: algunas especificaciones históricas

Los antecedentes que se acaban de presentar muestran que el deseo de tener hijos tendría que ver con un ideal de maternidad y familia que es, antes que todo, culturalmente determinado. Dichos ideales han de ser tomados en cuenta (para ser rastreados o por su ausencia) en los relatos sobre el niño imaginario que serán analizado en el presente estudio. No obstante, siendo que la investigación se desarrolla en el contexto chileno, resulta fundamental identificar eventuales factores propios de la cultura que puedan ser definitorios en las elecciones procreativas. Generalmente, en las culturas occidentales, el tener hijos viene a ser considerado un pilar fundamental de la identidad de género tanto íntima como socialmente (ej. Goldberg, Downing, & Moyer, 2012; Langdridge, Connolly, & Sheeran, 2000). Cada mujer puede expresarlo con mayor o menor consciencia, a partir de las razones que describieron más arriba o bien tras un relato que permite rastrear la presencia del discurso sociocultural sin explicitarlo.

Para entender el posible paralelismo maternidad/feminidad sin caer en juicios naturalizantes y tendientes a la generalización, habría que analizar los acontecimientos históricos y las interpretaciones que se han ofrecido de estos en el contexto chileno, donde el colonialismo y el culto mariano parecen jugar un rol central en la constitución de la identidad de género. Montecino (1997) identifica en la figura de la Malinche¹¹ el mito fundacional del orden social latinoamericano, y describe los dos ejes fundamentales que lo regirían hasta el día de hoy. Se trata, por un lado, de la dicotomía victoria/derrota respectivamente de los colonizadores y de los originarios, y por el otro, de la oposición hombre/mujer, el primero identificado con el conquistador, la segunda con la mujer indígena violada. Interesante la interpretación hecha por la antropóloga: la Malinche condenaría a la humanidad (en el mito,

¹¹ La Malinche fue esclava de la conquista española de Cortés. De ser su interprete e intermediaria en los intercambios con la población indígena, se transformó en su concubina. De la relación con Cortés nació el primer mestizo.

el imperio azteca) por su deseo sexual, tal como lo hace la bíblica Eva al comer el fruto del pecado. Asimismo, el rechazo a la Malinche se compensa con la exaltación y divinización de la Virgen sufriente, Madre Dolorosa, icono que legitima socialmente el género femenino a partir de un culto introducido por el mismo conquistador. En este escenario las mujeres se transformarían en víctimas, abandonadas por los padres de sus hijos, los llamados “huachos”, y destinadas a criar solas:

El modelo de una familia centrada en la madre, abarcó durante la colonia a todas las clases sociales; encomenderos y soldados, indios de servicio y mestizos se trasladaron permanentemente de espacio. La prolongada Guerra de Arauco y la economía minera y agrícola, favorecieron una constante migración de los hombres. Las mujeres permanecían por meses, e incluso, años, solas, a cargo de estancias y familias, socializando a los hijos junto a sirvientas y parentelas femeninas. Cada madre, mestiza, india y española dirigió el hogar y bordó laboriosamente un *ethos* en donde su imagen se extendió poderosa.

(Montecino, 2007, p.54)

Lo que sugiere esta interpretación de la historia chilena es que la identidad femenina se habría ido definiendo bajo las ideas que ven la maternidad y la soledad como “castigos”, cuyas consecuencias se pueden aceptar a partir de la interiorización de los principios del marianismo. Sin prejuicio de lo anterior, la imagen poderosa que surge de este castigo, y que coincide con la posibilidad de ocupar contemporáneamente los papeles de seductora y de madre reproductora y criadora, sería lo que le habría permitido a la mujer de obtener cierta gratificación asociada al rol materno. Según la autora, en la representación del macho conquistador no se asumen ni lo masculino en tanto hombre ni lo femenino en tanto mujer, siendo estos lugares mejor representados por las condiciones respectivas de hijo y de madre, en un intento de llenar el lugar vacío que dejó el padre ausente.

Distinta es la propuesta de Salazar (1990). Él muestra que junto a los padres “peones”, cuya paternidad es meramente biológica y cuyo destino no coincide con el ejercicio de la función paterna, existían los padres presentes, pero sumisos a las voluntades del patrón y consecuentemente débiles a los ojos de sus hijos, y finalmente los “parceleros”. Estos últimos habrían sido padres exitosos hasta que las deudas empezaban a ser onerosas, provocando su desaparición. Salazar describe como, por una u otra razón, la madre

terminaba quedando a cargo de los hijos. No era infrecuente que estos terminaran por ser repartidos entre distintos cuidadores por falta de recursos de sus madres. Si escapaban a dicho destino, terminaban acompañándolas al trabajo, recibiendo un cuidado más enfocado en los aspectos prácticos que emocionales. Según el historiador, muchas de estas mujeres lograban obtener beneficios y seguir adelante solas, lejos del hogar familiar, arreglándose con cualquier tipo de trabajo y quedando a cargo de “sitios femeninos”, ranchos comunitarios cuya existencia y dirección era para las mujeres motivo de orgullo:

“El rancho de la mujer plebeya no era ni fue, por lo tanto, un hogar típico de familia monogámica (...). Los hombres que frecuentaban esos ranchos – no pocos – eran, en su mayoría, peones vagabundos, sin empleo estable, incapaces por ende de proveer un hogar. (...) lo que esos peones (en su mayoría huachos) necesitaba con urgencia era allegarse a un espacio acogedor, vital, solidario, de maternidad ampliada. Necesitaban ‘recogerse’ en un lugar abierto (aunque fuera una o dos noches), para sentir de nuevo la intimidad femenina y/o maternal que, acaso desde su adolescencia, habían perdido. O no habían sabido fundar. Por eso, el rancho de la mujer abandonada no fue un hogar de familia (...). Por eso tal rancho hizo de sus dueñas otras tantas ‘madres públicas’.”

(Salazar, 2010, p. 30 -31)

Según la interpretación de Salazar, la ausencia del padre no habría de ser confundida con la ausencia del hombre: que este fuera un “recogido”, un cliente, un bandido o combatiente, las mujeres asumían un rol de socias o compañeras, ejerciendo una maternidad más bien social hacia cada uno de estos hombres. Cabe destacar que esta interpretación de los acontecimientos se dirige a las mujeres plebeyas, fueran ellas indígenas, mestizas, negras o de casta: para ellas, el lugar de la maternidad tenía un carácter más social que de sacrificio (Salazar, 2010). Según el historiador en tal contexto las prácticas marianas, si bien existentes, se realizaban en total promiscuidad. Solo a comienzos del 1900 empezó a difundirse el culto a la Virgen con el objetivo político y estratégico de promover valores ideales como la caridad, el trabajo hogareño y la fidelidad conyugal en contraposición a esta camaradería de los estrados más bajos que dejaba abierta la posibilidad de una revolución anárquica. De este modo, la difusión de valores morales pareciera haber tenido un efecto de homogeneización, ya que mientras las mujeres patricias empezaron a dedicarse a su vez a la maternidad social, las plebeyas siguieron ejerciéndola, pero interiorizaron los valores

morales mencionados. Paralelamente, con la difusión de la industria, los hombres empezaron a tener la posibilidad de proveer a las familias: las mujeres cedieron el lugar de jefas de hogar participando del trabajo asalariado en fábrica, pero también manteniéndose los oficios de domésticas, lavanderas o prostitutas. Sus condiciones de vida se mantuvieron insalubres, y sus niños siguieron siendo una carga onerosa, unos huachos que terminaban abandonando al hogar para unirse como grupo de camaradas (Salazar, 1999). Según Salazar es en esta generación de huachos que ha de ser reconocido el machismo chileno.

A la luz de esta segunda descripción de los sucesos históricos, consideramos que la ecuación maternidad=feminidad podría sostenerse en el contexto chileno entendiendo la maternidad como una posición social que no se determina por el hecho de tener hijos biológicamente y que nace de una condición de abandono no necesariamente vivida como un castigo o sacrificio. Es decir, la soledad no sería necesariamente vivenciada como abandono si pudiese ser entendida prescindiendo del ideal de familia monogámica propuesto por los principios marianos. El culto a la Virgen se habría empezado a difundir masivamente solo al final del siglo XIX, y es justamente a partir de este momento que la maternidad paulatinamente se empezó a definir por su vínculo estrecho con la crianza de los hijos. La época de los huachos se acaba y los niños empiezan a tener un lugar distinto en la sociedad, siendo lo que hace la familia y la mantiene unida. La maternidad sigue teniendo un valor social privilegiado.

En este sentido, consideramos importante hacer énfasis en el rol que la religión pareciera haber tenido en el establecimiento de un paralelismo entre feminidad y maternidad desde el comienzo del siglo XX. Tal identificación se mantuvo invariada en el periodo dictatorial, cuando organizaciones sociales como los Centros de Madres (CEMA Chile), o la Secretaría de la Mujer, promocionaban una imagen femenina dedicada al cuidado de la prole y de la casa (González, 2014). Mientras tanto, como documenta Valdivia (2010), el crecimiento del neoliberalismo favorecía el mercado del sexo y con ello la imagen de la mujer prostituta de la que los estratos conservadores, los antiguos patricios, se mantenían alejados.

Pareciera entonces que la maternidad habría empezado a enfocarse en su producto, el hijo, debido a los intereses políticos orientados a la difusión estratégica del culto mariano que apuntaba primeramente a una “rectificación conductual de las mujeres patricias” (Salazar, 2010, p. 60).

De hecho, durante este mismo tiempo que empiezan a surgir los movimientos feministas en Chile: su intento, entre otros, era contrarrestar la difusión y perpetuación de la idea que la mujer puede únicamente ser madre.

El feminismo se ha constituido históricamente como otro importante fenómeno que atestiguaría la crisis de la sociedad patriarcal de comienzo del siglo XX, crisis a la cual las autoridades eclesiásticas y políticas tenían que responder rápidamente para protegerse de las luchas sociales (Salazar, 2010). Sin prejuicio de lo anterior, parece importante recordar que en los últimos años tal movimiento ya no es tan radical en su denuncia de la significación política de la maternidad: más que elaborar una concepción del sujeto femenino no definido por la maternidad, algunas de las feministas más contemporáneas se rehúsan a rechazar tal condición, considerándola como indispensable para la realización femenina (Kristeva, 1979). De ahí que ellas empezaron a preguntarse por el deseo de hijo, en el intento de entender de dónde viene y por qué es tan imperante en la mujer mientras que su acción social se ha enfocado en la demanda de nuevas políticas favorables para doble rol de madre y trabajadora.

Este último aspecto es más actual, y ha de ser profundizado para entender qué está aconteciendo actualmente en Chile: aunque la maternidad ya no se considere una elección obligada, y las mujeres busquen realizarse a través de la carrera y del trabajo (Ansoleaga y Godoy, 2013), vimos que el valor del hijo hoy seguiría vinculado a la concepción familiar que presentamos en el anterior apartado. De este modo, queda abierta la pregunta por la posibilidad de que las mujeres hoy puedan realizar un proyecto familiar que además les permita ocupar una posición social determinada por un orden simbólico históricamente establecido. Ansoleaga y Godoy (2013) muestran que actualmente existe una contradicción entre las políticas de incentivo al empleo femenino y una organización del mercado del trabajo que no permite articular las actividades remuneradas con la maternidad. Desde un punto de vista económico, existe una legislación que obliga a los empleadores a asumir los gastos de las salas cunas. Aun así, pese a la elevada calificación de las mujeres, estas no logran ingresar con facilidad al mercado laboral debido a que su contratación es más costosa. Las autoras muestran, además, que desde una dimensión demográfica se produce una tensión entre la necesidad de fomentar la empleabilidad femenina y aumentar las tasas de natalidad,

problema que hace luz justamente sobre el ya mencionado aumento de las tasas de infertilidad debido al aplazamiento del proyecto parental. Además, no queda claro cuáles actores deberían hacerse cargo del problema entre el Estado o el sector privado.

De este modo, las mujeres refieren sentir culpabilidad hacia el lugar de trabajo o los hijos cuando alternativamente deben privilegiar uno o los otros. El aplazamiento del proyecto maternal podría entenderse a partir de estas variables: pese a las políticas de facilitación al ingreso laboral, y al abandono de la idea que la maternidad sea el único destino posible, las mujeres parecen carecer de herramientas que puedan facilitar una elección libre de condicionamientos.

En este sentido, más allá de los mandatos culturales y de la protesta en su contra, la mujer chilena parece aproximarse o alejarse de la maternidad buscando realizar un ideal definido en y por el lazo social. Tanto el anhelo para ser madre como el aplazamiento de tal proyecto hasta la eventual imposibilidad de realizarlo serían entonces dos facetas del deseo de hijo importantes para nuestro estudio en cuanto podrían aparecer en el relato sobre el niño imaginario.

4.3 Los dispositivos de control y el Otro

En los apartados anteriores presentamos, por un lado, las razones que las mujeres sienten estar a la base de su proyecto de maternidad, por el otro, la interpretación de tales razones a la luz de la historia del Chile hasta la actualidad. Como mencionamos al comienzo de este capítulo, el propósito del apartado es abordar el deseo de maternidad culturalmente determinado, pudiéndose reflexionar sobre el anudamiento entre los registros simbólico e imaginario en las mujeres que quieren ser madres.

Sin embargo, parece necesario extender nuestra discusión a estudios cuya mirada más amplia ofrece una interpretación analítica de los acontecimientos históricos que interesan al mundo occidental e industrializado. De este modo, se intentarán establecer algunas coordenadas más generales respecto del lugar ocupado por el hijo en la sociedad a partir de los discursos sobre maternidad hoy y de los dispositivos que los difundieron y mantuvieron. En este sentido cabe nombrar al menos algunos elementos del lazo social que, como destaca Tort (1994), sostienen una idea errónea de la reproducción: la ya mencionada idea que la procreación sea natural,

necesaria a la sobrevivencia de la especie y que su ejercicio se limite a la estructura familiar, lo cual supone una condena de la sexualidad que tenga fines o límites distintos.

Un primer discurso cuya mención pareciera entonces necesaria, tiene que ver con el análisis de los acontecimientos históricos llevada a cabo por Foucault (1977, 1979). Según Foucault, a partir del siglo XVIII la medicina, junto con la pedagogía, se habría convertido en un mecanismo de gestión de la sexualidad, siendo uno de los dispositivos de control que se han sucedido durante los siglos. En tal contexto, la sexualidad habría sido restringida al ámbito familiar y su fin acotado a la procreación, por lo que empezaron a difundirse dispositivos reguladores que, actuando en lugar del Estado, pudiesen asegurar longevidad, bajar la mortalidad, aumentar los nacimientos. Estos dispositivos habrían sido de a poco interiorizados por los individuos, sus cuerpos empezaron a ser parte del aparato productivo. Foucault los define en su conjunto con el término “biopolítica”, destacando su centralidad para el desarrollo económico de las sociedades liberales (en su trabajo: la alemana y la estadounidense). Según Foucault, el liberalismo se dirige hacia una maximización de la economía como método de racionalización del ejercicio del gobierno y el hecho que el individuo sea antes que todo un sujeto del derecho fortalecería este modelo: los dispositivos se justifican en su acción por el bien común, para que sean garantizados el derecho a la salud, a la educación y, en la época actual, a tener un hijo. Este último aspecto pareciera ser importante para el presente trabajo: si la filiación fuera un derecho, y no es el fin de este trabajo establecerlo, el hijo pasaría a ser un bien para sus padres, aspecto que ha de ser considerado al reflexionar sobre el lugar del hijo en la sociedad.

Sin embargo, antes de ello, cabe mencionar las más recientes formulaciones de Rose (1989), de mayor utilidad para entender qué acontece en Chile debido a que se desprenden del contexto neoliberal del Reino Unido. En línea con la propuesta foucaultiana, el trabajo de Rose se dirige a entender la manera en que los sujetos son “producidos” por procesos de gobernabilidad en donde ellos mismos se controlan y cuidan. El mismo hecho de formar una familia y tener hijos vendría a depender de tales procesos, de manera que los distintos programas de apoyo a la parentalidad, a la salud conyugal y doméstica tendrían como objetivo fomentar los proyectos de filiación. En este sentido: “en las familias contemporáneas las aspiraciones personales a vivir plenamente, de realizar las ambiciones y de encontrar un

fin trascendental a la existencia se relaciona al deber de reproducirse y criar niños sanos” (Rose, 1989, p. 155). Lejos de ser percibido como tal, este deber, según Rose, se subordinaría a las exigencias poblacionales, y dejaría oculta la necesidad que sean las madres a hacerse cargo de la crianza de futuros ciudadanos competentes y que aportarán positivamente a la economía.

Pareciera que lo que acontece en el contexto neoliberal chileno se pueda explicar –al menos en parte– a partir de este modelo. El poder pasaría a la autoridad de los expertos que, otorgando libertad a los individuos, los someten desde ellos mismos. De este modo, se explicaría que el modelo ideal de familia que se ha establecido en Chile ya hace mucho tiempo, por la intervención de la Iglesia, y que ve el hijo no solo como su centro, sino que como su motor, responde antes que todo a exigencias de producción económica. De este modo, podríamos pensar que las políticas de apoyo a la maternidad o la propuesta de RMA se explican bajo esta misma lógica en la que los derechos alcanzados tras las luchas sociales habrían devenido una forma de control de los ciudadanos desde ellos mismos: el declarado derecho a la filiación disfrazaría el deber civil a contribuir a la economía neoliberal. Según Aceituno, Miranda & Jiménez (2012) las prácticas neoliberales de administración del modelo económico y laboral chileno actúan en una lógica de mercado en donde el Estado no interviene. Tales prácticas, junto con el aumento de expectativas frustradas en un contexto de una sociedad de consumo incapaz de satisfacer toda demanda que recibe, se encontrarían entre las mayores causas de malestar en el país. En el ámbito específico de la salud, se observa una limitación de la atención sanitaria vinculada a la necesidad de evidencias y al criterio costo – efectividad; la clínica de la salud mental, a su vez, atiende al malestar desde la lógica de la administración (Aceituno y Bornhauser, 2005), del diagnóstico, de la homogeneización, tal como lo mencionamos al ojear las guías técnicas para los profesionales de la salud reproductiva. En esta lógica, la escucha individual parece no tener cabida más allá de lo que se espera escuchar como producto de la administración de la misma demanda moldeada sobre una oferta pre-constituida.

La reflexión acerca del valor del hijo que la RMA habría de ser situada entre su oferta, regulada por las leyes del mercado, y el anhelo para realizar un proyecto determinado cultural y políticamente. En particular, nos preguntamos cómo se articula la demanda de RMA con

un deseo de hijo inconsciente, singular, desconocido por la medicina, y con la oferta que esta propone. Se trata de un interrogativo que no puede ser abarcado por la presente investigación. Sin perjuicio de lo anterior, se buscará aclarar parte de su solución entendiendo cómo el niño imaginario podría constituirse a raíz de este encuentro entre las madres y la ciencia. Definimos entonces al niño imaginario como aquel niño que surge a raíz del trabajo imaginativo que la mujer emprende durante el embarazo y que da cuenta de la manera en que ella estaría subjetivando esta condición.

Si consideramos que en la realización del proyecto de maternidad están puestos todos los significados e ideales que presentamos, y que en el contexto chileno actual el ideal se ha vuelto “activo y persecutorio, como exigencia de emprendimiento, de bienestar y, sobre todo, de competencia” (Aceituno *et al.*, 2012, p. 93), posiblemente la frustración del deseo de hijo antes y durante el uso de la RMA podría a su vez influenciar esta representación (el niño imaginario), aunque no necesariamente en la forma devastadora que propone la literatura sobre el tema.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A la luz de los antecedentes presentados, cabe situar la pregunta de investigación que orienta el presente trabajo, tal como se formuló anteriormente en la introducción:

¿Cómo se manifiesta el fenómeno del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la reproducción asistida?

A partir de esta pregunta, se desprenden los objetivos investigativos sistematizados a continuación.

Objetivo General

Describir el fenómeno del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la reproducción asistida.

Objetivos específicos

1. Describir cómo la experiencia de infertilidad se manifiesta en la figuración del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la reproducción asistida.
2. Describir cómo la experiencia de la reproducción asistida se manifiesta en la figuración del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de tal técnica.
3. Describir cómo la experiencia biográfica previa a la reproducción asistida se manifiesta en la figuración del niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de tal técnica.
4. Identificar las figuras que puede tomar el niño imaginario en un grupo de mujeres chilenas cuyo actual embarazo se ha realizado tras el uso de la reproducción asistida.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Enfoque

Siendo el objetivo de la presente investigación de tipo descriptivo, se pretende abordar el problema planteado utilizando un marco metodológico cualitativo. Como destaca Cornejo (2006), la metodología cualitativa permite generar conocimientos a partir de conceptos que, vinculados entre ellos mediante relaciones de distinto orden, posibilitan finalmente reducir la complejidad del objeto de estudio. Para este estudio, ya se mostró que el niño imaginario es un objeto de investigación particularmente complejo: no se trata solamente de la figuración del niño durante el embarazo, sino que de representaciones maternas asociadas a su situación actual e historia de maternidad. En tal sentido, se considera fundamental dar cuenta de esta complejidad en los resultados mismos apuntando, cuando sea posible, a ordenarlos y clasificarlos para poder crear un puente entre estos y la teoría.

Si bien la RMA es un factor universalmente presente entre las participantes del estudio, se espera que su uso tenga efectos distintos en la subjetividad de cada una de ellas (y de quien en general acuda a la RMA). En tal sentido, más que avanzar hacia una generalización de los resultados, este estudio busca dar cuenta de la variabilidad susceptible de aparecer entre experiencias individuales, sin perder de vista la imposibilidad de separar lo individual de lo social.

Al fundarse en un marco teórico psicoanalítico, asumimos que los procesos que en cada cual rigen la constitución y desarrollo de la vida “mental” puedan reconocerse en colectivos, dinámicas políticas y espacios culturales (Aceituno y Radiszcz, 2013). Bajo esta asunción, los resultados de la investigación darán cuenta necesariamente de cómo lo singular se articula en lo colectivo y viceversa. Por otra parte, el interés por lo individual no obsta la posibilidad que, tras la escucha de mujeres RMA, pueda explorarse un objeto de estudio que se esperaría aparecer por definición en cualquier embarazo. De este modo, no se excluye la posibilidad de describir el niño imaginario independientemente del hecho que la concepción haya sido o no favorecida por las biotecnologías.

En función de premisas que ubican al psicoanálisis como un método privilegiado para la escucha del sujeto como miembro de la sociedad, se ha optado por la adopción de un enfoque biográfico, pues este está orientado a la recuperación de sentidos. De acuerdo a Sharim (2001), bajo esta perspectiva es posible focalizar la experiencia singular para entender la significación atribuida a los hechos vividos por el individuo en su complejidad, es decir, como sujeto perteneciente a un contexto social específico. Si las problemáticas del individuo atañen tanto a la dimensión psíquica como a las contradicciones propias del medio social en el que se inscribe su subjetividad, los relatos biográficos, tal como los concebimos, surgirían en el anudamiento entre los registros simbólico, real e imaginario. La elección de tal enfoque se fundamenta, además, en la consideración que la RMA es un tratamiento que puede implicar varias etapas, siendo necesario repetir los ciclos u optar para un nivel de mayor complejidad para conseguir el embarazo. Asimismo, el proyecto de maternidad surge en un momento determinado y singular en la vida de la mujer, acompañándola hasta su realización y vinculándose a los acontecimientos de su vida. Estas dos historias serían resignificadas y convergerían en el niño imaginario. Sobre esta elaboración subjetiva se enfocará el trabajo: lo biográfico, en este sentido, no sólo da cuenta de la vida de una persona en su dimensión cronológica, sino que ubica el investigador frente a la escritura de esta vida, a su reconstrucción narrativa (Sharim, 2001). Nuestro interés será dirigido a aquellos aspectos biográficos resignificados por el sujeto en su vinculación explícita o implícita al objeto de estudio. Cabe destacar que trabajar de este modo no significa en absoluto perder la verdad, siendo esta determinada y al mismo tiempo velada por el sentido. Más bien, se trata de descubrir la verdad del sujeto, entre su historia individual y social. En este sentido se trabajará con el relato de vida, entendido como la enunciación e interpretación que el narrador hace de su vida o, como en el caso de este estudio, de parte de ella (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008). De este modo, el relato de vida se caracteriza por ser una historia limitada a lo que el sujeto cuenta, sin que se acuda a otras fuentes objetivas que agregan informaciones a esto¹². El sujeto que cuenta su historia, por estar involucrado en ella, no puede poseer su sentido total. Más bien, este construiría saber a medida en que va narrando.

¹² En el caso en que se acudiera a otras fuentes se hablaría de historia de vida (Cornejo *et al.*, 2008).

