



XIV JORNADAS  
NACIONALES  
DE HISTORIA  
DE LAS MUJERES.

Intersecciones:  
feminismos, teorías  
y debates políticos.

-  
IX CONGRESO  
IBEROAMERICANO  
DE ESTUDIOS  
DE GÉNERO.

29 de julio      Mar del Plata  
-  
1 de agosto      Bs.As.  
-  
2019              Argentina



## **Pensando la práctica de acompañamiento de procesos deseantes de tener hijos**

Autoras: Lavarello, María Laura<sup>1</sup>; Kreis, Manuela<sup>2</sup>

### **Introducción**

En esta ocasión queremos compartir el análisis y reflexiones generadas a partir de los resultados de una investigación en el campo social referente a la accesibilidad al derecho a la reproducción medicamente asistida<sup>3</sup> y observables surgidos de procesos de análisis e intervención clínica ligados a procesos deseantes de tener hijos.

En la actualidad, nos encontramos en presencia de una revolución en el plano reproductivo a nivel científico-biológico, que es inseparable de una innegable transformación de las relaciones entre los sexos y de importantes cambios en la conformación de la familia nuclear. Los parentescos superan el modelo heterosexual, incluyendo nuevas formas de parentalidad, como parejas homosexuales y familias monoparentales (Glocer Fiorini L. G, 2015).

La biotecnología en materia reproductiva y las leyes que regulan en nuestro país dichas prácticas participan de la habilitación social de nuevos modos deseantes de tener hijos, de la expresión de anhelos y deseos de ser madre/padre en personas que en otro momento socio-histórico hubieran tenido impedido el alcanzar la descendencia biológica. Tal

---

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata [mllavarello@hotmail.com](mailto:mllavarello@hotmail.com)

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata- [manu.kreis@gmail.com](mailto:manu.kreis@gmail.com)

<sup>3</sup>Ejecución de la CIN de Beca de Incentivo a las Vocaciones Científicas (período 2017-2018), que toma como temática la accesibilidad al derecho de reproducción medicamente asistida en servicios públicos de salud, garantizado por la ley N° 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida.

posibilidad era impensable y/ o inimaginable solo décadas atrás en personas con problemas relativos a su salud reproductiva, edad, orientación sexual y/opor no estar en pareja<sup>4</sup>. Por el contrario observamos en la actualidad, que el recurrir a las técnicas reproductivas como una opción para concretar el deseo de tener hijxs se encuentra naturalizado socialmente, aunque su accesibilidad y su costo subjetivo no siempre son tenidos en cuenta. Estas tecnologías no conllevan el mismo impacto subjetivo y exposición del cuerpo en quienes recurren a ellas, ni están garantidas por igual a todas las personas según identidad sexual y clase.

Por otra parte, observamos en los dos ámbitos analizados, que son las mujeres quienes expresan su deseo de ser madres. En una primera lectura podemos reconocer la operación de significaciones ligadas al mito mujer=madre, y la división sexual del trabajo entre el espacio público y privado/sentimentalizado (Fernández, A. M., 2014). Sin embargo, nos encontramos con distintos matices en los modos de resolver el deseo de tener hijxs y formar familia, que nos interesa compartir.

Se presentan interrogantes y articulaciones teóricas en torno a las nociones de deseo de hijx/no deseo de hijx, deseo de embarazo, nuevas feminidades y masculinidades /maternidades- paternidades, nuevas configuraciones familiares y los modos en que son significadas las técnicas de reproducción asistida.

### **Deseos en plural**

Partimos de considerar la producción de subjetividad como las formas de representación que instituye la sociedad en un momento socio-histórico para la conformación de sujetos aptos a desplegarse en su interior, y las maneras en que cada sujeto constituye su singularidad (Bleichmar, S en: Tajer, 2009). Podemos explicar a partir de la dimensión histórica de la subjetividad, la existencia de modos históricos de configurarse el desear y ser madres/padres en clivaje con las determinaciones de la historia identificatoria y libidinal de cada sujetx singular.

