

FLAVIA ANDREA NAVÉS

COMPILADORA

CUERPOS GESTANTES



CUERPOS GESTANTES

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriño

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Subsecretaría General de la UNSL

Lic. Jaquelina Nanclares

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5197 / 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: unslneu@gmail.com

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

COMPILADORA
FLAVIA ANDREA NAVÉS

CUERPOS GESTANTES

Cuerpos gestantes / Flavia Andrea Navés ... [et al.]; compilación de Flavia Andrea Navés - 1a ed - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-733-292-6

1. Psicología Médica. I. Navés, Flavia Andrea II. Navés, Flavia Andrea, comp.

CDD 150

Nueva Editorial Universitaria

Directora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

Ilustración y Diseño de tapa:

Matías Sandoval

ISBN 978-987-733-292-6

© 2021 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

Índice

<i>Prólogo</i>	9
----------------------	---

DILEMAS ACTUALES

(Parte I)

<i>Entrando en tema</i>	13
-------------------------------	----

Flavia Andrea Navés

Capítulo 1. <i>Problemas que plantea la Bioética sobre la Gestación por Sustitución</i>	15
---	----

Paula Abelaira y Sebastián Ayala.

Capítulo 2. <i>Debates en el feminismo: ¿cuerpos que deciden?</i>	41
---	----

Inés Mintz

Capítulo 3. <i>Gestación por sustitución: la elección de gestar para otros desde un enfoque psicológico</i>	59
---	----

Flavia Andrea Navés y Estela Chardón

Capítulo 4. <i>Una línea de fuga en la Gestación Subrogada</i>	83
--	----

Mariela Rossi y Ludmila Jurkowski

Capítulo 5. <i>Lo afectivo en la gestación por sustitución</i>	99
--	----

Natacha Salomé Lima y Guadalupe Romero.

Capítulo 6. *Gestar o no gestar*.....115

Mayra Quinteros y Flavia Andrea Navés.

Capítulo 7. *¿Madre es la que pare? Tensiones entre lo biológico y lo volitivo*.....129

Paula Abelaira y Elizabeth Ormart.

Capítulo 8. *Nacer de otro*.....147

Antonella Wagner.

Capítulo 9. *Acerca de la gestación por sustitución y los vínculos de parentesco*.....159

Pamela Rossi

EL PSICÓLOGX EN ACCIÓN

(PARTE II)

El quehacer del psicólogo en Gestación por sustitución.....171

Rocío Alaniz y Flavia Andrea Navés

.

Capítulo 10. *Ensayo sobre (in) fertilidad ¿hay una clínica específica?*.....173

Diana Pérez

Capítulo 11. <i>¿Qué hacemos los psicólogos en gestación por sustitución?</i>	193
---	-----

Marlene Zaia Verdi

Capítulo 12. <i>La evaluación psicológica</i>	215
---	-----

Flavia Andrea Navés, Nicolás Aguas, Paula Abelaira

Capítulo 13. <i>El abordaje psicológico en el marco de una práctica interdisciplinaria</i>	239
--	-----

Patricia Martínez

Capítulo 14. <i>Algunas consideraciones en torno al lazo entre comitentes y gestantes conocidas o sin vínculo previo</i>	249
--	-----

Florencia Helman y Paula Morente

Capítulo 15. <i>Efectos de la pandemia por covid-19 en la gestación por sustitución</i>	263
---	-----

Estela Chardo, Dolores Gallo y Flavia Andrea Navés

LECTURAS CLÍNICAS

(PARTE III)

<i>La entrevista</i>	277
----------------------------	-----

Flavia Andrea

Capítulo 16. <i>Cuando el cuerpo no puede (igual se puede ser madre)</i>	279
--	-----

Carolina Pesino

Capítulo 17. <i>La gestación por sustitución como posibilidad de acceder a la maternidad en pacientes supervivientes al cáncer</i>	291
--	-----

Dolores Gallo y Flavia Andrea Naves

Capítulo 18. <i>Un encuentro lejano pero deseado.</i>	301
---	-----

Abril Almonacid

Capítulo 19. <i>Implicancias psíquicas de la gestación por sustitución. Algunas puntualizaciones sobre los estados anímicos que atraviesan los pacientes que recurren a este procedimiento</i>	307
--	-----

Soledad Expósito

Capítulo 20. <i>La voz de la gestante</i>	327
---	-----

Roxana Gabriela Soria

<i>Sobre los autores</i>	341
--------------------------------	-----

Prólogo

Corría el año 2017 cuando, trabajo interdisciplinario mediante, se elaboraron las Guías de Buenas Prácticas para la Gestación por Sustitución en Argentina de CATRHA. Un año después, con el equipo de psicología y musicoterapia de CONCEBIR, confeccionamos las Guías de Buenas Prácticas en Gestación por Sustitución para el profesional de la psicología, pioneras en nuestro ámbito y como tales basadas en la investigación de recomendaciones internacionales y experiencias de países latinoamericanos. Producto de ese trabajo interdisciplinario nació el libro *Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario* que reunió a investigadores de diversas disciplinas para plasmar, en sus páginas, los desafíos legales, éticos, psicológicos y sociales con los que nos confrontamos quienes nos desempeñamos en este ámbito. Un lustro después, la GS sigue sin regularse en nuestro país, pese a los proyectos de ley presentados en diputados y/o senadores y los muchos casos judicializados que sentaron jurisprudencia.

En línea con el propósito de aquel entonces, nace esta nueva obra, *Cuerpos gestantes*; esta vez la mirada está puesta en la experiencia clínica y en los debates que de ella se desprende. Muchas colegas, que en esa primera obra colectiva nos acompañaron, vuelven a mostrar su generosidad compartiendo sus intervenciones en los diversos contextos en los que desempeñan su labor.

Este libro se divide en tres grandes ejes: *Dilemas actuales*, *El psicólogo en acción* y *lecturas clínicas*. En su

recorrido intentamos repensar los diferentes anudamientos de nuestra práctica clínica con el ámbito de la GS.

Iniciaremos el desarrollo abriendo el debate sobre los *dilemas actuales* dando entrada a la tensión entre GS y bioética y a la complejidad de los dilemas que nos exigen tomar posición y decidir sobre el camino a seguir en nuestra práctica clínica. El vínculo entre gestante, futuros padres y el niñx por nacer nos invita a reflexionar sobre la trama filiatoria y a desandar las lógicas que la gestación sustituta nos dispone haciendo hincapié en la hiancia que separa a la madre de la gestante. A su vez, nos introducimos de lleno en el corazón de los feminismos y la discusión sobre la autonomía de la mujer gestante que se cuece en su interior. Y como lo afectivo y su contrapunto el dinero son claves para pensar la motivación de las gestantes, damos entrada a la voz de las mujeres que pueden y/o quieren gestar para otros para dar cuenta de las razones de sus elecciones.

En el segundo eje, *El psicólogx en acción*, reflexionaremos acerca del lugar del psicólogx en gestación por sustitución y dentro de los centros de atención médica con la mirada puesta en que quienes nos consultan no son quienes nos demandan y, también, sobre nuestro rol en situaciones extremas como lo fue la pandemia mundial del Covid-19 que puso en evidencia que la falta de regulación de esta práctica produce efectos nocivos en quienes por ella transitan.

Finalmente, pensar nuestro quehacer profesional no es sin un proceso de entrevistas que facilite la evaluación, el asesoramiento y el acompañamiento de gestantes y requirentes. Proceso singular que dependerá de la destreza del terapeuta para producir efectos subjetivos favorables para la toma de decisiones de la gestante y de las y los

usuarios que por contingencias de la vida deben recurrir a esta técnica de alta complejidad. Historias de vida que reflejan el arduo trabajo psíquico que deben realizar estas personas para tomar la decisión de iniciar tratamiento, pero, también, para hacer lazo. Lazo fraterno entre gestante y padres de intensión y lazo filial entre los padres y el recién nacido si tienen la suerte de concluir exitosamente un tratamiento. *Lecturas clínicas* que reflejan el trabajo que realizamos en nuestros consultorios o programas de gestación por sustitución en algún centro de reproducción asistida.

Para concluir, hago público mi agradecimiento a la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida -SAPRHA- por darme la oportunidad de conocer colegas maravillosos que hicieron posible la construcción de esta obra colectiva; también a mis colegas de la Universidad de Buenos Aires, con quienes comparto las tareas de docencia e investigación en la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA y en la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos donde nació mi apasionado interés por estas temáticas.

Por último, quiero plasmar en estas líneas mi especial agradecimiento a mi hijo y a “la Ro”, mi querida colega mendocina Rocío Alaniz, a quién me unió la pasión por este quehacer profesional que no conoce de fronteras geográficas ni de diferencias teóricas y con quien compartimos eternas tertulias de debate, reflexión y trabajo clínico sobre GS y diversidad con mirada crítica sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos porque estamos convencidas que siempre se puede ser mejor profesional.

Flavia Andrea Navés

DILEMAS ACTUALES

PRIMERA PARTE

Entrando en tema

Flavia Andrea Navés

Las técnicas de reproducción humana asistida forman un conjunto de métodos biomédicos utilizados para facilitar los procesos biológicos naturales de la procreación humana.

Según el discurso médico, las hay más sencillas (técnicas de baja complejidad o intracorpóreas) y más complejas (técnicas de alta complejidad o extracorpóreas). En las primeras, el proceso de fecundación o fertilización del óvulo (u ovocito) por el espermatozoide se efectúa en el interior del aparato reproductor femenino, razón por la cual son conocidas también como “técnicas de baja complejidad”. En las segundas, la fecundación se produce en el exterior del tracto reproductor femenino, es decir, son aquellas en las que se efectúa la fertilización *in vitro*. De este tipo de técnicas se desprende la gestación por sustitución, también conocida como “gestación solidaria” o “maternidad subrogada”. Es decir que el embrión, producto de la unión del material genético (óvulo y espermatozoide) propio de la pareja, de donantes o de una combinación de ambos, en lugar de ser transferido al vientre de la mujer que desea maternar –si se trata de una pareja heterosexual o de una mujer sola– es transferido al útero de una mujer externa al proyecto parental (la gestante). Esta técnica de alta complejidad requiere de un abordaje interdisciplinario y es

el profesional de la psicología quien deberá evaluar si la gestante y los requirentes (futuros padres) se encuentran en condiciones psicológicas de iniciar el tratamiento médico y de recibir, en un ambiente saludable, al niño por nacer.

A su vez, así como en el mundo hay países en los que está regulada –amplia o restrictivamente- y en otros prohibida, en Argentina existe un vacío legal. Este proceso puede ser llevado a cabo mediante una autorización judicial previa o mediante la firma de un convenio. En el primer caso, se espera de la gestante una motivación altruista y se pretende la existencia de un vínculo previo entre las partes. En el segundo caso, bastará con que la gestante firme, libre e informada el contrato sin importar si su motivación es altruista o lucrativa; tampoco exige la existencia de un vínculo previo entre los futuros padres y la gestante.

Ahora bien, en el ámbito social la discusión suele centrarse en la pregunta por la maternidad. Dentro de los feminismos hay posiciones encontradas. Algunos posicionamientos aceptan esta práctica porque consideran que la mujer gestante tiene la libertad y el derecho de decidir sobre su propio cuerpo. Otras consideran que la mujer es tratada como objeto e intentan impedir su legislación. Esta tensión tiene como epicentro a la autonomía de las mujeres gestantes.

Como psicólogas y feministas ¿debemos tomar partido y ubicarnos de un lado o del otro en esta tensión? ¿Cuál es el aporte de la psicología en este devenir? Intentaremos aproximar algunas respuestas en los capítulos siguientes

Capítulo 1

Problemas que plantea la Bioética sobre la Gestación por Sustitución

Paula Abelaira y Sebastián Ayala¹

Sobre el término “bioética”. La disciplina y su especificidad

El término “bioética” fue introducido por Van Rensselaer Potter en un artículo aparecido a finales de 1970 (Potter, "Bioethics, the science of survival"), en el que proponía esta denominación para una nueva *ciencia de la supervivencia* (Luna, 2019)

En enero de 1971, el mismo autor publicó un libro titulado *Bioética: puente hacia el futuro*. Allí se proponía dar un desarrollo más extenso a su propósito de contribuir al futuro de la especie humana promocionando la formación de una nueva disciplina: la bioética. Dicha disciplina era concebida como un *puente* entre las ciencias y las humanidades, garantía de un mejor futuro para la humanidad.

El mismo año, André Hellegers creó el Joseph and

¹El orden de los autores es alfabético ya que fue realizado de manera conjunta.

Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics en la Georgetown University, que luego se convertiría en el *Kennedy Institute of Ethics*. No existe, no obstante, un consenso suficiente acerca de si la adopción del vocablo *Bioethics* para el nombre de este instituto es consecuencia del conocimiento en que pudiera hallarse su fundador respecto de las publicaciones de Potter.

En la Enciclopedia de Bioética, Warren Reich (1978) define a esta disciplina como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales.

Como disciplina que adopta herramientas teóricas y procedimentales de la filosofía y, más en particular, de la ética, la bioética se mostró como una disciplina aplicada a los *dilemas* que surgen en el campo de la atención y la investigación de los procesos vinculados a la vida y a la salud, tanto en el origen como en la preservación y el final de la vida.

Estos dilemas, con la consecuente pretensión regulativa de las acciones remontan, cuanto menos, a un amplio espectro de situaciones que comprenden, desde las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial en la investigación con personas, hasta las situaciones surgidas como consecuencia de la aplicación de la tecnología en la reproducción y prolongación de la vida, en forma más reciente, así como aquellas que derivan de la distribución de los recursos en salud, a nivel más global. Cada una de estas situaciones ha ido propiciando una serie de debates específicos, así como determinadas

pretensiones regulativas para la acción; en algunos casos, dando lugar a directrices con un amplio grado de validez y universalidad; tal es el caso de las regulaciones referentes a la protección de los derechos de las personas a la autonomía, la información, o principios tales como la beneficencia y no maleficencia cuando se trata del acceso a los tratamientos o a la participación de las personas en la investigación. En otros casos, sigue existiendo un amplio grado de debate, frente al cual es más difícil hallar consensos ante las directrices regulativas a ser propuestas; tal el caso, por ejemplo, de los debates relacionados con la aplicación de tecnologías al comienzo de la vida. No obstante, muchos de los principios y marcos de análisis empleados en la clarificación y adopción de decisiones para algunos ámbitos y procesos relacionados con la salud, pueden trasladarse a otros ámbitos distintos de aquellos en los que tuvieron su origen.

Así y todo, más allá de la existencia de numerosos consensos en la adopción de determinados criterios, por regla general se dan claroscuros que conducen al surgimiento de dilemas frente a los cuales hace su intervención la bioética.

Se entiende por *dilemática* toda aquella situación para la cual, dada más de una posibilidad de acción, existen argumentos igualmente fuertes a favor y en contra de cada una de ellas; esto, de modo tal que la opción por una u otra dirección para la acción dependerá de la posición que el sujeto adopte frente a la misma. Para la clarificación de dicha posición podemos valernos de las corrientes y lineamientos históricamente surgidos en la ética. En este sentido, la ética puede definirse como una investigación, análisis y reflexión acerca de la moralidad,

entendida como un sistema más o menos coherente de normas, valores y principios que orienta cada ámbito de acción en una sociedad, sus prácticas y las más diversas disciplinas.

Las teorías éticas clásicas pueden ser clasificadas de distintos modos, de acuerdo con su adscripción: *normativas o descriptivas; formales o sustancialistas*.

Esta última clasificación nos ubica frente a dos grandes vertientes. Entre las éticas formales se busca hallar el procedimiento o principio formal que, aplicado a las más diversas situaciones y contextos morales, permita hallar una norma universalmente válida para la acción. Se ubican en esta vertiente aquellas corrientes de la ética de raigambre kantiana en las que la ética toma distancia de la moral y buscan en un procedimiento formal y abstracto la fuente de la validez universal de las normas. Reposan, asimismo, en una concepción antropológica que pone en primer plano cualidades, capacidades o funciones universales del ser humano tales como: racionalidad, autonomía, lenguaje, la función del discurso. Cada una de las teorías que se ubican en esta corriente remite a esas distintas capacidades a modo de fundamento, a su vez, del procedimiento o principio universal que adopta. Puede hallarse un desarrollo más amplio de estos tópicos en Jongitud Zamora (2001-2002)

Sin desconocer cualidades o condiciones más bien universales del ser humano, las teorías sustancialistas hacen mayor hincapié en los contextos en los que se encuentra arraigada cada concepción moral. Admite la existencia de diversas concepciones del bien, poniendo en tela de juicio las pretensiones de fundamentación universal que en su carácter excesivamente formal y abstracto descuidan la complejidad y diversidad de las expresiones

éticas materiales contextualizados. De este modo, su propuesta es la de una filosofía moral que atienda más a la pluralidad de las formas del bien que a un procedimiento o principio formal abstracto válido para todos los casos (Thiebaut, 1992) Para las éticas sustancialistas, el formalismo implícito en los distintos tipos de procedimentalismo, con su pretensión de universalidad, privilegia el carácter deontológico descuidando tanto los contextos particulares en los que tiene lugar cada concepción del bien como la perspectiva de los propios sujetos que se ven inmersos en ellos. En esta última vertiente, concepciones neo-aristotélicas como la de Alasdair MacIntyre ponen su atención en la sociedad como aquella que ofrece un fin a realizar que es a la vez que el propio el bien de la comunidad, aquel en el que el propio sujeto encuentra su sentido. Otras corrientes que pueden ubicarse en esta vertiente son la del pragmatismo de Richard Rorty y el neohegelianismo de Charles Taylor.

Entre las corrientes contemporáneas el comunitarismo es de más fácil asociación con la vertiente sustancialista mientras que otras corrientes tales como el feminismo son de más difícil clasificación.

La Bioética en el contexto latinoamericano

Entendemos que la bioética latinoamericana ha adquirido particulares características de acuerdo con las realidades con las que le toca trabajar y a la impronta propia del lugar. En este sentido nos parece importante situar cómo se dio su desarrollo en la región. Para ello seguiremos a Eleonora Lamm (2012) quien establece tres etapas: surgimiento, consolidación y fortalecimiento.

En la *etapa de surgimiento* encontramos hechos inaugurales, ya a partir de la década del '70, tales como la fundación del “Instituto de Humanidades médicas”, al interno de la fundación José María Mainetti en Gonnet, provincia de Buenos Aires. El Instituto estaba dedicado a los problemas éticos vinculados a la medicina. Además, se comienza a editar “Quirón”, la Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. En la década del '80 se funda el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), con seminarios de formación bioética. En el '88 la Universidade católica do Rio Grande Do Sul, en Porto Alegre, incluye los primeros cursos de bioética en los posgrados de la Facultad de Medicina.

También hacia finales de los '80, Juan Carlos Tealdi funda en Argentina la Escuela Latinoamericana de Bioética, la cual en 1999 se fusionará con el Instituto de Humanidades Médicas, conformándose el Instituto de Bioética y Humanidades Médicas dirigido por el Dr. Alberto Mainetti.

En 1989, se crea en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, la Comisión de Investigación y Ética en Salud, bajo la dirección de José Roberto Goldim. Responsable también de la creación del Comité de Ética en Investigación en 1997; y de la implementación del Programa de Atención a problemas de Bioética en 1993, junto a Carlos Fernando Francesconi. Además, en 1990, bajo la coordinación de José Delio Kipper, se crea el Comité de Ética en Investigación, “anticipándose a la Resolución N° 196/1996 del Consejo Nacional de Salud, que regula y exige la presencia de estos comités en instituciones de asistencia sanitaria e investigación en salud en el país” (Lamm, 2012, p. 106)

La etapa de consolidación en Latinoamérica llega con los años '90. Uno de los primeros pasos fue la publicación de un número enteramente dedicado a la bioética en el boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Luego, en 1991, la fundación en Colombia, de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética, que se ocupó de foros, asambleas y congresos entre los países Iberoamericanos. Otro paso importante fue la fundación por parte de la OPS, del Programa Regional de Bioética en Chile, en colaboración con la Universidad de Chile.

Además, en FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), comienzan a darse cursos de bioética que más tarde devendrá en un Diplomatura en Bioética y una especialización (presencial y virtual) creándose a partir de esto el Programa de Bioética en FLACSO con reconocimiento internacional.

En 1995 se crea la primera Cátedra Unesco de Bioética en la región, cuyo titular es Salvador Darío Bergel (Argentina). En 1999 se crea una Cátedra Unesco de Bioética en Perú, otra en Brasil en 2005, y una cuarta en México en 2007.

En 1993 comienza a editarse la revista BIOÉTICA, desde el Consejo Federal de Medicina, en Brasil. En el mismo país, un año más tarde, la Universidad de Brasilia crea el Centro de Estudio de Investigación en Bioética, bajo la dirección de Volnei Garrafa. Además, en 1995 se crea oficialmente la Sociedad Brasileira de Bioética.

La etapa de fortalecimiento y adecuación, Lamm la sitúa a partir del año 2000, ubicando en ella el surgimiento del Foro Latinoamericano de Comités de Ética de Investigación en Salud, creado por el

Departamento de enfermedades Tropicales de la OMS en México. El objetivo fue crear una red de comités de ética de investigación para fomentarla, realizar un análisis comparativo entre distintos países y evaluar protocolos en la región. Otro evento de importancia es la creación de la Red de Bioética, que nace del Programa UNESCO de Bioética. El mismo busca generar actividades académicas y de divulgación, y “abrir el debate sobre cuestiones tanto emergentes como persistentes, que deben ser pensadas y resueltas en la región, con los códigos de la región” (Lamm, 2012, p.110).

La creación de la Red Iberoamericana de Bioética, realizada en el marco del IX Congreso Mundial de Bioética en Rijeka, Croacia, en el 2008 es otro hito clave de esta etapa.

La Red Iberoamericana de la Asociación Internacional de Bioética, es una institución formada con la intención de fomentar el diálogo y una profunda comprensión de las similitudes y diferencias ante los problemas bioéticos entre las distintas sociedades de los países iberoamericanos. También aspira a fomentar la investigación y el análisis crítico sin presupuestos dogmáticos ni religiosos, así como a impulsar nuevas y creativas interacciones entre académicos de los diferentes países que la conforman (Lam, 2012, p.110).

Bioética y GS: Tensiones y contrapuntos

La gestación por sustitución se presenta hoy como una de las técnicas reproductivas más controversiales a nivel global. Con detractores, defensores y dudosos,

suscita debates que aún no encuentran acuerdos en muchos países del mundo. Entendemos que como práctica se ofrece de manera polémica en algunos lugares, propiciando varios puntos dilemáticos que podemos situar desde la bioética.

Algunos de los puntos más discutidos circulan en torno al lugar de la mujer gestante: ¿sufre la comercialización de su cuerpo debido a vulnerabilidades económicas sociales y/o educativas?, ¿o acaso es el máximo ejercicio de libertad en su derecho a decidir sobre su cuerpo? Por el lado de los/las requirentes, ¿es la GS una técnica a la que se puede acceder solamente contando con el sustento económico, convirtiéndose así en una posibilidad privativa para quienes no pueden solventarlo? ¿Qué sucede con el tantas veces enunciado *Derecho* a la ma/paternidad con aquellas personas que no pueden solventar el proceso? ¿Existe igualdad de condiciones? ¿Cuál es el lugar para el niño/a por venir en un proceso que lleva contratos y transacciones económicas? ¿Cómo preservar la información sobre la historia de su origen sin que esto vulnere otros derechos? Si en un país no pueden garantizarse las mínimas condiciones de cuidados para todos los sujetos intervinientes, entonces, ¿el problema se acaba con prohibirlo? ¿Cómo se regula el famoso *turismo reproductivo* en este contexto? Y, por el contrario, ¿debemos permitir la práctica solamente bajo la premisa de que “de todas formas igual se practica”?

Cada una de estas preguntas suscita miles de interrogantes más. En este escrito tomaremos solo los dos primeros.

1. ¿Libertad del cuerpo o utilización mercantil?

Una de las grandes preocupaciones que se plantean en torno a la GS es la cosificación y comercialización de la mujer. Si pensamos en modelos como el que proponía anteriormente la India (Abelaira, 2015) o modelos como el de Tailandia o Ucrania, vemos que efectivamente hay un riesgo concreto de mercantilización de las mujeres más vulnerables. Por ejemplo, en Ucrania, se pagan altos montos a agencias que contratan mujeres, generalmente pobres, que cobran muy poco, sin controles y sin regulación de la cantidad de gestaciones. Este es uno de los problemas más serios que plantea el “libre mercado”. Sin embargo, afortunadamente encontramos que en Argentina este no es el mecanismo imperante. De los 47 casos judicializados, en el 76% de los casos hay un vínculo afectivo o de parentesco que se puede comprobar (el 24% restante no figura en la sentencia). Es decir que la mayoría de los casos se realizaron en el marco de la llamada gestación solidaria o altruista.

Pero observemos argumentos a favor y en contra:

- La GS como ejercicio de la libertad reproductiva

El campo reproductivo tiene en mayor medida como escenario el cuerpo femenino, cuerpo que históricamente se ha intentado disciplinar. Se considera que si una mujer tiene derecho a controlar su cuerpo debido a la libertad reproductiva -tales como el derecho al aborto, o a controlar el número y espaciamiento de sus hijos – ¿Por qué negarles el derecho a elegir actuar como gestantes? (Lamm, 2018; Pyton 2001; MClachlan y Swales 2000; Shalev 1998)

El derecho de la mujer a controlar su cuerpo es fundamental en la lucha por el control de su vida. Este control se manifiesta de muchas maneras, pero el elemento principal de control es la elección: la opción de no quedar embarazada, la opción de quedarse embarazada, y la decisión de abortar. La decisión de convertirse en gestante o de recurrir a una gestante es una evolución natural del derecho a la libertad reproductiva. De esto se desprende que limitar las decisiones de las mujeres respecto a la GS implica limitar las opciones que ya han sido garantizadas por la ley a las mujeres. En otras palabras, las mujeres, como seres libres e independientes, deben tener derecho a decidir si desean, o no, ser gestantes. (Lamm 2018).