La epistemología del enfoque biográfico sugiere que quien investiga es parte activa en la reconstrucción de la historia y en la producción del conocimiento. En este sentido, el relato es co-producido, entrevistador y entrevistado son indispensables y complementarios para que el texto sea el que es y no el que habría surgido si uno de los dos hubiese estado interactuando de otra manera (Díqaz, 1999).

Lo que es fundamental para que vaya surgiendo la historia, entonces, es que la relación que se establece entre los sujetos sea colaborativa y cálida (Cornejo, 2006) y, por ende, funcional a los objetivos de la indagación. Solo estableciendo aquello que Alonso (1998) llama “contrato comunicativo”, un vínculo de confianza basado en la empatía, se puede captar el deseo que tiene el informante de contarse, haciéndose cargo él mismo de la dirección de la entrevista (Bertaux, 1993).

Este aspecto, del “hacerse cargo” parece particularmente importante para aquella que Cornejo et al. (2008) llaman la “dimensión ética” del enfoque biográfico. Frente a la petición de relatar su vida, o parte de ella, el informante puede tomar una posición tanto de producto de su propia historia, habiendo sido arrojado a ella, como también de actor y productor de ella. Esto parece central en cuanto plantea una toma de responsabilidad: “aunque no se puedan cambiar *hechos* del pasado, sí se puede cambiar la *posición* que se tiene frente a ellos desde el presente y allí radica el margen de libertad. Al advertir que la existencia se pone en juego en un presente, que se transforma, que deviene, que es esencialmente libre, se presenta entonces la opción de *advenir sujeto* de la propia historia” (Cornejo *et al.*, p. 31).

Es decir, pareciera que hacer investigación con relatos de vida finalmente nos acerca a la escucha de los sujetos en el lugar de la enunciación, que hablan desde su propia verdad, cuya manifestación es justamente lo que busca el psicoanalista.

Todo lo anterior se resume en una serie de ventajas de la perspectiva biográfica, identificadas por Digneffe (citado en Cornejo, 2006) y detalladas a continuación:

- la posibilidad de conocer las determinaciones sociales que influyen en la historia personal de cada quien, en su comportamiento y toma de decisiones;
- la posibilidad de ir más allá de la mera objetivación pudiendo conocer lo singular, lo imprevisto, las rupturas;

- la posibilidad de devolverle al sujeto su condición de experto sobre un tema que lo concierne y, por ende, de reconocer a su saber un valor sociológico;
- la posibilidad de sobrepasar la dialéctica “individuo vs sociedad”, en la medida en que cada biografía se sitúa al interior de una historia más grande, de un grupo o comunidad, posibilitando el entendimiento de tal sistema social.

El énfasis que estos aspectos ponen en la mediación entre lo personal y lo social parece de extrema importancia dado el carácter crítico y constantemente cuestionador de esta investigación. Concordamos con Bolívar y Domingo (2006) en la idea que:

Conducir toda la cuestión biográfico-narrativa al ángulo personal, sin conectarla con el substrato social y político, (...) nos llevaría a una visión «políticamente *naive*», dejando las cosas como están. Nikolas Rose (1996)¹³ puso de manifiesto cómo las narrativas de vida, biografía y autoformación se puedan inscribir dentro de las nuevas tecnologías de gobernación de los individuos del << liberalismo avanzado >>, cuya esencia consiste en hacerlos responsables. Esta nueva configuración de la individualidad, con la ilusión de autorrealización, propugna una ética de la personalización como nueva fórmula de reinventar contemporáneamente el hacerse a sí mismo. Las biografías, convertidas en objeto de saber, se convierten en procedimientos de objetivación de los individuos en sujetos. Que, en su lugar, puedan ser un instrumento de autonomía individual o de capacitación profesional, exige explicitar y negociar al máximo las condiciones de su ejercicio y uso. (s.p.)

Esta advertencia parece interesante en la medida en que alerta el investigador frente al riesgo que el enfoque biográfico se transforme en uno entre muchos dispositivos de control presentes en la sociedad neoliberal. La decisión de asumir un enfoque biográfico, entonces, nace a raíz del diálogo que el psicoanálisis mantiene con las otras ciencias sociales que pretenden rescatar la subjetividad sin caer en la actual paradoja del que podríamos llamar “hombre libre esclavizado por sí mismo”. Además, esta elección se basa en la importancia que se reconoce al lazo social, por lo que no sería posible separar el individuo del substrato en el que nace.

¹³ Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge, MA.: Cambridge University Press.

6.2 Diseño

Si en el apartado anterior nos preocupamos de describir y justificar la metodología y el enfoque adoptados para la investigación, a continuación se detallarán los aspectos operativos de esta. La planificación de las distintas fases, que en su conjunto constituyen el diseño de la investigación, es un momento de suma importancia en cuanto requiere tomar en cuenta los antecedentes teóricos y empíricos, por un lado, y el enfoque metodológico, por el otro. Es decir, es a través del diseño metodológico que se busca una aproximación al objeto de estudio, tanto con la técnica utilizada como con la construcción de la muestra y, por supuesto, con el análisis. Por otra parte, con ello también se resguardan los aspectos éticos que en su globalidad tienen un peso a la hora de construir un vínculo de confianza con el informante, aspecto fundamental para el mismo éxito de la investigación.

Cabe destacar que, como veremos, lo que constituía el diseño inicial ha “sufrido” modificaciones que surgieron bajo condiciones objetivas.

6.2.1 Técnica

En cuanto a la técnica o “instrumento” de recolección de los datos, se ha construido un instrumento *ah hoc* que fuera coherente con cuanto acabamos de plantear a propósito de los relatos de vida como opción metodológica. En este sentido, se ha desarrollado una entrevista abierta de tipo biográfico (de duración aproximada entre una hora y una hora y media), tomando en consideración –queremos recordarlo una vez más– que no hay pretensión que el relato sea exhaustivo de la vida del informante (Díquaz, 1999).

En nuestro caso son dos las biografías sobre las que se busca producir información: la del niño imaginario y la de la infertilidad/fertilidad post técnica, ambas resignificadas en la historia vital de las informantes.

En la construcción de la entrevista hemos tenido en cuenta las formulaciones de Lebovici (1983) sobre el niño imaginario. Lo anterior debido a que, como señala Flick (2004), es importante definir temas que garanticen la posterior comparabilidad de los resultados en la fase analítica, manteniendo al mismo tiempo la apertura a las visiones distintas relacionadas a tales temas. En este sentido, se han considerado los tres ejes presentados en el marco teórico:

1. **La situación actual de la mujer.** En principio, esta incluye la historia de la esterilidad y del uso de la técnica hasta el embarazo actual, las eventuales preocupaciones para la salud física y los cambios corporales. Lo actual no se refiere solamente al aquí y ahora de la mujer, sino que también a su pasado reciente y a lo que pueda surgir en el relato por ser considerado relevante por la informante, y que tiene que ver con su realidad. En este sentido, se consideran parte de este eje también la relación de pareja, la ocupación, la profesión, la red familiar y social, y todo lo que resulte ser relevante en su vinculación a la historia de maternidad.
2. **Ensoñaciones diurnas.** La escucha aquí se dirige a los sueños, a las fantasías diurnas, a lo que se verbaliza en relación a los movimientos fetales, y a los deslices del habla que pueden surgir en relación a estos u otros temas relacionados. Estos aspectos se vincularían al deseo inconsciente y susceptible de aparecer tras las representaciones que permiten figurarse al hijo. De este modo, dichas representaciones se constituirían como la vía de acceso a las fantasías inconscientes que Lebovici asocia a las ensoñaciones diurnas. En otras palabras, se trataría de elementos cuya elaboración desemboca en la expresión de un anhelo de hijo construido desde la historia personal y de pareja.
3. **El deseo de maternidad y sus fantasías.** Aquí la escucha apunta a captar la presencia (o ausencia) de elementos como: la identidad femenina, la identificación a la madre o a otro modelo femenino, las ideas relacionadas al ser madre bajo un discurso cultural, social y familiar.

El hecho que la reproducción asistida no constituya un eje de por sí es producto de una decisión ponderada a partir de la reflexión que, si nos interesa explorar la posible relación entre la técnica y el niño imaginario, es importante favorecer una aparición espontánea de este tema y de su eventual relación, confiando en las asociaciones libres que puedan surgir. A raíz de todo ello, la entrevista se desprende de una pregunta inicial: “Usted me comentaba que se encuentra en la N° semana de embarazo, ¿cómo describiría que ha sido esta experiencia?”. De este modo, y coherentemente con la opción ética de que sea el informante

quien asume un rol principal, como sujeto agente y responsable de su relato (Cornejo *et al.*, 2008), se deja que sean las entrevistadas a decidir de cuál experiencia hablar, sin buscar que los temas vayan surgiendo según un orden cronológico (Díqaz, 1999); al contrario, se quiere que éstos aparezcan en función de la lógica de conexión que se evidencia en el relato, y es por ello que la pauta de la entrevista es flexible, aunque centrada en los ejes presentados.

6.2.2 Muestra

En la planificación y construcción de la muestra nos hemos basado en una selección estratégica de los casos (Valles, 2003). De este modo, se han incluido todas las variables consideradas relevantes en relación al objeto de estudio, tomando en cuenta los criterios de heterogeneidad y de accesibilidad. A propósito de la accesibilidad, en un primer momento se hizo necesario considerar las limitaciones éticas y la variabilidad de pacientes que las clínicas de fertilización asistida tienen. Ello debido a que en Chile cada clínica tiene sus propios requisitos de ingreso a los programas de fertilización; por lo tanto, puede ser más difícil acceder a una muestra completa. Los tratamientos RMA que ofrece la clínica en la que se realizó el estudio son: inseminación intrauterina, fertilización *in vitro*, criopreservación de ovocitos y de semen, ovodonación y donación de semen. A partir de ello, se excluyeron de la muestra casos de úteros subrogados y de previo diagnóstico genético preimplantacional (DGP), a saber, el análisis genético de ovocitos, cigotos o embriones para la detección de alteraciones (OMS, 2010). Estas situaciones pueden involucrar planteamientos éticos importantes en las decisiones reproductivas, debido al tema legal que también los concierne: por un lado, la maternidad subrogada plantea la cuestión sobre el derecho a la maternidad por gestación, y efectivamente está prohibida por ley en Chile¹⁴, mientras que el DGP abre el debate relativo al aborto con todas las implicancias que este discurso tiene para la legislación chilena.

Los criterios de selección considerados para la composición de la muestra se detallan a continuación:

¹⁴ Código Civil Chileno: Artículo 183. “La maternidad queda determinada legalmente por el parto, cuando el nacimiento y las identidades del hijo y de la mujer que lo ha dado a luz constan en las partidas del Registro Civil”.

- **Edad gestacional entre la semana 12 y 30.** Según la literatura sobre el niño imaginario (Agostini *et al.*, 2009; Cabariti, 2015), en el primer mes de gestación la madre tiene una sensación de estar embarazada aunque aún no piensa en el bebé. Más tarde esta sensación se convierte en aquella de tener un bebé dentro de su cuerpo, lo que lo hace presente, más real; pero recién durante el segundo trimestre puede empezar un trabajo imaginativo real: fantasear sobre el sexo del bebé atribuirle características que hacen que se parezca a algún familiar, etc. Además, al final del tercer mes de gestación baja el riesgo de aborto espontáneo (Vargas, 2015). A partir de este momento, la madre se permite invertir el proceso imaginativo, que se hace máximamente intenso entre el cuarto y séptimo mes para volver a apaciguarse en el octavo mes, en función de la proximidad del parto (Ferrari *et al.*, 2007). En este sentido antes de la duodécima semana y posteriormente a la trigésima, la transparencia psíquica podría estar operando con menor intensidad en cuanto se activarían mecanismos defensivos que inhiben la representación del bebé protegiendo a la madre de las angustias.
- **Fertilización *in vitro* (extracorporal).** Este criterio se ha establecido consecuentemente a la accesibilidad de la muestra: en el periodo de recogida de los datos se han logrado muy pocos embarazos realizados con inseminación intrauterina. A este propósito, se estima anualmente que los porcentajes de embarazo anual son de un 15% en baja complejidad y de un 45% en alta complejidad (matrona, comunicación personal, 7 de junio 2017).
- **Factor de infertilidad masculino vs femenino.** Este criterio parece pertinente en la medida en que el diagnóstico de infertilidad es parte de la historia del embarazo y de su frustración, involucrando la dinámica de la pareja, cada uno con su deseo. Además, el factor infertilidad es determinante para la elección del tipo de técnica ocupada para lograr el embarazo y podría aparecer en el relato sobre el niño imaginario.

Debido a las limitaciones temporales del estudio y a las dificultades encontradas en conseguir informantes que se encontraran en la edad gestacional establecida, se ha constituido una muestra de siete mujeres. Consecuentemente, más que apuntar ambiciosamente a lograr lo que Bertaux (1993) llama saturación de la información, es decir, investigar hasta que no se

encuentra nada nuevo en los relatos de los informantes, se busca aumentar la información en relación a una población limitada y variada en su composición, considerando el estudio como un punto de partida para otros futuros.

Junto con los criterios de inclusión, se definen algunos criterios de exclusión respecto a variables que, ampliando excesivamente el campo de investigación, podrían dificultar la comprensión de su objeto. Estos criterios son:

- Casos de fecundación heteróloga, en cuanto la literatura observa particulares aspectos problemáticos. Estos tendrían que ver, en una perspectiva psicoanalítica, con dinámicas inconscientes que se expresan tras ambivalencia hacia el donante, idealizado y a la vez desvaluado (Scatoletti, 1996, Vegetti Finzi, 1997, Ehrensaft, 2008).
- Mujeres solteras u homosexuales (quienes se presentan a los centros como solteras), debido a la escasa accesibilidad a esta población en relación al tiempo a disposición para la realización de la investigación, siendo las parejas heterosexuales las que mayoritariamente acuden al centro en el que se recogieron los datos.

Al comienzo del estudio se pensaba en no incluir embarazos mellizos ni embarazos no primerizos. En la literatura sobre el niño imaginario no aparecen evidencias relacionadas a estos embarazos, por lo que intuíamos que las dinámicas psíquicas en juego fuesen del todo particulares. El embarazo mellizo es algo inesperado para toda mujer, pero en las situaciones de RMA constituye un resultado al menos en parte considerado, siendo una posible directa consecuencia del proceso *in vitro*. Por otra parte, este aspecto puede ser interesante en la medida en que tal vez en los relatos de las mujeres pueden surgir ideas directamente relacionadas al vínculo entre la técnica y el/los niños(s) imaginario(s). A partir de ello, y frente a la escasa disponibilidad de sujetos que pudieran conformarse con el resto de los criterios, en la muestra finalmente se han incluido los embarazos mellizos. Asimismo, se han incluido embarazos no primerizos, no considerados en un comienzo por la idea que en el niño imaginario pudiesen aparecer características derivadas de la primera experiencia de embarazo.

En realidad, al entrevistar por equivocación una mujer que no habría podido ser parte de la muestra, nos dimos cuenta al analizar el material que excluirla habría sido una pérdida de

material valioso. El niño imaginario constituye lo que puede aparecer del deseo de hijo en la actual significación de una actualidad que, al involucrar la historia de maternidad, posiblemente se vincule al hijo previo. Esto representó un material enriquecedor para la investigación. Finalmente, se optó para seguir investigando también en esta línea, recordando además que el objetivo del estudio concierne a la variabilidad de los datos y que se apunta a crear las bases para investigaciones futuras, más que cerrar esta posibilidad.

Un factor que se considera limitante para los alcances de la investigación es la imposibilidad de definir la muestra en base al tiempo de espera entre el comienzo del tratamiento y el éxito del embarazo, de manera que fuera homogéneo entre las participantes. Esta variable se escapa del control debido al diagnóstico, a las complicaciones médicas que podrían haber surgido en los intentos de lograr el embarazo, y a otras variables no directamente relacionadas a la búsqueda del hijo.

La muestra final se detalla en la tabla a continuación e incluye los nombres ficticios pensados para las informantes:

Tabla 1.

Detalle de las participantes del estudio por edad gestacional y factor de infertilidad

		Edad Gestacional	Factor masculino vs femenino	Embarazo único vs mellizo	Hijos previos	Edad
Informante (Carla)	1	18	Femenino	Único	No	37 años
Informante (Mariela)	2	15	Masculino (y femenino leve)	Único	No	32 años
Informante (Josefina)	3	26	Femenino	Único	No	34 años
Informante (Paula)	4	17	Femenino masculino	y Único	No	31 años
Informante (Linda)	5	25	Masculino (y femenino leve)	Mellizo	No	35 años
Informante (Johana)	6	21	Masculino	Único	Uno	37 años
Informante (Camila)	7	13	Femenino	Mellizo	Dos	38 años

6.3 Consideraciones éticas

En la implementación de este estudio resultó fundamental poder tomar algunos resguardos para los sujetos involucrados, considerando la importancia de respetar su privacidad y salud mental. Se ha considerado importante comunicar a las participantes los contenidos y los objetivos de la investigación, insistiendo sobre su condición de expertas sobre el tema y sobre el interés hacia tal posición. Estas informaciones han sido otorgadas antes de cada entrevista con una previa introducción seguida por la presentación de un consentimiento informado.

El estudio ha recibido aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

6.4 Análisis

En relación a los objetivos específicos planteados, se ha elegido proceder con un análisis de contenido temático. La teoría a la base de este procedimiento analítico es una variante de la teoría fundamentada, cuya misma definición da cuenta de un proceso en el que se recogen los datos, se analizan y posteriormente se crea una teoría que pueda explicarlos (Strauss y Corbin, 2002). Nuestros objetivos no apuntan tan lejos: más que construir una teoría nueva, lo cual sería muy ambicioso vistos el contexto de la investigación y el marco teórico fuerte elegido para discutir el problema, buscaremos aumentar el conocimiento desde el psicoanálisis respecto a lo que ya ha sido investigado con métodos o perspectivas distintas. La codificación temática es un procedimiento de análisis cualitativo que se encuentra en línea con el método elegido para la recopilación de los datos. Además, permite hacer comparaciones al interior de un mismo grupo definido estratégicamente a partir de la pregunta de investigación, siendo efectivamente este el procedimiento elegido para la selección de la muestra.

Como señala Flick (2004), un problema de investigación corresponde a la distribución social de las perspectivas sobre un fenómeno o proceso, suponiendo que en mundos sociales o grupos distintos se pueden encontrar visiones igualmente variadas. En nuestro caso, sabemos que en la determinación del niño imaginario intervendrían variables que, pese a ser subjetivas, resultan a su vez socialmente determinadas. Nos referimos, en particular, a las significaciones sociales que conciernen tanto a la maternidad como al uso de la RMA. De

este modo, parece importante aclarar con Navarro y Díaz (1999) lo que se entiende por contenido de un texto¹⁵: “*algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo, como instrumento (...) no es algo que estaría localizado dentro de un texto en cuanto tal, sino fuera de él, en relación con el cual ese texto define y revela su sentido*” (p. 179).

Para describir los pasos del procedimiento de codificación temática nos referiremos a la sistematización propuesta por Flick (2004):

1. Estudio de caso. Cada entrevista viene analizada singularmente en relación a la pregunta de investigación, surgiendo una serie de temas presentes *a priori* en la misma constitución del instrumento de recogida de los datos. A tal propósito, es nuestro deber ético reconocer la posibilidad que en la misma construcción del dispositivo analítico no podemos estar totalmente neutrales, debiendo necesariamente partir por algunos supuestos teóricos que se utilizarán nuevamente a la hora de discutir los resultados. Estos sesgos son reconocidos por Navarro y Díaz (1999), quienes afirman que por su inevitable presencia la teoría analítica y la teoría interpretativa funcionan de manera autónoma y, al mismo tiempo, dependen una de la otra. En nuestro caso se trataría de limitar nuestra interpretación bajo las coordenadas teóricas a las que nos remitimos para volver a definir el objeto de estudio, a la luz de las limitaciones o sesgos señalados en los antecedentes. Como destaca Flick (2004) en el análisis caso por caso es fundamental preservar las relaciones significativas entre los temas, en la manera en que la misma persona los va presentando. Se trata de un *modus operandi* que, desde el método psicoanalítico, sabemos ser fundamental en la exploración del sentido que cada sujeto tiene respecto a los temas que relata.
2. Codificación abierta. Se seleccionan las unidades significativas de análisis, recortadas a frases o párrafos. A los temas que resultan significativos por su relación al problema investigado, se le atribuye un código, y posteriormente los códigos son agrupados en categorías, a saber, conceptos derivados de los datos, que representan los fenómenos (Strauss y Corbin, 2002).

¹⁵ Se asume aquí la transcripción fiel de cada entrevista para que efectivamente estas se puedan considerar un texto.

3. Codificación selectiva. Strauss y Corbin (2002) definen la codificación selectiva como el “proceso de integrar y refinar las categorías” (p. 157). Flick (2004) explica que el fin de este paso es elaborar la categoría central en torno a la cual las otras categorías pueden agruparse, integrándose a su alrededor. Como este tipo de codificación no se estaría aplicando por si misma, sino en el contexto del análisis de contenido temático, el objetivo de este tercer paso es generar dominios temáticos para el caso individual.
4. Cruce de los datos. “Las categorías desarrolladas y los dominios temáticos asociados a los casos individuales se comprueban de manera cruzada. De ahí deriva una estructura temática que subyace al análisis de los casos ulteriores, para aumentar su comparabilidad” (Flick, 2004, p. 202).

El resultado de este trabajo hecho por cada caso permite vislumbrar la manera en que el caso mismo se enfrenta específicamente al problema de estudio. La estructura temática desarrollada, a su vez, permite comparar casos elaborando correspondencias y diferencias entre los diversos grupos en el estudio.

En base a los criterios definidos por Navarro y Díaz (1999) la estrategia analítica utilizada es *intensiva e intertextual*. Intensiva en cuanto prevé que todos los elementos del texto sean integrados y sus relaciones sistemáticas reconstruidas. Esto es lo que acontece en la codificación abierta y selectiva. En cambio, al cruzar los datos, la estrategia es intertextual en cuanto busca determinar el sentido virtual del texto por medio de su relación con otros textos. Por un lado, los relatos se consideran por su producción en la cultura de pertenencia de los sujetos. Ello implica optar por un método *agregativo*, a saber, se trabaja con el conjunto de los textos como si estos fueran producidos por una misma subjetividad de base, producto del mismo medio sociocultural. Esto permitiría extraer informaciones acerca del contexto en el que la investigación tiene lugar. Contemporáneamente, se utiliza un método *discriminativo*: cada texto es un dominio analítico distinto y el sentido intertextual se reconstruye a partir del contraste entre cada relato. Esto significa, en última instancia, rescatar la singularidad de cada informante y acceder a la manera en que lo simbólico se inscribiría en ellas.

7. RESULTADOS

En este apartado se presentarán los resultados del análisis de contenido temático sistematizados en tres secciones:

- la historia individual de cada informante,
- la experiencia de confrontación con la infertilidad y el uso del RMA y
- la vivencia del embarazo y figuración del niño.

Estas secciones corresponden a los tres principales temas que aparecen en los relatos de las informantes y que atañen a la construcción del niño imaginario.

El orden de presentación apunta a comprender las categorías transversales que derivan del análisis del material, pero también aquellas que destacan por su singularidad en la biografía de alguna informante y que, no obstante, resultan ser centrales en la constitución del niño imaginario. Debido a lo anterior, en la primera sección nos detendremos mayormente en los factores biográficos más relevantes, con el fin de rescatar la singularidad de cada sujeto y de mostrar al mismo tiempo trayectorias comunes. Estas particularidades y regularidades volverán a sistematizarse como categorías en la segunda y tercera sección. Dicha sistematización permitirá trazar trayectorias hipotéticas respecto a lo que podría acontecer en las situaciones de embarazo RMA. Este carácter hipotético es central y ha de ser considerado a lo largo de la presentación de los resultados: pese a las regularidades que permiten definir tipos ideales de niño imaginario, no se puede excluir que una muestra más amplia hubiese llevado a resultados distintos. Asumido lo anterior, insistimos en la idea de que estos resultados son parciales y se limitan a los casos de interés.

Finalmente discutiremos los resultados a partir del marco teórico de referencia.

7.1 Historias individuales

Cuando hablamos de niño imaginario no nos referimos solo a las representaciones conscientes que conciernen al hijo. También nos remitimos a la posibilidad que surjan recuerdos infantiles y consideraciones respecto a la manera en la que una mujer quiere ejercer la maternidad. En el discurso de las informantes estos aspectos se anudan a variables

contextuales que constituyen la situación actual de la gestante, a saber, sus grupos de pertenencia, su condición de salud, su profesión etc. Estas dimensiones, en su conjunto, pueden influir en la posibilidad que la mujer elabore históricamente su deseo y su visión de la maternidad, partiendo de la historia actual hasta llegar a los recuerdos *encubridores* de la infancia reconstruida.