Las subjetividades contemporáneas a su vez, están atravesadas por la multiplicidad de institucionalizaciones de diversas diferencias desigualadas (Fernández, A.M., 2009), entre las que las desigualdades de género son una de ellas. En cada situación, las

---

<sup>4</sup>Esta revolución tecnológica abre el campo de lo posible de ser deseado aunque no siempre de ser realizado. También crean nuevos problemas bioéticos y la necesidad de regulación de estas prácticas que sostienen tensiones entre el derecho reproductivo y las leyes del mercado. Son determinantes las legislaciones, las políticas públicas, y el interjuego entre la pertenencia a un sector socioeconómico y opción sexual. Ejemplos: Marley o Florencia de la V.

diferencias desiguales de género actúan junto a las diferencias desiguales geopolíticas, culturales, étnicas, de clase, de opción sexual. Y es a partir de esa diversidad de diferencias que se instituyen también las multiplicidades de las resistencias (Fernández, A. M., 2014). Nos interesa analizar las particularidades que adquieren dichos deseos de parentalidad, en tanto nos permite esclarecer que el “deseo de hijo/a” ha de ser pensado en plural.

### **Expresión de deseos de parentalidad en mujeres y varones usuarios del sistema de salud pública en materia de reproducción asistida**

Las personas usuarias del sistema de salud pública en materia de reproducción asistida son en mayor parte parejas heterosexuales<sup>5</sup>, pertenecientes a clase media baja y baja. Las mujeres tienen una presencia mayor en las consultas, en la organización y seguimiento de los tratamientos, como en las acciones de defensa de los servicios. Los varones acuden a las instituciones sanitarias en pocas ocasiones y, a quienes pudo entrevistarse, se presentan como compañeros y/o acompañando el deseo de ser madres de sus parejas, preocupados por el bienestar de ellas.

En las entrevistas a las usuarias del sistema de salud público aparece el deseo de ser madres como vertebrador en sus vidas. Frente a las dificultades de lograr el embarazo o su imposibilidad, su deseo de tener un hijo no parece conmovirse, suscitando un gran padecimiento. Esta particularidad del deseo de ser madres parece exponerlas a búsquedas de embarazo más allá de sus posibilidades materiales y subjetivas. Al respecto, en una entrevista realizada a una pareja de usuarios, Marta expresa:

“Creo que a todas si nos dicen bueno, hay una inyección así  
(abre grande sus brazos) bueno, no importa, nos aguantamos.  
No hay límites”

La infertilidad mayoritariamente aparece significada en relación a sus óvulos o matriz. Esta presunción de infertilidad femenina entra riesgosamente en consonancia con el

---

<sup>5</sup>Al momento de nuestro trabajo investigativo los servicios de reproducción médica asistida no contaban con la aparatología necesaria para atender a parejas del mismo sexo o madres solas.

abordaje médico que toma como primer y /o principal objeto de intervención el cuerpo de las mujeres, reproduciendo las desigualdades de género<sup>6</sup>(Viera Cherro, 2014).

Podemos inferir que la pertenencia generacional, cultural y/o clase social, inciden en la pregnancy del modo tradicional de subjetivación de género femenino que es normativizado bajo la forma de deseo maternal (Burín, M., 2010; Tajer, D. 2009). Dichos sentidos articulan con las nuevas significaciones ligadas a generar vida con las innovaciones tecnológicas ofrecidas por el sistema médico de diferentes maneras. Una mujer referente del colectivo de usuarios, a quien llamaremos María, en su lucha por la reapertura del servicio imploraba a un funcionario con estas palabras:

“Porque ¿usted sabe lo que es que una mujer no pueda tener un  
hijo?”