➤ La GS como cosificación del cuerpo femenino

Por su parte, autoras como María Casado (2014) aluden a que no es posible ni aceptable apelar a la libertad de decidir en condiciones de pobreza donde se constata que en circunstancias así no hay alternativas, ni información sobre opciones, ni “precio justo”. En esta misma línea, Ana Rubio (2014) ubica que la cosificación y la mercantilización de los cuerpos humanos está hoy amparada en los brillos de la ciencia y la tecnología donde todo parece estar a la venta, incluso los vientres de las mujeres.

Así, algunas posturas van en dirección a la fragmentación del cuerpo femenino, argumentando que la gestación no es sólo el “engendramiento” de un ser sino también la preparación del cuerpo gestante para recibirlo y acogerlo luego del nacimiento. Se preguntan por los efectos subjetivos que podría tener en el niño el hecho de que la gestante no se conecte afectivamente con el

embarazo, o al contrario, en los efectos en la gestante de no haber mantenido su lugar de “incubadora”, y haber generado un vínculo afectivo con el bebé que gestó (Albert, 2017).

Esta discusión sobre la libertad y sus argumentos a favor y en contra nos pone de frente a uno de los conceptos más trabajados en el campo de la bioética: la autonomía.

En el artículo 5 de la Declaración Universal de Bioética y DDHH (2005), encontramos:

se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

La autonomía será entonces la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse sin condicionamientos externos o internos. Para ello deben darse dos condiciones: la libertad y el hecho de ser agente. Es decir, las personas deben actuar intencionadamente, con conocimiento y sin influencias externas que puedan condicionar o determinarlas (Ramos Pozón, 2018)

Ahora bien, ¿en qué condiciones estarían las personas imposibilitadas de ejercer su autonomía? En el tema que nos compete, esta pregunta se vincula directamente a otros conceptos fundamental y debatido de la bioética: la dignidad.

Es importante recordar que hay innumerables decisiones “autónomas” que, por ir en contra de la

dignidad del propio individuo, no se consideran legítimas ni por la ética ni por el derecho. Por ejemplo, está claro que, por muy autónomamente que una persona decida trabajar en condiciones de esclavitud, esto no será reconocido por las normas legales. Las llamadas normas “de orden público”, que no pueden ser dejadas de lado por la voluntad de los particulares, precisamente porque tienden a prevenir prácticas contrarias a la dignidad de la persona humana. Es decir que es la dignidad humana la que fija el marco en el que las decisiones autónomas gozan de legitimidad. Para Kant, cada persona debía ser tratada como un fin en sí y nunca como un medio para satisfacer intereses ajenos. Esto conlleva una exigencia de no-instrumentalización de la persona humana. Esto significa, por ejemplo, que no se puede someter a un individuo a experimentos científicos sin su consentimiento, por importantes que puedan ser los beneficios potenciales para la sociedad.

2. ¿Derecho? a la paternidad. Posibilidades y limitaciones en el contexto argentino

En Argentina, a partir de la sanción del nuevo Código Civil y Comercial, se reconocen como fuente filiatoria, además de la naturaleza y la adopción, las técnicas de reproducción humana asistida. Esta fuente de filiación reconocida por el artículo 558 reposa en la *voluntad procreacional*. En último análisis, la filiación por técnicas de reproducción asistida queda indisolublemente ligada con ella; la voluntad procreacional se expresa a través del consentimiento libremente informado de quienes intervienen en los procesos de reproducción de la

vida por medio de dichas técnicas. Este consentimiento debe practicarse siguiendo determinados procedimientos y debe ser incluido en legajo que será sustento para la confección de la partida de nacimiento. Debemos entender que dicho consentimiento representa la expresión de la voluntad manifiesta, libre y consciente de las personas, en participar de un proceso de reproducción de la vida mediado por las TRHA. En este sentido, el principio de autonomía, expresado a través del consentimiento y la expresión de la voluntad, se torna una vez más referente del reconocimiento de una de las dimensiones del sujeto: el sujeto en tanto sujeto jurídico.

Como lo planteaban Kletnicki y Alfano (2013) antes de la sanción de la Ley 26994 que aprueba el Código Civil y Comercial de la Nación actualmente vigente, este nuevo marco jurídico brinda una referencia simbólica e introduce una regulación que admite una desagregación entre lo biológico y lo genético. Con esta regulación, los casos en los que se lleva adelante un tratamiento con donación de gametos, el niño o niña nacida por las técnicas es hijo o hija de quien concurrió con su voluntad procreacional. En este sentido, el componente volitivo aparece como un tercer elemento que se desagrega con respecto a los anteriores. Este desagregado entre lo genético (que reposa en los gametos que pueden ser propios o donados) y lo biológico (que reposa en quién lleva adelante la gestación) permite contemplar numerosos casos: el de parejas formadas por un varón y una mujer en la que con gametas propias o con una o ambas de las gametas donadas la propia mujer es la gestante; el de parejas de mujeres donde una de ellas llevará adelante el embarazo a partir de la implantación de embrión formado de óvulo de una de ellas y espermatozoide de donante. Se

da con esto un marco orientativo, regulatorio, que contempla además de numerosas situaciones originadas en el tratamiento de la fertilidad / infertilidad, la diversidad sexual y la conformación de diversas modalidades de familia. No obstante, este desagregado entre lo genético, lo biológico y lo volitivo que contempla la actual regulación de acuerdo con el art. 562 del Código Civil y Comercial, los nacidos por TRHA son hijos, además de quien prestó su voluntad procreacional, de “la mujer que los dio a luz...”

¿Qué ocurre, en tal caso, con quienes deben recurrir a la gestación por sustitución? Si bien el actual marco normativo admite una separación entre lo biológico, lo genético, lo volitivo y su rearticulación de modos diversos, presenta un límite manifiesto cuando se trata de desagregar el lazo filiatorio de quien llevó adelante la gestación. Si bien la voluntad procreacional se presenta como el principio en el que reposa la filiación a través de las técnicas de reproducción asistida, no admite que dicha voluntad pueda desprenderse del lazo biológico representado, en este caso, por la gestación. En este sentido, la biología vuelve a aparecer como referencia última, o verdad, a la que se subsume en la gestación por sustitución la filiación. Condicionando, así como fuente filiatoria la propia voluntad procreacional que se legitima para otras situaciones.

Por otra parte, la concepción de sujeto del derecho como sujeto autónomo, que presta su voluntad a través del consentimiento informado, no se superpone exactamente con la noción de sujeto de la psicología y, más en particular, del psicoanálisis, marco teórico al que adscribimos, como aquel que se encuentra constituido por el deseo, en su relación con el Otro y el objeto, en una

permanente dialéctica entre la ley, falta en los registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario. Sujeto sujetado a los avatares del lenguaje y la transmisión familiar y cultural se encuentra atravesado por las huellas singulares de una historia frente a la cual se constituye en un movimiento que es, a la vez que, de inscripción, de recreación y re-escritura en la que los mitos y las verdades que a través de ellos asoman tienen un lugar preponderante.

Es también desde la perspectiva del sujeto como sujeto de la palabra y del deseo que deberemos contemplar esa intersección entre quienes asisten con su deseo de maternar y paternar, por un lado, y el de ofrecer el soporte biológico para la gestación, por el otro.

Frente al vacío legal con el que se encuentran quienes se ven en la situación de recurrir a la GS y eligen hacerlo, se debe apelar a una serie de recursos legales, tales como una autorización previa, que habilite llevar adelante la inscripción filiatoria del niño o niña nacida en aquellos en quienes reposó la voluntad procreacional y el deseo de maternar y paternar. De lo contrario, legalmente hablando, de acuerdo con el mencionado art. 562, son hijos de la mujer que los dio a luz.

En el plano del derecho, y en la importante jurisprudencia que ya existe al respecto, el articulado jurídico reposa en la definición de *infertilidad* de la OMS² (OMS-ICMART, 2010) y en sus efectos en la salud física, mental, emocional, psicológica, social. Asimismo, en el

² En el Glosario de Terminología en Técnicas de Reproducción Asistida se define *infertilidad* como una enfermedad del sistema reproductivo dada por la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas

derecho a la salud, así como en el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho, así como a beneficiarse del progreso científico y de sus aplicaciones³.

Frente a la GS a nivel local, se presentan numerosos casos de gestación subrogada en países extranjeros, países en los cuales la misma sí se encuentra legislada. Habilitada, además, tanto en su vertiente altruista como comercial. En este último caso, el encuentro entre una pareja requirente y una mujer subrogante suele producirse a través de agencias o brokers que realizan dicha gestión. Tal es el caso, por ejemplo, de países ya mencionados como Ucrania.

Para estas situaciones, el artículo 2634 del CC y C dispone que “Todo emplazamiento filial constituido de acuerdo con el derecho extranjero debe ser reconocido en la República de conformidad con los principios de orden público argentino, especialmente aquellos que imponen considerar prioritariamente el interés superior del niño”.

³ A este respecto, cobran especial relevancia, además del artículo 42 de la Constitución Nacional, los internacionales incorporados por el art. 75, inc. 22, con la reforma del año 1994: Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25.1; Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre (a este respecto son de especial relevancia los art. XI al XIII), el Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (especialmente art 12); Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 24 y 25, entre otros. Asimismo, jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos con el fallo *Artavia Murillo y otros (“fecundación In Vitro”) c. Costa Rica* 28-11-2012, en el que se pronunció: “*Del derecho de acceso al más alto y efectivo progreso científico para el ejercicio de la autonomía reproductiva y la posibilidad de formar una familia se deriva el derecho a acceder a los mejores servicios de salud en técnicas de asistencia reproductiva, y, en consecuencia, la prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer esa clase de decisiones que correspondan en cada persona, como sería, en el caso, lo dispuesto por la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica, que ocasionó que la fecundación in vitro no se practique en ese país.*”

En dicho artículo se hace explícita mención a las técnicas de reproducción humana asistida, supeditando la decisión a adoptar al *interés superior del niño*:

Los principios que regulan las normas sobre filiación por técnicas de reproducción humana asistida integran el orden público y deben ser ponderados por la autoridad competente en ocasión de que se requiera su intervención a los efectos del reconocimiento de estado o inscripción de personas nacidas a través de estas técnicas. En todo caso, se debe adoptar la decisión que redunde en beneficio del interés superior del niño (C. C. y C. N., art 2634)

En conformidad con este artículo, la filiación de los niños nacidos en el exterior por técnicas de reproducción humana asistida se realiza luego en el derecho argentino de acuerdo con las leyes de dichos países; en otros términos, todos aquellos que hubiesen realizado Gestación por Sustitución en países en los que se encuentra regulada, y en la que los que se reconoce la filiación entre los niños nacidos con asistencia de dicha técnica, y los requirentes, luego son reconocidos como tales por el derecho argentino que, a este respecto, reconoce lo regulado por el derecho extranjero.

La no admisión de la Gestación por Sustitución en el territorio argentino genera con esto una situación de desigualdad entre quienes pueden disponer de los recursos para realizar el procedimiento en países en que se encuentre regulada y quienes, por no poder solventarlo, se vean impedidos de hacerlo. Esto atentaría contra el

principio de igualdad y no discriminación. En consonancia con esto se puede encontrar la opinión de jueces que autorizan la Gestación por Sustitución en nuestro país⁴

Conclusiones

“(...) la amistad perfecta es la de los hombres buenos e iguales en virtud” Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, 1156 b (5)

En el campo de las disciplinas y técnicas aplicadas al proceso de reproducción de la vida, la Gestación por Sustitución y su práctica actual en nuestro país da lugar a numerosos interrogantes y dilemas cuya elaboración corresponde a la Bioética.

En un análisis formal, numerosos principios y valores admitidos como universalmente válidos y a ser resguardados en el campo de las disciplinas de la salud, se ponen en juego desde diversos aspectos. Uno de estos principios es el de autonomía. Este principio se configura como una de las coordenadas en el desarrollo de la Gestación por Sustitución por cuanto se articula con la condición de los sujetos intervinientes en tanto que

⁴ En tal sentido, por ejemplo, lo afirmado por el Juez Sebastián Monjo en una nota periodística en la que fue consultado por fallo emitido en favor de la autorización de una Gestación por Sustitución en una localidad de la Provincia de Córdoba: “No habilitar la gestación subrogada obliga a los ciudadanos argentinos a recurrir a esta técnica en el extranjero (el llamado ‘turismo reproductivo’) y luego obtener el reconocimiento por la vía del art. 2.634, lo que no luce contemplativo de los derechos de aquellos que no cuentan con los recursos económicos para proceder de esa manera. (ver: <https://www.eldiariocba.com.ar/locales/2020/5/27/favor-de-la-gestacion-subrogada-21548.html>)

agentes susceptibles de efectuar decisiones que se traduzcan y materialicen a través del Consentimiento Informado. De los requirentes, por una parte, en quienes reside con ello además la voluntad procreacional; de la gestante, quien también expresa y participa de esta práctica a partir de su consentimiento.

En estrecha relación con otros principios encontramos a la autonomía toda vez que, en contextos actuales, como en el caso de Argentina, el vacío legal relacionado con la Gestación por Sustitución no sólo obstaculiza la decisión y el libre consentimiento de los agentes, sino que en algunas situaciones se llega a incurrir en manifiesta contradicción con los principios de justicia e igualdad. Tales son las situaciones que se presentan, por ejemplo, cuando quienes deben recurrir a esta técnica deben apelar a recursos legales que limiten, aclaren o amplíen el sentido de normativas que continúan asociando la filiación con la relación biológica dada por la gestación. Así, mientras que para otras técnicas la voluntad procreacional se constituye en el fundamento para la filiación, cuando se trata de la Gestación por Sustitución es necesario anticiparse a los efectos que la normativa vigente podría tener sobre la filiación dada la relación en que lo sitúa con la mujer que gestó. Generando con esto una situación de desigualdad para todos quienes, por diversas razones, deben recurrir a esta práctica

Otra situación de inequidad se presenta asimismo cuando, en contradicción con el derecho universal a la salud y al disfrute de los logros y beneficios de la ciencia, quienes tienen los recursos para acceder a la Gestación por

Sustitución en el extranjero, encuentran allanado en el derecho argentino la posibilidad de llevar adelante la regularización de la filiación, mientras que, quienes no cuentan con dichos recursos ven condicionada su posibilidad y se enfrentan con los obstáculos mencionados en el párrafo anterior.

Bajo otro aspecto, el principio de autonomía puede ser analizado en relación con el principio de dignidad. Al respecto, argumentos provenientes de algunas corrientes feministas, así como de corrientes críticas que ponen el foco en las condiciones de vida de quienes intervienen en esta práctica, hacen hincapié en las asimetrías que podrían traducirse en la reproducción de condiciones que atentan contra la dignidad de uno de los sujetos intervinientes. En particular, la gestante, quien debido a esas asimetrías podría verse obligada a una decisión que comprometa su autonomía o bien su dignidad. Entendemos que, prohibir la práctica *a priori*, también condicionaría de igual modo la autonomía que se intenta defender. En este sentido se hace presente la necesidad de regulación jurídica, con previo análisis y debate de cada uno de los puntos que atraviesan la práctica, donde ésta pueda estar regulada por la terceridad de la ley y no del mercado. Este último siempre beneficia intermediarios y oportunistas, dejando en situación de desamparo tanto a gestantes, requirentes y bebés nacidos.

Frente a un análisis que reposa en la discriminación de principios que pueden formalmente abstraerse y ponerse en tensión, quizás puedan representar un aporte aquellos enfoques que contemplan las definiciones que de

lo “bueno”, lo “justo”, lo “virtuoso”, hacen los propios sujetos en los contextos en los que desarrollan su experiencia. En el campo en que se verifican los procesos vinculados a la reproducción de la vida los sujetos concurren tanto como sujetos de derecho, como agentes morales como sujetos de deseo, atravesados por numerosas determinaciones y experiencias. Esto, a su vez, en el contexto representado por un trasfondo social y cultural que hace las veces de horizonte simbólico más amplio en el que sus prácticas, su experiencia y sus historias personales adquieren un sentido.

En esta dirección, es posible que muchas de las argumentaciones igualmente válidas, a favor y en contra, basadas en principios formales, puedan decidirse atendiendo a las concepciones particulares que de la “virtud” y de lo “bueno”⁵ los propios actores intervinientes propongan. Así, *es concebible que, si bien cada actor concorra con razones y motivaciones que le son particulares, e incluso intransferibles, puedan hallar una definición del carácter éticamente válido, en común, para su participación en la técnica en el contexto en el que tiene lugar*. Una validez ética que, una vez más, incluso cuando admita razones y motivaciones intransferibles entre los actores, aporte a cada uno de ellos un sentido o una finalidad -como puede ser, una realización de la virtud- para sus acciones en el contexto de un marco

⁵ Aquí, nos referimos a “lo bueno...” en el sentido de la filosofía práctica aristotélica. Es decir, no a una concepción abstracta o idea universal del Bien sino más bien a aquello en lo cual cada cosa, y cada quien, realiza su “fin”; en un lenguaje más contemporáneo, aquello en razón de lo cual adquieren sentido las acciones y prácticas de los sujetos. El modo de realización que conduce a la consecución del “fin” es lo que Aristóteles denomina “virtud”

normativo y un horizonte sociocultural compartido. En tal dirección, la “amistad”, la “solidaridad”, la “alteridad” podrían ofrecer *fin*es congruentes con esta concepción de la eticidad de las acciones; fines en común que no parecen incompatibles con la realización de motivos, razones o hasta beneficios privativos de cada uno de los intervinientes. Todo lo cual no se muestra, al menos a priori, incongruente con la exigencia de un marco para la acción en el cual se verifiquen ciertas condiciones formalmente definibles tales como la autonomía, la justicia, la equidad.

Referencias bibliográficas

Abelaira, P (2015) Reflexiones sobre la maternidad subrogada. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Albert, M (2017) La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: Una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución. *Cuadernos de Bioética* XXVIII 2017/2

Aristóteles. *Ética a Nicómaco* - Trad. de Julio Pallí Bonet - Ed. Gredos - Madrid, 1985

Casado, M (2014) ¿Gratuidad o precio? Sobre el cuerpo humano como recurso En: Casado, M (coord.) *De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio*

biotecnológico. Ediciones de la Universitat de Barcelona.
2014

Código Civil y Comercial de la Nación. Aprobado por el
Honorable Congreso de la Nación en octubre de 2014 por
Ley 26994

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#51>

Constitución Nacional Argentina. (Sancionada en 1853
recoge las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y
1994). Ley N° 24.430, sancionada en diciembre de 1994 y
promulgada en enero 3 de 1995 por el Honorable
Congreso de la Nación.

Convención sobre los Derechos del Niño. ONU: Asamblea
General, 20 Noviembre 1989

Declaración Universal de Derechos Humanos - Asamblea
General de las Naciones Unidas. París, 10 de diciembre de
1948 <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Declaración Americana de los Deberes y Derechos del
Hombre - IX Conferencia Internacional Americana -
Bogotá, Colombia, 1948.
<http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

El diario - Artículo periodístico: *A favor de la gestación
subrogada.* (27/05/2020)
<https://www.eldiariocba.com.ar/locales/2020/5/27/favor-de-la-gestacion-subrogada-21548.html>

Fallo Artavia Murillo y otros (“fecundación In Vitro”) c. Costa Rica - Corte Interamericana de Derechos Humanos, 28 de noviembre de 2012

Jongitud Zamora, J. *Teorías éticas contemporáneas* - Revista telemática de filosofía del derecho (RTFD), ISSN-e 1575-7382, N°. 5, 2001-2002

Kletnicki & Alfano (2013). Las tecnologías de Reproducción humana asistida como nueva fuente de filiación. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013

Lamm, E (2012). El desarrollo de la bioética en Latinoamérica. Una visión desde Argentina. En: Casado, M & Luna, F (Coords). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Navarra. CIVITAS. 2012.

Lamm, E (2018). Repensando la Gestación por sustitución desde el feminismo. *Revista Micro Juris*. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/12/03/repensando-la-gestacion-por-sustitucion-desde-el-feminismo/>

Luna, F. (2019). Curso: Introducción a la bioética y a los comités de ética. Clase: **Clase 1**. Introducción. FLACSO Virtual.

Organización Mundial de la Salud (OMS) - International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART), (2010) - Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, entrando en vigor en 1976.

Ramos Pozón, S (2018) *BIOÉTICA. Una reflexión necesaria para las decisiones que más importan*. Plataforma editorial. Barcelona

Reich, W. (1978). *Encyclopedia of Bioethics* 1. The Free Press, New York 1978, XIX

Rubio, A (2014) Sujeto, cuerpo y mercado. Una relación compleja. En: Casado, M (coord.) *De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico*. 2014

Thiebaut, C. (1992) Neoaristotelismos contemporáneos. En: Camps, Guariglia, Salmerón (editores) - *Concepciones de la ética*, Ed. Trotta, Madrid.

Capítulo 2

Debates en el feminismo: ¿cuerpos que deciden?

Inés Mintz

*Yo no deseo que las mujeres tengan poder sobre los
hombres, sino sobre ellas mismas.*

Mary Wollstonecraft

Introducción

Con el avance de la tecnología en general y la reproducción humana asistida en particular ha crecido considerablemente la discusión en torno al lugar de la gestante en el proceso de gestación por sustitución (en adelante, GS).

En el movimiento feminista las postulaciones sostienen opiniones diametralmente opuestas. No así con la temática del aborto, frente a la cual la mayor parte de las mujeres que se reconocen como feministas están de acuerdo con que sea legal, seguro y gratuito, ya que es la mujer quien tiene la suficiente autonomía para decidir sobre su propio cuerpo.

¿Decide libremente la mujer qué hacer con su cuerpo en la GS? Este es el interrogante que, lejos ensayar una respuesta, busca exponer el debate al interior de los movimientos feminista. Sirviéndome de series televisivas norteamericanas y *streameadas* en la plataforma Netflix, haré uso del método ético-clínico de lectura de películas (Michel Fariña, 2014), metodología que pretende que estos materiales fílmicos hagan acontecimiento en el espectador-analista (Michel Fariña y Maier, 2016). Así, ejercicio del pensamiento mediante, analizaré situaciones más allá de los dualismos morales que se ponen en juego en el ámbito de la GS y reflexionaré sobre la importancia del rol del psicólogo en este difícil proceso.

Gestación por sustitución en un contexto globalizado

France Winddance Twine, en su libro *Outsourcing the Womb: Race, class and gestational surrogacy in a global market* (2015), se pregunta cómo la GS puede generar tanta ambivalencia, controversia, hostilidad y ansiedades e igualmente ser legal en tantos países. Asimismo, realiza un análisis crítico y feminista –según ubica la autora– de la técnica a partir del estudio de las formas en las que los contextos sociales, morales, políticos, legales y religiosos dan forma a su interpretación e implementación. Para ello, realiza un análisis comparativo de las diversas políticas y regulaciones que rigen la técnica en distintos países, mostrando el complejo rol que cumplen sobre esta la raza, la religión, la desigualdad de clase, las leyes e incluso el capitalismo y la globalización, haciendo

foco en quiénes deberían tener acceso a las tecnologías que habilitan realizar esta práctica, cómo las religiones manejan el acercamiento y el uso de estas técnicas, cómo es conceptualizada y elaborada la infertilidad y si se trata de cuestiones en las que corresponde que intervenga el Estado o no.

Tomando el concepto de “reproducción estratificada”, critica el uso comercial de la GS y el modo en el que las relaciones de poder y las diferencias sociales restringen el acceso de algunos y privilegian el de otros. El concepto de “reproducción estratificada” da cuenta, entonces, de cómo tareas relacionadas a la reproducción, ya sean sociales y/o físicas, son logradas de formas muy distintas. Gestar, criar y encargarse de la socialización de niños y niñas es una experiencia completamente distinta, valorada y premiada de formas muy diferentes, dependiendo de la inequidad al acceso a materiales y recursos sociales, particularmente en ciertos contextos históricos y culturales.

Una aproximación al contexto actual del (los) feminismo(s)

Me propongo abordar la temática desde una perspectiva feminista, entendiendo que el feminismo no refleja una posición unívoca sobre la GS dentro del movimiento. Por el contrario, se dan debates y existen diferentes tomas de posiciones.

La cuarta ola del feminismo surgió en la segunda década del siglo XXI como respuesta al creciente

neoliberalismo que ponía frenos a la búsqueda de igualdad de derechos para las mujeres y buscaba abrir espacios para la reflexión y el debate sobre diversas prácticas en pos de asegurar los derechos, la igualdad y la no violencia hacia las mujeres.

Las activistas estadounidenses Cinzia Arruzza, Tithi Bhattacharya y Nancy Fraser (1993) en su libro *Feminismo para el 99%: Un manifiesto* dan cuenta de la vigencia que tienen las discusiones referidas a qué es el feminismo, quién puede identificarse como feminista y cómo el colectivo debería definir y afrontar sus luchas. Estas autoras analizan cómo este “feminismo para el 99%” se alterna entre un “progresismo neoliberal”, propio de Bill Clinton y Barack Obama, y un “neoliberalismo reaccionario”, como el de Donald Trump. Consideran que la liberación de la mujer no es posible y que incluso la situación de la mayoría de ellas (a quienes hace referencia el 99%) está lejos de mejorar en medio de las crisis sociales, económicas, políticas y ambientales propias de esta época.