En esta sección se presentarán las historias individuales de las informantes a partir de estas dimensiones. Cabe señalar que por el contexto investigativo en el que tuvieron lugar las entrevistas y por el mismo hecho de haber sido entrevistas únicas, no es posible hacer un análisis acabado de cada caso.

El objetivo de esta sección es más bien aquello de describir las características del niño imaginario para poder identificar trayectorias comunes entre las distintas historias y categorías que, pese a ser única en los casos, resultan significativas para el estudio.

7.1.1 Carla

Al momento de la entrevista Carla se encuentra en la decimoctava semana de gestación. Su historia médica empieza con un diagnóstico de endometriosis que la lleva a un intento de inseminación artificial y dos fertilizaciones *in vitro*.

Desde el comienzo de la entrevista surgen la intensidad de su anhelo por ser madre y la dificultad de aceptar la imposibilidad de realizarlo impuesta por su diagnóstico. Carla ha tenido durante toda su vida la certeza de ser madre algún día y esta convicción pareciera no admitir dudas algunas: “conocí a mi esposo que éramos pololos yo siempre supe que con él me iba a casar y tener hijos”. De este modo, describe un proyecto de vida construido alrededor de este anhelo: tanto su matrimonio como sus elecciones profesionales están condicionados por las decisiones reproductivas.

La imposibilidad de quedar embarazada no motiva Carla a buscar ayuda médica inmediata, lo cual es justificado por ella con el hecho que su prioridad en este momento era terminar su carrera, cumpliendo con el mandato materno (“ella era de que nosotros estudiáramos”). Durante este primer periodo, Carla se muestra capaz de invertir otros objetos de deseo más allá del hijo, sin angustiarse frente a los fracasos de los intentos de quedar embarazada tras relaciones sexuales.

Sin embargo, el diagnóstico lleva consigo la frustración y un inagotable cuestionamiento acerca de las posibles causas que podrían haber provocado la infertilidad:

“...te cuestionas muchas cosas ¿qué podría ser, qué no podría ser? Incluso piensas en los alimentos que comes, o en tu ritmo de vida...o algo que tus papás hicieron o comieron que te afectó a ti, es increíble que tu empiezas a buscar a buscar ehm posibles...ehm no sé po, haciendo conclusiones y conjeturas de uno, tratando de buscar ehm, el porqué.”

La angustia vuelve a presentarse con el fracaso de la RMA que culmina en un aborto. No obstante, Carla reacciona intentando desinvertir el proyecto de maternidad, para preservarse de la posibilidad de desbordarse: “deje el embrión que me quedaba conservado, o sea lo dejamos ahí porque yo no estaba emocionalmente preparada por el miedo, la verdad es que era miedo, porque si ya me hicieron la primera transferencia eran dos y no funcionó...”. Paralelamente, Carla empieza a emprender un proyecto personal logrando establecer una conexión entre este y su infertilidad, lo cual podría sugerir que ella habría llegado paulatinamente a aceptar el diagnóstico y convivir con ello.

Sin embargo, la angustia y el cuestionamiento permanecen: no se trata solo del querer ser madre, sino que también de poder embarazarse. En este sentido, se declara dudosa respecto a la posibilidad de adoptar por “el hecho de uno ser mamá (...) son tuyos, o sea, no sé es algo que es tu naturaleza que tu tengas en tu vientre”.

Una vez que logra quedar embarazada, Carla describe una actitud cautelosa y una dificultad de poder investir las sensaciones físicas debido a que “llega un momento en el que te va a llegar el periodo y que estés embarazada, son casi muy similares los síntomas”. Más tarde, en cambio, cuando ya el embarazo está más avanzado, aparece el miedo de que el parto se adelante. Sin embargo, de a poco la entrevistada logra investir parcialmente los síntomas y con ello empezar a imaginar un niño cuyo nombre viene a ser testigo de su victoria en la batalla contra la endometriosis.

En cuanto a lo que concierne directamente al hijo, la manera de figurárselo y la preparación para su llegada, la historia infantil parece particularmente importante. Carla reflexiona acerca de la manera en que quiere ejercer la maternidad a partir de los recuerdos que tiene de su

niñez, reconociendo no querer repetir ciertas conductas maternas que habrían marcado su infancia: los repetidos castigos físicos y la escasa consideración recibida que, según lo referido, se explicaría a partir de hecho que ella es la hija del medio. Carla relata:

“Si mi mama fue golpeadora conmigo, si fue dura, yo no tengo porque hacerlo con mi hijo porque en este caso yo era la niña, en este caso ahora yo voy a ser la adulta. (...) la mamá es la que entrega amor, la que disciplina. Entonces esto yo, en el lado de mi mamá, no lo vi. Puede ser que por el hecho de que yo era hipercinética, era inquieta. Pero los métodos de mi mama me marcaron mucho.”

Se trata de un momento particularmente emotivo, durante el cual la entrevistada menciona haber interrumpido la relación con la madre desde cuando quedó embarazada. En este sentido, por un lado, Carla se identifica a su hijo, y por el otro da cuenta de un esfuerzo consciente para mantenerse separada y distinta de su propia madre. A tal propósito, señala en repetidas oportunidades valorar el apoyo recibido por el marido, no solo en la preparación de los aspectos prácticos que conciernen al niño, sino que también en su misma competencia como madre.

“...después que salí de la casa de mis papás de...fue otro trato con mi esposo entonces eso me ayuda a mí de que hay formas de convivencia más tranquila, se puede dar amor, se puede entregar amor, sin herir, sin ofender, sin gritos ehm...(...) ahora, estoy feliz, como vivo, el trato entonces yo no quiero volver a eso y sé que ahora si mi hijo resulta de que salga con mi genio, o sea yo tengo mucho más herramientas o recursos.”

A la luz de estas consideraciones, se puede entender por qué Carla preferiría que la personalidad del hijo se pareciera al marido más que a ella, pues atribuye a su temperamento inquieto la causa de los duros métodos maternos. En este sentido, podríamos concluir que mientras se identifica al niño, reconociendo su fragilidad y necesidad de protección, la entrevistada se identificaría también a su propia madre, señalando la necesidad que el marido la apoye para no cometer los errores de esta. De este modo, Carla estaría de a poco subjetivando la maternidad.

7.1.2 Mariela

Mariela tiene quince semanas de gestación al momento de la entrevista. Tanto ella como su pareja recibieron un diagnóstico de infertilidad. Lo anterior justificó la decisión médica de optar directamente a un tratamiento *in vitro*.

La historia de Mariela es similar por distintos aspectos a la que acabamos de presentar. Su embarazo también se produjo tras un segundo intento. Asimismo, la entrevistada describe una demora en acudir a un médico para averiguar por qué no se logra el embarazo: según ella, esto debido a que en realidad su marido habría estado mucho más ansioso de tener un hijo. En cambio, ella tenía el proyecto ideal de ser madre antes de los treinta años y habría empezado a preocuparse solo cuando, aproximándose a esta edad, aún no quedaba embarazada. Nuevamente, la angustia parece surgir en correspondencia con el diagnóstico, empezando un cuestionamiento que apunta principalmente a la comparación con los demás: “empezai todo este cuestionamiento de por qué o para qué, y al principio es como fome, sobre todo si teni un contexto donde alrededor está lleno de guaguas y toda la gente super fértil”. La necesidad de obtener respuestas es tan fuerte que Mariela llega a sobreinvertir el equipo médico, siendo ellos las únicas personas con las que logra compartir algo de su proceso que, afuera de la pareja, nadie más conoce. En este sentido, pareciera que esta relación a la técnica permite a la entrevistada seguir en el proceso pese a los fracasos.

“lo que es muy beneficioso de tratarte aquí es el ambiente del equipo médico en general. O sea, desde la secretaria, hasta el caballero que hace el aseo, o sea, tú sientes como...que están todos involucrados en el proceso, entonces tú sientes que es como super positivo esto para los pacientes (...) porque te sentí apoyada. Entonces más allá de que si resulta o no siempre hay una respuesta, siempre hay una explicación.”

Resulta interesante que Mariela parezca aliviarse frente a la posibilidad de no ser la única infértil en la relación: esto le permite referirse a un problema de infertilidad de pareja (“no nos compatibilizamos bien”) y además de enfocarse a lo largo de la entrevista en la infertilidad masculina más que en la propia: “al principio típico que te mandan a ti, mujer, a hacerte todos los exámenes, y nunca piensan en que puede ser un factor masculino (...) siempre pensando en que puede ser la culpa de la mujer”. El uso del significante “culpa”, y

el mayor enfoque sobre el diagnóstico masculino, deja entrever ciertas ideas asociadas al problema de infertilidad o, como la entrevistada reitera en la entrevista, de “no compatibilización”. Cabe destacar que la angustia en Mariela parece culminar frente al primer fracaso de la terapia: la entrevistada se enfoca mucho en este suceso desde el comienzo de la entrevista y por buena parte de esta. De este modo, la posibilidad de compartir el diagnóstico levanta a la mujer de la responsabilidad exclusiva de la esterilidad; sin embargo, es ella quien se embaraza pudiendo sentirse la única responsable del aborto espontáneo:

“Iba todo super bien, porque yo respondí bien al tratamiento, porque me sacaron muchos óvulos ehm...entonces teníamos muchas posibilidades, y después afuera se formaron efectivamente 8 o 9, que era una cantidad super buena, entonces íbamos así como embalados po, como ya si vamos y todo (...). Entonces fue super...como chocante. Porque en realidad yo estaba super entregada en el tratamiento, a lo mejor no tenía así como tanta expectativa pero a medida que íbamos avanzando y que iba todo tan bien me fui ilusionando.”

Efectivamente, toda vez que se presenta un factor imprevisto que viene a quebrar el proyecto vital imaginario, Mariela se angustia. Es lo que se observa a partir de la descripción que la entrevistada hace de sí: admite que le cuesta pedir ayuda, teniendo una personalidad de que “tú puedes hacerlo todo”, y que ya durante la infancia reaccionaba frente a sus equivocaciones con “show y llanto”. Además, menciona nuevamente cómo las emociones negativas frente a la pérdida se habrían intensificado al compararse con las demás parejas que tienen hijos. En este sentido, es interesante que Mariela se explica su forma de ser a partir de su posición de hija del medio dentro de la familia. Este orden en el linaje le habría permitido ser autónoma para “no generar problemas” cuando ya sus hermanos lo hacían y al mismo tiempo parece dar cuenta de la manera en que Mariela lograba sobresalir en la comparación con los hermanos.

Avanzando en el análisis del caso, parece relevante mencionar la cautela frente a la posibilidad de ilusionarse sobre la presencia real del niño: nuevamente los síntomas físicos se invisten muy lentamente y cuesta asumir la presencia del hijo. Cuando surgen, las primeras proyecciones dan cuenta de un niño más parecido al padre que a ella, tanto físicamente como en la personalidad. La entrevistada admite que le gustaría que el hijo “rompa reglas a lo

mejor, así como yo no lo hice porque era así como tan perfectita”, lo cual se podría relacionar con su posición dentro de la familia. A estas variables habría que agregar: la elección del nombre, inspirada por un personaje público cuya personalidad posee algunas características que parecen ser más paternas que no de la misma entrevistada, y del segundo nombre, el mismo de su pareja (y que Mariela elige).

7.1.3 Josefina

Con veintiseis semanas de embarazo al momento de la entrevista, Josefina acude a la RMA por un diagnóstico de endometriosis severa, cuya causa atribuye a una serie de eventos estresantes en su vida. Entre ellos, el fallecimiento del padre y de una hermana (hija solamente de su padre), de la que se hizo cargo como una madre desde la adolescencia. La entrevistada describe como de a poco los dolores de la enfermedad, aún no diagnosticada, se habrían hecho más intensos y constantes, obligándola a pedir atención médica urgente durante un año. Mientras tanto, la entrevistada habría estado buscando un hijo sin éxito. Sin embargo, Josefina admite no haberse atendido específicamente por la dificultad para quedarse embarazada, lo cual sugiere que, como las otras entrevistadas, ella niega la posibilidad de que haya un problema de infertilidad vinculado a su sintomatología. Al percatarse de su enfermedad, Josefina se somete a una laparoscopia con el doble objetivo de eliminar la endometriosis y poder realizar el proyecto de maternidad. No obstante, los dolores no cesan: Josefina es hospitalizada en correspondencia a cada menstruación, siendo necesario administrarle medicamentos cada vez más fuertes. Describe este tiempo con minucia de detalles, y explica que consecuentemente a los dolores y al fracaso de la primera inseminación asistida decide renunciar al proyecto de maternidad:

“No quise más porque la estaba pasando muy mal, porque me tenía que inyectar y en realidad esto me provocaba – como no podía tomar ningún medicamento – ningún antiinflamatorio, entonces la verdad es que eran dolores espantosos que yo no lograba soportar entonces yo le dije al doctor que no quería nada más, que por favor me operara que ya tiraba la toalla, que ya así no podía ser más pero filo que ya venía arrastrando ya muchos años en esto y yo quería hacer mi vida normal (...) Yo decía ya si no tuve la oportunidad de ser mamá filo, no quiero más guerra, quiero dedicarme a lo mío, quiero dar la vuelta a la página luego porque esto ya

me está llevado años y necesito acabar. Entonces como que ya me estaba me estaba matando una cosa así.”

El relato de Josefina se enfoca en el dolor de la enfermedad por casi la totalidad de la entrevista. No se trata solamente de un dolor físico, sino que también de un sufrimiento psíquico: “la misma enfermedad me lleva consigo (...) el hecho de sentirme mal, de ponerme a llorar, que siempre decía yo que no quería esto para mi vida, yo no lo quería vivir, que porque a mí me había pasado.”

Pese a las intenciones declaradas, Josefina se convence a seguir adelante con el tratamiento. Atribuye la causa de este cambio de idea al médico tratante (“...el doctor me dijo que no. Que tenía que terminar el tratamiento porque tenía toda la fe de que yo iba a quedar embarazada”) y al marido:

“...mi marido fue el que me dijo, bueno me decía ya has aguantado tanto que terminemos me decía, nos quedan dos inseminaciones, de aquí a fin de año las vamos a terminar. Entonces pucha me decía, la has sufrido caleta me decía, un poquito más, que más da me decía. Entonces yo claro, por el lado de él también porque somos dos po, o sea no puedo decir que tengo que ver solamente por mí.”

En este sentido, se puede empezar a vislumbrar algo relativo al deseo de la entrevistada respecto a su relación con el otro. Es decir, Josefina se deja convencer, y asimismo se imagina como madre: una madre que consiente al niño, tal como se ha visto hacerlo, por su sorpresa, con la perrita que decidió adoptar “cediendo” al deseo del marido. Es importante señalar que es la misma entrevistada quien señala este paralelismo.

Las proyecciones sobre el niño imaginario previas al embarazo dan cuenta de una elevada idealización que pareciera estar en juego en ambos miembros de la pareja: “queríamos tener un bebé porque nos faltaba como el impulso para darle vuelta a la página y seguir adelante (...) decíamos no, el bebé nos va a venir a cambiar la vida.” Para Josefina esta sanación es doble: no solo el niño la ayudaría a dejarse atrás todos los acontecimientos negativos, sino que vendría a ser la cura del dolor físico (“se suponía que la solución a la enfermedad era el embarazo porque yo embarazándome ya los dolores me iban a desaparecer”). De este modo, la angustia aumenta exponencialmente cuando, producto de la fertilización *in vitro*, Josefina

logra quedar embarazada y sus dolores aumentan inesperadamente. A partir de este momento el embarazo será vivido con mucha angustia por las continuas y largas hospitalizaciones, y por el conflicto con los médicos. Estos parecen no valorar su saber, negando la presencia de una endometriosis residual. Josefina menciona haber sido obligada a seguir el tratamiento hormonal a la letra pese a estar consciente de que las hormonas empeoran sus dolores. Admite haber estado dispuesta a todo y que dejó los medicamentos a la escondida del médico:

“...si yo hubiera tenido la cara, no sé para tirarme de un edificio me tiro. Porque de verdad que no quería más guerra. Yo lo único que quería y le dije al doctor cuando lo fui a ver a la consulta lo único que quería de parte de él era que me dijera ¿sabes qué? Vamos a interrumpir tu embarazo porque estai tan mal que lo vamos a interrumpir. Me llegué incluso a golpear (...) lo único que quería era que por favor terminara mi embarazo que me operaran y se me tenían que sacar todo me lo sacaran porque no quería nada más.”

Cuando los dolores empiezan a mermar, Josefina logra conectarse muy lentamente con las sensaciones corporales. Cuenta de una dificultad para imaginarse al hijo y asumir el embarazo, de la confusión por no poder distinguir las náuseas gestacionales de los efectos de los medicamentos, de los miedos frente a la imposibilidad de sentir los movimientos fetales como otras mujeres en su misma edad gestacional. Las mismas ecografías son vividas con mucha ansiedad: debido a su historia médica tan compleja, Josefina teme que el niño pueda tener malformaciones. Paralelamente, hay un miedo por lo que podrá acontecer en el encuentro con el niño real “tengo terror a que me vuelvan estos dolores y más estando amamantando”.

Si bien a lo largo de la entrevista sea muy difícil explorar las distintas áreas del niño imaginario sin que la informante vuelva a enfocarse en lo doloroso del proceso, aparecen algunos elementos relativos a la figuración del hijo. Josefina se lo imagina parecido a ambos miembros de la pareja, y espera que tenga algunas características de personalidad que le pertenecen propiamente a ella. A tal propósito, hablando de la relación de pareja, admite: “los dos nos complementamos porque si bien yo soy super pacífica y trato de bajarle el perfil a las cosas pero soy muy... también orgullosa”.

En cuanto al nombre del hijo, este tendría una historia muy antigua, habiendo sido elegido por un encuentro que Josefina y su pareja tuvieron con un niño. Sin embargo, la entrevistada admite que, antes de saber el sexo del niño, la pareja había imaginado tener una niña y decidido darle el nombre del padre fallecido.

Otros elementos que vendrían a caracterizar el niño imaginario dan cuenta de elementos propios del lazo social. Por ejemplo, Josefina refiere tener proyecciones futuras en cuanto a la educación que quisiera que el hijo recibiera, condición que la obliga a optar por el bautizo por la Iglesia católica para poder postular a “un colegio bueno de niños”. Sin embargo, este bautizo es definido como un “mero trámite”: Josefina le otorga mucha más importancia a una ceremonia simbólica que planificó y en la que todos van a ser padrinos de su hijo:

“le decía a mi marido yo no me voy a negar yo no me voy a negar porque pucha igual es rico que a uno le quieran su niño aún cuando no nace ya lo estén pidiendo entonces le decía que para mí todos van a ser padrinos, todos lo que quieran serlo lo van a ser”.

Nuevamente vuelve la tendencia a aceptar el deseo del otro que de una u otra manera vienen a guiar sus acciones y proyectos.

7.1.4 Paula

La historia de Paula es distinta de las que hemos analizado hasta ahora por varios aspectos. La entrevistada menciona que ya durante la infancia habría manifestado su interés hacia los niños: “mi mamá me decía siempre que era muy guaguatera”. Posteriormente, el anhelo de ser madre se habría hecho consciente a partir de la experiencia con hijos de amigas o familiares; sin embargo, la búsqueda del embarazo pareciera surgir a raíz de un miedo a la infertilidad, más que de un deseo de tener un hijo. Paula comenta: “yo pensaba que me iba a demorar. Porque si yo hubiera pensado que me iba a demorar un mes...no sé si me hubiera puesto al tiro”. La ansiedad para quedar embarazada se puede entender mejor a la luz de una identificación con algunas características maternas: Paula explica que desde muy joven tuvo que tomar hormonas para ovular, y que su misma madre tuvo problemas para quedar embarazada, traspasándole, según ella, el miedo a la infertilidad. De este modo, cuando no logra quedar embarazada, Paula decide rápidamente consultar un médico para confirmar sus

dudas. Este saber intuitivo la protege de la angustia en el momento en que su infertilidad es médicamente confirmada; no obstante, frente al inesperado diagnóstico del marido, Paula cede:

“Nunca lo tomamos como, tan grave, porque nunca pensamos que íbamos a terminar en un tratamiento complejo, yo pensé que me iban a hacer como el seguimiento de la ovulación y listo. Lo veía super simple. Y cuando se fue a hacer los exámenes ehm...nos llegó el diagnóstico por mail. O sea, él se hizo un espermograma y claro le llega la copia a él y al doctor. Y ahí yo recuerdo que me meto a verlo, yo estaba trabajando y me meto a verlo y me salía el diagnóstico y lo googleo y era terrible, y me acuerdo que fue pésimo (...) lo leo y oh se me vino el mundo abajo.”

Pareciera que para la entrevistada el hecho que ambos miembros de la pareja sean infértiles sea intolerable. En este sentido, el fracaso de las inseminaciones asistidas y sobre todo de la primera fertilización *in vitro* tienen para ella un efecto catastrófico, alejándola cada vez más del proyecto de maternidad: “con *in vitro* yo puse toda mi esperanza de nuevo, como que volví a...a como que, a agarrar esperanza, como que uno dice ya, si, con esto voy a quedar”. Es interesante la manera en la que Paula parece ver a la técnica, como si a una mayor complejidad correspondiera una mayor probabilidad de éxito. De hecho, reconoce que el carácter artificial del tratamiento no le ha sido indiferente:

“si yo lo veo ahora no es tan...no es algo no tan complejo ni una operación, que uno diga pucha, me dolió el cuerpo ni nada. Sí es desgastante porque es todo un paso (...) al final ya esto de natural o no, te deja de pesar porque al principio pesa.”

Por otra parte, la pérdida es el acontecimiento que tiene mayor centralidad a lo largo de la entrevista e influye conscientemente en sus actuales vivencias del embarazo. Paula refiere ser cautelosa en todo lo que hace y sentirse insegura frente a eventuales comentarios sobre experiencias negativas de otros, habiendo reconocido públicamente su embarazo hace muy poco tiempo, ya pasado el periodo de mayor riesgo. El miedo es tan fuerte que su superación aparece en los sueños diurnos: “A veces me imagino yo en la clínica con la guagua pero...pero poco. Teniendo la guagua recién nacida. Como que este momento yo creo que es

como lo que más me imagino, como teniéndola y que me la pasen.” En dicha situación la misma técnica, entendida como todo lo que permite hacer averiguaciones acerca del embarazo, pareciera asumir un rol fundamental para sostener la representación del niño. Reflexionando acerca de la confianza que la entrevistada muestra tener hacia la técnica, queremos destacar cómo su relato se ve permeado de elementos propios del linaje familiar. Siendo el padre de Paula médico ginecólogo, ella menciona acudir a él toda vez que se angustia o le surgen dudas, ya desde antes de recibir el diagnóstico. De hecho, este aspecto es mencionado desde el comienzo de la entrevista “mi historia es así. Yo...mi papá es ginecólogo entonces yo estuve como en campaña, por así decirlo, tratando de tener una guagua, un año”. Por otro lado, Paula se imagina a sí misma como una madre muy ansiosa, al igual que la propia, y teme que la hija pueda a su vez crecer con miedos innecesarios:

“Me gustaría que viviera, que tuviera menos miedos que yo. Por esto le digo que son cosas que me gustaría tratármelas yo porque son cosas que me gustaría traspasársela. Por ejemplo, el tema de la infertilidad (...) no me gustaría contarle para que a lo mejor ella tampoco viva con el miedo de que va a tener problemas.”

Esto deja abierta la pregunta por la posibilidad que Paula esté buscando hacer un quiebre con algunos aspectos rechazados de la madre que, sin embargo, reconoce poseer. De hecho, esta identificación podría repercutirse en el discurso que concierne directamente al niño imaginado: “pienso que se va a parecer a mi marido, porque sus genes son muy fuertes”. Paula repite en distintas oportunidades que, si bien le cuesta figurarse a la hija, tiende a imaginar que sea físicamente parecida a su marido. En cuanto a la personalidad, la niña tendría características de ambos padres.

7.1.5 Linda

Linda se encuentra en la semana veinticinco de un embarazo mellizo. Tiene un diagnóstico de infertilidad leve, siendo el marido quien tiene mayores dificultades para tener hijos. Cabe destacar que se dispone de este dato gracias a las señalizaciones de la matrona que atendió a los casos; sin embargo, la entrevistada no lo deja muy claro al momento en la entrevista, enfocándose más en el problema del marido.