Este argumento en defensa del derecho en materia de reproducción medicamente asistida visibiliza significaciones propias del modelo tradicional de feminidad, donde los deseos amorosos de las mujeres son orientados con exclusividad por el sistema patriarcal hacia el deseo maternal, propio del ámbito doméstico. (Tajer, 2008). Sin embargo, al mismo tiempo que preservan su identidad de mujer=madre al identificarse a partir de ese deseo dentro del colectivo que conforman, el accionar autogestivo de las usuarias las posiciona de un modo que las distingue de ese modelo.

Con respecto a los varones, el modelo de masculinidad hegemónica, propio del contexto de la modernidad, ha estructurado su vida ligada al ámbito público a partir de valores vinculados a la condición de ser sostenedores económicos de la familia (Tajer, 2009). Asimismo, los mandatos de masculinidad asociada a la potencia, la virilidad y el rol proveedor han invisibilizado la problemática del deseo de hijos, en la medida que ha sido pensado y conceptualizado casi con exclusividad en y desde la mujer (Alkolombre, 2008).

Los varones usuarios de servicios públicos entrevistados se presentan como compañeros de un deseo y proyecto en el cual las mujeres son protagonistas. En este sentido, cuando se pregunta con respecto a cómo han vivido el proceso de tratamiento, uno de los varones usuarios responde:

---

<sup>6</sup>Las biotecnologías no son neutrales en relación al género. No solo ejercen de este modo violencias o sometimientos sobre las mujeres sino que pierden eficacia médica.

“El tema del hombre es complicado porque, primero, las que sufren son ellas. Bancarla con todos los dolores, todos los problemas (...) Ya cuando empieza el tratamiento, la mujer se enloquece, están cada vez más insoportables. Pero también tenés que entenderla y tenés que comprenderla porque las que sufren son ellas. A nosotros no nos hacen nada. Más que un estudio de espermas y un estudio de sangre, no pasa más de eso”

*Continúa:* las mujeres dirán ¿por qué no los pinchan a ustedes? (risas). La verdad tendría que ser así para poder saber lo que sufren ellas y lo que está pasando. El problema mayor se lo llevan ellas. Después están las discusiones, los problemas, los nervios. Todo lo que puedas imaginarte de la mujer está. Así que bancarla hay que bancarla, porque es un tratamiento que estamos buscando los dos. El desgaste mental, físico, todo es”.

La falta de participación activa en las consultas periódicas del tratamiento<sup>7</sup> como el posicionarse como acompañantes de contención o aguante de los distintos malestares femeninos producto del efecto de las tecnologías reproductivas en el cuerpo de las mujeres, dificultan el poder pesquisar el vínculo particular que el varón tiene con ese anhelo de hijx y el lugar que el mismo ocupa en su trayectoria vital.

Hay que mencionar, además, que en las parejas entrevistadas la imposibilidad de tener un hijx se mantiene en secreto en el entorno familiar. De esta manera, las únicas personas a las que recurre la pareja para poder afrontar las dificultades y malestares que conlleva el tratamiento son lxs mismos usuarixs del servicio. En efecto, cuando se interroga acerca de quienes acompañan el proceso de tratamiento una de las entrevistadas manifiesta:

“La familia sí, pero callado la boca. Nosotros no queremos... es muy reservado el tema. La mayor de las veces María<sup>8</sup> o las chicas del grupo. Por ahí conversamos con gente que nos encontramos en la calle, emprendemos una charla y surge que ella también tiene una prima. Antes era un tema más cerrado. Pero ahora en esta época la gente se informa”

---

<sup>7</sup> Información referida por las profesionales médicas del servicio.

<sup>8</sup>Referente del grupo de usuarias y usuarios.