“La” mujer y la interseccionalidad

Según Ana María Fernández (1993), a partir de los años ‘80 los movimientos políticos de mujeres comenzaron a evidenciar que mujeres pobres, lesbianas y de color no se consideraban representadas en las propuestas políticas o teorizaciones de “las” mujeres. Les criticaban a las teorías feministas sus extrapolaciones falsas, que solían –y continúan haciéndolo hoy en día– tomar como modelo de sus teorizaciones a mujeres blancas, heterosexuales, cis (persona cuya identidad de género está alineada con el sexo que le asignaron al nacer), de clase media. El problema no

radicaba en que se estudie lo que le sucede a este rango de mujeres, sino que se las igualara a “la Mujer” en tanto modelo que representa a todas, pensando que la forma de sexismo que recae sobre ellas es la –única– manera en la que opera la discriminación. Asimismo, Bellucci (1992) sostiene que las mujeres están oprimidas, pero no todas de la misma manera. Existen diversos modos de opresión que operan en la sociedad (racismo, homofobia, transfobia, sexismo, etc.) y que no son independientes, sino formas de exclusión interrelacionadas, lo que resulta en un sistema opresivo que refleja esta intersección de las diversas formas de discriminación contra las mujeres. Leyla Benhabib y Ducila Cornella (1990) afirman que es justamente un cuestionamiento de las mujeres del tercer mundo el supuesto de que exista la experiencia de ser mujer colectivamente compartida, ya que ser mujer y ser negra es una experiencia distinta de ser mujer y ser blanca. Se preguntan cómo podría la teoría feminista basarse en el carácter único de la experiencia femenina sin abstraer, a partir de ello, una sola definición de “feminidad”, instituyéndola como paradigmática y no sucumbir así a un discurso esencialista del género.

Los feminismos, la gestación por sustitución y la globalización

Johana Oksala (2016), en relación con *commercialized surrogate pregnancy* (alquiler de vientre), hace hincapié en el aspecto altamente creciente del turismo médico; las parejas bien posicionadas y de clase media pueden contratar a una gestante bajo estrictos monitoreos meticulosamente regulados en clínicas privadas. Asimismo, retoma el concepto marxista de “alienación” para analizar

la situación de las mujeres indias que alquilan su vientre. Apunta a una dimensión crítica respecto a la explotación e inequidad económica, a las estrategias emocionales y las numerosas dificultades que atraviesan estas mujeres cuando tratan de “separarse” del bebé que están gestando o de sus propios cuerpos embarazados. Labores a las que, si bien acceden por libre decisión, la motivación es exclusivamente económica, provocada por la pobreza extrema en la que viven. Finalmente, para esta autora, la noción de *affective labor* debería ser una noción central del feminismo, ya que puede ser considerado trabajo reproductivo y, en tanto tal, mercantilizado.

Asimismo, Itxasne Abásolo Barandika (2019) en su trabajo titulado “La gestación por sustitución y las mujeres gestantes. Aspectos jurídicos y éticos” considera que el patriarcado y los Estados neoliberales consiguen calar su discurso de “libre elección” en la sociedad, sobre todo en las mujeres, afianzando su papel de cuidadoras. De esta forma, la gestante es considerada como un medio para lograr un fin, como maquinaria necesaria para obtener un producto final: el bebé, por lo tanto, sostener esto es dar un paso atrás en las reivindicaciones del feminismo. Además, considera que, aunque el altruismo sea la principal motivación de las gestantes, siempre hay una retribución económica subyacente que no compensa la exposición y el sometimiento a los tratamientos hormonales, a la hiperestimulación ovárica, a los riesgos que todo embarazo conlleva, como hipertensión, diabetes gestacional, placenta previa, etc. Se trata, entonces, de un discurso antifeminista envuelto en una especie de disfraz de “ideología de la libre elección”, sostenido en el patriarcado, que busca lograr que la sociedad tome conciencia de la necesidad de un nuevo modelo de feminismo en el que las mujeres tienen el deseo de desempeñar su papel de cuidadoras de manera voluntaria.

Las posturas contrapuestas de Eleonora Lamm y Laura Corradi

Laura Corradi (2019) manifiesta que “en las últimas dos décadas, el debate feminista internacional ha colocado a la ciencia y a la tecnología en su centro como construcciones sociales –patriarcal, capitalista, colonial, eurocéntrica, antiecológica– identificando los aspectos dicotómicos, jerárquicos, contraintuitivos y destructivos” (p. 40). Para esta autora, el debate sobre las tecnologías de reproducción humana asistida presenta dos aristas: por un lado, el derecho a la reproducción y, por otro, la perpetuación de los privilegios de mujeres occidentales. En esta línea, entiende que la libertad de elección en la GS existe siempre y cuando se trate de mujeres blancas y acomodadas, pero si se trata de mujeres de color y/o en posiciones económicas desfavorables, la tendencia a la mercantilización del cuerpo es mayor. Se trata de una “división del trabajo en el campo de la reproducción” que destaca las diferencias económicas entre las mujeres de diversas razas y etnias. Las mujeres, sostiene la autora, deciden sobre la base de un estrecho espectro de posibilidades de intereses económicos y políticos.

En contraposición a esto, para Lamm (2018) se pone en juego el derecho de cada una de poder decidir sobre su propio cuerpo de manera libre. Considera que sostener que la GS implica una explotación de la mujer es un reduccionismo paternalista, en tanto subestima a la mujer en general y su capacidad de consentir en particular. Las mujeres no necesitan ni quieren ser tuteladas por nadie que crea saber qué es lo que les conviene: “Han sido muchos años de lucha feminista buscando alcanzar la autonomía a

la hora de tomar decisiones [...] para que ahora pretendan recortarla precisamente en nombre del feminismo” (p. 195). Si se coarta la autonomía, la libertad y la independencia de las mujeres, no hay empoderamiento posible. La GS es para esta pensadora feminista “una de las muchas opciones reproductivas que las mujeres deben poder optar libremente” (p. 194). Argumenta que, así como cada una debe tener el derecho al aborto y a controlar cuántos y cada cuánto tiene hijos, puede decidir llevar en su útero el hijo de otra mujer.

Corradi, por su parte, leyendo a Vandana Shivas y Maria Mies (1993), sostiene que, si bien estos avances en materias de tecnologías de reproducción se realizaron con el fin de superar las dificultades del “sistema mundial actual”, han convertido al cuerpo de la mujer en un sistema de inversión, al cual los científicos, médicos y empresarios tienen total acceso para investigar. Esta autora entiende así que bajo las lógicas patriarcales en las cuales se inscriben los avances en la ciencia y la tecnología, el cuerpo de la mujer deja de ser un objeto entero para pasar a ser una serie de objetos, aislables, examinables, que pueden ser alquilados, vendidos, investigados o simplemente eliminados. Sostiene, apoyándose en postulados de Corea (1985), que las mujeres apoyan y aceptan estas tecnologías porque la información que tienen es parcial y declinada para los hombres. Lo que buscan estas técnicas es apropiarse de la capacidad de reproducción transformando a la mujer –y al niño/a– en mercancía. En contraposición, Lamm (2018) considera que adjudicar dicha decisión a la sociedad heteropatriarcal y neoliberal en la que vivimos impide el empoderamiento de las mujeres.

Escenarios ficcionales

1. *Glee* y el –no– marco legal de la práctica

En la serie norteamericana *Glee*, Shelby, años atrás, había decidido ser la gestante de una pareja de hombres, amantes del teatro, que buscaban tener un bebé. El dinero que necesitaba para vivir en Nueva York la motivó. Cuenta con tristeza cómo no pudo tener en brazos a la beba que gestó y solo pudo verla durante un momento mientras la lavaban.

Cuando decidió gestar para la pareja firmó un contrato en el que se estableció que no podía encontrarse con el bebé durante los primeros 18 años. Sin embargo, Shelby logra establecer contacto con Raquel, que ahora tiene 17 años, pero se arrepiente de haber intentado conectarse con ella: Raquel ya no es una bebé, es adulta. ¿Qué la motiva a generar el encuentro? El anhelo de tener a “su” hija en brazos. Pero el encuentro la confronta con la realidad: Raquel es una mujer de 17 años, no la necesita.

Shelby accedió a ser gestante para una pareja gay, pero no consideró en ningún momento las consecuencias posteriores de la acción que realizaría. Si bien se trata de una decisión que ella tomó consiente y libremente, la necesidad económica era uno de los principales motores para realizarla. Ella hizo valer su autonomía reproductiva a la hora de decidir y firmar libremente un contrato en el que se pautaron las reglas para que el procedimiento tuviera lugar. Sin embargo, esta decisión no fue gratis para ella.

¿Podemos hacer responsable al Estado y al patriarcado por las consecuencias de sus actos? Si leemos

el accionar de Shelby ubicados en alguna de las dos posturas del feminismo, nos quedamos en un callejón sin salida leyendo la situación desde un posicionamiento moral, ya que podemos considerar que la ausencia del Estado o el discurso patriarcal empujan a Shelby a tomar la decisión de explotar su cuerpo, dejándola en un lugar obediente al discurso patriarcal que ubica a la mujer en su rol de cuidadora. Por el contrario, si leemos la situación en sintonía con la posición planteada por Lamm (2018), podríamos afirmar que ella hizo valer su autonomía y decidió libremente qué hacer con su cuerpo. Sin embargo, en un caso o en el otro, su decisión no la exime del padecimiento psíquico que le provocaron las consecuencias de la acción realizada diecisiete años atrás. Padecimiento que evidencia la necesidad de que durante el proceso intervenga un profesional psicólogo que la ayude a evaluar la situación y la acompañe durante el proceso de toma de decisiones; espacio en el que ella podría haber puesto a trabajar las fantasías asociadas a la maternidad y a su más íntimo deseo de materner o no materner.

Como consecuencia de esta ausencia de acompañamiento psicológico, Shelby, años más tarde, añora lo que no tiene y sale a buscar al hijo que desea encontrar en la niña que gestó para otros.

2. La decisión y el empoderamiento

En el undécimo capítulo de la cuarta temporada de la serie norteamericana *Friends* (1994-2004), Frank Jr. le pregunta a su media hermana Phoebe si estaría dispuesta a llevar en su vientre a embriones formados a partir del

material genético de él y su esposa, ya que ellos no habían sido capaces de concebir un bebé pese a haber consultado a varios médicos.

Phoebe le cuenta con entusiasmo a su grupo de amigos el pedido de su hermano. En sus propias palabras: “Quieren que sea la madre sustituta. Es su óvulo y su esperma. Yo soy el horno. Es su pan”. Sus amigos se sorprenden y le llaman la atención sobre esta situación ya que, para ellos, atravesaría un embarazo para entregar a su hijo. Le hablan sobre las náuseas matutinas, el parto, las complicaciones de un embarazo y todo el sacrificio al que expondrá su cuerpo por otra persona, aunque esa persona sea su hermano. Si bien Phoebe presta atención a los consejos de sus amigos, se toma un tiempo para elaborar sus dudas y decidir qué hacer. Finalmente, toma la decisión de llevar adelante el procedimiento, ya que puede ver la felicidad de la pareja cuando les regala un perrito. Afirma Phoebe: “No es problema [...] Porque míralos. Mira lo felices que son. Y yo lo hice posible, así que... Sé que será un millón de veces más difícil dar un bebé. Pero ¡por Dios! Se sentirá un millón de veces mejor. Lo haré. Tendré su bebé”.

El amor por su hermano y su cuñada la motiva. Desea verlos felices y sabe que puede lograrlo. La felicidad de ellos es más importante que las molestias que le comentan que sufrirá durante el embarazo. Se siente empoderada y, más allá de los prejuicios y temores de quienes la rodean, decide avanzar con la propuesta y gestar a su sobrino.

3. El rápido favor de *Crazy Ex-girlfriend*

En el décimo episodio de la tercera temporada de la serie *Crazy Ex-girlfriend* (2015-2019), Darryl le cuenta a Rebecca que quien iba a ser su gestante no podrá serlo debido a que descubrieron que estaba embarazada. También le transmite el miedo que tiene de no conseguir a otra gestante, ya que de no lograrlo en 24 horas congelarían el embrión, lo que hace mucho menos viable al embarazo. Al notar la pena de su amigo, Heather decide ser ella quien lo haga.

Heather se muestra empoderada como mujer y toma la decisión de ayudar a su amigo; no siente que su cuerpo será objetivado, explorado, usado, investigado. Tampoco pondera cuestiones económicas para tomar la decisión, el amor por su amigo la motiva, quiere devolverle algo de todo lo que él ha hecho por ella ayudándolo a cumplir su sueño de tener un hijo y paternar.

Coartar su decisión de gestar para su amigo o empujarla a hacerlo sería asumir una postura paternalista que impide u obstruye su libre decisión. Sin embargo, cabe la pregunta: ¿se encuentra preparada para entregarle el recién nacido a su amigo?

Gestar para otro es una decisión que amerita una reflexión profunda, requiere de un tiempo de elaboración de la decisión a tomar, no solo para la gestante, sino también para los padres de intención. ¿Qué motiva a Darryl y a su pareja a acelerar el proceso? ¿Son conscientes de la decisión que tomaron? ¿Qué lugar hay para ese hijo por venir? ¿Y ella? ¿Qué deuda quiere saldar?

Iniciar un proceso de subrogación requiere de una evaluación psicológica que incluya asesoramiento tanto a la gestante como a los requirentes. Este espacio oficia de facilitador de toma de decisiones y aboga por la salud mental de todos los involucrados. Ayuda a vislumbrar los alcances reales del tratamiento, a reflexionar sobre los lugares de cada uno en el proceso y luego del nacimiento del bebé y a lograr una mirada introspectiva que permita evaluar los alcances reales de la acción a realizar. Una decisión apresurada, sin reflexión ni análisis profundo, puede resultar contraproducente para todos.

4. El catálogo de *Gilmore Girls*

En la miniserie *Gilmore Girls: a Year in the Life* (2016), Lorelai y Luke, una pareja heterosexual, blanca y de clase media, acuden al centro de fertilidad Creadores de dinastías. Antes de tener una entrevista con un profesional, les entregan una carpeta que contiene fotos y las características de las gestantes, a quienes Paris, la directora del centro, llama repetidamente “criadoras”.

Al mantener una relación cercana con la pareja, ella les dice que no confiará en una “rubia tonta que vive de fiesta para que geste a su bebé”, les muestra un catálogo digital mientras enumera las distintas características de las gestantes: color de pelo, raza, religión, cultura, talla y peso. Dice que lo mejor para ofrecer, la *crème de la crème*, son las esposas de soldados, ya que son “robustas, confiables, excelentes para armar maletas”. Como afirma Corradi (2019), los avances en la ciencia y la tecnología son favorecedores para unos y desfavorecedores para otros, dependiendo del género, la raza, las estructuras sociales y la clase.

La pareja pregunta el precio de la práctica, a lo que Paris contesta que es bastante cara, pero considera a Lorelai una segunda madre, por lo que podrá ofrecerles múltiples descuentos. El alto costo de los tratamientos es algo que suele impulsar a numerosas parejas norteamericanas y europeas a realizar “turismo reproductivo” en países no desarrollados, donde la técnica es legal. Oksala (2016) afirma que el feminismo debe estar alerta a estas situaciones que exponen a las mujeres que viven en extrema pobreza, las cuales acceden a realizar la técnica exponiéndose a situaciones que podrían afectar su salud. Quedan así, nada más y nada menos, en una posición de “criadoras”, tal como las denomina Paris.

Lorelai y Luke no le solicitan a una conocida que oficie de gestante, sino que esperan que lo haga otra mujer, una desconocida, con intercambio económico mediante. Para ellos, esta “otra mujer” no será una completa desconocida en tanto tienen la posibilidad de elegirla, ya que cuentan con un catálogo en el que están puntualizadas todas las características y habilidades que las parejas pueden considerar necesarias: color de pelo, ojos, nacionalidad, así como trabajo y estudios obtenidos. Están ranqueadas respecto a lo que parece ser lo más buscado que puede solicitar cada pareja.

Lorelai y Luke están en una posición económica que –aún sin descuentos– les permite acceder a la técnica, mientras que las mujeres que se “ofrecen” para gestar al bebé no están en las mismas condiciones. No solo eso, sino que son juzgadas respecto a algunas características, como su aspecto, talla y peso, estudios e intereses personales. Así, sus cuerpos quedan reducidos a un campo de inversión sobre el que Paris, junto a Luke y Lorelai, pueden comentar, juzgar y decidir. Queda preguntarse con qué información contó cada una de estas “criadoras” antes de acceder a formar parte de ese catálogo.

A modo de cierre

Resulta imperante que en nuestro país se regule la GS teniendo en cuenta los derechos de las gestantes a recibir información, a acceder a una evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico, a recibir asesoramiento legal independiente y tratamiento médico adecuado con profesionales idóneos en la temática, así como también es necesario y urgente la creación de un registro único de gestantes.

Tanto en *Friends* como en *Crazy Ex-girlfriend* se trata de una decisión altruista, pero en la primera se puede ver un mayor proceso de elaboración de la decisión, mientras que en la segunda se tienen en cuenta “los pros y los contras”. Phoebe pide opiniones, escucha a los demás y logra tomar una decisión basándose en los criterios que ella considera más importantes, como puede ser el poder hacer algo por otra persona –que es nada más y nada menos que su hermano– y ayudar a que sea feliz. Ante este panorama, ¿quién podría decirle a Phoebe que en realidad no está decidiendo libremente? ¿Se trata de lógicas neoliberales las que la hacen tomar esa decisión? Si se tiene en cuenta, como afirma uno de los lemas feministas de la segunda ola, que “lo personal es político”, ¿dónde está la línea divisoria entre si se trata de una decisión altruista o no? Estos interrogantes, si bien no tienen una respuesta unívoca, permiten resaltar nuevamente la importancia de que haya una regulación, una legalidad en la que pueda ser enmarcada la GS para que más mujeres puedan tomar la decisión libremente, cuidando su salud física y mental, no siendo tratadas como “criadoras” y recibiendo asesoramiento psicológico al debido momento para que no atraviesen los mismos momentos de dudas e incertidumbres que atravesó Shelby.

Asimismo, aun dentro de un movimiento que se cree unificado en sus causas y objetivos, como es el feminismo, se presentan fuertes debates sobre la GS; debates que si se perpetúan en el tiempo, pierden de vista la importancia de una regulación que permita evitar abusos que ponen en riesgo la vida de las mujeres que deciden gestar para otros más allá de la causa que las motiva.

Para Corradi (2019), la mirada está puesta en el contexto neoliberal y patriarcal en el que las mujeres realizan estas elecciones, las cuales son diferentes dependiendo de la posición socioeconómica de cada una. Lamm (2018), por su parte, rescata el concepto de “empoderamiento”, entendiendo que este no será posible si se decide “en pos de las mujeres” coartándoles la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos, ya sea que se trate de un aborto o de un procedimiento de GS. Para la autora, este es un argumento que se rige por lógicas patriarcales y paternalistas con las cuales hay que terminar. El contexto de la política y la economía neoliberal se hace presente en todos los casos. Parecería así responder a las características que poseen los modelos de “la Mujer” de los que hablaba Ana María Fernández (1993). Sería iluso pensar que en todos los casos de GS la decisión se toma libremente. Sería óptimo, entonces, que puedan plantearse los feminismos y no uno solo, unívoco, que otorgando libertad a unas parecería coartar la libertad de otras. “La aceptación política de la diversidad es condición necesaria pero no suficiente” (Fernández, 1993, p. 55). Así, con motivaciones y voluntades políticas, será necesario producir los requisitos teórico-epistémicos que lo avalen.

Referencias bibliográficas y audiovisuales

Abásolo Barandika, I. (2019). La gestación por sustitución y las mujeres gestantes. Aspectos jurídicos y éticos. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*. Recuperado de: https://www.ehu.eus/ojs/index.php/Lan_Harremanak/articloe/view/20825/1881

Arruzza, C., Bhattacharya, T., Fraser, N. (2019). *Feminismo para el 99%. Un manifiesto*. Buenos Aires, Argentina: Rara Avis.

Bellucci, M. (1992). *De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: has recorrido un largo camino mujer*. En Fernández, A.M. (Comp) *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Benhabib, L. y Cornella, D. (1990). *Teoría feminista y teoría crítica*. Valencia, España: Alfons El Magnanim.

Corradi, L. (2019). *En el vientre de otra. Una crítica feminista de las tecnologías reproductivas*. Buenos Aires, Argentina: Gorla.

Fernández, A. M. (1993). *La bella diferencia*. En Fernández A.M. *La Mujer de la Ilusión*. Buenos Aires. Argentina: Paidós.

Kurland, S. (Escritor), Steinberg, D. (director). (8 de enero de 1998). *The One with Phoebe's Uterus* [Capítulo de serie de televisión]. En Bright, K.; Crane, D.; Kauffman, M. (Productores), *Friends*. Hollywood, EU: Bright/Kauffman/Crane Productions; Warner Bros. Television.

Lamm, E. (2018). *Gestación por sustitución y género. Repensando el feminismo*. En *Gestación por sustitución*. Un

abordaje interdisciplinario (pp. 189-198). Buenos Aires, Argentina: Edición de autor.

Oksala, J. (2016). Affective Labor and Feminist Politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41 (2), 281-303

Sherman-Palladino, A. (Escritora), Sherman-Palladino, A. (directora). (25 de noviembre de 2016). Winter [Capítulo de serie de televisión]. En Pai, H., Massin, D (Productores), *Gilmore Girls: A year in the life*. Burbank, California & Beverly Hills, California, EU: Dorothy Parker Drank Here Productions; Warner Bros. Televisión.

Winddance Twine, F. (2015). *Outsourcing the Womb: Race, class and gestational surrogacy in a global market: Second Edition*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge

Capítulo 3

Gestación por sustitución: La elección de gestar para otros desde un enfoque psicológico

Flavia Andrea Navés y Estela Chardón

Introducción

En el campo social, la gestación por sustitución (en adelante, GS) genera grandes debates. Aún hoy, la forma de entender la maternidad responde a la ecuación mujer = madre. Esto produce mucha resistencia a cambiar el marco conceptual con el que entendemos la filiación y la posición de la mujer frente a la maternidad, ya que no solo la gestante es una mujer que no tiene voluntad procreacional –no tiene deseo de tener un hijo–, sino que, además, el bebé que nace de su vientre será entregado a una pareja –igualitaria o heterosexual– o a un hombre o mujer sin pareja que serán quien/quienes ejerzan la mater/paternidad.

El movimiento feminista del siglo XXI no queda exento de esta interpelación. La posición subjetiva de la mujer que decide gestar para otros levanta corrientes interpretativas opuestas. Hay quienes consideran que la mujer gestante tiene autonomía para decidir qué hacer con su cuerpo y hay quienes sostienen que esa decisión no es

autónoma y deja a la mujer reducida a una simple vasija, cosificándola. Argumentos a favor o en contra que subsumen a la subjetividad de la mujer gestante en ese gran universo discursivo, perdiendo de vista, en muchos casos, su autonomía y su capacidad de elegir libremente sobre su cuerpo, por un lado, y obturan la legalización de una práctica que es cada vez más asidua, por el otro. Estas corrientes interpretativas opuestas tienen algo en común: su rechazo al sistema patriarcal.

Sin embargo, la gestación por sustitución ha ido logrando una difusión y ampliación de fallos judiciales a favor de la realización de los tratamientos, lo que se ve reflejado en la práctica clínica en el campo de la psicología.

En el ejercicio de nuestra tarea, desde la evaluación de gestantes o requirentes, la orientación a posibles usuarios, el acompañamiento durante los embarazos y a las familias o la orientación dentro de los equipos interdisciplinarios de GS, encontramos desafíos inherentes a las características que tiene gestar para otros. Estos desafíos nos llevan a tomar en cuenta distintas perspectivas, muchas veces contrapuestas, provenientes de diversos campos del conocimiento de las ciencias sociales. En este trabajo se plantean algunas de esas tensiones que podrán, eventualmente, confrontar a los profesionales de la salud mental con dilemas éticos. El objetivo es poder reconocerlas como posiciones extremas, que en la práctica deben ser abordadas apelando al conocimiento científico y al marco legal dentro del cual se desarrolla la GS en la actualidad.

¿Qué quiere decir “elegir”?

Al trabajar con GS aparecen diversos actores. Cada uno de ellos deberá tomar decisiones, tal como lo expresan los consentimientos informados o los contratos de gestación: la persona elige de modo libre e informado su participación en el proceso. Esto nos lleva a la pregunta sobre la capacidad de elección.

Elegir implica tener opciones o alternativas, tener información, tener autonomía. Sin embargo, la elección es un constructo muy usado en el campo del marketing o de la política y su aplicación en estas áreas genera, en cierto modo, un grado de incidencia, influencia y, en el peor de los casos, algo de manipulación o de persuasión. La elección nunca es completamente libre, ya que somos individuos sujetos por la cultura, la sociedad, el sistema económico dentro del cual nos desarrollamos.

En la clínica psicológica nos encontramos con otros aspectos de estas elecciones. Aparece el deseo, con sus conflictos y dilemas, el amor y el sufrimiento, el contacto cotidiano con las personas que tienen que recurrir a la GS – requirentes y gestantes–; es muy conmovedor y nos desplaza a los aspectos humanos dentro de los que aparecen estas elecciones.

Es importante destacar que cada perspectiva teórica o marco teórico incluye una dimensión de sujeción; estamos condicionados de alguna manera para elegir ya sea por el inconsciente o por las creencias nucleares o los patrones o los circuitos. En síntesis, en algún punto los sujetos estamos condicionados para elegir.

¿Elegir gestar qué implica?

Implica una posición femenina, y así nos enfrentamos a la contradicción de qué definimos como “femenino”. Algunas perspectivas sostienen que ser mujer no es una condición biológica, no es ser una hembra humana y que esta representación es el resultado del patriarcado por biologizar la condición femenina. Siguiendo esta idea, la posibilidad de gestar queda acotada a las mujeres cis que tengan útero, dejando por fuera a las mujeres trans. Gestar implica un cuerpo con útero.