A diferencia de las anteriores historias, en esta es la imposibilidad de entender por qué el proyecto de maternidad no se puede llevar a cabo lo que habría provocado la mayor angustia. Interrogada por la experiencia vivida hasta el momento de la entrevista, Linda se refiere primeramente a la larga espera del mismo diagnóstico, habiéndose dirigido inútilmente a distintas clínicas. Es crítica hacia el trabajo de los médicos y denuncia su actitud “machista”, lo que viene a dar cuenta de cómo ella percibe el lazo social: “el problema lo tiene la mujer siempre y al hombre lo descartan totalmente, no le hacen ningún tipo de examen o algo así”. De este modo, refiriéndose a un médico con quien se atendió, menciona:

“...le preguntabas algo y te hacía como que, como que eras totalmente ignorante del tema digamos, y uno sí es ignorante porque no entiende, es primera vez que uno se hace cosas así y preguntaba y como que se enojaba (...) yo le decía al médico si me hace el examen a mí hágaselo también a mi marido porque hay que ver qué pasa entre los dos, por qué no se puede, no podemos quedar embarazados.”

Pareciera que Linda no se sienta reconocida: los médicos no la escuchan, niegan su saber intuitivo. Su cuestionamiento logra apaciguarse solo cuando finalmente se encuentra un factor de infertilidad masculino.

Para Linda el deseo de ser madre nace a raíz de su experiencia personal como cuidadora de los hijos de sus hermanas. En lo particular, tiene una hermana gemela y, en el contexto de este cuestionamiento previo al diagnóstico, no se explica cómo sea posible que, si esta tiene hijos, ella no pueda quedar embarazada: “yo no tenía algún tipo de problema porque igual mi hermana había sido mamá, mi mamá, mi mamá es gem, yo tengo una hermana gemela”. Esta cita es interesante: estos deslices del habla sugieren la existencia de fuertes vínculos que unen Linda, a la madre y a la hermana, como si las tres fueren intercambiables en su posición en el linaje femenino de la familia nuclear. Sin embargo, el ser el doble de otro tiene su lado negativo: Linda no solo se cuestiona la imposibilidad de tener hijos en la comparación con su hermana, a quien además critica relativamente a la crianza de su propia hija, sino que también recuerda lo difícil que le resultaba, durante la infancia, escuchar comentarios de los demás que apuntaban a cierta competencia entre las hermanas (ej. “¿quién es la buena y quien es la mala? ¿quién se saca las buenas y quien se saca las malas notas?”).

Es interesante que Linda se refiera a estos comentarios para expresar su preferencia por el hecho de que sus mellizos no tengan el mismo sexo. Se trata de una de las pocas veces en las que se refiere a su embarazo considerando a ambos niños. Efectivamente ella misma admite que le cuesta asumir que son dos, y en su relato casi siempre se refiere a “una guagüita”, o a la niña, pues es una niña a quién ella había imaginado en su proyecto de maternidad. Es interesante que esta niña lleve un nombre que atestigua el éxito en la batalla contra la infertilidad, y aun más que el niño, su hermano gemelo, tendrá un nombre muy parecido cuyo significado es el mismo.

Esta identidad parece explicarse a partir de la biografía de Linda, y llama la atención cómo el niño imaginario se constituya a partir de estas identificaciones: tanto su hermana, como su sobrina, y además sus hijos, parecen ser repetidas copias de la misma entrevistada:

“...me los imagino super similares a mi sobrina. Yo tengo una sobrina que se llama [nombre] y es hija de mi hermana gemela, linda, es rubia, es super educada, es flaquita, pasa en su pieza super independiente (...) un día los soñé, pero sueño con ella bien bonita, rubiecita, gordita, gordita chiquitita, como que la veo bien chiquitita, como una muñeca bien linda.”

Linda imagina un futuro ideal para su hija, y deja que el marido se quede imaginando el niño cuya representación aún no cabe en su psiquismo. Esta visión se inserta en un contexto de más amplia idealización de sí, tanto en su actual condición de embarazada como de futura madre, no habiendo señales de ambivalencia frente a la posibilidad de que la crianza de dos hijos pueda ser más compleja.

“...toda la gente que linda te ves no sé, como que estas radiante, no sé, como que reflejo tanta felicidad porque eso era lo que esperaba (...) fácil yo considero criar a una guagüita teni sillitas de estas que vibran un ratito y tú estás mirando, pero mi mamá no tenía antiguamente ni coche”

Para la entrevistada prepararse a la llegada de los niños es una experiencia similar a “jugar a las muñecas”: así explica su preocupación por comprarle los más diversos accesorios para que “no les falte nada”.

La tendencia a idealizar se extiende también a las vivencias corporales de la gestación y a la misma experiencia de la fertilización asistida, a partir del momento en que acude al médico que le permite lograr el anhelado embarazo: “empecé a ver que realmente tenía resultado, de que la gente, mostraba fotos con sus bebés (...) nos hicimos el tratamiento super rápido, en dos meses ya estaba lista.” La idealización que permea el relato de esta mujer se opone en varias ocasiones a la devaluación de otros objetos: los médicos, su madre, sus mismas hermanas en su papel de madres que “no les enseñan. No le dicen nada” (referido a la educación que debieran recibir sus sobrinos). De este modo, esta escisión podría caracterizar la misma construcción del niño imaginario, y habrá de ser interrogada en la discusión de los resultados.

7.1.6 Johana

Johana acude a la fertilización *in vitro* por un factor de infertilidad masculino. Ya fue madre anteriormente: tiene un hijo adolescente, producto de una relación ocasional. El deseo de tener un hijo con su esposo nace dentro de la pareja hace nueve años. Sin embargo, en este tiempo los intentos de inseminación artificial fracasaron y no existía la posibilidad económica de optar a la fertilización *in vitro*. De este modo, el tratamiento es retomado después de mucho tiempo, siendo su pareja quien sigue expresando el deseo de tener un hijo, mientras que Johana hubiera preferido no volver a intentarlo:

“si tú me preguntas a mí, yo me embaracé ahora por mi marido. Porque yo me hubiera gustado seguir con mi hijo mayor y no hubiera subido de peso, no me hubiera sentido mal todas las veces en que me sentí, me cuesta, en la noche, la cuestión del reflujo.”

En este sentido, el deseo de hijo parece vincularse al deseo del otro: “él es una persona... es un excelente papá. Por eso yo todo lo que hice es solamente por él”. Johana acepta someterse a las terapias sin particular motivación, señalando haber tenido muchos malestares físicos y emocionales. Sin embargo, menciona haber empezado a alertarse en el momento en que, habiendo perdido uno de los dos embriones que le transfirieron, visualiza más concretamente la posibilidad de tener un aborto:

“el sentirse mal, no sé po el tener dolor, el tener contracciones al principio en parte igual es como frustrante porque todo lo que tú gastaste tanto emocionalmente como económicamente lo puedes perder en cualquier momento... mal estuve con licencia hasta hace poquito por síntoma, a parte porque *tenía miedo que no lo quería*, bueno todavía tengo el mismo miedo, porque no lo quiero perder.”

Este temor de no querer (perder) al niño, es muy similar al miedo expresado por el hijo mayor de Johana, quien teme perder el afecto del marido una vez que este tenga un hijo biológico: “las cosas no van a cambiar para nada pero...uno nunca sabe, no, no...mira yo creo que mientras a mi hijo mayor no lo veo como feliz...[llora]”.

Para entender este temor, que parece celar una identificación de Johana con su hijo mayor, es importante profundizar algunos elementos de su historia personal y de pareja. Johana se cría sin un padre y con una madre cuyo trabajo las mantuvo alejadas durante su infancia. En tal sentido, ella deja en claro que quiere ser una madre distinta de la propia, sintiendo que le hizo falta una relación de afecto y confianza con ella, preocupada exclusivamente de darle estabilidad económica. Por otra parte, el actual embarazo sería una forma de reparar no sólo la actual relación, sino que también las vivencias negativas asociadas a la maternidad ejercida con el primer hijo. Johana admite haber podido dedicar poco tiempo al hijo, tal como su madre lo hizo con ella, debido a que fue madre soltera y que recibió muy poco apoyo de su entorno. En este sentido, compara las experiencias actual y pasada y admite que, si bien tenga temores, también se siente tranquila al tener el apoyo emocional y económico para poder enfrentar la actual maternidad.

La vulnerabilidad de Johana parece relacionarse con conflictos que, más que tener que ver con la capacidad generativa, se relacionan con la posibilidad de criar. De este modo para ella es fundamental recibir el apoyo del marido:

“igual es lindo lo que estamos viviendo, algo que esperamos tantos años, años esperamos pasar por esto, algo esperamos que algo se me moviera en la guata, de hacerle cariño, de darme besos (...) Ahora tengo una familia tengo quien me haga cariño en la guata, antes no, antes dormía sola ahora duermo acompañada ya...ehm no se po salimos a pasear y andamos viendo cosas de bebe junto. Entonces la relación de mi embarazo anterior con las vivencias de ahora son 100% distintas.”

De hecho, Johana es la única entrevistada que hace referencia a los movimientos fetales, señalando como su presencia la hace sentir más segura respecto al riesgo de perder al niño: “ya lo siento que se mueve, que es hombre... ya sabemos que es hombre, ahora la sensación es diferente, ya me siento un poco más segura”.

Este discurso sugiere que, de alguna manera, el mismo sexo del niño vendría a tranquilizarla: si bien lo anterior se podría entender bajo la lógica de la imagenología que vendría a dar pruebas sobre la salud del niño, la transparencia psíquica aquí podría estar mostrando algo distinto. De hecho, en Johana aparecen numerosos detalles que dan cuenta de la manera en la que ella percibe la diferencia de los sexos: por ejemplo, en la entrevista se reitera la dificultad del criarse “sola con mi mamá” y aparece un recuerdo en el que jugaba con la prima a “demandar a los maridos porque no nos daban plata para la comida”. Esto sugiere que en su imaginario las mujeres estarían en una posición de mayor vulnerabilidad, necesitando la ayuda de los hombres en la crianza de los hijos.

En cuanto a la figuración del niño, convergen en él tanto aspectos propios como de la pareja, pero sobre todo del hijo mayor de Johana. Estas características aparecen bastante idealizadas y se relacionan con los movimientos fetales, a partir de los cuales, en el contexto de la relación de pareja, se esbozan las primeras ideas acerca de cómo será el bebé esperado: “se mueve hartito, yo le digo que va a ser bailarín, pero el machista dice que va a ser futbolista”. Estas consideraciones dejan a entender una dinámica que es propia de la relación de pareja y que da cuenta del agradecimiento que la entrevistada hace al marido por haberla rescatado con su primer hijo: “él se merece algo de él (...) por lo mismo yo tenía que, teníamos que tener un hijo, teníamos que complementarnos más, si *era lo que nos faltaba*.”

7.1.7 Camila

La entrevista con Camila se diferencia de las otras por ser más breve, lo cual a su vez se explica por su elevada actitud defensiva. Debido a que la informante viene entrevistada recién en la decimotercera semana de gestación, la transparencia psíquica podría estar presente de forma muy incipiente. Por otra parte, ella aparenta estar muy angustiada en relación a su experiencia de embarazo.

Hay que destacar que la entrevistada tiene dos hijos nacidos de dos relaciones distintas. La primera hija, ahora adolescente, habría sido criada de manera más independiente, pues como explica Camila, ella en ese tiempo era madre soltera. Con el hijo menor, en cambio, la relación es distinta, habiéndose criado con ambos padres, miembros de una relación de pareja más consolidada y que dura hasta la actualidad. A partir de esta diferencia, la entrevistada explica que el hijo es extremadamente dependiente, siendo ella quien se preocupa de todas sus necesidades, pese a que ya tiene nueve años.

El deseo de tener otro hijo, entonces, se inserta en un contexto distinto a los que describimos hasta ahora: “queríamos tener el conchito antes de...que ya estuviéramos más, ya venía como la edad de que ya no íbamos a poder tener”.

Camila se da cuenta rápidamente de algún problema que le impide quedar embarazada. No obstante, el marido, que además es médico, no atiende sus dudas. Camila admite que frente a tal actitud ella se habría sentido devaluada en su intuición. Análogamente, cuando en búsqueda de explicaciones y tratamientos médicos recibe respuestas y sugerencias poco claras, sospecha no estar recibiendo ayuda real y que el objetivo de los médicos sea aquello de hacerle pagar más dinero. En este sentido, su cuestionamiento se agota cuando llega a la clínica en la que logra embarazarse: “cuando llegué acá no, nada que hacer po, había que hacer *in vitro* al tiro (...) que por la edad y todo no valía la pena seguir perdiendo el tiempo, que era como perder más, que fue como un año perdido”. Frente a esta respuesta Camila se alivia.

En cuanto a las vivencias asociadas a la RMA, la entrevistada describe el tratamiento como pesado, debido a los cambios corporales tan similares a los que posteriormente caracterizan al embarazo mismo. No obstante, sorprende que a distancia de poco tiempo ella admita no recordar mucho en cuanto a las vivencias emocionales, como si en este olvido hubiera operado la represión. En este sentido, recuerda por sobre todo la sensación de soledad:

“...en la época que me estaba haciendo el tratamiento conversaba hartito con una prima, que se lo había hecho (...) y ella no tenía pareja (...) y yo le decía pero que...si tú estabas sola, - y tuvo que buscar espermio y todo el tema - pero yo igual soy sola”. O sea a mí me tocó igual venir siempre sola, a todo sola po, o sea cuando tenía que...no sé, venir el [nombra el marido] por obligación, así como

oye tal día tal hora organízate porque...entonces en el fondo es como...era lo mismo.”

Efectivamente, el tema de la soledad permea buena parte del relato de Camila, vinculado a la elevada angustia por el inesperado hecho de que el embarazo sea gemelar. Ella admite no haber considerado esta opción: “sabía que podía estar la posibilidad de que fueran dos, pero como que nunca pensé que iban a ser dos (...) Pero cuando uno lee y dice son dos uno dice ¿qué voy a hacer?”.

Pareciera que en esta situación haya un hijo de más, un resto que angustia sobre todo por el lugar de soledad en el que Camila se posiciona y que se podría entender a la luz de los pocos detalles que ofrece de su biografía. Camila habría recibido una crianza “fría” y según ella, esto la hizo ser muy independiente y muy poco “de piel”.

La entrevistada admite estar vivenciando negativamente la gestación. Describe un desencuentro conyugal, debido a que la pareja estaría desatendiendo su necesidad de preparar un espacio adecuado para las niñas que esperan: “esta casa no me...no me...no me acomoda para criar, menos dos. Porque como que no encuentro un espacio como para yo poder estar todo el día con las niñas”. Asimismo, no logra imaginarse un futuro profesional por no saber con quién podría eventualmente dejar a las niñas porque según ella “no hay nadie que soporte estar con dos guaguas”. Por otra parte, se queja de malestares físicos excesivos en comparación a sus embarazos anteriores, describiéndose a sí misma como ensimismada:

“...¡de verdad que me tira a la cama!..que no puedo despertar en las mañanas, o sea, no horrible, horrible, así como cuando uno no quiere ir al colegio, cuando uno va al colegio y es chico y piensa que se viste que se ducha que hace todo y no ha hecho nada, esto me pasa, y sigo en la cama, como que ya digo yo, porque sé que tengo que irme a duchar, que me tengo que vestir.”

Los roces con la pareja se extienden, además, a la atribución de los nombres. Camila explica que, en cuanto a los nombres, la familia del marido tiene una tradición que ella no está dispuesta a seguir: en este sentido, el niño imaginario parece vincularse más a la relación que ella tiene con su hijo que no con su marido:

“él es cariñoso, es super cariñoso entonces si él me agarra, me besuquea en la guata y anda pendiente, y cuando me enojo me dice “mamá calma” no...no no, va a estar feliz (...) no va a ser un niño que se va a poner así como pesado, no porque su carácter es de ser cariñosito, y como que todo este proceso lo vivimos en familia, entonces como que todos vivimos el proceso de que sabíamos a donde íbamos, sabíamos que *era para tener un hermano.*”

Es interesante esta posición, porque si bien Camila admita tener una personalidad fría, por otro lado, menciona que el hijo menor la habría cambiado por su carácter tan dependiente. Sin embargo, admite ser afectuosa solamente con él. En este sentido, se entiende que este niño tiene una posición particular para Camila, quien frente a la constatación que está esperando dos niñas comenta: “yo le digo ¿viste?, vas a seguir siendo el príncipe”.

7.2 Experiencia de confrontación con la infertilidad y uso de la RMA

En esta sección se presentarán aquellas categorías que se refieren a la situación actual de la gestante, y que en este estudio tienen que ver con el tema denominado “La experiencia de confrontación con la infertilidad y uso de la RMA”. Estas categorías derivan del cruce de los datos y se pueden identificar en las biografías recién presentadas.

7.2.1 El proyecto vital

Un primer aspecto enunciado en el discurso de todas las mujeres entrevistadas es la existencia de un quiebre entre el proyecto vital, que contempla la posibilidad de acoger un hijo en un momento elegido, y la constatación de que su cumplimiento no es posible.

Ya en este primer momento aparecen diferencias significativas entre las informantes en cuanto a la forma en la que se habría desarrollado el proyecto de parentalidad, siendo posible reconocer razones distintas a la base. La mayoría señala la presencia de un deseo de hijo compartido en pareja, mientras que algunas mencionan que tal deseo habría aparecido anteriormente a la conformación de la pareja misma. En ocasiones, además, se señala que el deseo estaría “estructuralmente” presente, tal como se detalla en los ejemplos a continuación:

“...siempre desde chica uno, no sé si será la naturaleza de una mujer como, una es mujer, tener hijos, es algo tan, inherente a uno, que es la naturaleza (...) no sé, es algo que es tu naturaleza que tu tengas en tu vientre eso es.” (Carla)

“Es que yo de niña siempre quise ser mamá o sea, nunca fue un tema así como no, yo no quiero ser mamá, yo quiero dedicarme, no sé, a viajar, y la maternidad no sé dejarla ahí verla de lejos, no siempre de niña como... pensando en el día de mañana que yo quería formar una familia y tener niños.” (Josefina)

Entre los aspectos que contribuyen a la determinación de este proyecto y que son reconocidos y nombrados por las informantes mismas, hay que enumerar: la supuesta “naturaleza femenina”, entendida aquí como un instinto maternal inherente a la mujer; el contacto con otros niños y/o con otras mujeres que son madres y el miedo a la infertilidad.

Por otra parte, algunas entrevistadas dan cuenta de un deseo de tener hijos que, si bien compartido, se habría originado posteriormente al anhelo de paternidad expresado por la pareja, como vemos a continuación:

“De hecho, él siempre ha querido ser mucho papá, mucho mucho, y tiene esta visión de ser papá ya sea por un hijo natural o por adoptar un hijo. Entonces ahí yo creo de principio él siempre quiso ser más papá que yo mamá.” (Mariela)

“...si tú me preguntas a mí, yo me embaracé ahora por mi marido. Porque yo me hubiera gustado seguir con mi hijo mayor (...) por hacerlo feliz a él. Porque él se merece tener un hijo biológico.” (Johana)

Otro aspecto que nos parece digno de ser mencionado por aparecer sistemáticamente entre las participantes del estudio, es la postergación del proyecto de maternidad debido a las condiciones - económicas y educacionales - consideradas poco favorables para realizarlo. Tales condiciones parecieran determinar una disyunción entre la maternidad y la carrera o entre la maternidad y el trabajo, entendiéndose aquí con maternidad no sólo el tener hijos, sino el proyecto de ellos y los tratamientos para la infertilidad. Se detallan a continuación algunos ejemplos:

“Me costó mucho mi trabajo *versus* el tratamiento. Porque en los tratamientos requieren como yo te decía horas, ir al doctor, que a veces hasta te puedes demorar una hora en el doctor, y yo trabajaba en venta, en una empresa que no era tan bienvenida la maternidad.” (Paula)

“...obviamente que pospuse la maternidad mientras estaba estudiando, siempre (...) decía yo porque si todavía estoy estudiando me tengo que titular queremos

juntar lucas, queremos disfrutar un poco, viajar como lo típico que uno quiere hacer, después llegan los niños y uno se amarra.” (Josefina)

Lo que señalábamos en cuanto a este primer resultado estimula una reflexión importante: si para las participantes del estudio el proyecto de maternidad se encuentra en tensión con el desarrollo profesional, la misma experiencia de la reproducción asistida llegaría a constituirse como una exigencia. De este modo, la RMA aparece como un proceso que, al ser asumido, conlleva necesariamente una renuncia, tal como las entrevistadas lo describen en los extractos a continuación:

“Era super tensionante para mi asumir un tratamiento de este tipo en un trabajo en el que no sabían que yo estaba haciéndome este tratamiento, en el que no me sentía comprendida, en el que tenía que inventar cosas para llegar tarde porque tenía que venir a control aquí en la mañana entonces era como una carrera para todo lado entonces yo creo que efectivamente este no era el momento.” (Mariela)

“De todas maneras ahora nosotros estamos como más consolidados, o sea, nos compramos una casa, estamos trabajando bien, mi hijo está bien en el colegio entonces fue como en el momento preciso.” (Johana)

Por otro lado, es posible plantear esta relación excluyente en términos opuestos. Es decir: el trabajo y el estudio dificultan o, como vemos en el segundo ejemplo, facilitan - bajo ciertas condiciones - la realización del anhelo de hijo.

Un aspecto que resulta interesante a considerar tiene que ver, nuevamente, con la posibilidad de respetar ciertas etapas, como si la maternidad fuese subordinada a la existencia de algunas condiciones necesarias, como el nivel de estudios y la estabilidad económica. En este sentido, pareciera que el deseo de hijo consciente y su proyecto no pueden avanzar paralelamente. Así, la no fertilidad sería una elección voluntaria (posibilitada por la contracepción, otro dispositivo médico) y solo posteriormente se transformaría en una condición inesperada.

7.2.2 Reacciones individuales frente a la imposibilidad de concebir

Avanzando en el análisis, y llegando al momento en el que las mujeres se enfrentan con la imposibilidad de quedar embarazadas, se constata que las reacciones individuales varían

ampliamente. Algunas mujeres demoran en cuestionarse frente a los intentos fallidos de quedar embarazadas, y esperan mucho tiempo antes de acudir a ayuda profesional para obtener una explicación respecto a ello. Se vean los ejemplos mencionados a seguir:

“...me despreocupé de eso en realidad, no busqué un doctor, un tratamiento, porque en realidad pasó un año y medio y no era normal, porque uno ya sabe, porque lo dicen o sea, si quieres quedarte embarazada y no te cuidas, pasan seis meses un año, un año y medio, y no quedas embarazada ¡hay algo! Pero aun así dije no, no voy a revisar, hasta que pueda llegar a embarazarme y por el tiempo además que quiero trabajar y estudiar entonces...bueno después ya pasaron cuatro años más o menos desde que me casé y ahí recién tomé un doctor y empecé de cero.” (Carla)

“...le empezaron a pasar cosas a él a nivel personal con ser papá luego. Y a mí yo sí quería, pero también lo tomaba así como...ya no resultaba, entonces como que no le tomaba el peso, porque yo decía sí cuando venga. O sea ehm...no resultaba pero tampoco me pasaba...pensaba en que quizás podía haber un problema jamás. O sea, no lo pensamos hasta que después ya era mucho tiempo y dijimos “Quizás deberíamos ir a un médico.” (Mariela)

Otras mujeres, en cambio, describen una preocupación frente a la frustración del anhelo de maternidad que moviliza la búsqueda de respuestas en tiempos relativamente breves, es decir, coherentemente con las indicaciones de la OMS (2010), después de un año de relaciones sexuales no protegidas.

“en febrero del 2015, y ahí, te diría que fueron, claro, ahí me dejé de cuidar, ahí deje de tomar las pastillas (...). Y cuando me empecé a demorar empecé, él al principio estaba super reacio. ¿Por qué no vemos a algún doctor de infertilidad? Y siempre como ya, mejor anda tú era como más yo.” (Paula)

“No pasaba nada. Y yo le decía a mi marido no, si yo sé si, tiene que pasar algo...no si no pasa nada, si tu ya tuviste no entonces no habría...no, si yo sé, si tiene que pasar algo porque no...o sea, tanto tiempo y cómo no le íbamos a achuntar nunca.” (Camila)

Como vemos en las citas, la imposibilidad de quedar embarazadas tras relaciones sexuales determina dos posibles actitudes de las entrevistadas. Por una parte, algunas de ellas parecieran negar los fracasos de los intentos de quedarse embarazadas, involucrándose en

otras actividades que permiten procrastinar la búsqueda de una opinión médica. Por otro lado, otras empiezan a tener dudas y deciden buscar soluciones concretas. En este sentido, cabe destacar que el punto de ruptura entre la planificación ideal del proyecto de maternidad y la realidad no se sitúa necesariamente en un momento dado.