En el dispositivo de indagación grupal otra pareja menciona:

“En mi caso solo nosotros dos. Nunca nadie supo, siempre había una excusa cuando te decían cuándo va a venir... la casa... Hasta que empezamos a conocernos con ellos y empezamos a dialogar con alguien que estaba en la misma situación”

De esta manera, el proceso de búsqueda de un embarazo con el uso de tecnologías es ocultado y solo compartido con aquellas parejas que se encuentran en la misma “dificultad”. Dicha reserva nos lleva a reflexionar acerca de las distintas afectaciones ligadas a la imposibilidad de lograr el embarazo, los efectos subjetivos del uso de las técnicas de reproducción asistida y la necesidad de un acompañamiento profesional que no está hoy facilitado por la institución sanitaria.

Si bien encontramos convergencias entre los modos diferenciales según género femenino y masculino de posicionarse frente a la búsqueda de embarazo con los modos de subjetivación tradicionales femeninos y masculinos, en los modos de organización colectivos vemos matices singulares en la población de usuarixs.

El protagonismo de las mujeres aun desde una implicación con la maternidad ligada al modelo tradicional, trasciende el ámbito de lo privado. Las usuarias expresan en el ámbito público e institucional una posición política clave en la construcción de la accesibilidad al derecho reproductivo.

Frente a la clausura en la atención de los tratamientos de fertilidad de alta complejidad en los años 2015 y 2016, fueron mayoritariamente las usuarias quienes tomaron acciones de reclamo y protesta para lograr su reapertura. Motorizadas por la conformación de un grupo de usuarixs coordinadxs por una referente con una posición de liderazgo, con el respaldo de profesionales y de la dirección del Hospital, lograron reanudar el Servicio. Atravesadxs por las diferencias desigualadas de género y clase, portando significaciones con respecto al servicio de salud que pivotean entre concepciones ligadas a derechos ciudadanos y derechos al consumidor, lxs usuarixs y efectores resisten colectivamente y exigen la implementación de la ley. Imprimen en sus prácticas estrategias para lograr mejorar la accesibilidad al derecho de reproducción medicamente asistida (Kreis, Lavarello, Perez, 2018). Ponen en marcha reclamos y medidas de protestas para conseguir

mayores prestaciones por el servicio de salud público, organizan la obtención de turnos, retiro y entrega de resultados de estudios para quienes viven en zonas alejadas, y especialmente han creado al organizarse un espacio de acompañamiento entre sí que produce amparo.

Al respecto, María, referente del colectivo de usuarios expresa:

“El grupo fue creado primero para contener, desde mi óptica. Poder ayudarlas porque yo ya pase por la experiencia (...) Soy coordinadora pero en sí soy compañera, soy una paciente del Hospital X pero a la que escuchan (...). Si se pondrían un segundo en el lugar de la persona que quiere ser madre, entenderían muchas cosas. Entonces, cuando uno ve un caso, otro caso y otro caso y otro caso, se va enterando muchas cosas, y el ser padre también forma parte de la sociedad (...) entonces es una tristeza muy grande para una pareja cuando no se puede. No estamos hablando de una o de dos, estamos hablando de cientos de parejas”.

### **Expresión de deseos de parentalidad en personas en atención clínica psicoanalítica**

Las observaciones obtenidas a partir de la atención clínica psicoanalítica, ofrecen aproximaciones a procesos deseantes de tener hijxs distintos cualitativamente, en la medida que dicho dispositivo permite un análisis del clivaje entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo singular (Bleichmar, 2009). Conforme al propósito de este trabajo nos centraremos en brindar elementos observables que permitan dar cuenta de las diversas producciones subjetivas actuales referentes a los procesos deseantes de tener hijxs.