Pero la gestación excede lo biológico, es un proceso bio-psicosocial. En el caso de las parejas de hombres, las parejas heterosexuales en las que, por alguna condición biológica, la mujer no tiene útero, o las mujeres trans se requerirá de la participación de una mujer que elija gestar para esos otros que han expresado su voluntad procreacional y su deseo. Gestar para otros implica atravesar ese proceso biológico y psicológico en el cual siempre se requiere de una cuota de negación, porque el embarazo implica exponerse a riesgos e imprevistos, a lo inesperado. Parte del proceso de gestación requerirá tomar conciencia de esos riesgos a los que se expone el propio cuerpo, de los cuales la gestante deberá ser adecuadamente informada (posible hipertensión arterial, diabetes gestacional, incluso riesgos de infecciones o hemorragias que pueden ocasionar la pérdida del útero en casos extremos).

Elegir gestar, tanto para una mujer que busca un embarazo como para la que elige gestar para otro, implica además una determinada actitud hacia la maternidad que activará algunas preguntas: ¿de qué manera me convoca la

maternidad? ¿Qué es la maternidad para mí? ¿Cómo me posiciono frente a la maternidad? ¿Puedo diferenciar el proceso de gestación del de maternaje? Es frecuente la resignificación del vínculo materno intergeneracional, transgeneracional (Oiberman, 2003).

Es por estos motivos por los que se requiere que la mujer que elija gestar para otros ya sea madre, no porque serlo elimine el impacto tanto físico como emocional, sino porque se apelarán a la propia experiencia de la gestante para facilitar la comprensión de los significados personales sobre la maternidad y que cada embarazo será diferente.

Desde una dimensión antropológica y cultural, la decisión de gestar para otros será enormemente distinta (Álvarez Plaza, Rivas Rivas, Jociles Rubio, 2019) y deberá ser contemplada, ya que incluirá elementos ideológicos, valores, tradiciones, creencias religiosas o ancestrales.

Los feminismos

Históricamente, ha sido la perspectiva feminista la que ha iluminado aspectos controversiales de la maternidad, desmitificándola. Sin pretender profundizar en el tema, nos parece importante hacer un breve recorrido histórico (De Miguel, 2011) de cómo evoluciona este movimiento para poder presentar las posiciones opuestas que adopta en relación con un tema tan complejo como la GS.

Si lo ordenamos desde los inicios hasta la actualidad, tenemos la primera ola del feminismo, que incluye al feminismo moderno o ilustrado: los movimientos de las mujeres en la Revolución Francesa (1789) y los “salones de mujeres”. La segunda ola del feminismo, con

los movimientos sufragistas (1848) y las tensiones entre *suffragette* y sufragistas. Esta segunda ola se pregunta ¿porqué maternar es el único destino de las mujeres? Después, el feminismo liberal comienza a hablar de la ampliación de derechos, y el feminismo contemporáneo (1960), que es más revolucionario, crea The Women's Liberation Movement (WLM), que introduce la teoría marxista impulsando el rol político femenino. Este aspecto es importante porque hay un fuerte arraigo del feminismo en la explotación que aparece frente a la GS. Finalmente, en la tercera ola del feminismo (1963) Betty Friedan publica *La mística de la feminidad* y comienza a articularse una nueva agenda en relación con los derechos reproductivos, la prostitución, la transexualidad y con los temas y el feminismo radical (1963-1975), con sus referentes Kate Millett (*Política sexual*, 1970) y Shulamith Firestone (*La dialéctica del sexo*, 1970) denunciando el origen del patriarcado como político y social.

Los nuevos feminismos surgen a partir de 1980, período en el que se produce una escisión al interior del movimiento, dando origen a una multiplicidad de movimientos denominados “posfeministas” que no dan nada por sentado, ni siquiera el qué es una mujer. Entre ellos se encuentran: el feminismo de la igualdad: lucha por los cupos. El feminismo lesbiano, que denuncia la violencia y discriminación lesbiana y reclama derechos; sus referentes son Adrienne Reich y Monique Wittig. El feminismo posmodernista, que adopta una perspectiva filosófica. El feminismo cultural o de la diferencia, que cuestiona la categoría de género; sus referentes son Helen Cixous, Luce Irigaray y Mary Daly. El feminismo racial o *black feminism*, que plantea que el feminismo hegemónico es racista por omisión; sus referentes son Alice Walker y Djamila Ribeiro, entre otros.

En síntesis, la diferencia entre la segunda y la tercera Ola del feminismo no es histórica, temporal, es conceptual. Así como el feminismo de la segunda ola se organizaba en torno a la unidad de todas las mujeres, cuestionaron la maternidad como identidad femenina. Nancy Chodorow (1984) se pregunta “¿Por qué las mujeres maternan?”, limitando su rol al de cuidadoras. Los nuevos feminismos parten de la diferencia. La identidad se entiende como un proceso múltiple en el que se articulan el género, la clase, la raza, la etnia y la edad, formando una subjetividad compleja, incluso contradictoria, que no puede ser reducida a ninguna categoría. Entra en conflicto el mismo sujeto: ¿qué se define como “mujer” ?, lo que invita al diálogo.

Plantearemos a continuación algunos de los desafíos de la clínica psicológica, que se ven también como tensiones al interior de los movimientos feministas.

1. ¿Turismo o exilio reproductivos?

Las primeras gestaciones subrogadas fueron realizadas por personas con cierto nivel de acceso económico. En Argentina, con todos los fallos que se vienen registrando a favor de la GS, esto está cambiando; pero en sus orígenes, en muchos lugares del mundo, era un indicador de un sesgo de clase. Como afirma Twine (2015)

El deseo y el reconocimiento de los derechos reproductivos está generando en el mundo que personas con más recursos opten por la gestación subrogada como método para formar una familia, desplazando a las adopciones tanto nacionales como internacionales, lo que ha producido el *baby boom* de la gestación subrogada. (p. 9)

Hablar de derechos reproductivos, entonces, es poner en evidencia la tensión existente entre el turismo y el exilio reproductivos, es mostrar que el desplazamiento puede tener su origen en la necesidad de acceso a un derecho reconocido por un Estado y evitar una acción ilegal en el propio país de residencia.

Poner el acento en el turismo reproductivo conlleva un sesgo negativo, es asociarlo con un aspecto comercial, con el consumo o la diversión, resaltando la desigualdad socioeconómica entre quienes buscan hacer valer sus derechos reproductivos mediante la GS y las mujeres que ponen su cuerpo al servicio de quienes solicitan un hijo. En cambio, para muchos autores, poner el foco en el exilio reproductivo es evidenciar la necesidad de una regulación que contemple los derechos reproductivos de todos y, al mismo tiempo, considerar las experiencias subjetivas asociadas a los desplazamientos reproductivos, ya que estos viajes globales tienden a ser frustrantes, empobrecedores y atemorizantes para los requirentes (Inhorn y Patrizio, 2009; Matorras y Pennings, 2005; Nebeling Petersen, 2016; Präg y Mills, 2017).

En síntesis, el conjunto de aspectos políticos y también emocionales involucrados en este tipo de desplazamientos ha llevado a referirse a ellos con la denominación de “exilio reproductivo” en lugar de hablar de “turismo reproductivo”, cuyas connotaciones están ligadas a los viajes de ocio y placer, e incluso a otras más neutrales como “cuidados reproductivos transnacionales” (Beeson, Darnovsky y Lippman, 2015; ECASRM, 2013; Inhorn, 2018; Matorras, 2005; Präg y Mills, 2017; Van Beers, 2014). Los desplazamientos para acceder tanto a las “viejas” (píldoras, abortos) como a las “nuevas” tecnologías reproductivas (donación de gametos, inseminación

artificial, gestación subrogada) representan una forma de exilio político, definido como una expulsión directa o indirecta del territorio nacional como resultado de diferentes grados de hostilidad institucional (Roniger, 2010), que pueden llegar a incluir, como sucede con las dificultades asociadas a la obtención de nacionalidades y pasaportes tras los procesos de gestación subrogada, la suspensión de los derechos de ciudadanía (Pérez Navarro, 2019); tal es el caso cuando los padres llegan con sus hijos a su país de origen y no se les permite inscribir a los nacidos como sus propios hijos.

2. ¿Derecho reproductivo o comercialización del cuerpo?

Surgen como consecuencia posturas a favor y en contra de la legalización de la gestación subrogada que parecen irreconciliables (García Capilla y Cayuela Sánchez, 2020).

La posición que sostiene priorizar los derechos reproductivos, con el foco en la voluntad procreacional y la capacidad de elección de quien gesta, es la que se articulará con las posiciones en cuanto a la legalización o la prohibición.

Algunos autores destacan que la prohibición total de la subrogación comercial internacional está mostrando no dar resultado, ya que, ante la prohibición, el proceso de GS se desplaza en el mundo, generando una nueva polarización capitalista entre países desarrollados y poderosos y países “proveedores” (Henaghan, 2013). De este modo, la única forma de protección de los derechos de todos los involucrados es la implementación de contratos rigurosos

que establezcan con claridad las responsabilidades, derechos y obligaciones de las partes. La existencia misma de un contrato da lugar a la representación de quienes hablan de comercialización del cuerpo, lo que genera un retorno al concepto de autodeterminación y sujeción.

France Winddance Twine, en su libro *Outsourcing the Womb: Race, class and gestational surrogacy in a global market* (2015), se pregunta cómo la GS puede generar tanta ambivalencia, controversia, hostilidad y ansiedades e igualmente ser legal en tantos países. Asimismo, realiza un análisis crítico y feminista –según la autora– de la técnica, a partir del análisis de los contextos sociales, morales, políticos, legales y religiosos que dan forma a su interpretación e implementación. Para ello, compara las distintas políticas y regulaciones que rigen la GS en distintos países, mostrando el complejo rol que cumplen los factores mencionados, haciendo foco en quiénes deberían tener acceso a las tecnologías para realizar esta práctica. Destaca cómo las religiones manejan el acercamiento y el uso de estas técnicas, cómo es conceptualizada y elaborada la infertilidad y si se trata de cuestiones en las que corresponde que intervenga el Estado o no. Esta autora se vale del concepto de “reproducción estratificada” para criticar el uso comercial de la GS, así como las relaciones de poder y las diferencias sociales que son instituidas e instituyentes en tanto restringen el acceso de algunos a la práctica y privilegian el acceso de otros. El concepto de “reproducción estratificada” da cuenta, entonces, de cómo tareas relacionadas con la reproducción, ya sean sociales y/o físicas, son logradas de formas muy distintas. Estas diferencias en su resolución se adecúan a desigualdades basadas en diferencias de clase, etnia, género, raza, etc. Gestar, criar y encargarse de la

socialización de niños y niñas es una experiencia completamente distinta, valorada y premiada de formas muy diferentes, dependiendo de la inequidad al acceso a materiales y recursos sociales, particularmente en ciertos contextos históricos y culturales.

En relación con la vulneración de derechos, distintos sectores se han preocupado progresivamente por el bienestar de todas las partes involucradas en los contratos o arreglos de GS. Se han planteado cuestiones relacionadas con el bienestar de la gestante y de la persona por nacer, se ha denunciado la explotación de las mujeres o se ha hablado de venta de bebés, la mercantilización del ámbito familiar (Berend, 2012). Palattiyil (2010) señala que las mujeres que trabajan como gestantes en esta industria reproductiva comercial parecen tener poca comprensión de sus derechos, en términos de su propia salud y bienestar. Si bien no hay evidencia de investigación concluyente de que las mujeres ignoren los riesgos de la GS (Bromfield y Smith Rotabi, 2014), se plantea la dificultad de establecer con claridad los límites del conocimiento o comprensión alcanzado, sobre todo cuando la asimetría social o cultural es extrema. Esto puede llevar a una visión sesgada occidental en relación con los consentimientos informados que se firman, lo que generaría una limitación –o incluso imposibilidad, en algunos casos– para garantizar dicha comprensión por la parte más vulnerable.

Desde la psicología, la intervención de especialistas que puedan acompañar el proceso, orientar y evaluar a las partes podría reducir los riesgos y preocupaciones mencionados anteriormente, es decir, el rol del psicólogo no debe limitarse a la evaluación, sino que debe ser central como regulador y facilitador de todo el proceso de GS.

3. ¿Legislar o prohibir?

Como sabemos, hay posturas a favor y en contra de la legalización de la gestación subrogada que parecen irreconciliables. Se tiende a pensar en la prohibición como una forma de garantizar el cuidado de las mujeres gestantes y así evitar el sesgo de clases. Esta tensión entre legislar o prohibir y/o la ausencia de una regulación pierde de vista que el deseo moviliza y que los futuros padres buscarán la forma de hacer valer sus derechos reproductivos, aunque esto implique un exilio reproductivo. Esto evidencia que la prohibición total de la subrogación comercial internacional está mostrando no dar resultado, ya que, ante la prohibición, el proceso de GS se desplaza, generando una nueva polarización capitalista entre países desarrollados y poderosos y los países “proveedores” (Henaghan, 2013).

La gestación subrogada se ha convertido en uno de los temas de inflexión o de ruptura del movimiento feminista a nivel internacional. Para Álvarez Plaza, Olavarría y Parisi, R. (2017) existen posiciones divididas en cuanto a si el acto de delegar en otra mujer (persona) –de una clase social, país u origen étnico distintos o subordinados– la gestación de un niño es un proceso que se sustenta en la autodeterminación del cuerpo femenino o si, por el contrario, se trata de un nuevo medio de explotación patriarcal. Entre estos dos extremos podemos encontrar multiplicidad de matices y posturas.

En España, la GS no es legal, pero hay organizaciones que trabajan en pos de su regulación: la Asociación por la Gestación Subrogada en España (AGSE) y la Asociación Son Nuestros Hijos. En julio de 2015, un grupo de académicas, filósofas y juristas feministas lanzó un manifiesto creando la plataforma No somos Vasijas,

adhiriendo a la campaña internacional Stop Subrogation Now. Otras feministas consideran que se debe respetar la libertad individual y no juzgar cuando se toma la dura decisión de alquilar el cuerpo o prostituirse. Prostitución y gestación subrogada suelen dividir al feminismo.

En el año 2016 aumentaron las tensiones entre grupos feministas, por un lado, y el colectivo LGTB y las empresas de subrogación, por el otro. El Partido Feminista de España denuncia a los organizadores de la “feria de gestación subrogada en España”, por considerar que es una práctica similar a la prostitución y que comercia con seres humanos. Al mismo tiempo, COGAM, colectivo de lesbianas, *gays*, transexuales y bisexuales de Madrid, inició la recogida de apoyo entre organizaciones para promover una campaña que legalice la gestación subrogada en España e iniciaron contactos con partidos políticos.

El Parlamento Europeo condena la práctica de la GS, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como una materia prima. Considera que debe prohibirse esta práctica, que implica la explotación de las funciones reproductivas y la utilización del cuerpo con fines financieros o de otro tipo, en particular en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo, y pide que se examine con carácter de urgencia en el marco de los instrumentos de derechos humanos (Parlamento Europeo, 2015).

En Argentina, destaca Johnson (2020), el eje de fractura al interior del feminismo está dado en la regulación/prohibición como estrategia política. Las voces más presentes son las jurídicas, que retoman discursos del feminismo, pero se centran en los derechos reproductivos,

en las nuevas formas de filiación y en la GS. También existen posturas críticas que denuncian el trabajo reproductivo de la gestación subrogada como opresivo. Dora Barrancos (Citada por Johnson, 2020, p. 282), feminista y académica, lo cuestiona por su carácter eugenésico y racista, pero lo diferencia del trabajo sexual y reproductivo y también del aborto porque lo entiende como una demanda que se basa en la dignidad del propio cuerpo, aspecto que ella entiende que en la GS es vulnerada. Así y todo, la práctica se realiza en nuestro país y requiere de una autorización judicial previa. Esta forma legal sirve para evitar la explotación de la mujer y conlleva un proceso de asesoramiento y evaluación psicológica en el que se le ofrece a la gestante toda la información sobre el proceso –desventajas, inconvenientes– y se evalúa si hay coerción en la toma de decisiones y la motivación para gestar. Durante este proceso, la mujer suele afirmar o refutar su decisión.

4. ¿Explotación patriarcal o autonomía?

Desde los feminismos se pone el foco en la explotación patriarcal; hablar de la libertad contractual y de la autonomía de los consentimientos informados es expresión de la misma explotación patriarcal. Sin embargo, se aboga por la autonomía de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo, decisión que divide las aguas en el caso de la gestación subrogada. Esto nos llevó a preguntarnos ¿qué es la autonomía? ¿Qué significa ser autónomo?

La autonomía es una capacidad –competencia o aptitud– de las personas y, como tal, admite desarrollos variados que pueden condicionar fuertemente su ejercicio. Esto hace que sea tan difícil afirmar de alguien que no tiene,

en absoluto, autonomía como afirmar que tiene una autonomía máxima.

En un extremo, Martínez Otero (2017) nos alerta de una hipertrofia del principio de autonomía en determinados contextos y nos advierte que esto se debe a la pretendida justificación de la legalización de nuevas opciones para el sujeto, como la maternidad subrogada, la venta de órganos, la eutanasia o la congelación de gametos para posponer la paternidad. Para este autor, la legalización de determinadas opciones puede resultar perjudicial para las personas afectadas, perpetuando situaciones de dominio de unos sobre otros. Subraya la importancia de reconocer la indisponibilidad de determinados bienes y derechos humanos y afirma que “un acento excesivo o exclusivo en la autonomía de las personas, que se olvida del objeto de la decisión y de otras realidades y circunstancias concurrentes, puede resultar claramente perjudicial (Martínez Otero, 2017, p. 330). En síntesis, al poner el acento en el concepto de la hipertrofia del principio de la autonomía pretende dar cuenta de que la autonomía no es cien por ciento pura, que está condicionada por ciertas circunstancias que muchas veces resultan perjudiciales para el sujeto; destaca que en el caso de la GS son muy pocas las mujeres que se ofrecen para gestar de manera altruista y considera que la mayor parte de ellas están condicionadas por circunstancias perjudiciales. En el otro extremo se encuentra la posición de Lamm (2012), abogada feminista y académica, quien considera que un sujeto puede tomar decisiones basadas en su capacidad de decidir, es decir, con autonomía. Para decidir libremente el sujeto debe estar bien informado. Para esta autora, “en la medida en que el contrato de subrogación es un acuerdo voluntario y libre no hay por qué hablar de explotación, ni aun interviniendo dinero. El argumento de la explotación es paternalista y subestima la capacidad de consentir de la mujer” (Lamm, 2012, p. 8).

5. Entonces, ¿elegimos libremente?

Silvina Álvarez (2012) habla de la existencia de un umbral en la autonomía: se trata del límite entre el sujeto autónomo y el sujeto no autónomo. Toma el concepto de “autonomía personal” y un elemento central, que es el contexto de relaciones de la teoría feminista para pensar el concepto de “autonomía relacional” sin renunciar a otros elementos, entre los que destaca las “opciones relevantes”, es decir, la presencia de cursos de acción, de oportunidades, que la persona es capaz de reconocer como propuestas no solo viables, sino también legítimas para sí misma. Esta autora destaca el hecho de que las personas se constituyen como tales en un contexto de interdependencia, lo que pone en evidencia la imbricación que nuestras decisiones tienen. Además, en la mayor parte de los casos nos encontramos con sujetos que tienen mayor o menor capacidad reflexiva, que al momento de establecer sus preferencias están psicológicamente más o menos externamente condicionados y que actúan en escenarios cuyos estímulos contextuales y relacionales los ayudan a construir opciones más o menos plurales.

Desde esta perspectiva, la autonomía es la capacidad –competencia o aptitud– gradual de las personas y, como tal, admite desarrollos variados que pueden condicionar su ejercicio. Tener más o menos autonomía dependerá de la convergencia de condiciones internas y externas al sujeto. Estas condiciones son: **racionalidad**, que es una condición subjetiva/interna. **Independencia**, que es una condición DUAL porque es interna– decidir por uno mismo– y externa –la posición que el sujeto ocupa en su entorno y tipos de relaciones que entabla (contexto y relaciones interpersonales)–; esta condición encierra una importante dimensión relacional y debe entenderse como la capacidad

para tomar decisiones sobre la base de las propias preferencias. Por último, las **opciones relevantes** (condición externa), que son los factores que conforman el escenario de toma de decisiones de una persona. Requieren que las oportunidades sean percibidas como legítimas y viables para sí; solo de este modo un curso de acción podrá ser identificado, seleccionado y llevado a cabo por el agente autónomo.

Finalmente, ¿cuál es la medida del condicionamiento que el concepto de “autonomía” puede soportar sin desvirtuarse? Muchas mujeres tienen ante sí una gama de opciones que dista mucho del pluralismo ideal para el desarrollo de una autonomía plena. Sin embargo, la autonomía se desarrolla a través de la interacción que los aspectos más marcadamente internos o subjetivos – principalmente la racionalidad, pero también la independencia– mantienen con los aspectos de mayor ascendencia externa u objetiva (la independencia y las opciones). Aunque se presente mermada, la capacidad de decisión tiene un valor intrínseco que difícilmente se pueda soslayar. Tal vez debamos apelar a ese entramado de ideales y valores que envuelven la autonomía para poder evaluar en cada caso si estamos más cerca o más lejos de ella. Tal vez, para determinar el umbral de autonomía debamos indagar, también y en cada caso, en su ejercicio contextual y relacional (Álvarez, 2012, p. 23).

6. ¿Gestación solidaria o gestación remunerada?

El lenguaje pone en evidencia las representaciones y las construye mediante procesos psicosociales. El empleo de “maternidad subrogada” o “vientre de alquiler” es frecuente en determinados ámbitos, incluso académicos.

Dichas nominaciones no resultan inocentes. Llamar a esta práctica “maternidad subrogada” subyace la creencia de que lo que se subroga es la “madre”, entendida como la mujer que gesta y pare, lo que pone en evidencia la vigencia de la ecuación mujer = madre. Ecuación que ubicó a la mujer en el lugar de cuidadora, desentendiéndose del deseo que la habita. Profesionales reconocidos en el ámbito de lo perinatal (Oiberman, 2005) destacan la inexistencia del denominado “instinto materno”, señalando al maternaje como una construcción que se desarrolla, es decir, cuando no hay voluntad de procrear, sino de gestar para otros, no deberíamos hablar de “maternidad”.

Hablar de “vientre de alquiler” esconde la creencia de que el cuerpo de la mujer “se alquila” o se convierte en una “vasija” en el que se deposita la cría de los hombres que la explotan.

Ambas acepciones desestiman la voluntad, la decisión y la autonomía de la mujer que elige libremente y sin coerción gestar para otro.

Además, en el caso de la GS, la función de cuidadora que una mujer ejerce, de manera gratuita cuando gesta para sí misma, entra en tensión con la noción de “trabajo reproductivo”, ya que esta práctica es motivo de una compensación económica que será acordada entre las partes que intervienen en el proceso. La mediación del dinero nos invita a interrogarnos sobre qué genera la gestación: ¿una deuda simbólica? ¿Un ingreso económico?

Si la gestación es remunerada, el ingreso económico es medible, puede controlarse. Pese a eso, en la práctica siempre se generan situaciones controversiales que suelen desbordar los acuerdos existentes. Pero si la gestación es totalmente altruista, se genera una deuda simbólica que es imposible medir. Entonces, muchas veces, para los jueces es positivo que sea un familiar o una amiga quien lleve la

gestación para los requirentes, pero desde la psicología no sabemos muy bien cuál es el peso de la deuda simbólica que genera esta técnica y, por lo tanto, nos resulta imposible medir su alcance o consecuencias en el seno familiar.

A modo de cierre

Repensar la GS desde una perspectiva feminista implica muchos desafíos. Ante todo, entender que no existe “el” feminismo sino “los” feminismos, y que no es posible pensarlo por fuera de un capitalismo global, cómo incide en la manera de pensar, en las creencias, en la cultura, en las subjetividades; es entender qué es la autodeterminación en un sistema globalizado y de qué manera nos determina.

El recorrido por las tensiones que se reflejan a favor y en contra de la GS nos permite comprender que cada postura implica un marco político, ético o cultural específico. Por las características de esta técnica de reproducción su aplicación afecta los derechos de actores diversos que son reflejo de cada sociedad, con sus desigualdades y formas de dominación. Se juegan en la GS las mismas batallas que en otros ámbitos donde se requiera de la mediación del Estado para definir derechos y obligaciones fijando un marco regulatorio específico, pero el acceso internacional replica también las diferencias entre los países según su nivel de desarrollo.

A veces pareciera que, desde el primer contrato de gestación en 1985, se ha avanzado en círculos donde cada avance para alguno de los actores involucrados trae aparejado un retroceso para otros. A modo de ejemplo la creación de centros especializados facilita el acceso a los comitentes, pero al mismo tiempo promueve la comercialización de la técnica. Así continuará, buscando el

equilibrio, lo que no implica necesariamente el resguardo de todas las partes o la solución de mayor equidad ya que, como hemos señalado hay una enorme asimetría entre las partes.

Gestar para otros representa una clara disociación entre la capacidad biológica y el deseo de formar una familia, así como la aparición de los anticonceptivos marcó la línea entre sexualidad y reproducción. La maternidad, como mandato o como elección, será otra vez motivo de debate. Se actualizan las voces de los feminismos ya que – justamente- han sido ellos los que plantearon el tema a lo largo de la historia, luchando por la incorporación de la mujer en todos los ámbitos de la sociedad sacándola del único rol de cuidadora que le fuera otorgado desde el patriarcado. Al mismo tiempo, algunas perspectivas feministas dejan por fuera las ma/paternidades trans, donde aparece la controversia sobre el significado de ser mujer y los que esto representa.