En general, las entrevistadas refieren que los hombres participan en menor medida de este cuestionamiento inicial, siendo involucrados recién cuando el dispositivo médico los convoca al proceso diagnóstico junto a sus parejas.

7.2.3 Reacciones individuales frente al diagnóstico

Tarde o temprano las mujeres llegan a recibir un diagnóstico de infertilidad que las concierne de manera más o menos directa: tanto ellas como sus parejas, o ambos al mismo tiempo, pueden recibir el diagnóstico de infertilidad.

Este descubrimiento puede provocar una angustia más intensa en comparación a la preocupación previa por no quedar embarazadas. Ello aparecería sobre todo en aquellas informantes que enfatizan la tendencia a compararse con otras mujeres que están embarazadas o tienen hijos, actitud que permanecerá mientras intentan concebir con la ayuda de la RMA. Alternativamente, el diagnóstico puede provocar alivio. Esta diferencia es fundamental ya que puede contribuir a la caracterización del niño imaginario. Por lo general, las entrevistadas tienden a aliviarse al constatar que el diagnóstico es masculino, mientras que se observan reacciones individuales particulares relacionadas al diagnóstico compartido. En los casos de diagnóstico exclusivamente femenino, en cambio, se han observado distintas trayectorias posibles.

- **Diagnóstico femenino**

En un primer caso de diagnóstico femenino se observa cómo este da paso al surgimiento de una elevada angustia. El encuentro con el discurso médico inscribe un significante nuevo que remite a una imposibilidad, mientras que el desconocimiento previo de la infertilidad preservaba a la entrevistada de la posibilidad de confrontarse con su límite.

“...uno se siente un poco frustrada porque ves que pasa el tiempo, tu cuerpo no responde, te cuestionas muchas cosas ¿qué podría ser? ¿qué no podría ser? Incluso piensas en los alimentos que comes, o en tu ritmo de vida...o algo que tus papás hicieron o comieron que te afectó a ti es increíble que tú empiezas a buscar a buscar ehm posibles...ehm no sé po, haciendo conclusiones y conjeturas de uno, tratando de buscar ehm, el porqué.” (Carla)

En un segundo caso, es posible ver cómo la propuesta de un tratamiento que responda a una etiología clara del problema infertilidad pone fin al cuestionamiento del sujeto, cuestionamiento que crece en la medida en que el otro subestima las intuiciones que la entrevistada tiene con respecto a su cuerpo y su infertilidad. En tal sentido, Camila se alivia al recibir una respuesta que valora su saber, aunque esta confirme su imposibilidad de concebir.

“Por ejemplo no sé el primer mes me lo hacían de alguna manera me ponían alguna inyección para que ovulara el segundo mes no fue así, fue de otra manera entonces ya esto me empezó a dar desconfianza yo dije ah no, yo creo que esto claro, lo hacen como para alargar el proceso y que uno pague más claro, en cambio cuando llegué acá no, nada que hacer po, había que hacer *in vitro* al tiro (...), que por la edad y todo no valía la pena seguir perdiendo el tiempo, que era como perder más, que fue como un año perdido (E: Uhm, sí, ¿y en este sentido recibió algún diagnóstico específico? Con respecto al tema de que tuvo que hacerse la *in vitro*) Ehm, lo que pasa es que tenía una hormona que estaba baja. (E: Ya. ¿Esto tiene que ver con la edad principalmente?) Por la edad, claro por la edad”. (Camila)

- Diagnóstico masculino

En el único caso analizado en que el diagnóstico es exclusivamente masculino constatamos que la mujer inicialmente abandona el proyecto de maternidad.

“...cuando el doctor nos dijo que [nombre marido] tenía una infertilidad como que ya yo dije ya, nada que hacer, ahí ya yo dije dejémoslo así nomás (...). Hasta el año pasado que mi marido recibió esta indemnización, que es como una jubilación, y ahí dijimos pucha, hagámoslo ahora pero vamos directo a la segura, y yo dije que bueno, que lo volviéramos a intentar.” (Johana)

Aun sabiendo que esta mujer ya tiene un hijo previo, no es posible establecer si esta renuncia se produce en relación a un alivio por no ser quien lleva la infertilidad o si hay otras razones explicables bajo la lógica de la represión y que conciernen directamente al deseo de hijo de la entrevistada: tal como la niña renuncia a recibir un hijo del padre quedándose a la espera del don paterno, así podría leerse su renuncia a tener un hijo con la pareja. Lo que parece importante señalar es la trayectoria que toma el anhelo de esta mujer, y que se vincula de alguna manera a su pareja. Veremos en la discusión que interpretaciones se pueden hacer en el contexto de la investigación.

- Diagnóstico compartido

Los casos de diagnóstico compartido son interesantes en cuanto se observa en general una tendencia a insistir o enfocarse en el diagnóstico masculino más que en el propio, atribuyéndole mayor peso, sea ello fuente de alivio o de mayor angustia. Algunos ejemplos ya mencionados pueden dar cuenta de ello:

“...mi esposo tenía ehm mala...ehm mal conteo de espermio (...) Ahí empezamos a ver médicos y todo y yo le decía al médico si me hace el examen a mí hágaselo también a mi marido porque hay que ver que pasa entre los dos, porque no se puede, no podemos quedar embarazados. Entonces llegó un momento de que claro po, ahí ya con exámenes super, espermogramas super así como clasificados, te dejan todo, te seleccionan todo, con porcentaje y todo, ahí se vio que el diagnóstico de los dos estaba mal.” (Linda)

“...yo pensé que me iban a hacer como el seguimiento de la ovulación y listo. Lo veía super simple. Y cuando se fue a hacer los exámenes ehm...nos llegó el diagnóstico por mail. O sea, él se hizo un espermograma y claro le llega la copia a él y al doctor (...) Lo leo y oh se me vino el mundo abajo.” (Paula)

7.2.4 El uso de la Reproducción médicamente asistida

La última etapa de esta historia anterior al embarazo tiene que ver con el encuentro con el dispositivo de la RMA, necesario en la medida en que la mujer decida perseguir su proyecto de maternidad. La decisión de acudir a la técnica parece prescindir de la angustia o alivio que

pudimos identificar en las trayectorias descritas anteriormente. Dicho de otra manera, pareciera que el deseo de hijo (o de maternidad) pueda mantenerse durante cierto tiempo y más allá del diagnóstico, dejando abierta la posibilidad que este último, más que debilitarlo, lo intensifique o encause.

Con respecto a la experiencia de la RMA, casi todas las entrevistadas mencionan lo negativo de esta, tanto por los malestares físicos vinculados a las terapias hormonales preparatorias como en relación a las vivencias emocionales. Estas últimas son asociadas a su vez a las hormonas; sin embargo, las informantes también señalan el estrés de conciliar los compromisos personales, sobre todo laborales, con el seguimiento de estas mismas terapias. Finalmente, cabe señalar que algunas comentan espontáneamente haberse visto afectadas por la imposibilidad de ser acompañadas por sus parejas durante los tratamientos, debido a los compromisos laborales de estas.

Las trayectorias psíquicas inauguradas por el uso de la fecundación *in vitro* varían en base a múltiples factores, siendo igualmente numerosas las posibilidades que el empleo de este método plantea en la realidad efectiva. Entre ellas, el embrión no logra implantarse en el útero materno, o bien se produce el embarazo, sin poderse llevar a cabo. Alternativamente, cuando los embriones implantados son más de uno (y en los casos analizado no fueron más de dos), es posible que tengan destinos distintos, sobreviviendo solo uno de los dos. La incertidumbre del diagnóstico mismo, que no siempre posibilita un pronóstico claro, deja abierta la posibilidad de que la terapia fracase. Consecuentemente, aparece un miedo generalizado entre las informantes, como podemos ver en las citas presentadas a continuación:

“...es como una curva de riesgo, pasado los tres meses, ya, disminuye la posibilidad que a ti te pueda pasar algo, el cuarto mes es más bajo, el quinto mes, chuta, han nacido niños con cinco meses entonces para mí...yo no sé... ¡que el tiempo pase! Que el tiempo pase rápido (E: Como para...¿para qué cosa esto?) ¡Para el riesgo!” (Carla)

“...yo quedé embarazada el año pasado y tuve una pérdida, al principio fue (...) partí con mucho miedo, mucha angustia, me costaba dormir, llegaba a las eco con mucha angustia, de saber que iba a salir bien, de que iba a estar latiendo el corazón, y ya cuando llegué como a la semana diez,

no doce, que ahí te hacen la ecografía como importante, ehm ahí me relajé. Ahí me relajé un poco, no puedo decir que estoy 100% relajada, a veces igual digo “pucha, estará acá dentro, estará bien” pero...pero ahora feliz.” (Paula)

Como es posible intuir de los ejemplos anteriores, no necesariamente las informantes relacionan directamente sus miedos al hecho que el embarazo se haya producido tras RMA. Lo anterior es coherente con el hecho de que el porcentaje de riesgo de pérdida es más elevado durante las primeras semanas de cualquier embarazo, siendo del 11% hasta la oncenava y reduciéndose al 2% hasta la semana 20 (Vargas, 2015). Sin embargo, algunas informantes mencionan la posible relación entre el riesgo y la técnica. Sus temores se relacionarían tanto a la posibilidad de perder al hijo como a la eventualidad de que este presente problemas de salud:

“...igual con un mes tú sabes que podi tener pérdidas más adelante. Así que ahí me cuidé harto, estuve harto tiempo en cama, me dijo que hiciera reposo (...) tú sabes que esto igual es manipulación tecnológica o sea, me pusieron dos y de uno, no sé po si quedaban los dos o uno...” (Linda)

“...íbamos con la cuestión de que chuta, estará bien formadito, tendrá todas sus extremidades, sus deditos, su cabecita, estará bien, igual íbamos con mucho miedo, producto de todo lo que habíamos pasado, de todo lo que me habían inyectado entonces era como bien complejo.” (Josefina)

En relación a este último aspecto, parece central aquí entender si la idea de que el embarazo RMA sea distinto aparezca solamente en las mujeres recién mencionadas, en relación a las complicaciones y riesgos, o si, en cambio, es una idea compartida entre todas.

Al parecer, todas las mujeres perciben una diferencia entre sus embarazos y aquellos que no contemplan el uso de la RMA. Así, en los relatos aparecen repetidas menciones al embarazo normal o natural, por ejemplo: “con él no pudimos nunca quedar *embarazados por forma natural*” (Johana) o “creo que *en un embarazo normal sin tratamiento* ni...no sé si en el caso de las personas con tratamiento, como yo, la hacen a todos” (Paula).

En nuestro estudio, tal como detallamos en la muestra, ninguno de los intentos de inseminación asistidas fue logrado, siendo necesario recurrir a la fecundación *in vitro*. Esta,

a su vez, no siempre tenía como resultado inmediato un embarazo. De este modo, lo que describen las informantes es un aumento o retorno de la angustia asociada a la frustración del deseo de hijo, como si el fracaso de cada intento viniera a recordarles su condición de infertilidad. Algunas informantes atribuyen mucha centralidad a la pérdida, mencionándola desde el comienzo de la entrevista. Su experiencia será detallada en las citas a seguir:

“...lo intentamos y no resultó y a las dos semanas, un poco antes, ni siquiera alcanzamos a llegar al examen porque a mí me llegó la regla. Entonces fue super...como shockante. Porque en realidad yo estaba super entregada en el tratamiento, a lo mejor no tenía así como tanta expectativa pero a la medida que íbamos avanzando y que iba todo tan bien me fui ilusionando, los dos nos fuimos ilusionando un montón. Entonces después no alcanzamos ni siquiera a llegar al examen y fue un bajón terrible, fue super fuerte para nosotros, fue doloroso, todas las emociones negativas por haber, como de rabia, de frustración, de pena, de preguntarte por qué.” (Mariela)

“Cuando llegué a esta ecografía de las ocho semanas...ahí no estaba latiendo. Entonces cuando llegué acá después en este embarazo a la ecografía ocho era una angustia así como que...a mi marido le decía si pudiera tomarme una pastilla así psiquiátrica me la tomo, si hubiera podido medicarme me lo hago. Después llegué a la ecografía de las 10 semanas, y ahí era cada vez un paso, pero un paso como de...de ya, vamos bien y claro yo sé que dentro de todo que ya está bien la guagüita, que ya el porcentaje de pérdida a esta altura es mínimo, pero siempre hay días que estoy justo conocí a alguien que me dijo oye perdí mi guagüita a las 20 semanas, entonces yo en mi cabeza digo pucha, ¿me pasará esto? como que uno se sugestiona.” (Paula)

Otras entrevistadas dan cuenta de cómo la pérdida haya sido determinante en el enfrentar el posterior intento de fertilización y embarazo, presentando la experiencia en una parte acotada del relato:

“Era un embarazo gemelar y como estaban las cunas baratas él compró dos y cuando nos fuimos a hacer una eco, como a las trece semanas, el médico nos dijo que uno de los bebe todavía no tenía latido. Y ahí quedamos con las cunas. Por eso le digo que no nos apuremos tanto, que vayamos más tranquilos, hemos comprado cositas así tipo ropita cositas, chicas pero así de comprar cosas grandes yo digo que todavía no.” (Johana)

A la luz de estos primeros resultados descriptivos, sería posible concluir que los acontecimientos que se suceden durante la historia previa al embarazo y que se relacionan a la infertilidad de manera más o menos directa, destacan por su carácter frustrante, teniendo como efecto un desencadenamiento de la angustia. En lo específico, la angustia puede surgir:

- Frente al no sabido que se acompaña a la sensación de no poder empezar un embarazo. Esta situación conlleva rápidamente a la búsqueda de una opinión profesional.
- Frente a la toma de consciencia de la imposibilidad real de concebir, asociada al diagnóstico propio o de pareja. Esta situación desliza automáticamente al uso de la RMA.
- Frente al fracaso de la inseminación asistida. Esta situación determina una persistencia en el uso de la técnica hasta su nivel más complejo, la fertilización *in vitro*. A veces este pasaje no es inmediato, dependiendo de factores aparentemente objetivos, como la disponibilidad económica, y de otros más subjetivos.
- Frente a la pérdida que sobreviene de alguna forma a recordar la imposibilidad de llevar a cabo el proyecto filial, independientemente de la complejidad del tratamiento.

Alternativamente, las mujeres aparentan estar relajadas, sobre todo en las primeras etapas del proceso, invistiendo temporáneamente a otros objetos de deseo. Sin embargo, tanto la imposibilidad de concebir como el encuentro con el dispositivo médico se caracterizan como experiencias que, tarde o temprano, favorecen la aparición de la angustia. Veremos ahora si el niño imaginario aparece o no en estas situaciones de angustia, y cuales características lo definirían.

7.3 Vivencia del embarazo e imaginación sobre el niño

Los resultados que se acaban de presentar dan cuenta de la situación actual de las mujeres entrevistadas. Se trata de historias que, si bien dolorosas, hacen posible el embarazo, entrando a ser parte de la biografía de las informantes.

En la presente sección se presentarán resultados que tienen que ver con la manera en que las participantes del estudio viven el embarazo y se figuran al niño que nacerá, en cuanto a su imagen física, a su personalidad, a los proyectos y expectativas que tienen sobre este.

También tendrían cabida aquí los aspectos prácticos y organizativos para prepararse a la llegada del hijo. En general, como se verá, los resultados indican que hay algo que tiende a repetirse y estar presente en todas las participantes del estudio. Se trata de una incipiente dificultad de emprender un trabajo imaginativo consciente que implique la figuración del niño. Sin perjuicio de ello, empezaremos a describir algunas situaciones que dan cuenta de la relación que las informantes establecen entre su historia vital y lo que actualmente imaginan sobre el niño. En este sentido, parece importante recordar que el niño imaginario es un fenómeno complejo que no se limita a la figuración del hijo.

7.3.1 La experiencia física del embarazo

El tema del cuerpo aparece con mucha frecuencia en los relatos obtenidos, pudiéndose apreciar su relación directa al niño y a la imagen que las entrevistadas tienen de sí respecto a la condición de embarazo. No obstante, raramente aparecen referencias directas a los movimientos fetales y aún más a las vivencias a ellos asociadas, entre aquellas informantes que se encuentran en una edad gestacional más avanzada.

Por otra parte, ellas refieren que los síntomas del embarazo son centrales para asumir su condición de gestante. Esto es algo esperable en cualquier tipo de embarazo: tanto los síntomas físicos iniciales como los posteriores cambios corporales, antes de que hayan movimientos fetales, son señales visibles de una condición que, alternativamente, solo puede comprobarse con la ayuda del dispositivo médico.

Pese a ello, la posibilidad de asociar tales síntomas y señales a la presencia del niño no es evidente, prevaleciendo una actitud cautelosa por parte de las entrevistadas. Lo anterior sugiere que existen distintas formas en las que una mujer puede investir a su propio cuerpo y al niño que este contiene. Los resultados dan cuenta de esta variabilidad. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

“...yo vivo cada día feliz, con todos los síntomas como me siento, con mi achaque, con acidez, que no puedo dormir, todas estas cosas por mi ehm...han sido una bendición yo me siento feliz de que el tratamiento funcionó porque para mí ha sido un desgaste emocional, económico.”
(Carla)

“...uno como que sabe que está embarazada por las náuseas y porque no come como comía antes, o hay cosas que no las tolera, pero es como que va asumiéndolo super lentamente. Como que vas creyendo poco a poco, yo creo que ya cuando me crezca la guata o cuando ya lo sienta ahí como que uno también va...pero es así, como un proceso bien, sigiloso así como paso a paso.” (Mariela)

Entre las mujeres que refieren sensaciones negativas relacionadas al embarazo aparece un paralelismo entre los síntomas actuales y los malestares físicos asociadas a las terapias preparatorias. En estas situaciones ambos procesos se vivencian negativamente, como si no fuera posible establecer un antes y un después entre la historia de infertilidad y el posterior embarazo, como en el caso presentado a continuación:

“Es largo, no termina nunca, y es como que uno empieza a estar embarazada antes, una cosa así porque con las hormonas uno empieza a subir de peso. Porque, por ejemplo, yo me sentía más ancha...yo me sentía obviamente más hinchada, en todo el proceso de estar tomando todas las hormonas, las inyecciones todas estas cosas, es como que de ahí uno empieza así como con malestares.” (Camila)

Por otra parte, los síntomas se pueden mencionar en asociación al miedo relativo a la posibilidad de que el hijo tenga malformaciones o defectos al nacimiento, o que no sea posible llevar a cabo el embarazo. Esta angustia puede ser verbalizada y sería esperable en cualquier embarazo, prescindiendo de cómo se haya podido realizar. Sin embargo, los resultados dan cuenta de una asociación directa entre los síntomas, la infertilidad y a la técnica:

“...estuve mucho tiempo con dolores [hablando de su endometriosis] entonces como que me costó asumir que estaba embarazada también. Me costó asumirlo. De hecho, yo creo que lo asumí, no sé, cuando empecé a sentirlo (...) estaba con síntomas propios del embarazo más los Tramadol que me daban cada ocho horas, entonces también tenía miedo, si sigo con el embarazo adelante a lo mejor todo esto le va a perjudicar al bebé, va a nacer con problemas, a lo mejor alguna malformación.” (Josefina)

“...el tener dolor, el tener contracciones al principio en parte igual es como frustrante porque todo lo que tú gastaste tanto emocionalmente como económicamente lo puedes perder en cualquier momento entonces

era como...fueron, mmm fueron meses malos po, tenía que estar en cama al reposo...solamente me podía levantar al baño, iba al baño y tenía miedo de sangrar, que algo pasara.” (Johana)

Las preocupaciones mencionadas, más que enfocarse en la sintomatología propia del embarazo, tendrían que ver directamente con la infertilidad y con los efectos de las terapias. Sin embargo, la dificultad de diferenciar entre distintas clases de síntomas, de la gestación y de la RMA, parece alimentar la angustia de las mujeres.

7.3.2 Figuración y espacio físico del niño

En cuanto a la manera en la que las entrevistadas fantasean sobre el niño, cabe destacar que todas ellas refieren una dificultad para figurárselo. Las entrevistadas declaran: “Todavía no me lo imagino mucho, físicamente. Ehm, me cuesta ahí, como imaginármelo físicamente” (Mariela) o “Esto es difícil, difícil imaginarlo, siempre nos preguntamos lo mismo con mi marido, como irá a ser” (Josefina).

Más bien, las informantes expresarían algunas preferencias respecto a ciertas características físicas y de personalidad que le gustaría que el hijo tuviera. A veces estas preferencias están referidas de manera explícita, otras más veladas; no obstante, en algunos de los casos surge una tendencia a preferir que el niño se parezca a la pareja: “por ejemplo, yo te digo que me imagino que sea parecida a mi marido pero nunca lo sueño o me lo imagino, como que tan real, no” (Paula).

En cuanto a la preparación del espacio físico del niño, expresión que ocuparemos para referirnos a los aspectos organizativos que preceden su llegada, se observa en general una actitud cautelosa tanto de las entrevistadas como -por lo que algunas de estas refieren- por sus parejas. Esta actitud puede ser justificada con el miedo de perder al hijo, pese a no existir una justificación médica objetiva: “No hemos comprado nada porque mi marido al principio me decía esperemos, me decía, que pase un poquito más de tiempo, porque igual fue un embarazo complejo” (Josefina). Otras veces las razones aducidas para explicar tal actitud son parte de una elaboración que involucra aspectos subjetivos.

7.3.3 Inversión del niño en los embarazos mellizos

Entre las informantes que participaron del estudio, dos de ellas estaban embarazadas de gemelos. El embarazo mellizo es un posible resultado del uso de la fertilización *in vitro*: apoyadas por las recomendaciones médicas, las parejas tienen la posibilidad de elegir, si transferir más de un embrión para que aumenten las posibilidades de tener un hijo.

Si bien ambas mujeres refieren tener expectativas - positivas o negativas - en relación a la crianza de gemelos, se observa, por otro lado, cierta dificultad a asumir que se trata efectivamente de dos niños. En tal sentido, en un caso aparecen referencias continuas al niño esperado desde antes que se instalara el embarazo, mientras que su gemelo es mencionado raramente. La misma entrevistada señala una dificultad para asumir estar a la espera de dos niños.

“Pucha ahora esperando nomás que pase el tiempo y que todo salga bien gracias a la eco, porque yo voy a ver la eco y ahí me la creo (E: ¿En qué sentido?) Porque todavía es algo que no...no sé, no me la puedo creer que son dos. Ya, por ejemplo, dos, que espero dos y que me nazcan dos guagüitas de una.” (Linda)

En la otra mujer destaca que el doble esté exageradamente presente en la psique materna: la entrevistada insiste en las dificultades que este embarazo inesperado estaría implicándole, y manifiesta su angustia para los aspectos prácticos de la crianza: “sabía que podía estar la posibilidad de que fueran dos, pero como que nunca pensé que iban a ser dos (...) Pero cuando uno lee y dice, son dos, uno dice ¿qué voy a hacer?” (Camila).

De este modo, en ambos casos el “segundo niño” es un inesperado que no cabe en la imaginación materna consciente.

7.3.4 La elección del nombre

Como se menciona en literatura (Bydlowsky, 2007), la elección del nombre da cuenta de aspectos muy íntimos de la historia de los sujetos o de la pareja que estos constituyen. Respecto a lo que es posible generalizar relativamente a los casos entrevistados y tomando en cuenta que la nominación del niño un factor subjetivo que surge de la historia personal y

de pareja, cabe destacar dos situaciones en las que el nombre del niño respectivamente se vincula:

- A la historia de infertilidad

Algunas informantes relacionan conscientemente la elección del nombre con la infertilidad previa y con la posibilidad de vencerla. Esto sugiere una elaboración de las heridas provocadas por la infertilidad y por la espera, ya que esta historia vendría significada e incorporada en la más extensa historia de maternidad. Lo anterior abre interrogaciones sobre la posición que el niño podrá tener una vez nacido y habrá de ser discutido más adelante.

“...me gustó porque es una historia de la Biblia ella es una mujer que no podía tener hijos, entonces le pidió al Señor que quería tener un hijo y que si fuera hombre como que se lo iba entregar a él para que...como que fuera del Señor, y lo llamó [nombre]. Entonces yo leí a esta historia y la encontré muy linda.” (Carla)

“Siempre me ha gustado [nombre] además que con todo este sacrificio que hemos hecho para mí es como una gran victoria, el logro de que se haya, de que hayamos podido lograr, como el triunfo de quedar embarazados.” (Linda)

- A la historia de pareja

En algunos casos las mujeres entrevistadas eligen el nombre del/la hijo/a relacionándolo directamente a la pareja. Lo anterior podría sugerir una particular posición del niño y del deseo materno, que podría ser distinta de la que mencionamos en el anterior punto y que habrá de ser discutida más adelante.