Los malestares vinculados a la búsqueda de resolución de conflictos inherentes al deseo/no deseo de hijx, son motivo de consulta frecuente en mujeres pertenecientes a la franja etaria de los 30 a los 45 años. Vinculados a que su vida se vea modificada más allá de lo que considerarían deseable, en términos de pérdida de libertades o que la maternidad vaya en detrimento de su desarrollo profesional. También la desesperanza o ansiedad al no tener pareja con quien compartir el anhelo de formar familia, o la dificultad de acordar el inicio de la búsqueda del embarazo cuando están en una relación. Es motivo de consulta también de mujeres de esta franja etaria la búsqueda de un espacio de acompañamiento y tramitación de los malestares y padecimientos que suscita el recurrir a técnicas de reproducción asistida para lograr un embarazo. Asimismo, es una situación emergente en

las consultas, la búsqueda de elaborar la decisión de la elección de ser madres solas, ya sea por medio de adopción o TRA.

Las mujeres a las que nos referimos pertenecen mayoritariamente a clase media o media alta. Comparten con la población de usuarias del servicio público la naturalización de las técnicas de reproducción asistida, como una opción frente a un problema de fertilidad en el marco de una pareja, como una opción en caso de no poder formar pareja, o decidir ser madres solas. En palabras de una de las analizantes: “cualquier cosa me insemino”.

Aun con la presencia de una amplia gama de matices, también comparten con la población de mujeres usuarias, la expresión del deseo de tener un hijx. Sólo en algunos casos de varones aparece la problematización o expresión del deseo de ser padres en el curso de un análisis.

A diferencia de la primera población aquí presentada, la mayor parte de las mujeres en atención clínica podrían pensarse de acuerdo a los modos de subjetivación femenino transicional e innovador (Débora Tajer, 2008). Entendemos como modo de feminidad transicional a las mujeres que han entrado al mundo público, logrando insertarse laboral y profesionalmente, con grados importantes de autonomía e independencia económica; aunque en su sentir y desde el mandato presente en la sociedad, sostienen el modelo tradicional de mujer=madre. Suelen tener dificultades en disfrutar de sus logros o valorizarse como mujeres, si la maternidad se encuentra obstaculizada por algún motivo y/o temen no poder realizar el deseo de ser madres. Algunas de ellas inclusive se culpan o autoreprochan el haber descuidado ese proyecto por estar ocupadas en su realización profesional. La maternidad y la conyugalidad son valores fundamentales aunque estén combinados con los de alcanzar logros en el mundo público, pero estos últimos, ocupan de acuerdo a sus ideales un lugar secundario (Tajer, 2009). Algunas mujeres presentan gran ansiedad por no estar en pareja y sentirse por ello privadas de concretar anhelos que sienten fundamentales en su vida, pueden presentar estados depresivos, de inseguridad o desvaloración de sí mismas.

Otros malestares referidos al deseo de tener hijos presentes en las consultantes es el no lograr acuerdo con sus parejas para comenzar la búsqueda del embarazo. Hay que considerar que la fertilidad biológica de las mujeres tiene un límite en edad anterior al de los hombres que pueden postergar la decisión de ser padres. Ante la negativa de sus parejas, algunas mujeres presentan dificultades en encontrar el modo de resolver o decidir conforme a sus deseos o prioridades, en situaciones que viven con mucha angustia y que perciben como encrucijadas sin solución. Algunas veces debido a la ilusión de que el

deseo de hijx del partenaire sea igual o equivalente al propio, y por ello teniendo dificultades en componer con el otrx partiendo de reconocer las diferencias. Otras veces quedando posicionadas en dependencia o sometimiento en la vinculación con parejas que no dan lugar a sus deseos de ser madres, aunque sea pensado en términos de conflicto de pareja.

Dice A: “Lo espero un año más y mientras tanto ¿qué hago? ¿Avanzo con el ascenso en el trabajo? Porque quiero tener un hijx con él. Que me pase de conocer a otra persona con quien quiera formar una familia...me llevaría un tiempo que no tengo. ¿Pero si él no es que no quiere ahora, sino nunca...?”

Dice B: “Ya no disfruto de tener relaciones si nos cuidamos”.