No podrán ser articuladas todas las voces, pero como profesionales de la salud, es necesario poder escucharlas y hacerles lugar. Visibilizar las controversias y las tensiones nos ayudará a alcanzar -en el ejercicio de nuestra actividad- una posición ética desde la cual elijamos desempeñarla y la forma en que decidamos involucrarnos en los tratamientos de GS.

Referencias bibliográficas

Álvarez, S. (2012). La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones. *Seminario de la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo*.

Álvarez Plaza, Rivas Rivas, Jociles Rubio (2019) Vínculos y contactos socio afectivos de las familias españolas con gestantes por sustitución de Estados Unidos, Canadá y Ucrania. En: *Gestación Subrogada Principales cuestiones civiles, penales, registrales y médicas. Su evolución y consideración (1988-2019)* Primera Edición pag. 779.792. Madrid: Editorial DYKINSON, S.L

Álvarez Plaza, C.; Olavarría, M. E.; Parisi, R. (2017). *Repensando el feminismo: el debate de la gestación subrogada en México, España e Italia*. Dada Revista de Antropología post-globale, semestral n. 2.

Beeson, D., M. Darnovsky y A. Lippman. 2015. "What's in a name? Variations in terminology of third-party reproduction", *Reproductive BioMedicine Online*, 31(6): 805-814.

Berend, Z. (2012). The romance of surrogacy. *Sociological Forum*, 27(4), 913–936.

Bromfield, N. Smith Rotabi, K (2014) Global Surrogacy, Exploitation, Human Rights and International Private Law: A Pragmatic Stance and Policy Recommendations. *Global Social Welfare* 1(3):123-135. DOI: 10.1007/s40609-014-0019-4.

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Editorial Gedisa; España

De Miguel, A. (2011). Los feminismos a través de la historia. Publicado en el Periódico Feminista *Mujeres en Red*.

Recuperado:

<https://web.ua.es/es/sedealicante/documentos/programa-de-actividades/2018-2019/los-feminismos-a-traves-de-la-historia.pdf>

ECASRM (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine). 2013. "Cross-border reproductive

care: A committee opinion”, *Fertility and Sterility*, 100(3): 645-650 (enlace).

Firestone, S. (1970) *La dialéctica del sexo*. Kairós, Barcelona, 1976.

Friedan, B. (1963) *La mística de la femineidad*. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Recuperado: <http://www.mindefensa.gob.ve/CIEG/wp-content/uploads/2018/08/La-mistica-de-la-feminidad-betty-friedan.pdf>

García Capilla, D.; Cayuela Sánchez, S. (2020) Aspectos bioéticos de la gestación subrogada comercial en relación con la madre portadora: el conflicto entre los principios de justicia y autonomía. *Revista de Filosofía*. 45 (1) 2020: 27-46

Henaghan, M. (2013). International surrogacy trends: How family law is coping. *Australian Journal of Adoption*, 7(3). Recuperado: <http://www.nla.gov.au/openpublish/index.php/aja/article/view/3188>.

Inhorn, M. C. 2018. Searching for Love and Test-Tube Babies: Iraqi Refugee Men in Reproductive Exile on the Margins of Detroit, *Medical Anthropology. Cross-Cutlural Studies in Health and Illness*, 37: 145-157.

Inhorn, M. C. y P. Patrizio. 2009. “Rethinking reproductive “tourism” as reproductive ‘exile.’”, *Fertility and Sterility*, 92(3): 904-906.

Johnson, M. C. (2020). *Las TRHA y los debates en la academia feminista sobre reproducción: relaciones de poder y tecnología*. En *Feminismo/s*, 35 (junio 2020): 263-289. DOI: 10.14198/fem.2020.35.10

Lamm, E. (2012). *Gestación por sustitución. Realidad y Derecho, Indret: Revista para el análisis del Derecho*, núm. 3.

Martínez Otero, J. M (2017). *La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético*. En Cuadernos de Bioética XXVIII 2017/3^a

Matorras, R. 2005. “¿Turismo reproductivo o exilio reproductivo?”. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 22(2): 85.

Matorras, R. y G. Pennings, G. 2005. “Reproductive exile versus reproductive tourism (multiple letters) [1]”, *Human Reproduction*, 20(12): 3571-3572.

Millett, K. (1970). *La Política sexual*. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Recuperado: <https://revistaemancipa.org/wp-content/uploads/2017/09/Kate-Millett-Politica-sexual.pdf>

Nebeling Petersen, M. 2016. Becoming Gay Fathers Through Transnational Commercial Surrogacy, *Journal of Family Issues*, 39(3): 693-719.

Oiberman, A. (2003) Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate* (5), 115-129. DOI: 10.18682/pd.v5i0.456.

Oiberman, A. (2005). *Nacer y después...Aportes a la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: JCE. Juan Carlos Esquivel.

Palattiyil, G. B. (2010). Globalization and cross-border reproductive services: Ethical implications of surrogacy in India for social work. *International Social Work*, 53(5), 686–700.

Parlamento Europeo. (2015). *Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de diciembre de 2015, sobre el Informe anual sobre los derechos humanos y la democracia en el*

mundo (2014) y la política de la Unión Europea al respecto (2015/2229(INI)).

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2015-0470_ES.html.

Präg, P., y M. C. Mills. 2017. “Assisted Reproductive Technology in Europe: Usage and Regulation in the Context of Cross-Border Reproductive Care”, pp. 289-309 en *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences* editado por M. Kreyenfeld y K. Dirk. Berlin: Springer

Roniger, L. 2010. “Exilio político y democracia”, *América Latina Hoy*, 55: 143-172.

Twine, F. W. (2015): *Outsourcing the Womb. Race, Class and Gestational Surrogacy in a Global Market*, Nueva York, Routledge.

Van Beers, B.C. 2014. “Is Europe ‘giving in to baby markets?’ Reproductive tourism in Europe and the gradual erosion of existing legal limits to reproductive markets”, *Medical Law Review*, 23(1): 103-134

Capítulo 4

Una línea de fuga en la Gestación Subrogada

Mariela Rossi y Ludmila Jurkowski

*Se podría decir que la gestación por sustitución
es “el «chivo expiatorio»
de las nuevas técnicas de reproducción,
con el que se trata de buscar una válvula de escape
ante la desazón que se siente ante ellas en su conjunto”*
Pantaleón, 1993, p.134

En los últimos años en Argentina han comenzado a publicarse artículos y libros de psicología acerca de la gestación subrogada (GS) (Navés et al., 2018, Rossi & Jurkowski, 2020). Estos surgen ante la vacancia de conocimiento y desde la necesidad de nuestra práctica clínica de comenzar a pensar y ordenar nuestro lugar como profesionales de la salud mental en el tema. Algunxs de quienes hemos participado en estas publicaciones, hacemos hincapié en la importancia de la regulación de la GS para poder generar un marco legal que ordene y en el cual el rol del psicólogx esté integrado dentro de un trabajo interdisciplinario. En general, existe escasa bibliografía en español acerca del rol del psicólogo en esta práctica, en las guías internacionales como la de la American Society for

Reproductive Medicine (ASRM), la evaluación psicológica previa de la potencial gestante es fuertemente recomendada y se encuentran descritas diversas áreas a sondear (ASRM, 2017). Los artículos científicos publicados hacen foco principalmente en lxs nacidos y sus familias (Golombok et al., 2011. Söderström-Anttila et al., 2016)), y los pocos centrados en las gestantes, muestran diferencias en el bienestar de estas cuando se comparan países de altos ingresos que tiene prácticas reguladas con los países de bajos ingresos, donde los autores recomiendan proveer acompañamiento y apoyo, especialmente durante el embarazo (Lamba, et al. 2018. Ahmari Tehran, et al. 2014. Fazli Khalaf, et al. 2008). Discutir la literatura internacional es importante ya que da una idea de las posibles implicancias de la práctica y sirve como marco de referencia, pero como se ha visto, las diferencias culturales inciden en la misma. Acerca de estas diferencias, antropólogas españolas afirman que “El marco cultural de la gestación por sustitución en el país de destino va a condicionar las relaciones sociales y afectivas entre los padres intencionales y las gestantes” (Álvarez Plaza et al; 2019, p. 788).

Este fue uno de los motores para realizar publicaciones que incluyan nuestro contexto sociocultural y económico: el latinoamericano, contemplando que existen grandes diferencias dentro del mismo territorio incluso dentro de un mismo país. La GS es una práctica compleja por la cantidad de actores y variables involucradas, y las dificultades que pueden aparecer no residen solamente en la falta de regulación.

Consideramos que se ha generado una grieta a partir de los argumentos radicales que abogan por la abolición de

la práctica, por un lado, y por el otro, del contrato privado entre partes, perdiendo según nuestro entender, la riqueza de la diversidad de voces y posiciones. Estas miradas enfrentadas sostienen discursos binarios cuyo foco se encuentra puesto, ya sea en la sacralización del cuerpo femenino o su autonomía, en ocasiones, facilitando la banalización de una práctica por demás compleja, como afirman Álvarez Plaza y colaboradoras (2019), se trata de un debate politizado lleno de presupuestos y prejuicios.

Por este motivo, el objetivo de este trabajo es intentar romper con el dualismo y plantear un debate constructivo que contemple los matices existentes entre ambas miradas.

Este texto surge a partir de un encuentro trasandino entre colegas argentinas, chilenas y peruanas quienes nos vimos convocadas ante la apuesta de conversar y pensar más allá de los dualismos.

El lenguaje, los binarismos y el estructuralismo

La propuesta es poder abrir interrogantes que no deriven en constructos unívocos que cierran sentido y tranquilizan, sino abrir preguntas que generen incomodidades y que puedan comenzar a revisar nuestra propia manera de pensar al parentesco, las familias, las femeneidades, las masculinidades, la pareja heterosexual y a las infancias. Como latinoamericanxs y muchxs como profesionales de la salud, estamos acostumbradxs y casi repetimos sin variación alguna, todo posicionamiento

eurocéntrico respecto de estos temas. Según Enrique Dussel (1992), América ha sido encubierta y con ella nuestra mirada acerca de lo que es el parentesco, las familias, el acceso a la racionalidad y modernidad.

Este posicionamiento eurocéntrico que ha conquistado nuestro inconsciente colectivo sienta sus bases sobre un pensamiento estructuralista. Este pensamiento nombra, clasifica y determina las relaciones que se establecen entre lxs sujetxs. El pensamiento estructuralista tiene sus raíces en la lingüística de Saussure, la antropología de Levis Strauss y por último en el psicoanálisis de Lacan. Para el lenguaje las cosas son o no son, tal es así que ante una nueva situación preguntamos: ¿Qué es? ¿Acaso se es antes de existir? ¿Los vínculos se determinan antes que se generen? Para el estructuralismo los términos producen las relaciones: “es madre porque gesta”, “es madre quien pare”, “vas a ser padre”, “es una nena”, “es un varón”. Este modo deja siempre algo por fuera, se es nena entonces no se es varón. Se está embarazada, entonces se es madre. Quien no gesta, no es madre. Desde esta perspectiva concebimos al parentesco, a las funciones maternas y paternas y a los lazos filiatorios. La perspectiva estructural ha permitido pensar el parentesco a partir de una serie de leyes fundantes, posiciones y como un sistema de diferencias (May, 2019). Por otro lado, Judith Butler llama “estructuralismo performativo” al que nos lleva a pensar en la dimensión performativa en tanto prácticas, la dinámica de los vínculos y los quehaceres (los *hacer qué*) (May, 2019). Los vínculos se hacen en las prácticas y no preexisten (May, 2019). Situarnos hoy en las teorías post estructuralistas es cuestionar que las cosas sean, más bien, lo que proponen

estos teóricos es que las cosas no son, sino que devienen (Deleuze,1989). Lo mismo aplica cuando se nombra al “Feminismo” como movimiento unitario. ¿El Feminismo, es uno solo? Nombrarlo así deja por fuera todos los movimientos feministas que componen aquel colectivo de mujeres y disidencias, es dejar por fuera las intersecciones que tanto enriquecen. ¿Acaso no existen varios feminismos? Eleonora Lamm (2018) afirma que “como sostiene Judith Butler, el nosotros feminista es siempre y exclusivamente una construcción fantasmática ... y se crea solo a través de la exclusión de alguna parte del grupo que al mismo tiempo intenta representar” (p.189).

El siglo XXI se ha convertido en una época donde, en palabras de Alizade (2016), “*tener un hijo es un derecho*”. Este mismo siglo ha sido testigo de grandes conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos. En Argentina hemos adquirido derechos tales como: el surgimiento de la píldora, la ley de divorcio, de matrimonio igualitario, de identidad de género, de educación sexual integral, de cobertura en materia de reproducción médicamente asistida y por último, la recientemente aprobada Ley de Interrupción voluntaria del embarazo. Muchas de estas conquistas no hubieran sido posibles sino fuera por los cambios sociales, las luchas de los movimientos de mujeres y disidencias, y los avances en materia legal y de biotecnologías los cuales nos vuelven hoy privilegiadxs de contemplar y reflexionar sobre sus efectos en las subjetividades. A esto debemos sumarle el auge de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) que avanzan sobre los cuerpos y las subjetividades, profundizando una escisión sobre la sexualidad, la reproducción y parentalidad conduciéndonos

a revisar categorías asociadas como son la “maternidad y feminidad” y la “paternidad y función paterna”. Para esto, debemos volver a pensar en la diferencia sexual, comenzando así a cuestionar dualismos que hoy ya nos quedan cortos (Glocer Fiorini, 2015). El debate acerca de la GS no escapa a este pensamiento binario ya que gira en torno a conceptos tales como “alquiler de vientre” o “gestación solidaria”. Para poder salirnos de esta encerrona, pensamos que es interesante primero describir brevemente ambas posturas para luego hacer lugar a líneas de fuga que permitan aproximaciones más inclusivas.

Lo prohibido y la explotación: ¿Cuál es el feminismo que se opone a la regulación de la Gestación por Sustitución?

Existen determinados sectores dentro de los feminismos que se oponen radicalmente a la gestación por sustitución dado que la consideran una práctica que explota y lucra con los cuerpos de las mujeres. Existen asociaciones internacionales como “Stop Surrogacy Now” y “No somos vasijas” de España, que abogan por la prohibición de la GS afirmando que es una violación grave contra los derechos humanos de las mujeres y los niños. La consideran una práctica de cosificación y abuso del cuerpo de las mujeres, particularmente aquellas de bajos recursos. A su vez, consideran que se utilizan eufemismos para idealizar una práctica que asemejan a la compra y venta de niños dentro de una lógica del mercado neoliberal, sosteniendo así una desigualdad estructural, nombrándola como “tráfico reproductivo” (No Somos Vasijas). Con relación al

altruismo, creen que el mismo no evita “la mercantilización, tráfico y las granjas de mujeres” y que a su vez favorece la práctica comercial y que, de todos modos, no puede asegurarse que no haya algún tipo de soborno y presión sobre las gestantes.

Igareda (2018) señala que un sector de los feminismos cuestiona el carácter altruista de la práctica ya que existe compensación económica, aunque, lo que se encuentra muchas veces detrás de este rechazo es “la repulsa moral que una mujer entregue voluntariamente al bebé que ha engendrado durante nueve meses” (Igareda, 2018, p.62). En esta línea se introducen teorías que tienden a poner el foco en los cambios hormonales, fisiológicos y cerebrales que se dan en las mujeres durante la gestación y los efectos negativos que tiene la separación del recién nacido con la madre (Olza, 2019). En la Campaña para parar la subrogación, afirman que “Un embarazo subrogado rompe intencionalmente el vínculo materno natural que se produce en el embarazo”, considerándolo, como dicen en “No somos vasijas”, un ejemplo de violencia obstétrica extrema.

En estos manifiestos además afirman que: “Usar los úteros como objeto de comercio refuerza el estereotipo de las mujeres como fábricas de niños” y al mismo tiempo que la GS implica que las mujeres que se “alquilan” para gestar hijos ajenos renuncien a un derecho básico de filiación, y agregan que consideran al parto como señal inequívoca de maternidad y que el recién nacido no importa de dónde haya venido el óvulo: madre es la mujer que lo gestó y lo parió.

Luisa Muraro, filósofa y feminista italiana, es una de las pensadoras que abogan por la abolición de la práctica y fundamenta que se legisla para aquellos que más tienen y

según las leyes del mercado. Considera que “con la maternidad subrogada, el deseo debe encontrar primero el dinero para realizarse” (Muraro, 2016, p.17), que la GS se trata de una “apropiación de criaturitas”, y que quien gesta es madre y que sólo esa persona, en casos de adopción, puede renunciar a ese derecho (Muraro, 2016). Carole Pateman (1995) señala que la maternidad no solo consiste en la capacidad fisiológica de una mujer de gestar, sino que a su vez dicha capacidad se encuentra íntimamente ligada a su condición femenina. Siendo el útero determinante en la construcción de la subjetividad femenina es imposible el armado de un contrato donde se lo pueda alquilar, separar, escindir o formar parte de una prestación de servicios (Sánchez Martínez, 2016). De esta forma reconocer la autonomía para poder gestar para otrxs en un modo de apropiación por parte del patriarcado del cuerpo de las mujeres (Sánchez Martínez, 2016).

Quiénes están a favor de regular y de la autonomía de los cuerpos

Muchas de las feministas a favor de la GS sostienen que la práctica viene a demostrar que la gestación y la crianza no implican lo mismo (Lamm, 2018). Esto reivindica la necesidad de desbiologizar el destino regulando una práctica que viene a romper con el supuesto: madre es quien da a luz. A su vez, un sector de los feminismos celebra que esta práctica permite romper con la lógica heteronormativa y de cuidados destinadas solo a mujeres, ya que hoy varones solos o parejas de varones pueden acceder a la ampliación de su familia por este medio estando a cargo de la crianza de aquellos nacidos. De esta manera la ven como una práctica liberadora ya que la

maternidad no aparece indisolublemente asociada a la gestación ni los cuidados asociados a las mujeres. Por supuesto que la idea no es pararse de una vereda ni otra, se entiende que el proceso de la gestación puede resultar placentero para muchas mujeres, pero no para todas. Existe poca evidencia de cuál es el impacto psicológico que tiene en gestantes el procedimiento. Lo que se ha recolectado proviene en gran parte de países occidentales quienes concluyen que tanto las mujeres gestantes como los hijos/as de estas no padecen efectos negativos y tienen percepciones positivas del procedimiento (Golombok et al. 2011. Söderström-Anttila et al., 2016). La evidencia también nos muestra que debemos contemplar las diferencias entre aquellos países con mayores ingresos donde la equidad entre gestante y las partes es mayor e incluso la aceptación social de la gestación por sustitución facilita el bienestar de las personas gestantes y sus familias (Lamba et al., 2018. Ahmari Tehran et al., 2014).

Cómo salirnos de esta grieta

Salirse quizás implique volver a revisar nuestro lenguaje, nuestra formación, conceptos que damos por sentado sin revisar ni cuestionar. El paradigma de la complejidad propuesto por Edgar Morin (1988) y el concepto de interseccionalidad planteado por Deleuze y Guattari (1994), podrían ser términos para pensar diversas formas de armar familia que constituyen líneas de fuga de una centralidad ocupada por la familia nuclear heteronormativa y la reproducción espontánea. Debemos poder tener en cuenta que ciertas situaciones generan un desafío a las leyes que estructuran lazos sociales vigentes y

que instan a ser revisados. Ya no se trataría quizás de nombrar a las maternidades, paternidades o a la filiación como algo estructurado y fijo, sino de apostar a un devenir de los vínculos novedosos, en palabras de Glocer Fiorini (2015), pensar más allá de los dualismos sin anularlos, poder pensar desde lo diverso.

En cuanto a la GS nos interpela la necesidad de regular una práctica que contemple las particularidades de una sociedad enormemente desigual en un continente arrasado por la pobreza, las diferencias de clases y la persistencia de un patriarcado cuyo poder se encuentra enraizado en lo más profundo del sistema legal, médico y económico (Lamm, 2018). Los feminismos interseccionales plantean que en el campo de los derechos sexuales y reproductivos las mujeres blancas, occidentales y de clase media tienen otro acceso a los mismos. El trabajo realizado por las activistas indígenas y las de color ha sido de crucial importancia al momento de no separar la problemática de reproducción social de los problemas de reproducción biológica. “No es posible separar la política reproductiva de las demandas por la satisfacción de las necesidades básicas, ya que el derecho al control de la reproducción es un derecho vacío sino se cuenta con el derecho a vivir libre de hambre, racismo y violencia” (Nelson, 2015, p.14).

Como decíamos, muchas de las críticas se centran en que en los países en donde está permitida la práctica se vulneran los derechos de las mujeres y se lucra con sus cuerpos. Esta mirada si bien puede ser válida y por tal motivo es menester la regulación de la GS, tiende a infantilizar a aquellas personas que desean gestar para

otrxs. Pensar que todas las personas en condiciones de vulnerabilidad económica no pueden decidir sobre sus cuerpos tiende a simplificar un problema que es mucho más complejo y que requiere una mirada interdisciplinaria para ser abordado. En palabras de Sánchez Martínez (2016), en el “intento de proteger su libertad, las mujeres son tratadas como seres no autónomos” (p.105).

Como dicen las antropólogas españolas, tampoco consideramos que puede ser un “trabajo” mecánico carente de sentimientos (Álvarez Plaza, et al. 2019). Ellas hacen referencia a una empresa española de GS que tiene en su página web el siguiente mensaje para los requirentes: “encuentra a las gestantes más motivadas y cariñosas de los Estados Unidos”. Con esto afirman que se presenta a la GS con un componente de mercado, pero también se trata de desmercantilizar; mostrando que la “gestante es una profesional, pero también es una “cuidadora” provisional de un ser humano y debe mostrar calidez en su función” (Álvarez Plaza, et al., 2019, p. 788).

Por esto nos preguntamos: ¿qué nos pasa con pensar que la persona gestante pueda sentir y generar un vínculo con el bebé que gesta, aunque no sea su hijx?, ¿qué podemos pensar si la persona que gesta dice que “no siente nada”? ¿Qué modificaciones en los vínculos trae la GS?

Los cambios en el cuerpo de la gestante y el puerperio no pueden negarse y posiblemente existan efectos en estos nacidos y nacidas, pero desconocemos cuáles son y si son negativos. La mirada que asume que esto es innegablemente perjudicial, tiende a naturalizar y sacralizar una práctica reforzando en el imaginario social la idea de que existe un instinto maternal a pesar de los esfuerzos de las muchas autoras por señalar la inexistencia de este (Beauvoir, Badinter, Rich). Tanto estas autoras como otras

nos invitan a revisar conceptos tales como el instinto materno y el apego. La teoría del apego desarrollada en los años 50 por John Bowlby enfatiza la importancia de la diada madre-hijo/a, o en quien cumpla la función de cuidado (1951). Una propuesta actual y diversa, podría ser pensar estos vínculos de apego de las y los niños con diversos cuidadoras y cuidadores. Introducir el concepto de función tercera para así salirnos del binarismo madre/padre en tanto funciones maternas y paternas y pensar nuevos modos de vincularnos puede ayudarnos también a correr el eje del determinismo genético y biológico en la filiación y crianza de los niños y las niñas.

Consideraciones finales

La gestación por sustitución y su regulación no pueden ser pensadas sin contemplar el acceso a una justicia reproductiva la cual según Helen Hester en su libro *Xenofeminismo* (2018) no debe reducirse a los esfuerzos por asegurar la anticoncepción o el acceso a la interrupción del embarazo. Sigamos pensando, abriendo preguntas. Apostemos a salirnos del pensamiento binario que cierra sentido, que posiblemente tranquiliza, pero obtura preguntas. Apostemos a descolonizar el parentesco y el lenguaje.

Nos debemos un trabajo interdisciplinario que no se vuelva rígido ni moralizante pero que tampoco mecanice un proceso en el que los aspectos emocionales, psicológicos, fisiológicos y sociales de todxs lxs involucradxs están en juego. Es menester incluir la idea de que es posible que las personas gestantes se impliquen emocionalmente con ese niñx y que necesitamos contemplar modos de abordar y acompañar estas situaciones que de por sí suelen estar

atravesadas por la ambivalencia. Como profesionales de la salud mental carecemos de herramientas y modelos que nos permitan acompañar estos casos. Los modelos de intervención necesitan ser pensados intentando velar por el cuidado de todas las partes involucradas particularmente de los derechos de lxs niñxs por venir y lxs ya existentes.

Queremos terminar citando a Alexandra Kimbal (2020) “Podríamos alinearnos con, en lugar de contra, las gestantes y donantes, y presionar para que las políticas en torno a la reproducción estén diseñadas por ellas, en beneficio de su propia seguridad e intereses” (p. 130).

Quizás esta sea una posibilidad... sigamos pensando.

Referencias bibliográficas

Ahmari Tehran, H., Tashi, S., Mehran, N., Eskandari, N., & Dadkhah Tehrani, T. (2014). Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iranian journal of reproductive medicine*, 12(7), 471–480.

Alizade, M. (2016). *La liberación de la parentalidad en el siglo XXI* en Parentalidades y Género. Su incidencia en la subjetividad. Editorial Letra Viva. Buenos Aires.

Álvarez Plaza, C., Rivas Rivas, A.M., Jociles Rubio, M.I. (2019). Vínculos y contactos socioafectivos de las familias españolas con gestantes por sustitución de Estados Unidos, Canadá y Ucrania. En: Gutiérrez Barrenengoa, A. (Eds). *Gestación Subrogada. Principales cuestiones civiles, penales, registrales y médicas. Su evolución y*

consideración (1988-2019) (pp.779-792). Madrid: Dykinson.

American Society for Reproductive Medicine. (2017). Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 107(2):3-10.

Recuperado:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.11.007>

Bowly, J. (1951). *Maternal Care & Mental Health*. Geneve: OMS.