“...a mí me daba un poco de cosa decir que se llamara así porque es un nombre super poco tradicional (...) (E: ¿También hay un segundo nombre?) [nombre del marido], a mí me gustaba como sonaban junto los dos, de hecho, a él como que no le tincaba mucho decía pero cómo va a tener mi nombre, nada que ver y yo le dije no, suena bonito a mí me gusta y ahí se convenció.” (Mariela)

“...ahí tenemos unos problemas porque lo que pasa es que la familia de mi marido tiene como una tradición de poner nombres con [inicial], y yo no... estoy dispuesta.” (Camila)

Para resumir y sistematizar los resultados que aparecen en esta segunda sección de resultados, señalamos que:

- En cuanto a las sensaciones corporales asociadas al embarazo, existe amplia variabilidad respecto a la manera de vivenciarlas. En algunos casos, estas se vinculan directamente a la presencia del niño. En otros, tales vivencias parecieran despertar el recuerdo de las terapias y con este la angustia posiblemente asociada a su uso. Ambos aspectos repercutirían directamente en el niño imaginado.
- En cuanto a la figuración del niño, las entrevistadas refieren una dificultad en poder imaginarlo, expresando preferencias respecto a cómo querrían que fuera, tanto en características físicas como en personalidad. En los embarazos gemelares, esta dificultad llega a constituirse como una imposibilidad para asumir la existencia del segundo niño cuya presencia estaría vinculada directamente al uso de la fertilización *in vitro*. Asimismo, en la mayoría de los casos se observa una postergación de la organización de los aspectos prácticos relacionados al ejercicio de la maternidad.
- En cuanto a la atribución del nombre, aparecen elementos propios de la biografía que pueden incluir directamente la historia de infertilidad y de pareja.

Concluimos que, si bien la infertilidad y el uso de la técnica no siempre están presentes en la imaginación consciente sobre el niño o en la resignificación de la historia de maternidad, ambas parecen ocupar un lugar bastante preponderante en el trabajo representativo de la gestante. Lo anterior sugiere que el embarazo es una condición en la que se apaciguan algunas de las angustias previas que, como vimos, habrían aparecido en uno u otro momento en relación a la imposibilidad de realizar el anhelo de maternidad. Sin embargo, ello no es algo que pueda generalizarse, como vimos en la relación que cada mujer tiene con su cuerpo y en la figuración del niño.

7.4 ¿Cuál niño imaginario?

Los casos presentados dan cuenta de cómo efectivamente el niño imaginario se forma a partir de distintos factores subjetivos, propios de las biografías de las mujeres. Frente a esta variabilidad, pareciera que la RMA, pese a constituirse como un factor común y transversal

a todos los casos, no intervendría de manera abrupta en la constitución del niño imaginario. Si fuera así, el niño imaginario no existiría o tendría características iguales en todas las informantes.

Por otra parte, el análisis de los datos permite identificar algunas regularidades en la manera en que las mujeres se enfrentan a la técnica y al embarazo que esta facilita y, paralelamente, en la forma en que se figuran al niño. De ahí que podríamos concluir que existen a lo menos tres tipos de niño imaginario susceptibles de aparecer. Estas tipologías no son puras, sino que presentan características que se sobreponen y matizan entre ellas. Pese a ello, describiremos aquí estas tres tipologías como si fueran “puras” con el objetivo de sistematizar los resultados encontrados con el análisis de casos.

- El niño como complemento narcisístico de la mujer.

Este niño aparece en los casos de Carla y Linda. En cuanto a la primera, vimos como su narcisismo se vio mermado frente a un diagnóstico de infertilidad que sobrevino a prejuizar la posibilidad que se realizara un proyecto de vida ideal moldeado, al parecer, a raíz de un mandato materno. A diferencia de sus hermanas, en relación a quienes siempre se ha sentido en defecto respecto al amor materno, Carla consigue terminar su carrera y solo posteriormente se permite investir en el proyecto de maternidad que siempre la estuvo acompañando: el ser madre, y sobre todo el embarazo, son según ella condiciones inherentes a una mujer. La angustia surgiría en relación a la inscripción de una falta que viene del Otro (el dispositivo médico) y que afecta a su Imaginario, es decir, su yo ideal. Estas premisas dejan entender que el niño imaginario sería quien viene a sanar la herida abierta por el diagnóstico, estando puestas en él todas las proyecciones narcisísticas relacionada al proyecto vital imaginado.

De este modo, parece que el niño imaginario aquí vendría a situarse en la cadena metonímica de los sustitutos del falo, constituyéndose como aquello que haría de Carla una mujer completa. Es decir, en el niño imaginario de Carla convergen elementos de la biografía actual y previa a la infertilidad: por un lado, el sobrepaso del límite puesto por la realidad, por el otro, el conflicto con la madre, traducido en el temor de volver a encontrar en el hijo algo de sí imposible de controlar. Este último aspecto permite reflexionar sobre la posibilidad de que

el deseo puesto en el niño imaginario podría tener sus raíces en la búsqueda de un reconocimiento de la propia alteridad y feminidad en el vínculo madre - hija. Así, la llegada del niño podría constituirse como una manera de sanar esta relación. Por otra parte, el marido de Carla sería quien permitiría mantener esta posición fálica en la que el niño puede existir en la psique materna sin que se despierten las angustias relacionadas a la falta y al conflicto con la madre.

En el caso de Linda, vimos como la imposibilidad de tener hijos, especialmente en la fase previa al diagnóstico, parecía dejar a la entrevistada en el lugar de la “mala” o de la falta, en comparación a su hermana gemela que no tuvo problemas para ser madre. Enfocarse en el diagnóstico masculino, entonces, preservaría a Linda de la posibilidad de verse a si misma como distinta de su hermana, mientras que la técnica pareciera otorgarle la posibilidad de tener la hija que siempre quiso pese al “problema” de su marido. Resulta interesante el juego de identificaciones especulares que conlleva a la figuración de la niña esperada: desde la semejanza con su idealizada sobrina, hija de su hermana gemela hasta llegar a ella. De este modo, esta niña parece ser imaginada como una prolongación narcisística de ella misma. Se podría entonces concluir, considerando la historia personal, la difusión de los límites yo - “otra igual a mí” y la imaginación acerca de una niña igual a ella, que el niño imaginario de Linda vendría a reparar un sentimiento de sí debilitado en la comparación con la hermana gemela. Lo anterior debido a que tal representación presenta las características ideales para hacerla sentir completa en el proyecto de maternidad que la rescataría de la imaginaria posición defectuosa ocupada en el linaje familiar.

Evidentemente se trata para ambas entrevistadas de un niño que repara el narcisismo, llegando a llenar la falta inscrita imaginariamente por la infertilidad. El nombre pensado para el hijo vendría a dar cuenta de tal argumento.

Cabe destacar que, si bien la herida provocada por la esterilidad parece ser determinante en la figuración del niño imaginario, algunos detalles en las biografías de las entrevistadas permitirían reflexionar acerca de la posibilidad (no verificable) de que tal fenómeno hubiese podido manifestarse de manera muy similar, independientemente del diagnóstico. Se trata de la mencionada relación conflictual con las hermanas y con la madre: ambas entrevistadas se sienten poco consideradas o en desventaja en la comparación con las hermanas, a saber, en

falta. La descripción del proyecto de maternidad que estas mujeres hacen sugiere que en lo imaginario su cumplimiento es visto como lo que les habría permitido sobresalir de esta posición de desventaja en la comparación con el otro. Por otra parte, la imposibilidad de concebir sería lo que viene a confirmar la castración.

Independientemente del hecho que la infertilidad haya despertado conflictos anteriormente latentes, o que estos hayan estado conscientes desde siempre, es su presencia en los relatos de las entrevistadas a hacerlos relevantes para este estudio. Es decir, las entrevistas permitirían pesquisar cómo las informantes significan su historia de maternidad llegando a subjetivar en ella el mismo diagnóstico.

La llegada del hijo, entonces, vendría a sanar el dolor padecido, siendo la maternidad el fin de un proyecto que estuvo presente desde “siempre”. Pareciera que para estas mujeres la maternidad no sea una opción, sino que un destino irrenunciable, ya que el niño vendría a hacer de ellas unas madres, a saber, unas mujeres que logran ocupar un lugar privilegiado en el mundo. Lo anterior explicaría porque en los relatos de ambas se nota cierta tendencia a idealizar tanto el embarazo como la futura maternidad: en el hijo están proyectados los anhelos irrealizados y todas aquellas expectativas que vendrían a satisfacer el Yo Ideal de estas mujeres.

- El niño como don para el otro

En los casos de Mariela, Paula y Johana encontramos un niño imaginario cuyas características dan cuenta en buena medida de lo que acontece en la relación de pareja.

El hecho que este presente un factor de infertilidad masculino parece constituirse como una variable central para entender la constitución de este tipo de niño. El ejemplo más evidente es aquello de Johana: en ausencia de infertilidad femenina, el deseo de hijo se estructuraría alrededor de una falta vivenciada como la posible privación del deseo el otro. El hijo concebido gracias a la RMA sería vivenciado imaginariamente como un don de Johana para el marido en el intento de devolverle cuanto recibido cuando este se hizo cargo de ella y de su hijo mayor. Esto aparece muy claramente cuando la entrevistada comenta que su pareja merece un hijo biológico por haber sido muy bueno con ella. Lo anterior explicaría los miedos en relación a la posibilidad de perder el embarazo pese a no haberlo anhelado tan

intensamente como refieren las otras entrevistadas. El hijo vendría a mantener unida a esta pareja subsanando la falta en el otro, y así también la propia.

En el caso de Mariela, si bien ella comparte con el marido un diagnóstico de infertilidad, en su relato aparecen elementos que dan cuenta de una situación similar a la que se acaba de analizar. En lo específico, el hecho que su anhelo intenso de tener un hijo aparezca solo posteriormente al deseo expresado por el marido. Además, que ella se enfoque en el diagnóstico del marido más que en el propio. De hecho, llama la atención que ella tienda a explicarse la intensidad del deseo de hijo en su pareja a partir de la infertilidad que este tiene, como si él hubiese tenido un saber inconsciente respecto de su diagnóstico y que fuese esta condición a intensificar su deseo. Mariela plantea explícitamente esta hipótesis. Este movimiento defensivo sugiere que el deseo de Mariela se estructuraría alrededor de la falta del otro. Además, las figuraciones del niño imaginario, su mismo nombre, convocan las características del marido por sobre las propias. Ello sugiere la presencia de un deseo cuyos sedimentos se pueden rastrear hasta el antiguo deseo reprimido de tener un hijo con el padre. Dichos en términos freudianos, el deseo de hijo estaría sostenido por la libido objetual más que yoica.

Finalmente, vimos con Paula que al principio es el miedo a la infertilidad a encausar el deseo de hijo. Esto podría ser interpretado en la línea de la identificación y rivalidad madre/ hija, preparándose la segunda a recibir un hijo del hombre que en el inconsciente sustituye al padre. Esta sustitución aparece con cierta transparencia en el relato de la informante. El diagnóstico de infertilidad masculina viene a empeorar el escenario inicial. Paula cree poder embarazarse con la ayuda de la medicina, pero su angustia crece al enterarse que el marido también está en falta. De este modo, la entrevistada logra tranquilizarse solo frente a las aseguraciones del padre; sin embargo, la pérdida del primer embrión desencadena nuevamente la angustia volviendo a afectar directamente a su narcisismo: entre ambos miembros de la pareja, Paula es la insana, el marido tiene “genes fuertes”. Aquí también las figuraciones del niño convocan las características de la pareja por sobre las propias. En este caso, y al parecer en el anterior también, el niño imaginario vendría a dar cuenta de lo que se constituye como sintomático de esta pareja, a saber, la infertilidad.

Pareciera que también para estas tres mujeres la infertilidad se constituya como un ataque al narcisismo; sin embargo, para ellas el deseo de hijo expresado desde el lugar de la falta involucraría directamente a la pareja con su propia falta mientras que la infertilidad despertaría el miedo imaginario a no poder satisfacer al otro dándole el hijo que desea.

En tal sentido nos referimos al niño como el don que repararía la falta en el otro: frente a la imposibilidad de recibir el don del hijo por parte de la pareja y al deseo que esta expresa de tener uno, el niño imaginario vendría a ser quien, al satisfacer imaginariamente el deseo del hombre, terminaría satisfaciendo el propio.

De este modo, el niño imaginario viene a ser testigo de lo que acontece en la pareja de los futuros padres, pues la infertilidad masculina dificulta la realización de un deseo femenino que se articula en el otro. En estos términos el niño “don” posee todas las características presentes en la definición tradicional de niño imaginario, proyectándose en él lo que hace resonancia en los deseos de ambos padres.

- El niño “monstruo”

En dos de los casos presentados, el de Josefina y, en menor medida, el de Camila, nos encontramos con un niño imaginario en el cual confluyen características similares a la que están puestas en las tipologías presentadas anteriormente. No obstante, aparece también algo nuevo. Se trata de la dificultad para investir el cuerpo como el lugar en el que este niño estaría desarrollándose. En ambos casos, esta dificultad parece vincularse al uso de la RMA de manera que el niño imaginario del embarazo resulta ser un niño bien distinto a las proyecciones anteriores a la concepción.

Para Josefina, el tratamiento habría provocado una intensificación de dolores físicos ya presentes por la enfermedad que tiene y que es causa de su infertilidad. En tal sentido, más que identificar un momento en el que surge la angustia, se podría decir que tanto esta como el cuestionamiento que de ella consigue se producen a raíz de la intensidad de la experiencia corporal vivenciada. Esta dolorosa vivencia pareciera convocar algo de lo pulsional reprimido que hace imposible la investidura libidinal del cuerpo y del niño. Para la entrevistada es imposible seguir construyendo aquel niño imaginario tal como lo hacía antes de embarazarse y en el cual se pueden rastrear tanto características de objeto reparador del

narcisismo materno como de sustituto del hijo del padre. El hijo gestado se transforma en un parásito, en un ser extraño que hace daño y que no se puede identificar con aquel niño ideal que habría llegado a sanar las heridas del pasado. En este sentido, podríamos hipotetizar que la intervención de la RMA se constituye como un punto de quiebre que determina un antes y un después en la historia del deseo de esta informante.

Josefina habla de un saber intuitivo acerca de su enfermedad que ella misma permite sea desatendido por el saber médico; de este modo, más que hacerse garante de su incolumidad, el Otro la situaría en una posición pasiva que explicaría cómo ella se convence a seguir con el tratamiento a pesar del dolor. En este sentido, cabría plantear la hipótesis que tanto la infertilidad como la RMA hayan podido encausar un traumatismo, o bien intervenir para hacer precipitar lo que ya estaba presente a nivel de la estructura. Además, en el mismo relato aparecen elementos que, planteados desde el principio de la entrevista y redundantes a lo largo de ella, darían cuenta de un intento aún no logrado de elaboración de la experiencia corporal de la infertilidad y de la técnica. De este modo, nos preguntamos si al niño real se le reconocerá una subjetividad o si en él se seguirán proyectando representaciones salvíficas o características monstruosas, pues será la relación de la mujer con su cuerpo la que lo determine.

Para Camila, la técnica sería responsable de un inesperado embarazo gemelar que no sabe cómo enfrentar: no solo no encuentra un espacio físico para el inesperado niño, sino que este parece no caber en su psique. Los malestares, antes propios de la técnica (y tan similares a los del embarazo), ahora se duplican: no es como en los anteriores embarazos. La relación a la técnica parece caracterizarse por un mecanismo que recuerda la desmentida y podría tener relación con la imposibilidad de aceptar los conocidos efectos secundarios de la RMA. Lo anterior abre la reflexión sobre el niño imaginario: nuevamente vemos como, si bien de forma muy distinta a lo que acontece en el otro caso de embarazo mellizo, hay cierta dificultad de figurarse el doble.

El niño imaginario de Camila oscila entre dos dimensiones: por un lado, debido al énfasis sobre los malestares físicos, se presenta más bien como un niño monstruo, despertando algo del orden pulsional; por el otro, tiene características propias de la dimensión de don, aunque

este don no se dirige a la pareja, sino que al hijo que ya existe, como ella misma señala al decir que todo este proceso fue “para tener un hermano”.

Cabe destacar que, tal como se intuye del análisis de casos particulares, son situaciones muy distintas entre ellas. Sin embargo, pareciera imposible hablar aquí de niño imaginario, más bien estaríamos frente a un niño que angustia por su sobre-presencia, que se hace manifiesta directamente en el cuerpo de ambas mujeres. Además, en el discurso de ambas mujeres aparece también una devaluación del dispositivo médico, que en el caso de Camila pasa por la transferencia al marido.

7.5 Discusión de los resultados

En esta última sección se hará un intento de construir un diálogo entre los antecedentes presentados en el marco teórico y los resultados que se acaban de describir, para desarrollar una reflexión fundamentada acerca de la pregunta que orienta el presente trabajo y que apunta a conocer las características del niño imaginario en embarazos RMA.

Efectivamente, los tipos ideales que se acaban de presentar nacen de la convergencia de categorías que destacan por su significatividad y dan cuenta de cómo la experiencia de la infertilidad y de la técnica hacen hincapié en la biografía personal. En este sentido, las características del niño que surge en la imaginación de cada mujer son particulares. Aun así, la manera en que se combinan viene a determinar algunas constantes. Si bien ello no permita establecer si cada niño aparece debido a factores estructurales o por el uso de la RMA, podemos generar reflexiones a partir de las características de estos niños, pues es justamente lo que nos propusimos al elegir este objeto de estudio.

Los resultados descritos demuestran que, en las mujeres que participaron del estudio, es posible rastrear elementos reconducibles al niño imaginario descrito por Lebovici (1983). No obstante, tarde o temprano ellas se enfrentan con la angustia de la espera, del diagnóstico, de los intentos fallidos. Esta misma angustia podría eventualmente impedir que se constituya el niño imaginario, tal como plantean los antecedentes empíricos presentados para la problematización que justifica este estudio. Cabe preguntarse si los elementos presentes sean suficientes, en su conjunto y en cada mujer, para admitir que se trate efectivamente de un niño imaginario. Si tal niño estuviese presente, tendríamos una prueba para refutar los

antecedentes. Por otra parte, es posible que sea la misma propuesta del autor a ser insuficiente para responder a tal pregunta, siendo necesario redefinir el concepto de niño imaginario a la luz de propuestas psicoanalíticas más recientes, tal como sugerimos en el marco teórico.

7.5.1 Los tres niños en psicoanálisis

El niño imaginario que aparece con mayor frecuencia entre las entrevistadas (aunque la proporción 3:2:2 no habría de ser considerada indicativa de una diferencia significativa), es aquel niño que hemos llamado “niño don”. Este recibe de manera muy evidente las proyecciones de lo que une a los miembros de la pareja parental. Es interesante que este tipo de niño surja en aquellas informantes cuya imposibilidad de concebir surgió a raíz de un diagnóstico masculino (único, o enfatizado por las mujeres pese a presentar ellas mismas un factor de esterilidad). Además, dos de estas mujeres hablan de un deseo de hijo surgido en primer lugar en el hombre. Estos detalles sugieren la validez y pertinencia de los planteamientos lacanianos acerca de las posibles posiciones que el hijo podría tomar en relación al deseo materno. Específicamente, pareciera que el niño imaginario surge aquí como síntoma de la pareja parental: mientras la mujer asume su falta y se dirige a la pareja desde este lugar, el hombre expresa el deseo de tener un hijo y posteriormente su diagnóstico viene revelado por el dispositivo médico. Así, el niño imaginario (y quizás, más tarde, el niño de la realidad) vendría a ser testigo de un deseo que surge a raíz de lo que la mujer interpreta ser la falta que determina el deseo del otro. En este sentido, ella quisiera donar al hombre el hijo que este no puede tener: satisfaciendo el deseo masculino, la mujer daría cuenta de su propia posición en relación al otro.

La constitución del niño imaginario “don” nos parece esperable, en cuanto da cuenta de un deseo femenino que se articula a través del otro: no sólo el hombre sostiene el deseo de hijo, sino que también el niño imaginario, figurado como parecido al padre, sostendría el deseo de pareja. Como señala Lagamma (2016) la madre debería poder desear al niño a partir de una carencia que implica la renuncia a ser “madre natural del niño, para convertirse en la madre simbólica, es decir, aquella producida por la operación de metaforización del Nombre del Padre” (p. 18). De este modo, la mujer lograría un equilibrio entre dos deseos que se complementan, de madre y de mujer, sin que ninguno de los dos sature la falta. Cabe destacar

que en los casos más extremos la maternidad puede ser buscada y ejercida en cuanto medio para mantener el vínculo al otro. Como señala Lagamma (2016) se trata de una situación compleja, en la que la mujer puede existir como madre mientras sea reconocida su feminidad, es decir, mientras sea deseada como mujer. Considerando los matices que presentan los tipos ideales de niño imaginario de las mujeres entrevistadas para este estudio, y las historias que les subyacen, nos preguntamos si existe al menos un caso que pueda ser demostrativo de una situación de este tipo (por ej. aquel en donde se ve expresado cierto rechazo hacia el niño tan deseado por el hombre). Si fuera así, el niño que Lebovici (1983) llama “real”, de la realidad, estaría bajo riesgo de perder las características de don y de transformarse en otro tipo niño cuya posición respecto al deseo materno podría ser más desfavorable. Lo anterior sugiere avanzar con las reflexiones acerca de los otros dos tipos de niños descritos.

Un primer ejemplo se encuentra en el caso del niño imaginario como “complemento narcisístico” para la madre. Distintamente a cuanto acontece en las entrevistadas del niño “don”, las mujeres de este segundo y pequeño grupo dan cuenta de un trabajo imaginativo sobre el futuro bebé y sobre ellas mismas en el papel de madre, que se caracteriza por una mayor riqueza de detalles. No obstante, sus parejas aparecen menos involucradas en la figuración de tal niño. En estos casos, las características del relato muestran que la mujer se vería implicada en una relación libidinal consigo misma. Es decir, el hijo parece ser pensado como aquello que viene a sanar la herida narcisística infligida por la esterilidad y a satisfacer las proyecciones del Yo Ideal que surgen al interior de un proyecto de maternidad biográficamente determinado. Si bien este proyecto se vio frustrado en algún momento, la técnica habría permitido satisfacer su meta final, a saber, el anhelado embarazo.

Lo anterior sugiere que estas mujeres habrían deseado al bebé desde del lugar de la falta, inscrita estructuralmente y exacerbada en lo imaginario por la inesperada infertilidad (propia o de la pareja): investidos del narcisismo materno, el embarazo y su producto imaginario, tendrían el poder de colmar esta falta, borrándola. Estas reflexiones sugieren que el niño imaginario como prolongación narcisística es distinto del niño “don”. En este último caso, recordémoslo, el deseo implica la falta del otro y da cuenta de la propia, es decir, la infertilidad de ambos miembros de la pareja. Por su parte, el niño imaginario que completa narcisísticamente a la mujer vendría a recibir una significación fálica, entrando en la cadena

metonímica con los otros símbolos que sustituyen al falo. Considerando, además, la escasa presencia del hombre en los relatos de las entrevistadas (aunque con los matices que habrían de ser retomados en un análisis caso por caso), podríamos reflexionar sobre la posibilidad que la posición futura del niño en carne y hueso sea hipotéticamente menos favorable que la posición del niño “don”. Ello debido a que, si las proyecciones que lo invisten se mantienen invariadas (lo cual es imposible de predecir antes de su nacimiento) este niño estaría a riesgo de quedar atrapado en una relación dual y exigente con la madre. Lo anterior debido a que, si esta fuese incapaz de aceptar su falta, terminaría imponiéndole al hijo su proyecto vital, privándolo de su autonomía.

Según nuestra visión, el niño como prolongación narcisística materna sería el niño imaginario por antonomasia, es decir, aquello conceptualizado por Lebovici (1983). Sin embargo, si asumimos con este autor que la represión secundaria es condición necesaria para su existencia, y que tal condición está presente también en la formación del niño “don”, tenemos que admitir la posibilidad que este constituya una tipología distinta de niño imaginario. Tal tipología no conllevaría necesariamente una realización del Yo ideal femenino en el sentido del niño como falo materno. Si nos limitáramos a describirlo utilizando una teoría de derivación freudiana, es decir, si describiéramos el niño imaginario solo como aquello que toda mujer esperaría desde la niñez para lidiar con la envidia del pene y con la insatisfecha espera de un hijo del padre, resultaría más complejo explicar los matices que determinan las formas que puede tomar el niño imaginario. En particular, el niño “don” y su relación al deseo del otro plantea una insatisfacción de la mujer como mujer, y no sólo como madre. La propuesta lacaniana, en cambio, permitiría comprender tales formas a la luz del anudamiento entre el registro imaginario y simbólico y vincularlas a la historia de infertilidad. Tal aspecto es sumamente interesante, pues nos permite profundizar sobre la manera en que los elementos del lazo social identificados en el marco teórico intervendrían en la constitución de ambos niños. Volveremos sobre estos aspectos más adelante.