Dice C: “Dijo que iba a estar y ahora que no. No puedo esperar más, voy a hacer un tratamiento, yo lo quiero como pareja, si no puede o no quiere estar como padre, que se ubique en el lugar que quiera, puede ser donante, o solo acompañarme. Yo hubiera querido tener un hijo con él. Pero él no sabe querer, es un mambo de él”

En otras mujeres en atención clínica los conflictos en relación a la maternidad no ocupan un lugar central, aunque aun así pueda ser motivo de consulta, o aparecer en el curso de un análisis en términos de necesitar tramitar la toma de la decisión de tener o no un hijx. En el marco de un relación de pareja o frente a alcanzar la edad límite de búsqueda de embarazo, aparece en ellas la necesidad de planificar, imaginar y establecer acuerdos con otrxs para ver cómo garantizar el cuidado de ese hijx; por temer que su vida se vea modificada más allá de lo que considerarían deseable, en términos de pérdida de libertades, de no poder conciliar la crianza con las demandas del mundo laboral y/o de no poder disfrutar y tener disponibilidad afectiva para ese hijx. Se presenta también como temática el sentirse interpeladas por el reconocer que ese deseo ocupa un lugar entre otros o que pueden no desear tener un hijx bajo unas u otras circunstancias.

Estos últimos observables surgidos de nuestra experiencia clínica, los pensamos como modos de subjetivación innovadores (Tajer, 2009) que en una amplia gama o diversidad de modalidades de construcción subjetiva, expresan una feminidad donde la maternidad y la conyugalidad se plantean como opción. Mientras que la inclusión laboral es condición indispensable de autonomía, se viva o no en pareja o familia.

La valoración de sí mismas coexiste en relación a ideales vinculados al desarrollo personal en la esfera laboral tanto como la maternidad, y su entramado suele ser complejo, en la medida que pueden desear mucho realizar ambas cosas por igual. Por lo que la conflictividad con respecto a repartos más equitativos con los varones pueden ser

importantes dada la desigualdad imperante. Estas subjetividades femeninas tienen como problemática específica que el “tener mayor libertad y menor coerción externa les impone una necesidad de toma de decisión que, como colectivo genérico, es aún reciente” (Tajer, 2009).

También sucede que algunas mujeres deciden posponer la maternidad como proyecto a realizar una vez hayan podido alcanzar la realización profesional y ello, converge con el uso y naturalización en biotecnología reproductiva anteriormente mencionado. A veces desestimando los costos subjetivos y de salud en la exposición a las mismas, o el que no son efectivas en el logro de embarazo en todas las situaciones. Otras veces teniendo mayor conciencia de ello pero eligiendo esa estrategia para conciliar la realización de diferentes anhelos o proyectos.

Según nuestra experiencia clínica, que aunque no es generalizable suponemos puede ser representativa al menos de un sector de la población urbana que consulta en privado por psicoterapia, la situación de los varones es diferente. Es poco frecuente que conflictos referentes al deseo de ser padres o el anhelo de tener un hijx sean motivo de consulta. Sí que aparezcan como material a trabajar en el curso de un análisis: a partir de prerrogativas de sus parejas por las que se sienten presionados, invadidos y/o no saben cómo sortear; o por el sentirse interpelados frente al deseo de sus parejas de ser madres en relación a su deseo/no deseo de tener hijxs, aun cuando reconozcan que el ser padres es un proyecto al que aspiran a futuro, el fantasear o los temores frente a dicha posibilidad no toman en lo manifiesto formas definidas. También puede volverse material de trabajo en el curso de un análisis el haber quedado embarazada su pareja, y que ese acontecimiento los movilice a pensar acerca de su responsabilidad, deseo y temores de ser padre. Los procesos deseantes de tener hijxs en los varones consultantes suelen tener como punto de partida manifiesto el deseo de ser madre o tener hijxs de sus parejas. Algunos varones que ya son padres refieren querer ocupar lugares de mayor protagonismo en la crianza de sus hijxs. Las consultas de personas con orientación de deseo homosexual o de parejas homosexuales rara vez están vinculadas a la búsqueda de resolución de conflictos vinculados al deseo de tener hijxs o al acompañamiento de esta decisión o búsqueda. Cuando se presentan a consulta con motivos inherentes a la parentalidad es por conflictos vinculados a la crianza de un hijo o hija ya concebido/a.