Declaración: Campaña para parar la subrogación. Disponible en: http://www.stopsurrogacynow.com/wp-content/uploads/2019/10/Stop-Surrogacy-Now-Statement-with-Signatories-LOCKED-Español_2019-10-20.pdf

Deleuze, G. (1989). *El abecedario*, programa de la TV francesa.

Deleuze, G & Guattari, F. (1994). *Mil Mesetas*. Capitalismo y Esquizofrenia. Valencia. Editorial Pre-Textos

Dussel, E. (1992). *El encubrimiento del otro*. Hacia el origen del mito de la modernidad. Nueva Utopía: Madrid.

Fazli Khalaf, Z., Shafiabadi, A., Tarahomi, M. (2008). Psychological Aspects of Surrogate Motherhood. *Journal of Reproduction & Infertility*. 9(1):43-49.

Glocer Fironi, L. (2015). *La diferencia sexual en debate: cuerpos, deseos y ficciones*. Editorial Lugar: Buenos Aires.

Golombok S, Readings J, Blake L, et al. (2011). Children Conceived by Gamete Donation: Psychological Adjustment and Mother- Child Relationships at Age 7. *Journal Fam Psychol*. 2011;25(2):230-239. doi:10.1037/a0022769

Hester, H. (2018). *Xenofeminismo. Tecnología de género y políticas de reproducción*. Buenos Aires. Caja Negra Editora

Igareda González, N. (2018). La gestación por sustitución: una oportunidad para repensar la filiación y la reproducción humana. *Revista de Bioética y Derecho*. 0, 57-72. doi:<https://doi.org/10.1344/rbd2018.0.20574>

Jadva V, Imrie S, Golombok S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: A longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*. 30(2):373-379. doi:10.1093/humrep/deu339.

Kimbal, A. (2020). *La semilla. La infertilidad es una cuestión feminista*. Barcelona. Ediciones Bellaterra.

Lamba, N., Jadva, V., Kadam, K., & Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(4), 646–653. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey048>

Lamm, E. (2018). Gestación por sustitución y género. Repensando el feminismo. En Navés, F., Moscuza, C., Thomas Moro, M., Szkolnik, I. (Eds.) (pp 189-201). *Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Edición de autor

Morin, E (1988). *El pensamiento complejo*. Barcelona. Gedisa

Muraro, L. (2016). *El alma del cuerpo. Contra el útero de alquiler*. Icaria Editorial: Barcelona.

No Somos Vasijas, disponible En: <https://www.nosomosvasijas.eu>

Nelson, J. (2015). *More Than Medicine: A History of the Feminist Women's Health Movement*. New York; London:

NYU Press. Retrieved March 25, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt15r3z67>

Navés, F., Moscuzza, C., Thomas Moro, M., Szkolnik, I. (2018). *Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario*. Edición de autor

Rossi, M. & Jurkowski, L. (2020). Pensando el proceso de evaluación psicológica en casos de gestación por sustitución. En: Salomé Lima, N. & Rossi, M. (Eds). *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida* (pp 105- 116). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.

Olza, I. (2019). Aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. Parte del proyecto Filosofía del nacimiento: repensar el origen desde las humanidades médicas (FILNAC), FI2016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).

Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos, México: Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, 1.a ed. 1988.

Sánchez Martínez, O. (2016). La gestación por sustitución: una consecuencia lógica de la libertad reproductiva o un caso dramático de las reproducciones asistidas. En *Derechos y Libertades* número 36, época II, enero 2017, (pp. 91-133). doi: 10.14679/1038. issn: 1133-0937

Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.B., Loft, A., et al. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction*. 22(2):260-276. doi:10.1093/humupd/dmv046

Capítulo 5

Lo afectivo en la gestación por sustitución

Natacha Salomé Lima y Guadalupe Romero

Llamo «servidumbre» a la impotencia humana para moderar y reprimir sus afectos, pues el hombre sometido a los afectos no es independiente, sino que está bajo la jurisdicción de la fortuna, cuyo poder sobre él llega hasta tal punto que a menudo se siente obligado, aun viendo lo que es mejor para él, hacer lo que es peor.

Espinosa, 209

Este capítulo intentará desentrañar las diferentes maneras de pensar “lo afectivo” en los discursos que han tomado a la gestación por sustitución (GS) como su objeto de estudio. Pensar “lo afectivo” como variable de análisis, nos permitirá hacer primero una lectura del alcance de la noción de *gestación solidaria*, y de las referencias que existieron en los primeros proyectos de ley acerca de la necesidad de contar con un “vínculo afectivo previo” como reaseguro para evitar la coerción/explotación que supondría un intercambio meramente comercial. Y mientras que, en el caso de la donación de óvulos se ha visibilizado que estos acuerdos comerciales —es decir, la compensación que

recibe la donante— no invalidan necesariamente la existencia de motivaciones altruistas (Ariza, 2016; Lima *et al.*, 2020), en este caso, el *uso del cuerpo* (Montesano, 2020) establece una diferencia que es preciso conceptualizar.

Otra variante de lo afectivo es aquella que promueve, desde el discurso jurídico, la protección del *interés superior del niñx*, incluyendo no solo al niñx por venir, sino a todxs lxs niñxs que pueden aparecer en la escena como los hijos de la gestante. En este sentido, se retomará el primer antecedente judicial de GS conocido como “*el caso Baby M*” (Gracia, 2007). Este caso sentó las bases para, en primer lugar, no utilizar los óvulos de la gestante para la gestación. Pero más interesante aún fue su resolución judicial.

A su vez, volveremos a revisar la falacia que supone ubicar en las referencias biológicas y sus derivados los parámetros de lo afectivo. Y postulamos que la figura de la gestación solidaria introduce una nueva manera de pensar a las familias (otra innovación que se agrega a las posibilidades que introducen las TRHA), dado que la persona que gesta, en muchos casos, tiene altas probabilidades de formar parte de la red afectiva de la persona que nacerá, sin que esto signifique necesariamente que la filiación se ponga en juego.

Por último, nos preguntamos si la forma en que la gestante se posiciona a la hora de transmitir a sus hijxs la decisión que han tomado —cuando no se trata de una gestante conocida o familiar— puede ser considerado un criterio de exclusión para el proyecto de gestación que se propone iniciar.

¿Se hace por amor o se hace por dinero?

El dilema presentado en estos términos, es decir por amor (A) o por dinero (-A) circunscribe un universo cerrado de situaciones posibles, lo que dificulta pensar en aquellas singularidades que oscilan o mixturan los polos de este binomio.

Partimos entonces de considerar la necesidad de pensar el contexto de realización de la práctica. No es lo mismo llevar a cabo un procedimiento de GS en Estados Unidos, Rusia, Ucrania o México, solo por nombrar aquellos países que la han regulado; en países donde expresamente la han prohibido —lo que supone que la filiación puede acontecer en un contexto de *exilio reproductivo* (Inhorn, 2009)— como puede suceder en países como España, Alemania, Francia, Italia, Suecia, Noruega, Suiza y Japón; o en otros donde todavía no se han pronunciado, como es el caso de nuestro país¹ (Lamm, 2012).

Ante un contexto de incertidumbre legal, varios centros de reproducción argentinos han empezado a preguntarse de qué manera llevar a cabo este tipo de

¹ En CABA rige la disposición N°93/DGRC/17 que es un amparo que permite la inscripción de lxs nacidxs en el Registro Civil. Actualmente están en evaluación dos proyectos. En uno de ellos (3524-D-2020) se prevé una *instancia de judicialización previa* al inicio del tratamiento y cuentan con los siguientes requisitos: 1) la gestante con capacidad física y psíquica, 2) que alguno de los comitentes haya aportado gametos, 3) la imposibilidad de concebir o llevar un embarazo a término, es decir se requiere diagnóstico médico (imposibilidad biológica o estructural), 4) la gestante no aporta gametos ni recibe una retribución, 5) límite de dos gestaciones, 6) haber atravesado un embarazo y tener al menos un hijo vivo, 7) comitentes a cargo de la obra social, 8) compensación pautada por el órgano de aplicación de la ley (Ministerio de Salud de la Nación), 9) cinco años de residencia en el país. Si no se realiza la autorización judicial previa, la filiación figurará como natural según la normativa vigente que supone que “madre es la que pare”.

procedimientos, en qué condiciones iniciar los tratamientos de reproducción con las personas solicitantes y cuáles serían los criterios para aceptarlos o denegarlos. Surgen así las *Guías de buenas prácticas* (2017), elaboradas por un conjunto de asociaciones de la sociedad civil, profesionales de la salud y expertos, las cuales reúnen una serie de indicaciones que sería necesario cumplir para acceder a un procedimiento de GS en Argentina. Algunos de estos requisitos incluyen una indicación médica absoluta (ausencia de útero desde el nacimiento o por intervención quirúrgica) o relativa (cuando el embarazo está contraindicado o es riesgoso para la salud de la persona), o la imposibilidad biológica estructural, como ocurre con las parejas gays.

En el último proyecto de ley² respaldado por la FALGBT, se propone un “instrumento de gestación solidaria”, que viene a hacer las veces de consentimiento informado, donde ya no es un requisito el vínculo con la gestante, sino que cada instrumento se arma de acuerdo con lo que las partes consideren apropiado, siempre que no se establezca ninguna condición que fuera en detrimento de la persona que geste. De cualquier manera, al nombrar a esta práctica como “gestación solidaria”, se acentúa lo que podríamos denominar el carácter de “bienestar social” que esta presupone.

En este sentido, en nuestro país se ha priorizado un tipo de acuerdo considerado “solidario” antes que uno “comercial”, al contrario de lo que sucede en, por ejemplo, Estados Unidos, donde la práctica sigue la vía contractualista. Que el procedimiento se inscriba bajo los

² FALGBT. Proyecto de Ley de Regulación de la Gestación Solidaria. Se puede consultar en: <http://www.falgbt.org/wp-content/uploads/2016/12/Nacion-Proyecto-Gestacion-Solidaria-Gestacion-por-sustitucion.pdf>

términos de la *solidaridad* no quiere decir que no pueda contemplarse un pago o una compensación económica a la gestante. En ese sentido, la predisposición “solidaria y altruista” no invalida la existencia de una compensación, dado que el dinero —al igual que en la donación de ovocitos— funciona como un ordenador simbólico del intercambio, al tiempo que separa el deseo de la motivación.

Esta perspectiva puede quedar eclipsada por las corrientes que proponen que la GS supone una situación de asimetría que repercute de modo desigual en el eslabón considerado usualmente como el más vulnerable: la gestante y su entorno. Pero ¿toda situación de asimetría implica explotación? En el imaginario social, la mediación del dinero como fuente principal de la motivación para gestar, torna al cuerpo humano un *commodity*; es decir, un bien de uso o transacción, y vuelve al contrato un acuerdo ilícito. De este modo, la práctica se torna abusiva, dado que la pretensión de construir una familia se puede dar a expensas de otra. El miedo a que el dinero mercantilice el cuerpo de las personas gestantes se materializa en el llamado “alquiler de vientres”, donde el resultado es la transformación de una parte del cuerpo en un objeto de consumo.

Las discusiones sobre el uso del cuerpo —entre vulnerabilidad y autonomía— se entrelazan fuertemente con el debate respecto a la prostitución y el trabajo sexual. La sacralización del cuerpo y de aquellas actividades consideradas de índole privada coartan la posibilidad de pensar que existan personas que puedan *elegir* gestar para otrxs. Pero ¿dónde y de qué modo establecer el límite? ¿Cómo evaluar los márgenes de esa elección?

Olavarria (2017) señalaba que, en contextos de desigualdad social, cuando la regulación de la práctica obliga a las personas gestantes a actuar de manera altruista y no formalmente regulada —es decir, sin intermediación de una compensación— las personas gestantes quedan aún más desprotegidas, y se imponen condiciones de asimetría que hacen más evidente el sistema de la reproducción estratificada.

Tal vez, uno de los puntos más polémicos refiere a aquellas personas que encuentran en esta práctica una manera de afrontar una situación económica complicada. Y, ni hablar, de aquellas instancias posibles de equiparar con la trata de personas. Pero a lo que estamos apuntando es a pensar maneras en que resulte viable que se respeten las libertades individuales y la autonomía de cada persona para decidir de qué forma disponer de su cuerpo y cómo acceder a la ma/paternidad, donde existan regulaciones suficientes y una intervención del Estado que garantice que situaciones como las nombradas no ocurran. Que, en todo caso, se gestionen las estrategias para que no exista quien pueda someter a otras personas a situaciones de esclavitud.

El *dilema altruismo-comercio* en aquellos casos donde la gestación se da en ambientes menos hostiles que los anteriormente mencionados se presenta como un escenario fértil para pensar algunas cuestiones. La opción de gestación altruista se respalda en valores como la generosidad, la solidaridad y la empatía. La manera de garantizar que no se está incurriendo en una explotación parecería ser el vínculo afectivo previo, que, como tal, se configuraría “sin fines de lucro”. Sin embargo, la romantización de estos vínculos puede llevarnos a desconocer o dejar de percibir que existen otras deudas que pueden abrirse en el entramado familiar.

Mientras que *lo afectivo* aparece como el componente que atenúa la existencia de la coerción, el dinero por otra parte cancela una posible deuda simbólica. Aunque conviene tener presente que, a nivel de representación psíquica, la deuda simbólica es impagable. Es decir, al menos la mediación económica insta una separación, un corte. Y aunque la extrapolación pueda parecer forzada, ya el ámbito psicoanalítico ha establecido que el pago y el lugar del dinero desarman la fantasía de que el analista escucha por amor, aunque algo del amor tiene que ocurrir para encauzar un tratamiento por la palabra. También aquí la intervención del dinero aparece como el elemento que cancela el amor. Lo que se hace por trabajo, no se hace por amor, y viceversa. ¿Pero es realmente así?

El interés superior del niño en el caso Baby M

Es interesante notar que la mayor parte de la bibliografía que aborda a la GS como objeto de estudio se inscribe en la perspectiva jurídica y/o bioética. Tal vez la hegemonía de estos discursos se deba a la necesidad de buscar reglas para estos emergentes; principios que intenten ordenar la particularidad de los casos. En nuestro país, los antecedentes legales tienen además la función de inscribir una tendencia —actualmente hay 52 sentencias que corresponden a 48 casos, donde la mayoría han tenido una resolución positiva, a diferencia de los pocos casos que había al momento de la sanción del Código Civil y Comercial Argentino—, la cual va configurando demandas concretas que precisan respuesta.

El primer caso que se judicializó comenzó en 1985 en el Estado de Nueva Jersey. Involucró a una pareja formada por Elizabeth Stern, pediatra de 41 años, quien había sido diagnosticada con esclerosis múltiple, y su esposo, el bioquímico William Stern, que ante las dificultades en la salud de su mujer deciden acudir a un Centro de Esterilidad de Nueva York. El embarazo resultaba muy riesgoso para la salud de Elizabeth y el centro les ofrece la posibilidad de iniciar un proceso de gestación por sustitución, buscando una mujer gestante que sería fecundada por medio de una inseminación artificial con los espermatozoides de William.

Luego de un cuidadoso estudio de las candidatas, eligen a Mary Beth Whitehead, ama de casa de 29 años, casada y madre de dos hijos. Se realizaron varias entrevistas donde William Stern firmó junto con Mary Beth los términos de un contrato. Este incluía los estudios por realizar, la prueba de amniocentesis u otras similares para detectar cualquier posible anomalía; Mary Beth se comprometía a no beber, fumar o consumir drogas durante el embarazo, a no amamantar a la criatura, a no establecer ningún tipo de lazo afectivo con ella y entregarla tras el parto. El 27 de marzo de 1986 nace una niña (conocida durante todo el proceso judicial como “baby M”).

Mary Beth Whitehead tuvo a la niña en su casa durante tres días, y luego se la entregó al matrimonio Stern. Al día siguiente de la entrega, Mary Beth y su hermana vuelven al domicilio de los Stern y, con su consentimiento, se llevan de nuevo a la niña a su casa. A la semana siguiente, Mary Beth llama a los Stern para decirles que había decidido quedarse con la niña y amenaza con marcharse del Estado si interponían una demanda judicial. Aquí comienza una batalla legal sin precedentes para la historia de la gestación por sustitución.

El matrimonio Stern solicita la inmediata custodia de la niña y el juez se la concede. El matrimonio, junto con la policía y la orden de custodia intentan recuperar a la niña, pero los Whitehead logran escapar del estado y mudarse a Florida. Durante los próximos tres meses, Mary Beth llama a los Stern para disuadirlos de continuar la contienda y amenaza con matar a la niña “*prefiero verme a mí y a ella muertas, antes de entregártela...*”. A finales de julio, mientras Mary Beth se encontraba hospitalizada por una infección renal, la policía irrumpe en la casa de los padres de Mary Beth, derriba a la abuela de Baby M y se apodera de la niña, que es entregada a la custodia del señor Stern.

Finalmente, el caso llegó al Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey y lo interesante es el modo en que fue resuelto judicialmente. Por un lado, el tribunal decidió restituir a Mary Beth Whitehead los derechos parentales. Sin embargo, afirmó que, en este caso, la custodia debía solucionarse buscando *el mejor interés de la niña*. Agregó que dadas las relaciones que se establecen entre madre e hijo, la niña debía permanecer con quien había estado desde los primeros días de su vida. Tal vez si el primer tribunal hubiera concedido la custodia de la niña a Mary Beth Whitehead, el Tribunal Supremo habría fallado en su favor.

Fue a partir de ese caso que lo que se conoce como *subrogación tradicional* (es decir, por medio de la inseminación artificial utilizando los óvulos de la gestante) se prohibió en la mayoría de los procedimientos. Nos interesó reponer este caso por dos cuestiones: la primera es porque se trata del primer caso que sentó precedente sobre la GS en el mundo, el cual enfatizó la necesidad de que la gestante no aporte su material genético como pauta jurídica—pero además afectiva—capaz de desarmar el principio de

madre cierta es la que pare³. En el caso de las técnicas de reproducción asistida, la posibilidad de disociar los componentes biológicos, genéticos y volitivos hace que este último —la voluntad— cobre especial relevancia, convirtiéndose en el eje sobre el que se inscribe la filiación; el deseo de mapaternar es el elemento jurídico base para inscribir la filiación del nacidx.

Pero este caso también materializa una de las fantasías más recurrentes a la hora de iniciar un procedimiento de GS, es decir, la posibilidad de que la gestante quiera conservar a lx niñx. En ese sentido, las *estrategias judiciales* presentadas —ya sea la impugnación de la maternidad o la posibilidad de solicitar una autorización judicial previa— intentan resguardar los derechos filiatorixs de lxs nacidxs. Es interesante que, en el caso *baby M*, la sentencia judicial esgrime que es el interés superior del niñx el fin hacia el cual debería tenderse, y establece a las relaciones afectivas que se desarrollan en la crianza temprana como basamento de ese interés.

De cualquier manera, podemos argumentar que esta idea se sostiene en parte sobre la base del mito del instinto materno (Fernández, 1993). Suponer que existe en las

³ La GS rompe con la idea “*madre cierta es*” al disociar el hecho biológico de la gestación del hecho simbólico de la maternidad. Sin embargo, el conflicto se suscita porque para el ordenamiento legal vigente, la maternidad sigue unida al hecho biológico de la gestación. Algunas estrategias jurídicas han planteado la inconstitucionalidad del artículo 562 a la luz del respeto de los derechos garantizados en los tratados internacionales (interés superior del niñx, derecho a fundar una familia, voluntad procreacional, derecho a la identidad, derecho a la salud (sexual y reproductiva), derecho a gozar de los beneficios de la ciencia, principio de igualdad y no discriminación). ARTICULO 562.- Voluntad procreacional. Los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos de los artículos 560 y 561, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos.

mujeres cierta programación *natural* que las lleva a poseer un conocimiento innato para maternar entiende que cumplir esta función es parte de su condición de mujer, lo que lo transforma en una obligación y limita las posibilidades del deseo (incluso, que no se oriente hacia estos lugares). Si este es el paradigma que rige, una vez que nace lx bebe este “instinto” se dispara; por ende, separarse de estx resulta contraintuitivo, amoral y sumamente doloroso. De este modo, puede esperarse que sobrevenga un duelo y que la salud psíquica de la gestante se vea afectada.

La dimensión del cuidado

Los únicos estudios longitudinales que se han publicado mayormente en el norte global han comprobado que las relaciones madre-hijo y el ajuste psicológico de lxs niñxs nacidos mediante GS no presentan desajustes emocionales y se desarrollan según lo esperado en los primeros años escolares (Golombok *et al.*, 2011). También han encontrado que, una proporción relativamente mayor de familias creadas por medio de la GS les han contado a sus hijxs sobre su historia de origen, en comparación con familias que recurrieron a gametos donados. Y concluyen que, al parecer, la ausencia de vínculos genético y/o gestacionales no tiene *per se* un impacto negativo en las relaciones parentales (Golombok *et al.*, 2006).

La mayoría de estas investigaciones confirma que no existen diferencias psicológicas, ni en los niveles de apego, vínculos con los xadres o desempeño escolar en niñxs nacidxs de GS. La frecuencia del contacto con la gestante disminuye a medida que pasa el tiempo,

especialmente en aquellas familias donde la gestante era desconocida, pero se había utilizado su material genético (Jadva *et al.*, 2012).

Otros estudios han indagado cómo elaboraron o viven la decisión de sus madres lxs hijxs de la gestante (Jadva & Imrie, 2014). Mientras que algunos estudios han reportado que lxs niñxs registran un alto grado de bienestar psicológico y acuerdan con la decisión de gestar de su madre, otros han tenido sentimientos negativos. La diferencia radica tanto en la edad de lxs niñxs como en la forma en que la gestación para otrxs ha sido transmitida por sus madres. En este sentido, la evaluación psicológica previa y la labor del profesional de la psicología se vuelve una pieza clave para evaluar que no existan coerciones, analizar la trama vincular y la posición subjetiva de todas las personas involucradas, con el fin de tender a garantizar que el proceso se lleve adelante en las mejores condiciones posibles y en un marco que no atente contra la integridad de ningunx de sus protagonistas, ni de aquellas personas que inevitablemente se verán afectadas por esta práctica.

Dentro de la dimensión del cuidado, el modo en que la persona gestante transmite a sus hijxs su decisión de convertirse en gestante puede ser considerado un indicador a la hora de elaborar un dictamen psicológico. Y si bien el posicionamiento subjetivo que adopta cada persona gestante es singular y en ese sentido imposible de codificar o anticipar, los efectos subjetivos y el modo en que lxs hijxs participen de esa decisión puede ser una pauta para reflexionar acerca de la dimensión del cuidado.

Mientras que algunas gestantes han esbozado una negativa rotunda a contarle a sus hijos, otras esgrimen dudas acerca de qué información dar a sus hijxs sobre el

embarazo y cómo hacerlo. Una mujer dijo: *“tengo una niña que es muy inteligente y entiende muchas cosas... no supe cómo decírselo. Con frecuencia ella preguntaba: “mamá, ¿quieres darme un hermano o una hermana? Yo no podía realmente explicárselo. No sabía qué decirle”* (Ahmari Tehran et al., 2014).

Al parecer, cuando se trata de una gestante familiar o conocida, el relato de la gestación para otras se encuentra libidinalmente más embestido⁴ que en acuerdos de personas desconocidas o en gestaciones comerciales. Si bien esta pauta parece cuidar mejor el entorno afectivo y familiar de la gestante, hay que tener en cuenta también que a veces en los arreglos intrafamiliares hay menos libertad de elección. Y, como establecen las antropólogas Álvarez Plaza y col. (2019), “las gestantes no actúan en un contexto social vacío, sus motivaciones solo son inteligibles desde los significados y definiciones sociales compartidos que moldean e informan sus sentimientos y comportamientos individuales.” (p.782).

Para cerrar

La gestación por sustitución se constituye como una práctica que pone en jaque diversas concepciones tradicionales sobre la maternidad y la dimensión de lo familiar. Nuestro objetivo fue recuperar algunos

⁴ En el episodio *¿Qué piensan los que no piensan como yo?: Alquiler de vientre* del Canal Encuentro, una gestante amiga de la familia refiere: “Mis hijas lo vivieron al embarazo de una manera súper natural. Jamás se habló de hermanito. Desde el primer momento, yo les pedí permiso a ellas para prestar la panza y me dijeron que sí. Claro, yo sentí que les tenía que pedir permiso a ellas porque era su panza. Y lo tomaron tan natural, lo vivieron tan lindo. La llenaban de besos, le hablaban, le contaban cosas. Y como nunca se les... O sea, yo les fui con la verdad, los dos les fuimos con la verdad: ‘es el bebé de nuestra amiga, va a ser un primito’”.

interrogantes que nos surgen cuando pensamos en las alternativas que se configuran alrededor de ella, tomando como eje el lugar de lo afectivo al conceptualizarla.

La antinomia gestación altruista – gestación comercial nos obliga a considerar los alcances de la intervención del dinero, así como de la supuesta garantía que ofrece el recurrir a personas que gesten que se encuentren dentro de la red afectiva de lx/s comitente/s. En este marco, la mapaternidad estaría pensada en el contexto de la familia tradicional, nuclear, que está replegada a dos adultxs que toman decisiones por su hijx y donde nadie puede intervenir (y donde todxs deben tener claras sus atribuciones).

Los recorridos del deseo podrán ser enigmáticos, pero la fantasía de que la persona gestante pueda cambiar de opinión y decidir no entregar a le niñe que nace parece basarse en cierta volatilidad y emocionalidad atribuida a las mujeres, en conjunto con una supuesta inclinación natural hacia la maternidad.

Por último, considerar que la tríada adultx-adultx-niñx funciona perfectamente como modelo, pero casi nunca es la única que participa del entramado familiar. Quizás esta sea una oportunidad para repensar las formas en las que concebimos las mapaternidades, donde el fin sea la construcción o la ampliación de las redes de cuidado.