En cuanto al niño “monstruo”, cabe destacar que su figuración no es posible y, cuando lo es, aparece asociada a la angustia que las mismas entrevistadas relacionan a la historia de infertilidad y/o al uso de la técnica. Si bien en los dos casos en los que surge este niño sea posible rastrear elementos de la biografía personal y del lazo social que habrían podido

generar un niño cuyas características son típicas de los niños anteriormente descritos, aquí no habría un niño imaginario. Más bien, pareciéramos estar en presencia de un niño fantasmático cuya existencia, al convocar directamente el cuerpo materno, no solo no puede ser investida libidinalmente, sino que despierta la pulsión, dejando a la mujer en una situación de desamparo.

A partir de lo que presentamos en el marco teórico, esta situación nos parece la más extrema, siendo aquella en la que el niño viene a ocupar el lugar del objeto pulsional, u objeto *a*. La mujer se encontraría con lo real, a saber, con el objeto de su fantasía, sin poder simbolizarlo. En tal sentido, la imposibilidad de representarse al niño durante el embarazo se vincularía a la falta de la falta.

Nos preguntamos si, en los casos analizados, la RMA tiene algún rol en la constitución de un niño fantasmático en el lugar del esperado niño imaginario. Efectivamente, ambas entrevistadas refieren un saber intuitivo acerca de su cuerpo que en repetidas ocasiones viene desatendido por el Otro. En relación a esta escucha negada, al desencuentro con un Otro que no se hace garante de la incolumidad física y psíquica, las mujeres se ven afectadas directamente en el cuerpo. Una de ellas llega a referir episodios de autolesión, pensamientos suicidas y la voluntad de abortar pese a haber conseguido el anhelado embarazo.

Otro aspecto interesante es la tendencia a referir desde el comienzo de la entrevista los aspectos negativos de la historia de la gestación, junto con la dificultad de desviar el relato de ellos, como en un intento de ligazón más allá del principio del placer (Freud, 1920). Esto podría fortalecer la hipótesis que el dispositivo RMA, que incluye no sólo la técnica, sino que su oferta, haya podido encausar un traumatismo, es decir, un evento traumático que no se explica a partir de la represión de la sexualidad a la base de toda estructura neurótica. Si la represión es lo que permite elaborar los montos pulsionales, esto puede no acontecer cuando experiencias extremas se imponen a la vida de uno, desligando lo que ya está ligado o que está en vía de ligazón, e impidiendo la tramitación pulsional (Aceituno y Cabrera, 2014). Si fuera así, si no pudiera elaborarse el evento supuestamente traumático, no tendría sentido hablar de transparencia psíquica como medio para acceder a las huellas mnémicas que contribuyen a la formación del niño imaginario. Ello porque hay una parte de la historia de la maternidad que sigue circulando sin poderse olvidar, atentando a la existencia misma

del sujeto. De este modo, el relato podría dar muestra de un inconsciente “sin filtro”, como acontece en organizaciones psíquicas no neuróticas, donde no opera la represión. La escena traumática, se constituiría como una memoria que Botella (2003) llama “sin recuerdo”, en cuanto tiene lugar únicamente como un vacío psíquico, entre otras representaciones ligadas. El traumatismo en estos términos conduciría a una desaparición del sujeto y de la *psyché* (Aceituno, 2010).

Por otra parte, los elementos a disposición no parecen suficientes para que excluyamos la posibilidad que la RMA se haya podido ligar a algo ya presente estructuralmente y que un embarazo no RMA hubiera despertado igualmente la angustia. Sin prejuicio de lo anterior, debemos admitir que la técnica inaugura algo inesperado en el proyecto de maternidad de las informantes: un empeoramiento de la salud física o la presencia de un niño más, resignificada en relación a la presencia de malestares físicos intensos. Ambas situaciones se encuentran en relación directa con el uso de la técnica: sin ella, según lo que las entrevistadas verbalizan, no habrían aparecido el insoportable dolor o el malestar físico del embarazo gemelar.

Lo anterior permite abrir la reflexión acerca de la posibilidad de que, en algunos casos particulares, la RMA afecte negativamente a la subjetivación de la maternidad y estimule una actitud defensiva. Dicha actitud permitiría llevar a cabo el proyecto de maternidad pese a la angustia que despierta el embarazo o los intentos de conseguirlo. Esto sugiere el uso del desplazamiento (Freud, 1940 [1938]) como manera de tramitar las pulsiones: así como el fetichista desmiente la realidad objetiva (la diferencia de los sexos) para no tener que prohibirse algo (la masturbación) en tanto sigue angustiándose por la amenaza de castración, en los sujetos traumatizados el acontecimiento real viene rechazado. Imposible de ser pensada o elaborada, la ocurrencia permanece ahí, despojada de los afectos que la connotan. Esta reflexión se alinea parcialmente con los antecedentes presentados para la problematización que justifica este estudio. Sin embargo, la existencia de tres tipologías de niños distribuidas casi uniformemente entre las entrevistadas sugiere dos conclusiones: que no existe una relación unívoca entre el uso de la RMA y la constitución del niño imaginario; y que existen distintas tipologías de niño susceptibles de aparecer en la subjetividad materna, dependiendo de la combinación de distintos factores. Esto sugiere a su vez que la RMA puede

facilitar la imaginación del niño, complejizarla o simplemente constituirse como un factor adicional que no cambia la forma que tal niño habría tomado en un embarazo obtenido sin acudir al dispositivo médico.

7.5.2 *Los tres niños y la RMA*

Para sostener la última hipótesis planteada parece importante seguir discutiendo nuestros resultados desde los antecedentes empíricos sobre la imaginación de las mujeres embarazadas sin acudir a la fertilización *en vitro*. Recuérdese que estos estudios se refieren prevalentemente a las figuraciones del niño y que además dan cuenta de una variabilidad que sugiere que no hay una forma específica o “normal” de imaginarlo, lo que los distintos autores interpretan bajo la necesidad de entender los resultados a la luz de la biografía personal. El presente estudio concuerda con esta conclusión y tiene algunos resultados parecidos, como la escasa importancia de los movimientos fetales y la esperanza que el niño adquiera los rasgos físicos paternos y psicológicos de ambos. Además, cabe mencionar un trabajo de Raphael Leff (2010), quien describe las actitudes de las mujeres hacia el hijo durante el embarazo (lo que ella llama estilos maternos) identificando tipologías que, al menos en parte, parecen corresponderse con los tres tipos de niño imaginario¹⁶. Otra correspondencia entre el presente estudio y estado del arte tiene que ver con la referencia que las futuras madres hacen al deseo que el niño tenga ciertas características. En este estudio en particular, los elementos descriptivos soñados se mencionan, pero son relativamente pocos: las informantes se muestran capaces de emprender un trabajo imaginativo que, más que enfocarse en la figuración del niño, parece dirigirse en mayor medida a la imagen de sí como madre y a la relación actual y pasada madre/hija. Esta tendencia no ha de sorprender y tiene fundamento, como vimos en el marco teórico. Las representaciones de la época gestacional están sobreinvertidas gracias a la transparencia psíquica (Bydlowsky, 2007) que, además, sería responsable de favorecer una relación libidinal al niño vehiculizada por el cuerpo. Si este segundo aspecto tiende a aparecer en menor medida, es decir, si las menciones a los movimientos fetales tienden a disminuir en los relatos de las entrevistadas, ello podría

¹⁶ Respectivamente el niño don corresponde a un estilo orientado a la reciprocidad, el niño complemento narcisístico a las madres facilitadoras y el niño monstruo a las madres reguladoras.

explicarse a la luz de la situación actual de las informantes, la que ha convocado el cuerpo durante todo el proceso.

Como vimos, las entrevistadas describen haber tenido dificultades para asumir la condición de embarazo. Dicha dificultad sería entendible a partir de la angustia que, en uno u otro momento de la historia de sus embarazos, se habría presentado de manera casi unánime entre ellas, vinculándose a la imposibilidad de realizar un proyecto vital imaginario y generando aquellos sentimientos de culpa, fracaso, competencia que aparecen en los antecedentes de este estudio. En ocasiones la angustia nace a raíz de la imposibilidad de comprender qué es lo que causa este límite, a saber, el desconocimiento del diagnóstico. En otras oportunidades, al contrario, serían el veredicto médico o las pérdidas *post* - implantación a inscribir una y otra vez la realidad de tal imposibilidad. En tales condiciones, la investidura libidinal del cuerpo grávido parece dificultada por defensas que se explicarían, además, a partir de lo que las entrevistadas relatan acerca de los tratamientos RMA: invasivos, limitantes, responsables de malestares físicos y emocionales. Lo anterior vendría a confirmar lo que la literatura empírica sobre la infertilidad y los embarazos RMA señalan: que la escasa consideración por la condición de embarazo vendría a proteger a las mujeres del miedo al fracaso de la técnica. Sin embargo, no nos parece que ello sea suficiente para que el niño imaginario y el deseo que le subyace desaparezcan. Más bien, tal actitud daría cuenta de una fragilidad o demora respecto a la investidura libidinal del cuerpo. Por otra parte, vimos que la mayoría de las mujeres tiende a mencionar positivamente las ecografías, lo cual sugiere que la imagenología y las opiniones del médico les proporcionan cierto alivio, constituyéndose como un apoyo a la posibilidad de establecer una gradual relación libidinal a los síntomas del embarazo y, consecuentemente, al hijo gestado. Pareciera que la relación que la mujer RMA establece con su cuerpo podría ser mejor entendida a la luz de las reflexiones que se acaban de hacer acerca de los tres tipos de niños.

En cuanto a lo señalado en literatura acerca de la sobrevaloración del embarazo y de sus síntomas, esta surge en relación al “niño como complemento narcisístico de la mujer”, vinculándose a aquellas características subjetivas que permiten la formación de este mismo niño. Si bien estas mujeres mencionan haber tenido –o tener– miedos asociados a la gestación, ello no impide que ellas puedan investir su cuerpo y a su hijo, pues este se

encuentra en una particular posición en relación al narcisismo de las informantes que parece vincularse al uso de la idealización yoica.

En cuanto a lo que concierne la relación que las entrevistadas del niño “don” desarrollan con su propio cuerpo, esta no parece caracterizarse por la investidura libidinal que, vehiculizada por los síntomas gestacionales, sería necesaria para investir e imaginar al mismo niño. Más bien, ellas refieren tener miedo y ser cautelosas para asumir su condición de embarazo. Ello podría explicarse a partir de la pérdida que las tres tuvieron que enfrentar anteriormente al embarazo actual: es posible que a raíz de la angustia padecida, el Yo se movilice para proteger al sujeto de afectos negativos. Tales afectos podrían surgir justamente de la relación libidinal con el cuerpo, despertando los recuerdos negativos de la historia previa al embarazo. Estas reflexiones son hipotéticas: el hecho que las mujeres del niño “don” no fueron las únicas entrevistadas a tener un aborto, sugiere tener prudencia en la posibilidad de plantear una relación entre tal variable y la desinvestidura defensiva del cuerpo.

A la luz de estas reflexiones, asumimos que en las entrevistadas existe un niño imaginario producto de un trabajo imaginativo posibilitado u obstaculizado por la defensividad yoica. Cuando las defensas intervienen a preservar a la mujer de la angustia, la figuración del niño demora y puede ser reducida, aunque este presente de todas maneras, sostenida por el deseo de la pareja. En este sentido, ambos grupos de mujeres lograrían investir al niño imaginario, en un caso a través de la relación libidinal a su propio cuerpo, en el otro a través de su posición de mujer no-toda.

Por otro lado, la misma técnica puede contribuir a la posibilidad que las informantes vayan invistiendo tanto su cuerpo como el niño que contiene. En este sentido, la RMA sería a su vez responsable de mantener el deseo de las entrevistadas, pues el anhelo de hijo que ellas expresan y significan a la luz de su historia vital habría surgido en un momento anterior al uso de la técnica.

Finalmente, cuando en el lugar del niño imaginario surge un niño fantasmático, el cuerpo aparece en los relatos por su hiperpresencia, que además asume características particulares, pues se acompaña de vivencias muy negativas tanto a nivel físico como psíquico. Lagamma (2016) propone que en casos como estos la mujer estaría haciendo pasar por el hijo como condensador de goce (en nuestro caso, el niño imaginario), la relación con su propio cuerpo.

Aulagnier (1994) propone la idea de que el cuerpo puede convertirse en representante del otro toda vez que surge un conflicto con este. Ello sería posible a partir del momento en el que la psique es capaz de pensar al cuerpo que la habita. Si concordáramos con esta propuesta, pareciera que una relación problemática con el cuerpo podría ser testigo de una imposibilidad de aceptar la intrusión de tal otro, en este caso el niño, en el mundo psíquico materno.

Nuevamente destacamos la imposibilidad de saber si esta relación es determinada por la RMA o si pre-existe a ella, pudiendo aparecer con la misma intensidad con un embarazo no determinado por esta.

Lo que parece importante señalar es que, si bien el cuerpo grávido resulte tener un rol central, siendo un puente entre el niño imaginario y la madre, ella tendría otros apoyos imaginarios y simbólicos para investir al niño que está gestando. Entre ellos, al parecer, se ubicaría el mismo dispositivo médico.

A tal propósito, vuélvase a reflexionar sobre la manera en que el lazo social podría intervenir en la constitución del niño imaginario RMA.

Las entrevistadas en general refieren haber construido un proyecto vital que contempla la maternidad a partir de las mismas razones presentadas en los antecedentes. Entre estas, las placenteras experiencias de intercambio con los niños y la idea que la llegada de un hijo permita complementar la relación en pareja y formar una familia. Estas motivaciones sugieren la centralidad del modelo familiar conyugal y la idea de que el hijo tenga un valor especial para la mujer. No obstante, esto no parece suficiente para afirmar que el ser madre, sea al mismo tiempo condición necesaria o suficiente para que la mujer alcance una realización de su feminidad. Incluso, a veces el tener hijos se percibe como un obstáculo para las aspiraciones personales, como indican los antecedentes y los resultados del presente estudio. En este sentido, las entrevistadas tuvieron que lidiar con la imposibilidad de conciliar ambos proyectos, de maternidad y de realización profesional, viéndose obligadas en más de un caso a renunciar al trabajo para poder seguir las terapias y llevar a cabo un embarazo sin ponerlo a riesgo. De este modo, los rastros del modelo mariano que convergen en la idealización de la maternidad no dejan de aparecer, y algunas entrevistadas siguen viendo la maternidad como algo propio de la naturaleza femenina. Pero con ello aparece algo más, a saber, la búsqueda de un hijo ha de ser entendida más allá de la ecuación maternidad/feminidad mantenida por los conocidos

mecanismos de control de la fecundidad. Como vimos en el marco teórico, estos mecanismos hoy apuntan a responder a las exigencias de productividad bajo la lógica del derecho. Es decir: la oferta de un hijo sería una respuesta a la demanda creada por el mismo dispositivo médico, cuyo funcionamiento responde a las reglas del neoliberalismo. De este modo, reivindicar el derecho a un hijo significaría cumplir inconscientemente el rol de ciudadano ejemplar que aporta a la economía, tal como exigir el derecho a trabajar. En estos términos, la reproducción asistida permitiría la realización de un anhelo elaborado a partir de factores singulares pero también propios del lazo social. El agradecimiento que las entrevistadas muestran hacia la medicina es una de las variables que eventualmente darían cuenta de cómo la RMA y su producto pueden subsanar una falta significada en y por el lazo social.

8.CONCLUSIONES

En este capítulo conclusivo se reflexionará acerca de los alcances y la relevancia de este estudio respecto al problema alrededor del cual surge y al contexto en el cual se ha desarrollado. Por otra parte, es tarea del investigador identificar y nombrar los límites de su trabajo, puesto que es de ahí que se puede pensar en lo que todavía queda por investigar.

En cuanto a lo que concierne la pregunta de investigación, cabe destacar que a lo largo del estudio se identificaron numerosos aportes de la literatura que merecen ser analizados críticamente por presentar sesgos que apuntarían principalmente a naturalizar la maternidad. Entre ellos, la misma teoría a la base del fenómeno niño imaginario no es suficiente para explicarlo en su complejidad. El estudio de su definición originaria ha sido útil para abrir una nueva discusión y así establecer las coordenadas teóricas y metodológicas de la investigación y de su objeto. De este modo el análisis de los tres factores que intervienen en la constitución del niño imaginario, a saber, la *situación actual*, las *ensoñaciones diurnas* y el *deseo de maternidad*, han permitido especificar tal objeto y su posible relación a la RMA.

Es importante reconocer que la literatura psicoanalítica más reciente resulta mayormente explicativa del objeto de estudio. La propuesta de una nueva definición que incorpore los planteamientos actuales nos llevó a formular el niño imaginario como aquel niño que surge a raíz del trabajo imaginativo que la mujer emprende durante el embarazo y que da cuenta de la manera en que ella estaría subjetivando esta condición, puesto que en él confluyen las figuraciones del futuro hijo, elementos biográficos y del lazo social. Estas tres variables que interactúan entre ellas bidireccionalmente se han podido especificar gracias a los resultados del estudio. Por otro lado, el niño fantasmático o “monstruo” sería aquel niño que surge cuando la mujer no logra emprender este trabajo imaginativo, siendo tomada por lo real o pulsional de su cuerpo embarazado.

Sin embargo, la posibilidad misma que surja un niño fantasmático que impide tal imaginación no justificaría la responsabilización y demonización de la RMA: si el mismo niño que Lebovici (1983) llama “real” puede llegar representar la verdad de la fantasía materna, cualquier embarazo sería susceptible de ser vivido con angustia. Ello podría depender de las

características subjetivas maternas y de los conflictos latentes que pueden despertar toda vez que las vivencias de la gestación convocan al cuerpo y la relación inconsciente con este. En tal sentido, será la estructura de la madre a ser determinante en cuanto a la posibilidad que el embarazo inaugure una catástrofe psíquica.

A propósito de ello, y de la relación que la estructura guarda con el deseo, se considera necesario insistir sobre la idea que el deseo de maternidad tal como lo define la literatura psicoanalítica no ha de ser condenado, como si su existencia anulara el deseo de hijo que supone la represión secundaria. Si el niño fantasmático es condición previa y necesaria para que se constituya un niño imaginario, entonces, el deseo de maternidad que tiene que ver con la relación exclusiva con la madre es asimismo una condición necesaria: su existencia sería previa al deseo de hijo que involucra al padre (y finalmente al hombre elegido en su lugar durante la adultez). No obstante, expresar uno u otro deseo no sería indicador de la pertenencia a una u otra estructura. Más bien, ello daría cuenta de las negociaciones que cada cual arregla mientras se relaciona con la falta. En este sentido, toda mujer neurótica tendría que enfrentarse con ambos deseos, que no necesariamente irán apareciendo separada o secuencialmente. Si pensáramos en estos términos estaríamos suponiendo una lógica del inconsciente, olvidándonos que nuestro trabajo es con el sujeto más que con el yo.

Además, considerando los matices que el niño imaginario puede mostrar, habría que reconocer que el padre del niño puede ejercer una función igualmente definitoria para la manera en la que la mujer enfrenta el proceso de gestación. Con todo lo anterior, el niño de la realidad es un sujeto que como tal puede cambiar el destino al cual estaba adscrito el niño imaginario.

Estas reflexiones sugieren que los cambios corporales del embarazo sostienen u obstaculizan el trabajo imaginativo de la gestante preparándola al encuentro con su hijo independientemente de cómo este haya sido concebido. Sin embargo, el hecho que el embarazo se produzca en un contexto fuertemente medicalizado no ha de ser ignorado ya que hay mujeres que, al encontrarse con el niño “monstruo”, responsabilizan al dispositivo médico. Tal como está la posibilidad de elaborar la infertilidad en la biografía del deseo de hijo, asimismo existe la posibilidad que las vivencias angustiosas asociadas al niño fantasmático se atribuyan al haber ocupado la RMA. Asimismo, podría ser que el encuentro

con lo real de la ciencia tenga un efecto traumático. Con este estudio es imposible establecer esta eventual relación causal. Concluimos que la técnica no se constituye como una nueva forma procreativa, aun así las mujeres que la ocupan tienden a percibir alguna diferencia que se verbaliza como natural vs artificial, lo cual sugiere que significan el entero proceso en base a esta diferencia.

El mismo contexto medicalizado que obliga a la mujer a los reiterados controles puede constituirse como un recurso para brindarle una atención completa y detectar señales de que este embarazo está despertando la angustia. Si no es posible prever lo que el sujeto hará con la técnica, se lo puede acompañar en las etapas de este encuentro apoyando la posibilidad que hayan otras investiduras libidinales que permiten tolerar la falta y la espera y, una vez que se constituya el embarazo, trabajando para favorecer la integración de la historia de infertilidad con los acontecimientos biográficos que han visto surgir y mantenido el proyecto de maternidad. Estas consideraciones nos llevan a la relevancia de este trabajo.

Una investigación que abarca la compleja cuestión de la RMA desde el psicoanálisis plantea al mismo psicoanalista situarse con su deseo y con sus límites frente a un tema fascinante, sin caer en ninguna de las trampas enumeradas en la introducción.

Para ello, se hace necesario pensar en los beneficiarios de este estudio. Primariamente, se trata un aporte a la teoría psicoanalítica en cuanto contribuye a definir operacionalmente el niño imaginario. Se trata de un resultado inesperado, surgido de la necesidad de identificar un objeto de estudio adecuado para problematizar los antecedentes empíricos sobre el uso de la RMA que habían de ser cuestionados por la manera en que tendían a naturalizar la maternidad. De ahí el encuentro con la problemática en el mismo intento de solucionarla, y la solución de incorporar propuestas más recientes siempre y cuando pudiesen demostrarse desde los datos. En este sentido, este estudio ofrece una definición nueva de lo que es el niño imaginario y que considera elementos individuales y sociales, conscientes e inconscientes. Se espera que el estudio constituya un recurso para futuras investigaciones que quieran involucrar al objeto niño imaginario.

Además, la identificación del niño “monstruo” como producto de una no subjetivación del embarazo nos alerta frente a la exigencia de colaborar con todos los organismos e instituciones que se ocupan de salud reproductiva. Ello porque hay otros aspectos a

considerar durante los embarazos, más allá de los síntomas de depresión y ansiedad, que pueden ayudar a sostener a la mujer en un proyecto que no siempre es esperado y planificado. Entre estos profesionales están, por supuesto y con mayor razón, aquellos que trabajan con las mujeres infértiles.

La importancia de abrir conversaciones no es fácil, pues se trata de transmitir conocimientos que tengan sentido para los médicos sostenedores de la psicología basada en las evidencias, aliados de la psicopatología descriptiva y de los diagnósticos psiquiátricos. A modo de ejemplo, cabría recordar la primera vez que el proyecto de investigación se presentó a una psicóloga de una clínica de fertilización asistida, en el intento de encontrar un terreno para poder investigar. “¿Niño imaginario?!” –preguntó riéndose– “tienes que pasar por un Comité de Ética, hasta a mí me ha costado recibir aprobación de las investigaciones que hice...”. Mientras surgían preguntas acerca de cuáles fueran y dónde se encontraban estas investigaciones que tal vez habrían podido enriquecer los antecedentes sobre el tema en Chile, quedaba claro que este terreno no habría sido el elegido para investigar. Este no había sido un buen encuentro como no lo fue el siguiente, caracterizado por una serie de correos nunca respondidos, dirigido a la psicóloga de otra clínica. En el mismo lugar en el que finalmente se desarrolló el estudio hubieron varios “malentendidos” que vale la pena mencionar. En lo específico, una vez que la investigación fue presentada y aprobada por la Dirección, ella “dejo casi de existir”. Es decir, yo tenía que presentarme cada vez que llegaba al lugar, explicar por qué estaba ahí y, sobre todo, pese a haber definido por escrito una serie de criterios de composición de la muestra, cada vez que empezaba una entrevista me encontraba con la sorpresa de estar entrevistando alguien que no podría haber entrevistado. Si bien estos malentendidos a veces se revelaron productivos para mi trabajo, ayudándome a desarrollar el arte de la improvisación y a pensar en el material y en cómo pudiese o no entrar en el estudio, crecía mientras tanto la incertidumbre respecto a la consciencia de que el psicoanálisis no es predictivo, pues nada podemos decir de las apuestas inconscientes que se juegan entre el embarazo y la llegada del niño real ¿Cómo situarse ante la posible crítica frente a la posibilidad que el estudio no sea predictivo del vínculo madre hijo?