## **Reflexiones finales**

Para concluir, nos interesa retomar lo planteado en relación a la necesidad de pensar el deseo de tener hijxs en plural, así como el habernos referido en términos de procesos deseantes a las vicisitudes de las personas que expresan o toman de diferentes maneras contacto con anhelo de descendencia biológica. A partir de las observaciones presentadas podemos afirmar que en la actualidad nos encontramos con la habilitación social de nuevos modos de desear/ no desear ser madre/ padre, vinculados a distintos modos de concebir un embarazo disociado del ejercicio de la sexualidad, como a diferentes modos de subjetivación femenina y masculina. Pero aun así en articulación con otras diferencias desiguales, continúa teniendo pregnancia y expresión tanto en los deseos, proyectos, defensa de derechos reproductivos, como en los malestares y padecimientos inherentes a los procesos deseantes de tener hijxs, la diferencia desigualada entre géneros.

En el servicio de salud pública indagado, lxs usuarixs no acceden a una ayuda profesional que los acompañe en el recorrido de la búsqueda de un hijo. Las intervenciones de lxs profesionales<sup>9</sup> suelen reducirse a estudios y apreciaciones biologicistas. A su vez, los servicios están sobrepasados por achicamiento de la planta profesional, no articulan con salud mental, ni cuentan con profesionales psi.

Si bien destacamos aquí las acciones de defensa del servicio y contención por parte de lxs usuarixs a lo largo del proceso donde se reconoce la producción de subjetividades que significan, exigen la implementación e imprimen en las prácticas estrategias para lograr la accesibilidad al derecho. No obstante, la falta de un acompañamiento puede actuar en muchos casos como reproductora de estereotipias de género que impactan en la salud de lxs usuarixs.

Como profesionales de la salud mental convocados a intervenir en el acompañamiento de dichos procesos o como agentes de visibilización social a partir de la producción de conocimiento situado en la realidad de nuestra sociedad, consideramos indispensables para promover cambios en las relaciones de poder entre mujeres y varones, desde la pretensión ética de lograr equidad e igualdad de oportunidades entre los géneros (Attardo, 2012), contar con los aportes de los estudios de género.

---

<sup>9</sup>En muchos casos, debido a la ausencia de recursos, tiempo y profesionales de distintas áreas.

## Referencias bibliográficas

Attardo, C. (2012). Psicólogos y psicólogas por el cambio. ¿Por qué es pertinente incluir la perspectiva de género cuando trabajamos en la promoción de la salud?. En *Género y salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bleichmar, S. (2009) El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo. Buenos Aires: Topía Editorial.

Burín, M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.

Fernández, A. (2014). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Kreis, Lavarello, Pérez (2019) Anuario Psicología de la UBA.

Lavarello, M.L. (2016). Relaciones entre maternidad y biotecnología. Una aproximación al estudio de la singularidad de las madres solas por elección. Libro de Divulgación Primer encuentro Platense sobre DIVERSIDAD FAMILIAR Y PAREJAS DEL MISMO SEXO ; - 1a ed . Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Psicología y Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNLP. ISBN 9789503411742 <http://issuu.com/bocarallyteam/docs/encuentro.diversidad/1>

Tajer D. (2009) *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires, Paidós

Viera Cherro (2014) Los límites de la ciudadanía para las mujeres. Un análisis sobre la reproducción asistida en el Río de la Plata. Revista de Antropología Experimental, v.: 14, p.: 207 - 224, 2014 Medio de divulgación: Internet ; Lugar de publicación: Universidad de Jaén, España ; ISSN: 15784282