Referencias bibliográficas

Ahmari Tehran, H., Tashi, S., Mehran, N., Eskandari, N., & Dadkhah Tehrani, T. (2014). Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iranian journal of reproductive medicine*, 12(7), 471–480.

Ariza, L. (2016). «No pagarás»: el Consentimiento Informado como productor de solidaridad en la medicina reproductiva. *Ciencia, docencia y tecnología*, 27(52), 240-268.

Espinosa, B. D. (1980). Ética demostrada según el orden geométrico, edición de Vidal Peña. *Madrid, Editora Nacional*.

Fernández, A. M. (1993). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En *La Mujer de la Ilusión* (pp. 159 – 184). Paidós.

Golombok, S., Readings, J., Blake, L., Casey, P., Marks, A., & Jadvá, V. (2011). Families created through surrogacy: Mother–child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental Psychology*, 47 (6), 1579–1588. <https://doi.org/10.1037/a0025292>

Golombok, S., Murray, C., Jadvá, V., Lycett, E., Mac Callum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent–child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21 (7), 1918-1924. <https://doi.org/10.1093/humrep/del039>

Gracia, D. (2007). Capítulo 5 El método de la bioética. Historia clínica: Baby M. En *Fundamentos de bioética*. Triacastela, Madrid.

Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile”. *Fertility and sterility*, 92 (3), 904-906.

Jadvá, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human reproduction*, 27 (10), 3008-3014. <https://doi.org/10.1093/humrep/des273>

Jadva, V. & Imrie, S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*, 29 (1), 90-96.<https://doi.org/10.1093/humrep/det410>

Lamm, E. (2012). Gestación por sustitución: Realidad y Derecho. *Indret: Revista para el análisis del Derecho*, (3), 10-49.

Lima, N.S., Rossi, M., Kohen, N., & Fenley, F. (2020). Capítulo 6 Donación de ovocitos: ¿proveedoras o donantes? En *Lógicas de la reproducción asistida. Deseos, Derechos y demandas en tensión*. Comp. Lima & Romero. Editorial Ascune.

Montesano, H. (2020) Capítulo 5. La gestación subrogada: una lectura del “uso del cuerpo” de Agamben. En *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida*. Comp. Lima & Rossi. San Luis: Nueva Editorial Universitaria <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/06/Desafi%CC%81os-Actuales.pdf>

Olavarria, M. E. (2019). Personas que gestan para otros: Etnografía del trabajo reproductivo en México. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 14 (3), 417-440.

Plaza, C. Á., Rivas, A. M. R., & Rubio, M. I. J. (2019). Vínculos y contactos socioafectivos de las familias españolas con gestantes por sustitución de Estados Unidos, Canadá y Ucrania. *Journal of Sociology*, 85 (3), 551-575.

Capítulo 6

Gestar o no gestar

Mayra Quinteros y Flavia Navés

“El deseo de estar embarazada no acompaña necesariamente el deseo de convertirse en madre. Tampoco se corresponde necesariamente con el deseo de tener un hijo.

Estas distinciones están en el centro de muchas de las sorpresas que surgen en la clínica a partir de las procreaciones medicamente asistida”

(Ansermet; 2018)

En el año 2020, Flavia Navés, Cecilia Moscuza, Mariana Thomas Moro, Gabriela Barontini, Marcela Ferraris e Irina Szkolnik se propusieron indagar en qué casos se aprueba la gestación por sustitución (GS) y quién es considerada la madre en cada modelo familiar. Para ello, encuestaron a 870 sujetos. Los resultados arrojaron que la aceptación de la gestación por sustitución, en cualquier modelo familiar, fue muy alta (78%) y la mayor parte de los encuestados no ubicó a la gestante en el rol de madre. Pero ¿qué motiva a las mujeres a tomar la decisión de gestar o no para otros? ¿Ser madre o no serlo condiciona la toma de decisión? ¿Y el nivel de instrucción de las mujeres?

En esta oportunidad nos proponemos indagar sobre las motivaciones que llevan a las mujeres a decidir gestar o

no; para ello, encuestamos a 699 mujeres voluntarias que viven en Argentina, cuyas edades oscilan entre los 18 y 35 años. La encuesta se realizó por las redes sociales y la muestra no es probabilística, ya que los grupos fueron elegidos intencionalmente.

¿Por qué nos resulta importante conocer sus motivaciones? Porque las motivaciones son uno de los ejes a indagar en la evaluación psicológica y, además, son fuente de inspiración para los debates sobre la regulación o la prohibición de esta práctica en nuestro país.

¿Mujer = madre?

Partimos de la premisa de que existen distintos modos de constitución de la subjetividad y del sujeto psíquico en las feminidades y masculinidades (Burin, 1996; Meler, 1994, Tajer, 2009; Reid, 2019). Es por ello que nos serviremos de la perspectiva de género para pensar la subjetividad actual, ya que coincidimos con Reid (2019) en que la perspectiva de género es una herramienta aguda y tenaz que evidencia que a cada género se le proponen ideales y un determinado modo de pensar, de desear, de sentir y de comportarse. Burin y Meler (2000) consideran que el género es una construcción social que produce diferencias que conllevan desigualdades y jerarquías entre hombres y mujeres, lo que produce, también, distintas formas de desarrollo de los afectos, los deseos y los modelos a partir de los cuales los sujetos conforman su identidad y autoestima. Para Tajer (2009)

“los cambios históricos y vinculares impactan en los modos de subjetivación de varones y mujeres, relacionando exigencias e ideales sociales con la conformación de psiquismos. Para articular esta relación entre lo externo y lo interno, utilizaremos el concepto de modos de subjetivación (...) construcción conceptual que refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para el sujeto y las maneras en que cada sujeto construye su singularidad” (p. 47).

A estos modelos históricos de subjetivación femenina Tajer (2009) los define como tradicionales, transicionales e innovadores. El modelo tradicional, propio de la modernidad, está representado por los valores de la maternidad y la conyugalidad como estandarte de la feminidad y coincide con la construcción teórica de los tres mitos alrededor de los cuales, para Ana María Fernández (1993), se organizó el mundo moderno de la mujer_

- El mito de la pasividad erótica femenina, que se entrama en la ilusión de que la mujer solo podría garantizar el deseo sexual del hombre ya que es quien posee una actividad erótica; se trata de una mujer sumisa que cumple el rol sexual de asegurar la satisfacción masculina. Esta autora resalta la pasividad femenina y la actividad masculina que evidencian las relaciones de poder, en las que siempre hay un dominador y un dominado. En este caso, el dominador –activo– es el hombre y la dominada –pasiva– es la mujer. Fernández (1993) señala que la jerarquización del lugar maternal de la mujer privilegió el aspecto reproductor en detrimento de su erotismo, como si ser madre no fuera compatible con una actividad erótica.

- El mito del amor romántico opera en clave sentimental para las mujeres, lo que conlleva la fragilización de la subjetividad de estas. Se crea una “necesidad” de tener un amor que las proteja y les brinde seguridad, ya que no pueden valerse por sí mismas debido a su debilidad. La mujer como objeto del hombre, en el que el “ser del otro” en vez de “ser de sí” la coloca en un lugar subordinado en la sociedad.

- El mito Mujer = Madre, imaginario social que ha evolucionado y se ha transformado, tanto que hoy en día es posible gestar sin elegir ser madre. Con este mito, la autora resalta la idea de la maternidad como eje central del proyecto de vida de las mujeres, ya que entiende la “realización” de la mujer mediante la llegada de un hijo/a, tal es así que, para ser mujer, hay que ser madre.

En pocas palabras, estos tres mitos contribuyen a la construcción de una esencia femenina “más madre que mujer, más objeto que sujeto erótico, más pasiva que activa, más partenaire que protagonista” (Fernández, 1993, p. 249). El modelo transicional de subjetivación femenina –propio del siglo XX– propuesto por Tajer (2009) conserva en su interior, y desde la exigencia social, el modelo mujer = madre tradicional, al que le adicionaron la inserción laboral y profesional (p. 53). Como afirma Fernández (1993),

“lo característico del siglo XX es que las mujeres comenzaron a circular por espacios dominados por los hombres. Hasta entonces, solo pertenecían a la vida privada –de madres cuidadoras, amas de casa– y luego iniciaron el proceso de conquista de los espacios de la vida pública, como lo son el trabajo y las reuniones político-sociales, entre otros. Dichas transformaciones hicieron que las mujeres fueran

redefiniendo y ampliando su lugar tradicional de esposa y madre, lo que dio lugar a que muchas mujeres en la actualidad “asuman prácticas transgresoras de la legitimidad anterior” (Fernández, 1993, p. 14).

Lo que antes definía a la mujer hoy es puesto en cuestión. La maternidad pasa a ser una opción posible entre otras, pero no la única y necesaria. Esto coincide con lo que Tajer (2009) llama “modo de subjetivación femenina innovador”, que

“no guarda un patrón posible de definir más que por su diversidad en tanto incluyen una amplia gama de modalidades de construcción subjetiva en el cual la maternidad y la conyugalidad se plantean como una opción y ya no como un mandato en la construcción del proyecto de la feminidad, mientras que la inclusión laboral, con variaciones según el sector social, se constituye en una condición para el auto sustento, propio de este modelo, ya sea que la mujer viva sola, en pareja o en familia” (p. 56).

En las coordenadas sociohistóricas actuales, las mujeres tienen la posibilidad de profesionalizarse y postergar la maternidad si desean ser profesionales y económicamente autónomas. La mujer contemporánea y empoderada también decide sobre las prácticas que acepta o no realizar sobre su propio cuerpo, las cuales ponen al mito de la mujer = madre sobre el tapete, ya que incluyen tanto la interrupción de un embarazo como el gestar para otros hombres y/o mujeres que, por diversos avatares de la vida, no pueden acceder a la mater/paternidad sin ayuda de una mujer que ponga su vientre al servicio de su deseo.

Pese a la libre elección de la mujer, la GS sigue generando debates y controversias. Para Lamm (2018), esta práctica amplía los derechos reproductivos y “provoca la terminal ruptura de la regla: madre es la que da a luz, y con esto el quiebre de una lógica heteronormativa de siglos de antigüedad” (Lamm, 2018, p. 191). La ecuación gestar-parir-cuidar se rompe y desgarrar la lógica machista que ubica a la mujer en el lugar de madre cuidadora y ama de casa. “Vincular inexorablemente la maternidad a la gestación sería aceptar la tiranía de la biología sobre la libertad individual” (Lamm, 2018, p. 193). Para esta autora, este supuesto vínculo gestación-maternidad es el que, llevado por la anatomía, ubica a las mujeres dentro de un espectro acotado de posibilidades, en el que el objetivo de vida es la maternidad. Asimismo, menciona que romper con la lógica heteronormativa permite reconocer que las mujeres no estamos naturalmente dedicadas o preparadas para el trabajo de cuidado (Lamm, 2018).

Resultados

Las mujeres encuestadas tienen entre 18 y 35 años (Tabla I) y acceso a la educación formal, ya que la mayor parte de ellas alcanzó el nivel universitario (59,2%), mientras que solo el 0,3% tiene el primario completo como único nivel de estudio (Tabla II). En lo que respecta a las edades, el rango con más colaboración fue el de 31 a 35 años (32,2%), y el de menor llegada fue el de 18 a 21 años (11,7%) (Tabla I).

Tabla I

Edad	Porcentaje (%)
18 a 21	11,7 %
22 a 25	27,3 %
26 a 30	28,8 %
31 a 35	32,2 %

Nota: categorías excluyentes.

Tabla II

Nivel de educación	Porcentaje (%)
Primario	0,3%
Secundario	24,9 %
Terciario	15,6 %
Universitario	59,2 %

Nota: categorías excluyentes.

Asimismo, el 37,3% de las mujeres encuestadas atravesó un embarazo, mientras que el 62,7% no lo hizo (ver Tabla III).

Tabla III

Embarazo cursado	Porcentaje (%)
Sí	37,3 %
No	62,7 %

Nota: categorías excluyentes.

La información aportada por las personas encuestadas arroja que el 62,7% no gestaría para otro/a, el 26% tal vez lo haría y el 11,3% sí aceptaría (Tabla IV). Asimismo, de las mujeres que no atravesaron embarazos (Tabla III), el 64,84% no gestaría para otro/a, el 26,25% tal vez lo haría y el 8,91% sí lo haría. Y de las mujeres que sí

atravesaron embarazos (Tabla III), el 59% de ellas no gestaría para otro/a, el 25,67% tal vez y el 15,33% sí lo haría. Si tenemos en cuenta el nivel educativo, podemos afirmar que el 64,49% de las mujeres que tienen estudios universitarios no gestarían para otro/a, el 26,33 tal vez lo haría y el 9,18% sí lo haría (Tabla V). Entre las mujeres que tienen estudios terciarios, el 56% no gestaría para otro, el 26% tal vez lo haría y el 18% sí gestaría para otro (Tabla V). El 62,07% de quienes tienen estudios secundarios no gestaría para otro/a, el 25,86 % tal vez lo haría y el 12,07% sí gestaría para otro (Tabla V). Ninguna mujer con estudios primarios dudó de si lo haría o no: el 50% afirmó que lo haría y el otro 50% que no (Tabla V).

Si bien la mayor parte de las mujeres no sería gestante sustituta, es notable destacar que, entre quienes sí lo harían, es mayor el porcentaje de las mujeres que atravesaron embarazos, lo que parece indicar que la experiencia del embarazo aumenta la empatía de las mujeres con las personas que desean tener hijos/as y que por distintos motivos no pueden, lo que incrementa la decisión de gestar para otro/a. Ponerse en el lugar del otro/a y contribuir para que logren lo que desean parece jugar un papel preponderante en las razones de las mujeres que sí gestarían para otro/a.

Tabla IV

Gestación para otro/a	Porcentaje (%)
Sí	11,3 %
No	62,7 %
Tal vez	26 %

Nota: categorías excluyentes.

Tabla V

Distribución de la muestra según nivel educativo

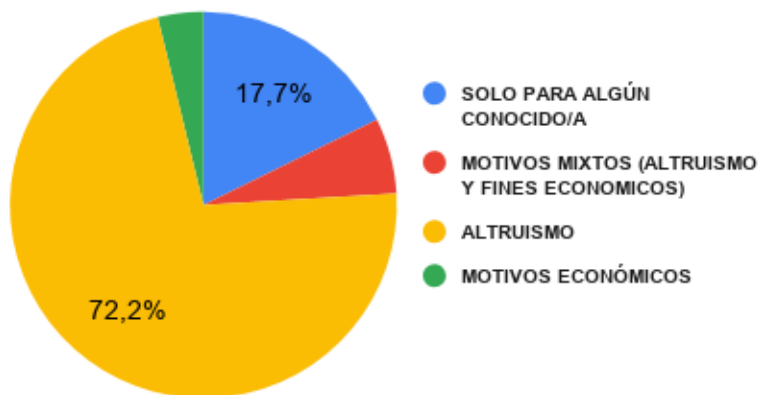
Gestación para otro/a	Primario	Secundario	Terciario	Universitario
Sí	50%	12,07%	18%	9,18%
No	50%	62,07%	56%	64,49%
Tal vez	0%	25,86%	26%	26,33%

Nota: categorías excluyentes.

Del total de mujeres que **sí gestaría para otros**, lo haría por altruismo el 72,2% (Gráfico I). El 17,7% gestaría “solo para algún conocido/a” y el 6,3% por “motivos mixtos”. El 3,8% lo haría por motivos económicos.

Gráfico I

SÍ GESTARÍA PARA OTRO/A



Elaboración propia

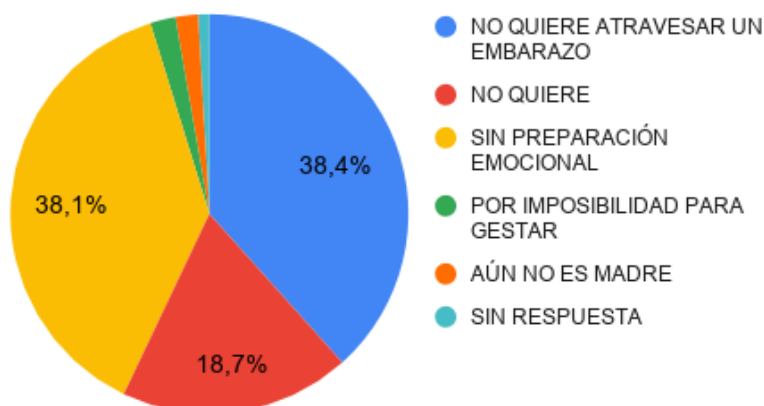
Del 62,7% de las mujeres que **no gestarían para otro/a** (Tabla IV), el 38,4% “no quiere atravesar un embarazo” (Gráfico II) porque no desea ser madre y no

quiere atravesar los cambios que le genera la gestación si no es para un hijo/a propio. Asimismo, el 38,1% siente que no está preparada emocionalmente para entregar al bebé. En el caso de las mujeres que ya tuvieron un embarazo, sienten que el vínculo con su bebé les dificulta la posibilidad de comprender la gestación separada de la maternidad; en palabras de las entrevistadas: “Gestar a un bebé 9 meses y entregarlo sería un horror”, “amé a mis hijos desde que estaban en mí, no podría entregar al bebé”, “pensaría en poder ayudar a familiares o amigas, pero sé que llevar un bebe en mi vientre y luego separarme de él sería muy difícil”, “siento que lo amás profundamente desde el minuto uno de la concepción”.

El 18,7% respondió que no quiere porque simplemente no querría involucrarse en esa situación. No lo haría “por imposibilidad para gestar” solo el 2,1%, y el 1,8% porque “aún no es madre”. No respondieron a la pregunta el 0,9% de las participantes.

Gráfico II

NO GESTARÍA PARA OTRO/A



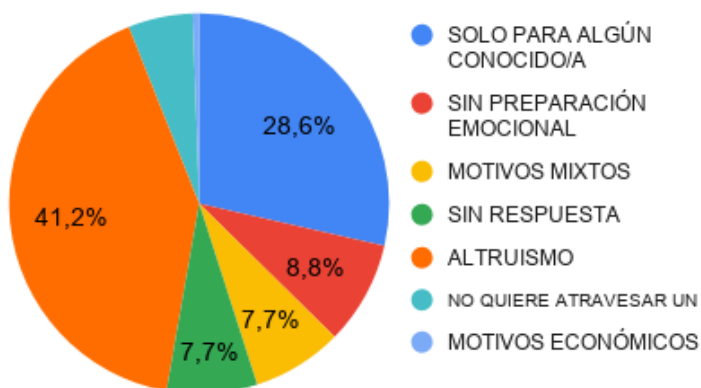
Elaboración propia

Del 26% de las mujeres que **tal vez gestarían para otro/a** (Tabla IV), el 41,2 % lo haría por altruismo (Gráfico III), el 28,6% lo haría solo si es para algún conocido/a, el 7,7% tal vez gestaría para otro/a por “motivos mixtos” y el 0,5% por motivos económicos. Asimismo, el 8,8% siente que no tendría “preparación emocional” para entregar al bebé una vez nacido, porque se involucra demasiado durante el embarazo o considera que no está preparada psicológicamente para semejante proceso. Finalmente, el 5,5% “no quiere atravesar un embarazo” y el 7,7% no respondió.

Las mujeres que estuvieron embarazadas parecen tener una mayor aceptación y comprensión de la situación, aumentando su empatía para con la causa, más allá de quiénes sean las personas que buscan tener hijos y no lo consiguen.

Gráfico III

TAL VEZ GESTARÍA PARA OTRO/A



Elaboración propia

Reflexiones finales

La mayor parte de las mujeres de la muestra elige no gestar para otros por motivos diversos, entre los que se incluyen no querer atravesar un embarazo y/o no sentirse emocionalmente y/o psicológicamente preparadas para hacerlo. Estas mujeres son mayormente universitarias y sin hijos, el proyecto de vida no se centra únicamente en la idea de tener hijos/as y/o atravesar un embarazo. Van mucho más allá del mandato heteronormativo que, centrado en la biología, romantiza la maternidad como último destino de la mujer; son mujeres que buscan su autonomía económica, que eligen diferir o postergar su maternidad hasta lograr su propósito de vida y encontrar el momento en el que el deseo de tener un hijo/a las habite o no. Pero en la diversidad, riqueza del mundo actual, estas mujeres conviven con otras para quienes la gestación está unida a la maternidad. Para unas y otras, gestar para otro/a es un acto motorizado por la empatía con quienes desean un hijo/a y no pueden tenerlo. Pero también puede ser un límite, ya sea porque atravesar un embarazo no es placentero o porque no se sienten preparadas psíquica y emocionalmente para atravesar el proceso. Son mujeres autónomas que eligen por sí mismas y de acuerdo con sus propios intereses.

Referencias bibliográficas

- Bleichmar, S. (2005). Capítulo XI. En S. Bleichmar, *La subjetividad en riesgo* (pp. 91-97). Buenos Aires: Topía.
- Burin, M. (1996). Género y Psicoanálisis. Subjetividades femeninas vulnerables. En Mabel Burin y Emilce Dio

Bleichmar (comps.). *Género, psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.

Burín, M. & Meler, I. (2000). *Varones. Género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, A. M. (1993). Los pactos del amor. En Fernández A. M. *La Mujer de la Ilusión* (pp 13-26) Buenos Aires. Argentina: Paidós.

Fernández, A. M. (1993). ¿Historia de la histeria o histeria de la historia? En Fernández A. M. *La Mujer de la Ilusión* (pp 59-93) Buenos Aires. Argentina: Paidós.

Lamm, E (2012). Gestación por sustitución. Realidad y derecho. En Indret: *Revista para el análisis del derecho*, 3, (pp 1-49).

Lamm, E (2014). *Gestación por sustitución: Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Barcelona, España: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

Lamm, E (2018) *Gestación por sustitución y género. Repensando el feminismo*. En Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario (pp. 189-198). Buenos Aires: Edición de autor

Meler, I. (1994). Parejas en transición: entre la psicopatología y la respuesta creativa. En revista Actualidad Psicológica N° 214.

Navés, F.; Moscuzza, C.; Thomas Moro, M.; Barontini, G. y Szkolnik, I. (2020). Gestación por sustitución y filiación en Argentina. En *Reproducción* - Volumen: 35/Año 2020/N° 1. Recuperado de <https://www.editorialascune.com/revistasamer/2020/02/10/gestacion-por-sustitucion-y-filiacion-en-argentina/>

Reid, G. (2019). *Maternidades en tiempos de des(e)obediencias. Versiones de una clínica contemporánea*. Buenos Aires, Nodebuc.

Tajer, D. (2009). Modos de subjetivación: modos de vivir, de enfermar y de morir. En Tajer, D. *Heridos Corazones. Vulnerabilidad Coronaria en Varones y Mujeres* (pp.47-58). Buenos Aires: Paidós.

Capítulo 7

¿Madre es la que pare? Tensiones entre lo biológico y lo volitivo

Paula Abelaira y Elizabeth Ormart

¿Qué es la gestación por sustitución?

La gestación por sustitución (en adelante GS) es una técnica de reproducción humana asistida, destinada a parejas (de distinto o del mismo sexo) y a personas solteras, que sufren alguna causa de infertilidad o esterilidad (médica o estructural) que les impide tener hijos propios mediante medios naturales o mediante otras técnicas de reproducción asistida de menor complejidad. En esta técnica se debe recurrir a una persona con capacidad gestante¹ que lleve adelante el embarazo.

Ahora bien, la GS es un tema muy polémico (Ramskold, L. A. H. & Posner, M. P. 2013; Lamm, 2014; Ormart, 2019; 2020). Los diversos autores que refieren este tema desarrollan informes que suelen estar cargados de juicios de valor, lo que genera que diferentes personas lleguen a conclusiones diametralmente opuestas, según

¹ En adelante nos referiremos a *la gestante* en femenino como consenso, pero no desconocemos que hay personas con capacidad gestante que no se auto perciben como mujeres

sean los valores con los que han sido educadas, el ámbito en el que se han desarrollado y las experiencias que han vivido. Tienen un peso importante las creencias, ideologías y principios morales de las personas a la hora de evaluar las coordenadas de la GS.

En Argentina, los centros de reproducción nucleados por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMER) han decidido, en la medida que la GS no está prohibida, realizarla con algunas regulaciones expresadas a través de la guía de buenas prácticas para profesionales abogados, médicos y psicólogos que trabajan en este campo elaboradas por CATRHA (Naves, Moscuza, Thomas Moro, Barontini y Szkolnik, 2018).

Dilemas en torno a la gestación por sustitución a nivel global

La GS (conocida en inglés como *surrogate motherhood*, o maternidad subrogada) es uno de los escenarios eludidos y más controvertidos de la reproducción asistida. Aunque con raíces remotas ubicables en el antiguo testamento (Génesis 16), la GS alcanzó la visibilidad pública a mediados de 1980, cuando tuvo lugar el primer caso controversial que tomó popularidad a nivel mundial de gestación por sustitución, el caso Baby M (Michel Fariña y Gutiérrez, 2000). No obstante, este dato, el primer caso de GS reportado en el mundo ocurrió en 1984 cuando los óvulos de una mujer sin útero fueron transferidos al útero de una amiga que dio a luz al niño con el que no tenía ninguna relación genética. Desde entonces,

se ha convertido en un método utilizado dentro de la tecnología reproductiva, en Argentina es la única técnica de reproducción humana asistida (TRHA) que no ha sido jurídicamente regulada y cuya iniciativa depende, en muchos casos de contratos privados.