Tal vez la respuesta a tal interrogante sea: con las mismas herramientas que ocupan los médicos. Es decir, si bien las biotecnologías trabajan para dar soluciones generalizables, es

cierto que cada pareja inaugura una serie de controles y estudios que conducen a la detección de una infertilidad única, prescindiendo de que el factor etiológico sea masculino o femenino. El encuentro que cada miembro de la pareja podría tener con una pareja distinta de la propia llevaría a resultados diferentes en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Finalmente, se podría decir que es una unidad compuesta por dos individuos a ser infértiles y a recibir el tratamiento. Esto por lo menos es lo que acontece científicamente, y el niño imaginario “don” es lo que viene a dar cuenta de ello en la realidad. Por otra parte, las leyes del inconsciente son diferentes que las de la ciencia; además, por ser quien se embaraza, es la mujer la que tendrá que someterse la mayoría de los tratamientos. De este modo, el trabajo imaginativo podría tomar vuelcos inesperados que dan cuenta de aspectos subjetivos que hacen resonancia al encontrarse con el dispositivo médico.

Sin embargo, la consideración de esta unicidad compuesta por cada pareja deja entender que el psicoanálisis trabaja de manera muy similar a la medicina reproductiva: cada sujeto es único, y el futuro (la relación madre/hijo) no se puede prever como tampoco los médicos pueden conocer los resultados de una inseminación. En la lógica de mercado en las que las clínicas trabajan, este paralelismo se puede proponer insistiendo sobre el éxito terapéutico que la alianza entre psicoanalista y médico puede conllevar, considerando además la proporción costos/beneficios. Si logramos llegar a un entendimiento con los médicos respecto la distinción entre deseo y voluntad consciente de hijo, también lograremos apoyarlos en la detección de las demandas que requieren de un trabajo previo o paralelo, o que han de ser derivadas a otro tipo de programas.

Lo anterior significaría de alguna manera acompañar a las mujeres en el tiempo de las terapias apuntando a que este no se constituya sólo como una frustrante espera, sino que también como algo necesario para el trabajo de subjetivación de la misma RMA. Esto no significa atender a todas las mujeres que pasan por las clínicas: si fuera así, habrían en ellas más psicoanalistas que médicos. Más bien, se trataría de acompañar al médico o la matrona en algunas consultas, capacitarlos para una escucha distinta, y cuando sea posible o necesario, seguir los casos. Ello no asegura el éxito de la terapia, pero facilitaría un acercamiento distinto a ella, que considere una actitud ética de respeto y renuncia frente a los casos en que

el someterse reiteradamente a las terapias entra a ser parte de un mecanismo perverso para la mujer.

Un seguimiento de aquellos embarazos que además resultan problemáticos en relación a los efectos de la técnica, también puede ser conveniente en la medida en que la mayoría de las mujeres no logran desligarse de la clínica durante la gestación, ello debido a la transferencia que se instala. Poder seguir atendiéndose en el mismo lugar en el que confían, para evaluar las vivencias en las etapas de los controles, puede ser una solución intermedia entre un quiebre total y una dependencia absoluta del médico. Paralelamente ellas recibirían ayuda para seguir elaborando la RMA en su historia de maternidad. Esto sólo es posible si el psicoanalista es considerado parte del proceso y no quien interviene para detectar el riesgo depresión, como quisieran las indicaciones del MINSAL, o a apoyar a la mujer que se ve anímicamente decaída, como acontece actualmente con el psicólogo de las clínicas de infertilidad.

Esta investigación termina con un deseo que no se ha podido saturar sino que, al contrario, ha crecido.

Hay muchas investigaciones que se pueden hacer en varias direcciones, con más tiempo a disposición, por lo que cabe destacar aquellos límites que esta pesquisa presenta. Antes que todo, un estudio longitudinal podría aclarar si, al nacer, el niño pierde o mantiene las características del niño imaginario, o bien, si el niño fantasmático puede dejar el lugar al niño imaginario.

Por otro lado, hubiese sido central poder controlar ciertas variables como los tipos de infertilidad, el tiempo de la espera y la duración de las terapias. Asimismo, un gran límite reside en la imposibilidad de comparar estos embarazos con aquellos naturales, pero también con aquellos que son producto de la RMA por elección de las mujeres (solteras o en pareja homosexual): no queda claro el rol que podrían tener el diagnóstico médico de infertilidad y las vicisitudes asociadas a esta condición versus el uso de las técnicas de por sí en la formación del niño imaginario. Estas variables no pueden ser aisladas en mujeres embarazadas y previamente estériles. Sería interesante preguntarse sobre la relación entre el niño imaginario, el uso de la reproducción asistida y la historia previa de infertilidad, incluyendo en la investigación mujeres que no han tenido esta historia; no obstante, se

entiende que este estudio no busca descubrir causalidades que implicarían un estudio comparativo. Se trataría más bien de una propuesta inicial sobre un tema que aún queda poco claro, siendo que el niño imaginario no ha sido específicamente investigado hasta el momento. De este modo podríamos haber tenido mayor claridad sobre el efecto de la técnica, lo cual también podría haber sido posible al menos comparando embarazos obtenidos por elevada y baja complejidad.

Finalmente, las dimensiones de la muestra no permiten hacer generalizaciones a la población de mujeres embarazadas tras RMA que han tenido problemas de infertilidad propia o de pareja. Si bien existe una distribución homogénea de las frecuencias en las que aparecen los tres niños, no se puede excluir que aislando ciertas variables o alcanzando una saturación de la información podrían haberse obtenido resultados distintos. Esto significa que el presente estudio se constituye como un punto de partida para una investigación mucho más amplia que confirme o desmienta los resultados. No obstante, su importancia tiene que ver con la posibilidad de haber identificado y solucionado, si bien de manera incipiente, algunos aspectos problemáticos presentes en literatura y producto del mismo lazo social en el que los individuos se socializan, no sólo las mujeres del estudio, sino que los médicos y los psicólogos.

Ojalá las futuras investigaciones puedan desarrollarse bajo estas premisas fundamentales.

REFERENCIAS

1. Aceituno, R. y Bornhauser, N. (2005). Discurso Psicopatológico y Subjetividad Contemporánea. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(2), 111 – 122.
2. Aceituno, R. (2010). Tener lugar. En Aceituno, R. (Ed), Espacio de tiempo. *Clínica de lo traumático y procesos de simbolización*. Santiago De Chile: Universidad de Chile.
3. Aceituno, R., Miranda, G. y Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 3, 89 – 102.
4. Aceituno, R. y Radiszcz, E. (2013). Psicoanálisis e investigación social: la herencia freudiana. En Canales, M. (Ed.), *Escucha de la escucha. Análisis e interpretación en la investigación cualitativa* (115 -137). Santiago de Chile: LOM.
5. Aceituno, R. y Cabrera, P. (2014). Elementos introductorios para una clínica de lo traumático y su elaboración. En Cabrera, P. (Ed), *Construcciones. Clínica de lo traumático y figurabilidad*. Santiago de Chile: El buen Aire.
6. Agostini, F., Monti, F., Fagandini, P., Llewellyn, L., De Pascalis, D., La Sala, G. B. & Blickstein, I. (2009). Parental mental representations during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Journal of Perinatal Medicine*, 37, 320 – 327.
7. Alberti, C. (2014). *Être mère. Des femmes psychanalystes parlent de la maternité*. Paris: Navarin Editeur.
8. Alonso, L. E. (1998), Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J. & Gutiérrez, J. (Eds) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.
9. American Psychological Association (2002). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D. F.: Editorial El Manual Moderno.
10. Ammaniti, M. (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
11. Ansoleaga, E. y Godoy, L. (2013). La maternidad y el trabajo en Chile: Discursos actuales de actores sociales. *Revista Latinoamericana*, 35 (12), 337 – 356.
12. Apfel, R.J. & Kaylor, R.G. (2002). Psychoanalysis and Infertility. Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83 (1), 85 – 104.

13. Ardenti, R. y La Sala, G. B. (2003). *La maternità possibile. I vissuti delle coppie sterili, la fede e la procreazione assistita*. Reggio Emilia: Diabasis.
14. Aulagnier, P. (1991). ¿Qué deseo, qué hijo? *Revista de Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 3, 45 – 48.
15. Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 13 (3), 441 – 468 Recuperado de http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFG/adolescencia/grassi/Aulagnier_Construirse-pasado_pocochoto.pdf
16. Aulagnier, P. (1994). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En Hornstein, L., Aulagnier, P., Pelento, M.L., Green, A., Rother de Hornstein, M.C., Bianchi, H. y otros (Eds) *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador* (117 – 170). Buenos Aires: Paidós.
17. Ardenti, R., La Sala, G.B. (2003), *La maternità possibile. I vissuti delle coppie sterili, la fede e la procreazione assistita*. Torino: Boringhieri.
18. Benedek, T. (1952). Infertility as a Psychosomatic defense. *Fertility & Sterility*, 3, 527 – 541.
19. Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica : validez metodológica y potencialidades. En Marinas, J. M & Santamarina, C. (Eds), *La historia oral: métodos y experiencias* (149 – 171). Madrid: Debate.
20. Bolívar, A. y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo actual. *Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 7 (4) doi: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-7.4.161>
21. Botella, C. (2014). Sobre el trabajo de figurabilidad. *Revista mentalización*, 1, 1-6. Recuperado de <http://revistamentalizacion.com/numerosanteriores.html>
22. Bydlowski, M. (2007), *La deuda de la vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
23. Cabariti, S. (2015), En nombre de mi historia. Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=336:en-nombre-de-mi-historia&catid=10:vigencia&itemid=1
24. Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M. y Tambelli, R. Stabilità e cambiamento delle rappresentazioni materne in gravidanza en el periodo postnatale. En Ammaniti, M.,

Candelori, C., Pola, M. y Tambelli, B. (Eds), *Maternità e Gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina.

25. Castro, E. (sin fecha). *IPSUSS. Instituto de Políticas Públicas en Salud*. Santiago de Chile: Universidad San Sebastian. Recuperado de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/erica-castro/la-urgencia-de-reconocer-la-infertilidad-como-una-enfermedad/2016-03-31/174232.html>
26. Cecotti, M. (2004), *Procreazione medicalmente assistita. Aspetti psicologici della sterilità, della genitorialità e della filiazione*. Roma: Armando Editore.
27. Chatel, M. M. (1996). *El malestar en la procreación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
28. Cornejo, Marcela. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos, Perspectivas. *Psyche* (Santiago), 15(1), 95-106. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100008>
29. Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. C. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico, *Psyche*, 17 (1), 29 – 39.
30. Deutsch, H. (1945), *Psicologia della donna, volume secondo: la donna adulta e la madre*. Torino: Boringhieri.
31. Díqaz Larrañaga, Nancy (1999): El relato de una vida: apuntes teóricos-metodológicos en comunicación. *Revista Latina de Comunicación Social*, 22. Recuperado de: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/a1999coc/33vanancy.htm>
32. Ehrensaft, D. (2008). When baby makes three or four or more. Attachment, individuation, and identity in assisted – conception families. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 63, (3 – 23).
33. Eugster, A. & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological Aspects of In Vitro Fertilization: a Review. *Social Science & Medicine*, 48 (5), 575 – 589.
34. Ferrara Mori, G. (2011). I complessi intrecci tra biologia e inconscio nel cammino verso la maternità. *Rivista di psicoanalisi*, 57 (1), 103 – 115.
35. Ferrari, A. G., Piccinini, C. A. & Lopes, R. S. (2007), O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*, 12 (2), 305 – 313.
36. Flick, M. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- 37.Focault, M. (1977). Historia de la sexualidad I. La voluntad de Saber. Recuperado de [https://monoskop.org/images/e/e1/Foucault Michel Historia de la sexualidad 1 La voluntad de saber.pdf](https://monoskop.org/images/e/e1/Foucault_Michel_Historia_de_la_sexualidad_1_La_voluntad_de_saber.pdf)
- 38.Focault, M. (2007 [1979]). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el College de France (1978 – 1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- 39.Francesconi, M, & Scotto di Fasano, D. (2005), L'infertilità: limite o divieto? *Richard & Piggle. Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente*, 13 (1), 58 – 72.
- 40.Freud, S. (1899), *Sobre los recuerdos encubridores*. Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 41.Freud, S. (1900 [1899]). *La interpretación de los sueños*. Obras Completas, Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- 42.Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana (Sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, la superstición y el error)*. Obras Completas, Tomo VI. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 43.Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 44.Freud, S. (1907). *El esclarecimiento sexual del niño (Carta abierta al doctor M. Fürst)*. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 45.Freud, S. (1908). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 46.Freud, S. (1909, [1908]). *La novela familiar de los neuróticos*. Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990
- 47.Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 48.Freud, S. (1915). *Lo Inconciente*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 49.Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- 50.Freud, S. (1923). *La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)*. Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.

51. Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
52. Freud, S. (1931), *Sobre la sexualidad femenina*. Obras completas, Tomo XXI. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
53. Freud, S. (1940 [1938]). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Obras Completas, Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
54. Garaventa, J. (2015), Anhelos, Deseo, Necesidad (de hijo). Recuperado de http://www.jorgegaraventa.com.ar/deseo_de_hijo.htm
55. Garetta, G. (2012). On procreating today. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1153 – 1173.
56. Goldberg, A. E., Downing, J. B., & Moyer, A.M. (2012). Why Parenthood and Why Now? Gay Men's Motivations for Pursuing Parenthood. *Family Relations*, 61, 157 – 174.
57. González, A. (2006). Deseo de Hijo..¿Bebé Ideal?. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 6, 73 – 93.
58. González, P. (2012). Criterios para las indicaciones médicas y aplicaciones técnicas de la reproducción humana asistida. En Observatorio de Bioética & Derecho de la Universidad del Desarrollo (2012). *Informe sobre el Seminario Académico 2012 “Los problemas Éticos y jurídicos de la Reproducción Humana Asistida”*. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/observatorio-bioetica-derecho/files/2012/08/INFORME-SEMINARIO-REPRODUCCI%C3%93N-HUMANA-ASISTIDA-2012.pdf>
59. González, M. (2014), *El cuerpo materno de las mamitas de Chile*. En *Cuerpo. Tercer coloquio Chileno – Francés en Psicoanálisis y Ciencias Sociales*. Santiago de Chile, Chile.
60. Grosso, W. (2010), Desiderio di maternità. Il limite tra desiderio e bisogno. *Quaderni di psicoterapia infantile*, 59, 127-151.
61. Guyomard, D. (2013). *Nace una madre. Del vínculo a la relación*. Santiago de Chile: Catalonia.
62. Hornstein, L. (2012), “Diálogos con Piera Aulagnier”, Recuperado de <http://www.pieraaulagnier.com/notas/dialogo/vinculo%20realidad%20psiquica.htm>
63. Kristeva, J. (1979). El tiempo de las mujeres. Recuperado de http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wpcontent/uploads/2016/03/articulos/011_19.pdf

- 64.Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la unción del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I* (86 - 93). Madrid: Siglo Veintiuno.
- 65.Lacan, J. (1957). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos I* (475 – 500). México: Siglo Veintiuno.
- 66.Lacan, J. (1966). La significación del falo. En *Escritos II* (653 – 662). Madrid: Siglo Veintiuno.
- 67.Lacan (1969). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y Textos 2* (55 – 57). Buenos Aires: Manantial.
- 68.Lacan, J. (1994 [1956 – 1957]). *El Seminario 4: la relación de Objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- 69.Lacan, J. (2007 [1962 - 1963]). *El Seminario 10: la Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- 70.Lagamma, V. (2016). *El niño y el deseo de la madre*. Buenos Aires: Letra Viva.
- 71.Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for Wanting a Child: a Network Analytic Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (4), 321 – 338.
- 72.Langer, M. (1951), *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Editorial Nova.
- 73.Laurent, É. (2014). El niño como real del delirio familiar. Recuperado de: <http://www.centrolacaniano.cl/novedades/el-nino-como-real-del-delirio-familiar-laurent-e/>
74. Lebovici, S. (1983). *Le Nourisson, la Mère et le Psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris: Le centurion.
- 75.Lebovici, S. (1995). Los vínculos intergeneracionales (transmisión y conflictos). Las interacciones fantasmáticas. En Lebovici, S. & Weil Harpen, F. (Eds), *La psicopatología del bebé* (112 – 118). Madrid: Siglo Veinteuno.
- 76.Lin, Y., Tsai, Y., & Lai, P. (2012). The Experience of Taiwanese Women Achieving Post-Infertility Pregnancy Through Assisted Reproductive Treatment, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 21(2) 189-197.
- 77.McMahon, C.A., Tennant, C., Ungerer, J. & Saunders, D. (1999). “Don’t count your chickens”. A comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 345 – 356.
- 78.Malkah Tolpin Notman, M. D. (2011). Some Thoughts About the Psychological Issues Related to Assisted Reproductive Technology. *Psychoanalytic Inquiry* 31 (4), 380 – 391.

79. Mann, M. (2014). Psychoanalytic Understanding of Repeated In – Vitro Fertilization Trials and Repetition Compulsion, *Reproductive System & Sexual Disorders*, 3 (3), 1 – 6. doi: 10.4172/2161-038X.1000140
80. Ministerio de Salud (MINSAL) (2014). Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/27%2005%202014%20%20NRF%20edici%C3%B3n%202014%20FINAL%202.pdf>
81. Ministerio de Salud (MINSAL) (2014). Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
82. Ministerio de Salud (MINSAL) (2015). Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad. Recuperado de: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD_2015%20FF\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PARA%20EL%20ESTUDIO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20INFERTILIDAD_2015%20FF(1).pdf)
83. Montecino Aguirre, S. (1997). *Palabra dicha: estudios sobre género, identidades, mestizaje*. Recuperado de <http://libros.uchile.cl/239>
84. Montecino Aguirre, S. (2007). *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno*. Santiago de Chile: Catatonia.
85. Navarro, P. y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En Delgado, J.M. & Gutierrez, J. (Eds) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (177- 224). Madrid: Síntesis.
86. Olafsdottir, H., Wikland, M. & Möller, A. (2009). Access to artificial reproduction technology in the Nordic countries in 2004. *Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88 (3), 301 – 307.
87. Organización Mundial de la Sanidad (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/
88. Pedreira, M. y Leal, I. (2015). What is My Baby Like? Representations Concerning the Baby in the Third Trimester of Pregnancy, *Psychology, Community & Health*, 4 (3), 156, 170.

89. Pelegrí M. y Romeu, M. (2008). Aportaciones a los avatares actuales del deseo de hijo en relación al deseo amoroso y sexual. Recuperado de <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.cl/2009/06/aportaciones-los-avatares-actuales-del.html>
90. Pelegrí, M. (2012). El deseo de hijo. En Acogida de la pequeña infancia, parentalidad y lazo social, APEPeLS (35-39). Recuperado de http://loasiassociazione.ch/var/m_f/f3/f35/31784/7218699-ES-APEPeLS.pdf?download
91. Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C., Lopes, R.S. & Carvalho, T. (2003), O Bebê Imaginário e as Expectativas Quanto ao Futuro do Filho em Gestantes Adolescentes e Adultas. *Interações*, 16 (8), 81 – 108.
92. Observatorio de bioética & derecho Universidad del Desarrollo (2012). Informe sobre seminario académico: “Los problemas ético y jurídicos de la reproducción humana asistida” Recuperado de: <http://medicina.udd.cl/observatorio-bioetica-derecho/files/2012/08/INFORME-SEMINARIO-REPRODUCCI%C3%93N-HUMANA-ASISTIDA-2012.pdf>
93. Raphael Leff, (2010). Healty Maternal Ambivalence, Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa, 1 (2), 57 – 73.
94. Righetti, P.L., Luisi, S., Baffoni, & A., Azzena, A. (2003). Come sarò da grande? Il futuro psicologico dei bambini nati da Pma. *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, 5, 39 – 50.
95. Rosario Allegue, R., Carril, E., Cordano, B., Mendy, A.M., Muniz, A., Puyesky, G., y Quírici, T. (2004). Paternidad y Género. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, IV, 133 – 139.
96. Rose, N. (1989). *Governing the soul. The shaping of the private self*. London: Free Association Books.
97. Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aporte antropológicos para en análisis de la atención biomédica del parto. En Sadler, M., Acuña, M.E. & Obach, A. (Eds) *Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología de género* (15-66). Santiago de Chile : Catalonia.
98. Sadler, M. (2012). Una aproximación a la antropología de la reproducción. En Mackenna, A. (Ed.), *Reproducción Humana e Infertilidad* (19-25). Santiago de Chile: Mediterráneo.

- 99.Salazar Vergara, G. (1990). Ser niño huacho en la Historia de Chile (Siglo XIX). Recuperado de: http://www.archivochile.com/Ideas_Autores/salazarvg/salazarvg0003.pdf
- 100.Salazar Vergara, G. (2010). Patriarcado Mercantil y Liberación Femenina (1810 – 1930). Recuperado de : <http://eldevenirsf.blogspot.it/2012/08/gabriel-salazar-patriarcado-mercantil-y.html>
- 101.Sánchez, B., (2009) La familia en las paradojas de la civilización. En *Psicoanálisis con niños y adolescentes 2. Políticas, prácticas y saberes sobre el niño*. Buenos Aires: Grama.
- 102.Scatoletti, B. (1996), Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell’infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente. *Informazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, 28, 37 – 44.
- 103.Sharim, D. (2001), Los Relatos de Vida como Herramienta para la Investigación y Formación Clínica. *Psykhe*, 10 (2), 71 – 76.
- 104.Slade, P., O’Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The Relationship between Perceived Stigma, Disclosure Patterns, Support and Distress in New Attendees at an Infertility Clinic. *Human Reproduction*, 22 (8), 2309 – 2314.
- 105.Stein, C. (1977). *El niño imaginario. Del psicoanálisis del paciente al psicoanálisis del psicoanalista*. Barcelona: Martínez Roca.
- 106.Strauss, A. y Corbin, J. (2002), *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- 107.Schwarze, J. E., Crosby, J. A., Vantman, D., Massoli, P., Ciuffardi, I, Céspedes, P., González, P. Duque, y G., Pommer, R. (2014). Registro chileno de técnicas de reproducción asistida, 2011. *Revista Chilena Obstetricia y ginecología*, 79 (4), 340 – 346
- 108.Tendlarz, S. E. (2004). *¿De qué sufren los niños?: La psicosis en la infancia*. Buenos Aires: Lugar.
- 109.Tort, M. (1994). *El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- 110.Valdivia, V. (2010), ¿Las “Mamitas de Chile”? Las mujeres y el sexo bajo la dictadura pinochetista. En Vallejos J. P. (Ed) *Mujeres Historias chilenas del siglo XX* (87 – 117) Santiago de Chile: LOM Ediciones.

- 111.Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- 112.Valoriani, V. (2011). *Genitori ad ogni costo. I problemi psicologici delle coppie infertili*. Roma: Carocci.
- 113.Varela, J. (1999). Mater familias. Modelos clásicos de sociología del género: F. Engels y E. Durkheim, *Política y Sociedad*, 32, 173 – 188.
- 114.Vargas, J. E. (2015). Metrorrargia primera mitad del embarazo. En Badía, J. (Ed.) *Manual de alto riesgo obstétrico*. Recuperado de: http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/metrorragia_1ra_mitad.html
- 115.Vegetti Finzi, S. (1997), *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*. Arnoldo Milano : Mondadori.
- 116.Vigneri, M. (2011), I complessi intrecci tra biologia ed inconscio nel cammino verso la maternità. *Rivista di psicoanalisi*, 57 (1), 117 – 143.
- 117.Weismann, C. (2013) Les mauvaises graines. Retentissement des problématiques d'infertilité sur le jeu des identifications croisées parents/enfants, *Dialogue*, 199 (1), 33-41.
- 118.Wilson, E.K., Koo, H.P. (2006). The Relationship Context : its Effects on Low – Income Women's Desire for a Baby, *Journal of Marriage and Family*, 68, 1326 – 1340.
- 119.Winnicott, D. (1956). La preocupación maternal primaria. Recuperado de [http://www.academia.edu/24997346/Winnicott D. 1956 La preocupaci%C3%B3n materna primaria en Escritos de Pediatr%C3%ADa y psicoan%C3%A1lisis](http://www.academia.edu/24997346/Winnicott_D._1956_La_preocupaci%C3%B3n_materna_primaria_en_Escritos_de_Pediatr%C3%ADa_y_psicoan%C3%A1lisis)
- 120.Wischmann, T. H. (2003), Psychogenic Infertility – Myths and facts. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 20 (12), 485- 494.
- 121.Yakupova, V. A., Zakharova, E. I. & Abubakirov, A. N. (2015), The mental state of women with an IVF pregnancy. *Psychology in Russia: State of Art*, 8 (1), 14 – 21.
- 122.Zalusky, S. (2003), L'infertilità nella era della tecnologia. Richard & Piggie. *Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente*, 11 (3), 250 – 270.