Uno de los problemas más preocupantes es la posibilidad de que la gestante se niegue a entregar al bebé una vez que nazca. Otra de las preocupaciones que suscita la GS es quién debería tomar las decisiones respecto a procedimientos invasivos durante el embarazo tales como la amniocentesis, la reducción embrionaria, un eventual aborto, etc. La solución a estas situaciones posibles proviene del tratamiento legal que en ese ordenamiento jurídico se dé a la gestante. Es decir, el lugar que adquiera su rol en la regulación de la práctica. La gestante conserva sus derechos sexuales y reproductivos fundamentados en su derecho al libre desarrollo de la personalidad, su derecho a la integridad física y moral, que le permite en todo momento ser ella quien adopte libremente estas decisiones. Ni los padres requirentes, ni el contenido de los acuerdos de GS pueden limitar o alterar los derechos fundamentales de la gestante. Sin embargo, ha habido casos en los que el embrión presenta alguna enfermedad o malformación y los requirentes no desean continuar con el embarazo, presionando para realizar un aborto.

También preocupa la posible situación en la que los padres requirentes se niegan a aceptar al bebé que nace mediante la GS, o se separan o divorcian durante el embarazo, o incluso la posibilidad de que uno de ellos fallezca durante la gestación. De nuevo, la respuesta legal viene dada por la consideración de madre o padre legal después del nacimiento en cada sistema legal. En el caso del

Reino Unido, si los padres se niegan a aceptar y cuidar del bebé, y por lo tanto, no solicitan la transferencia de paternidad mediante la parental order, será la gestante quien permanezca como madre legal de ese niño/a. En el caso de Grecia, como la madre legal después del nacimiento es la madre requirente, si ésta se negare, el bebé pasaría, en todo caso, a la custodia del estado.

Si los padres se separan o divorcian durante el embarazo, de acuerdo con la legislación inglesa que exige que sea una pareja quien solicite la parental order, nos encontraríamos ante un problema, y el juez debería resolver qué hacer atendiendo al criterio del interés superior del niño o la niña (Igareda González, 2018).

En el año 2017 la organización *Women of the World* (W.O.W) abogó por la prohibición universal de la maternidad subrogada, nombrada en muchas ocasiones como “vientres de alquiler”. En sus declaraciones expresan: “La prohibición universal de la maternidad subrogada por constituir una violación de la dignidad tanto de la madre como del niño. Dicha práctica es una nueva forma de explotación de la mujer y de tráfico de personas que convierte a los niños en un producto comercial.”

En primer lugar, se ha subrayado el problema del abandono de niños, que se ha producido en casos de partos gemelares, cuando el número de fetos ha excedido del deseado por los requirentes, o en casos de patologías o porque el niño no resulta ser finalmente del sexo deseado y esperado (la elección de sexo se practica en países como Ucrania).

En segundo lugar, los expertos señalan el problema de la incapacidad de conocer si los requirentes están aptos para atravesar el proceso de GS. Esta adecuación sería posible a través de una exhaustiva evaluación psicológica, que, en muchos países no se encuentra legislado.

En tercer lugar, el informe señala el derecho del hijx a conocer sus orígenes biológicos y genéticos, lo que deviene imposible en todas las legislaciones que articulan la determinación de la filiación directamente a favor de los requirentes sin que exista mención alguna de la gestante, ni del hecho de la subrogación, y resulta francamente difícil en el resto de los casos, aunque inicialmente la filiación se determine a favor de la gestante.

La Unión Europea publicó su Informe anual sobre Derechos Humanos y Democracia en el Mundo (2014), en el que encontramos una condena explícita de la subrogación, cuya prohibición se recomienda. Así, dentro del apartado a los derechos de las mujeres y de las niñas, en su parágrafo 115, el texto “condena la práctica de la gestación por sustitución, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como una materia prima. Se estima que debe prohibirse esta práctica, ya que implica la explotación de las funciones reproductivas y la utilización del cuerpo con fines financieros o de otro tipo, en particular en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo, y pide que se examine con carácter de urgencia en el marco de los instrumentos de derechos humanos”.

Además, tampoco existe un derecho “a convertirse en padre o madre” en virtud de la mera voluntad, o de la proyección de la autonomía y del desarrollo personal plasmada en la existencia de un “proyecto paternal”.

Según se explica en el voto concurrente, la GS, en todas sus modalidades, es contraria a la dignidad humana porque trata a la gestante y al niño como medios al servicio del cumplimiento de los deseos de los comitentes, y no como fines en sí mismos. Pero es “particularmente inaceptable”, cuando se remunera a la mujer gestante.

Como señala el juez Dedov “la subrogación tiene lugar mayoritariamente en países pobres, empleando como gestantes a mujeres pobres, que son contratadas por personas sanas procedentes de países desarrollados y también por *celebrities*. Personas que están en posición de participar o influir en los parlamentos nacionales. El magistrado considera “extremadamente hipócrita prohibir la subrogación en el propio Estado para proteger a las mujeres locales, y simultáneamente permitir el empleo de la subrogación en el extranjero” (Dedov citado por Albert, 2017, p. 185). La GS era considerada un pacto nulo en Suecia, pero en 2013 el Consejo Nacional de Ética Médica había propuesto su legalización, si bien sólo entre parientes o personas con una relación muy cercana. Entonces el ministerio de Justicia solicitó un segundo informe, que encomendó a la magistrada Eva Wendel Rosberg. Durante tres años Rosberg y su equipo se dedicaron a analizar las consecuencias jurídicas de la maternidad subrogada, redactando un informe titulado “Distintos caminos para la paternidad”, que aconsejaba una prohibición total de la subrogación, tanto en su forma comercial como altruista. La razón fundamental es que se considera imposible garantizar que ninguna mujer sufrirá explotación reproductiva como consecuencia de la legalización, incluso si se trata de legalizar exclusivamente la opción altruista. Además, se anima al gobierno a tomar las medidas necesarias para disuadir a los suecos de realizar este tipo de contratos en el exterior, por idénticas razones. El informe afirma que no hay pruebas de que legalizando la subrogación “altruista”

se acabe con la industria de la subrogación comercial. Según el informe, la experiencia internacional demuestra lo contrario. Son los ciudadanos de países como Estados Unidos o Gran Bretaña (es decir, de países donde la subrogación es legal) aquellos que en mayor número contratan vientres en el extranjero, en países en vías de desarrollo como India o Nepal. El informe también subraya la ausencia de pruebas de que, en los países, como en Gran Bretaña, donde se ha legalizado sólo la gestación altruista las mujeres no reciban una contraprestación que vaya más allá de la compensación de los gastos, es decir, que se pague un precio por la gestación. La prohibición de la GS se mantiene en Suecia, dentro y fuera de sus fronteras.

En nuestro país

En la República Argentina, esta práctica no se encuentra prohibida ni regulada, aunque la jurisprudencia existente se orienta, en una gran cantidad de fallos, en favor de la GS.

Frente a esta tendencia jurídica, el Registro Civil del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires emitió la resolución 93/DGRC en 2017 por la que se permite inscribir a los nacidos por técnicas de gestación solidaria sin necesidad de requerir autorización del juez. La resolución establece: 1) Que se trate de menores nacidos en el país por el método de gestación solidaria realizada en el país; 2) Que la voluntad procreacional de los progenitores haya sido expresada en forma previa, libre e informada; 3) Que la gestante previa y fehacientemente hubiera expresado no tener voluntad procreacional y 4) Que la inscripción deberá hacerse en términos preventivos, además debiendo ser asentados en el

legajo los datos de la gestante. El trámite es por un fallo *erga omnes* de los tribunales contencioso administrativo de CABA. Solo basta la voluntad procreacional realizada ante escribano público. Esto significa que actualmente, no importa al Registro Civil del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires si la mujer gestante es o no madre, si la pareja aportó o no ambos, uno, o ningún gameto, recurriendo a la donación de embrión. Tampoco sabemos cuánto puede durar esta inscripción provisoria y aún más si una ley nacional la puede dejar sin vigencia. Estas indefiniciones hacen urgente la presencia de una ley que regule la práctica.

A través de las fronteras: breve comentario sobre el problema del turismo reproductivo

“En el mundo globalizado en que vivimos es cada vez más frecuente que para poder concretar el derecho a formar una familia, gracias al avance de la biomedicina y frente a las dificultades que imponen los ordenamientos jurídicos propios, las personas se desplacen al extranjero para acudir a la GS en aquellos países en los que está permitida o es posible técnicamente, a pesar de las dificultades que esta técnica pueda traer aparejada. En atención a los diferentes posicionamientos estatales en relación con estas prácticas, es finalmente el poder judicial quien debe hacer frente a los conflictos que se presentan una vez que han nacido las niñas y niños y que pretenden desplazarse y que sus derechos sean reconocidos en el Estado en que residirán. En cuanto a la adquisición de la nacionalidad en algunos de los

países donde se admite la GS rige el principio *ius soli* por lo cual las y los menores adquieren la nacionalidad de (los comitentes) y ello permite la salida de los niños de esos Estados. En tales condiciones se simplifica el ingreso al Estado en el que residirán -por ejemplo, son varios los casos de menores que nacieron por medio de estas técnicas que residen en Argentina con nacionalidad estadounidense y que con ello basta para acceder a otros derechos tales como a la educación, salud, etc.-; aunque se ha advertido que algunos Estados frente al ingreso al país con pasaporte extranjero con intención de residir permanentemente requieren un visado o permiso para no violar las leyes de inmigración -por ejemplo, Reino Unido-. Sin embargo, en otros Estados en donde se lleva adelante la GS internacional rige el principio *ius sanguinis*, por lo tanto, la adquisición de la nacionalidad quedará librada a la posición que tome el Estado de la residencia habitual de los comitentes y, sumado a ello, puede suceder que hasta que no se determine la filiación la niña o el niño no podrá adquirir la nacionalidad, vulnerándose así sus derechos.” (Lamm y Rubaja, 2016, p. 155)

En el año 2014 se presentó por primera vez, al Tribunal Supremo de España, un caso de GS internacional, el cual involucra a los derechos de dos menores de edad y una pareja de sexo masculino.

Tras la sentencia se decidió dejar a los menores de edad sin la nacionalidad española y sin los beneficios que derivan de su titularidad. Sin registro, no hay ciudadanía, y sin ciudadanía, les son negados todos los derechos básicos que ella comprende.

- a) No podrán ser beneficiarios de la cobertura sanitaria de sus padres.
- b) No habrá prestaciones de maternidad ni paternidad para ser cuidados por sus padres, que tampoco podrán disfrutar de las deducciones en el IRPF ni tener descuentos por familia numerosa.
- c) Quedarán sin protección en caso de divorcio y sin derechos hereditarios en caso de quedar huérfanos. De no proceder la inscripción de los niños nacidos por gestación por sustitución internacional noventa días después de volver a casa, pasarán a ser inmigrantes sin papeles en su propio país.
- d) Su exención de visado como ciudadanos americanos expirará y sus padres no podrán conseguir un permiso de residencia para sus hijos, porque esa figura no existe. No existe porque los hijos de españoles son españoles.

El TEDH viene a precisar qué debe entenderse por interés superior del niño en los casos de GS, estableciéndose como un criterio imperante en toda decisión.

La mejor solución para el niño es que desde su nacimiento tenga su filiación legalmente reconocida sobre la base de la voluntad procreacional respecto de ambos comitentes o del comitente, sin supeditarse a la comprobación de ningún vínculo genético y sin hacer distinciones según éste haya sido o no aportado.

“Pequeña Victoria”: Representaciones sobre Maternidad y Gestación

Presentaremos aquí algunos avances de la investigación exploratoria descriptiva que llevamos adelante en el marco del proyecto UBACYT 20020190100120BA: Las competencias del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida.

Se administró una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a jóvenes de la Zona Oeste del conurbano bonaerense que se encontraran cursando estudios terciarios o universitarios indistintamente en instituciones públicas o privadas. La muestra de 250 jóvenes de ambos sexos se realizó mediante un formulario online autoadministrado.

Los objetivos se centraron en conocer el impacto que genera en la población delimitada la serie de televisión *Pequeña Victoria*, la cual aborda el tema de la GS, para así organizar y describir las representaciones de los mismos sobre la maternidad, familia y gestación.

Para este trabajo nos focalizaremos en torno a las respuestas brindadas respecto de la definición de madre, quién es la madre en el caso *Victoria*, y cuál es el lugar de la gestante.

Resultados

Pequeña Victoria comienza con el nacimiento de una bebé, que unirá los caminos de cuatro mujeres muy diferentes. Jazmín, es una ejecutiva exitosa de casi cuarenta años que subrogó el vientre de Bárbara para poder ser

madre, sin que el embarazo perjudique su carrera corporativa en pleno ascenso. Bárbara, por su parte, será gestante a cambio de una remuneración que le permitiera ayudar a su madre y su hermano pequeño que viven en el Sur. Al entrar en trabajo de parto, pide un auto para ir a la clínica y así conoce a Selva la conductora que, se involucra, la acompaña y decide no separarse de la beba. Selva es la voz de la experiencia, ha criado a sus hermanos prácticamente sola. También se hace presente en la clínica Emma una chica trans; quien, para sorpresa de todas, será parte fundamental de esta historia, siendo la donante de esperma.

Las cuatro mujeres deciden compartir la crianza de la “Pequeña Victoria”, quien las interpela y las desafía.

Tomando esta ficción como disparador, hemos preguntado a los/as jóvenes consultados/as quién consideraban que era la madre de Victoria. El 67,3% de lxs encuestadxs respondió que la madre era Jazmín, quien decidió tenerla. Un 12,2% señaló como madre a la gestante, obteniendo el resto de las respuestas menos del 2% cada una.

¿Quién es la madre?

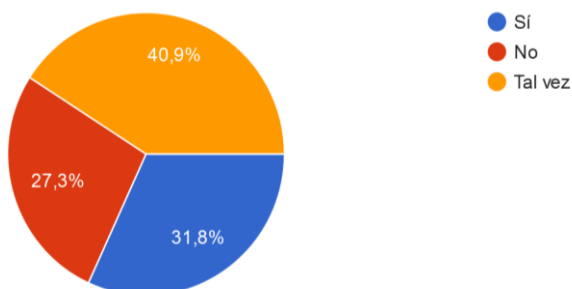


Elaboración propia

A partir de esto consultamos entonces cómo definirían *ser madre*: El 73,5% hizo alusión exclusivamente a la crianza, el 7,3% situó la necesidad de que esté presente el hecho de gestar y criar, el 8,8 % no sabe o no contesta. Todas las personas dieron respuestas generales (“La persona que cría y ama al niño”, “Persona que te da la vida y te enseña a vivirla”, etc.) menos una que hizo alusión a la serie específicamente indicando que todas las mujeres participantes “son la madre”. Cabe destacar que nadie mencionó de manera exclusiva el hecho de gestar y parir.

Volviendo a la serie, consultamos si la gestante debía formar parte de la historia familiar de Victoria.

¿Pensas que la gestante tiene que formar parte de la historia familiar de Victoria?



Elaboración propia

El 31,8% de los/as encuestados/as respondieron que sí debía formar parte de la historia familiar de Victoria y, en gran parte, fundamentaron sus repuestas en el derecho a la identidad, los lazos afectivos que generaría la gestación, la necesidad de continuar el lazo por la lactancia y el hecho de que es *también* su madre.

Quienes respondieron por la negativa fueron el 27,3% justificando su elección en el hecho de que fue una transacción comercial, que no había voluntad de maternidad, y el riesgo de que al continuar el lazo se “encariñen” y se confundan.

Por último, la mayoría (40,9%) se inclinó por el “Tal vez”, situando que debía ponderarse las voluntades de ambas partes, los pactos previos, el vínculo que se haya establecido en el proceso, o bien aguardar a conocer la voluntad de la niña.

-ARTÍCULO 562: entre la biología y la voluntad

El código Civil y Comercial de la Nación (2015) se expide en su artículo 562 del siguiente modo: Voluntad procreacional. Los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos de los artículos 560 y 561, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos.

Es decir que la GS en Argentina, no sólo no está regulada, sino que en su propio código civil se interpreta como madre a quien haya parido. Más allá de los caminos legales y sus vericuetos que esto exige atravesar a quienes recurren a la gestación solidaria, nos interesó indagar de qué modo se pone en juego en las creencias de la población seleccionada esta supuesta unión entre fisiología y voluntad y qué “ruidos” hace en ella el encuentro con la GS.

Entendemos, por un lado, que el tratamiento de la temática en los medios de comunicación masiva instala el debate en la sociedad, resultando éste siempre un paso necesario, pero, cabe destacar, que su modo de presentación

ha generado diversas confusiones. Si concebimos la concientización social como la acción de dar a conocer en profundidad un determinado tema, y a su vez incentivar la reflexión sobre un asunto, observaremos rápidamente que tanto la presencia de la serie como el tratamiento del tema a través de usuarios famosos no ha acercado a la población más que algunas confusiones.

Se ha observado entre los encuestados la ausencia de conocimientos fundamentados, el no conocimiento de la reforma del código Civil de 2015, y en posiciones que confunden roles y funciones. Encontramos, por ejemplo, respuestas de los estudiantes que sostienen que “la mujer que donó los óvulos corresponde a la madre con lazos sanguíneos y quién lo cría corresponde con los lazos de filiación afectiva”. Esto hace que se generen confusiones a la hora de poder delimitar quién es familia y quién no, y cuáles son los derechos de cada uno.

Cabe destacar, sin embargo, la tendencia a poner en valor los vínculos afectivos y de crianza por encima de los vínculos biológicos o fisiológicos a la hora de pensar la maternidad. El problema se presenta al intentar definir el rol de la persona gestante. Algunos encuestados señalan que esta última es “la madre” (12%), otros que sea o no considerada “madre” debe formar parte de la vida del niño (31%).

Reflexiones y puntapiés para seguir trabajando

Resulta necesario instalar en la sociedad un debate amplio al respecto (en el ámbito jurídico, en el plano social, médico, epidemiológico, salud mental, etc.) y

problematizar, en particular en la población de jóvenes, debido al incremento en el uso de este tipo de técnicas.

Existe al interior del marco normativo una contradicción entre la determinación de la maternidad establecida en el art Artículo 242 que insta que la madre es la mujer que da a luz² y el hecho que en la GS la que da a luz no es la madre.

Esta polaridad se nos presenta en las opiniones de los y las encuestadas

De lxs jóvenes encuestados el 96,2 % dice no haber recibido a lo largo de toda su educación clases sobre la salud sexual y reproductiva y no haber hablado del tema de GS. El 81% sostiene que entró en conocimiento de la implementación de la técnica por los medios de comunicación que difunden noticias sobre personajes famosos, mediáticos, que tienen hijos mediante esa técnica. Entonces, como docentes y profesionales de la salud debemos preguntarnos por qué dejamos de tratar en el sistema educativo formal las cuestiones atinentes a la salud sexual y reproductiva de lxs jóvenes y dejamos librada su formación a los medios de comunicación. Siendo además una obligación desde el año 2006 incluir en todos los niveles del sistema educativo el tratamiento de temas vinculados con la educación sexual integral.

² La maternidad quedará establecida, aun sin mediar reconocimiento expreso, por la prueba del nacimiento y la identidad del nacido. La inscripción deberá realizarse a petición de quien presente un certificado del médico u obstétrica que haya atendido el parto de la mujer a quien se atribuye la maternidad del hijo. Esta inscripción deberá serle notificada a la madre salvo su reconocimiento expreso o que quien hubiese denunciado el nacimiento fuere el marido.

En este novedoso contexto sociohistórico-político-cultural de las TRHA el claustro universitario debe garantizar una formación integral que avale no sólo el aprendizaje de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos, sino que, además, contemple la comprensión y la discusión de temas relacionados con la bioética, los valores y la formación ciudadana. En síntesis, la formación universitaria debe garantizarle al futuro profesional las competencias necesarias para ejercer su trabajo a partir de una formación integral y de excelencia.

Referencias bibliográficas

Albert, M. (2017). La explotación reproductiva de mujeres y el mito de la subrogación altruista: una mirada global al fenómeno de la gestación por sustitución. *Cuadernos de bioética*, 28(2), pp.177-197.

Código Civil y Comercial de la República Argentina (2015). En línea: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf

Disposición N° 93/DGRC/17 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En línea: https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PE-DIS-MGOBGC-DGRC-93-17-5239.pdf

Fariña, J.J. y Gutiérrez, C. (2000). Encrucijadas de la filiación. Lumen. En línea: www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/Leila.pdf

Igareda González, N (2018) El cuerpo diseminado: estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos. En *La*

gestación por sustitución: género, derecho y autonomía reproductiva. Madrid: Aranzadi. (pp. 221-236)

Informe sobre Derechos Humanos y Democracia en el Mundo (2014). En línea: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2015-0344_ES.html

Lamm, E (2014). Gestación por sustitución. La importancia de las sentencias del Tribunal Europeo de derechos humanos y su impacto. *Ars Iuris Salmanticensis Tribuna de actualidad*, Vol. 2, pp. 43-50.

Lamm, E., & Rubaja, N. (2016). Parámetros jurisprudenciales en los casos de gestación por sustitución internacional: los lineamientos del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y sus repercusiones en el contexto global. *Revista de bioética y derecho*, (37), pp. 149-170.

Naves, F., Moscuzza, C.; Thomas Moro, M.; Barontini, G. y Szkolnik, I. (2018). *Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires: Edición de autor.

Ormart, E. (2019). Los bordes de un futuro distópico La mujer gestante de la humanidad. En *Aesthethika* Vol. 15, marzo 2019, (pp.19-26). En línea: <http://www.aesthethika.org/Los-bordes-de-un-futuro-distopico>

Ormart, E. (2020). “Las representaciones sociales presentes en novelas televisivas sobre la gestación por sustitución en Argentina. El caso Pequeña Victoria” en: RIHUMSO n° 18, año 9, pp. 29-47.

Ramskold, L. & Posner, M. (2013). “Commercial surrogacy: How provisions of monetary remuneration and powers of international law can prevent exploitation of gestational surrogates”. En *Journal of Medical Ethics*, 39, (pp. 397-402)

Capítulo 8

Nacer de otro

Antonella Wagner

“Uno no nace de sí mismo, el cachorro humano no se hace él mismo, tampoco es sólo el fruto del vientre materno, nace de otro, el que otorga sangre y nombre”.

Marta Gerez Ambertín

La gestación subrogada despliega su controversia al contraponer discursos tan disímiles como el jurídico, el religioso, el psicológico, el médico, el capitalista, el moral; por mencionar sólo algunos de ellos. La posibilidad de que un embrión se geste por fuera del cuerpo de quien será la madre, es sólo una arista de la cuestión; pues, completa el cuadro la presencia de la gestante, quien llevará en su vientre al hijo de una configuración familiar, de la que no forma parte, hasta su nacimiento.

No hay consenso respecto de las pautas que deberían ordenar y garantizar la correcta realización de esta técnica reproductiva, al menos en Argentina. Este debate anuda una lucha entre el derecho a formar una familia- avance tecnológico mediante- y las condiciones políticas, económicas y sociales que nuestro país provee para garantizarlo.

La psicología halla en esta polémica, un espacio rico en oportunidades, no sólo para ofrecer su óptica, sino también, para actualizarse ante las nuevas problemáticas que de la sociedad emergen. Repensar las coordenadas teóricas que hemos incorporado como profesionales, a la luz de las dificultades que la práctica nos confronta, nos asienta como tales. Este movimiento de inscripción y elaboración de las propias marcas aplica para toda intención de transmisión: el psicólogo en este ámbito deberá procurar transmitir su entendimiento, así como también la tolerancia de lo incomprensible.

En el siguiente escrito desandaremos las lógicas que la gestación subrogada nos dispone, haciendo hincapié en la hiancia que separa a la madre de la gestante y la deuda jurídica que posee aún en Argentina. Prestando especial atención a lo que, cómo psicólogos, podemos aportar a este debate.

La deuda jurídica: el síntoma

Cuando hablamos de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, necesariamente hablamos de infertilidad y de fuente filial. Desde el campo de la medicina, el término infertilidad es definido como la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año o más de mantener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos o la imposibilidad de llevar un embarazo a término dando a luz un niño vivo. Las TRHA aparecen en auxilio de la dificultad arraigada a la infertilidad y brindaran un conjunto de técnicas posibles para alcanzar el objetivo último, un hijo/a.

La gestación subrogada es una Técnica de Reproducción Humana Asistida de alta complejidad. Se accede a ella a partir del diagnóstico de una falla a nivel de la implantación, anidación y/o desarrollo embrionario durante la gestación. Las causas para dicha falla son diversas, van desde el caso de una infertilidad estructural- como sería la que enfrenta una pareja compuesta por dos hombres, o la monoparentalidad masculina- hasta afecciones físicas en el cuerpo que comprometen al útero e impiden la consecución del embarazo.

Para todos los casos, se requerirá de un otro- ajeno a la configuración familiar- que aloje y lleve adelante la gestación, en sustitución de la dificultad que implica la infertilidad. Este otro se denomina: gestante.

La gestación subrogada implica, entonces, la transferencia de un embrión- conformado en el ámbito del laboratorio, a partir de los gametos de los futuros progenitores o donantes si así fuese- al útero de una gestante, la cual llevará adelante el embarazo. El niño/a nacido/a por gestación subrogada, posee vínculos jurídicos de filiación con lxs requirentes y no así con la gestante, o el/la donante, si lo hubiese.

El sistema jurídico argentino, a partir de la reforma en el Código Civil de la Nación en el año 2015, ha incluido a las Tecnologías de Reproducción Humana Asistida como fuente filial, junto con la adopción y la concepción natural. Para tal fin, se instituyó la figura de la voluntad procreacional, que hace referencia a la expresión de la voluntad que de manera libre asume un sujeto- usuario de las TRHA- con total independencia de que haya aportado o no sus gametos, responsabilizándose de la función de la paternidad/maternidad del futuro hijo/a, siendo ésta no revocable.

Ha sido necesario crear una figura jurídica que garantice los derechos filiatorios de un padre/madre para con su hijo/a ante la implementación de las técnicas reproductivas, no obstante, para el caso puntual de la gestación subrogada, existe aún una deuda jurídica. No hay legislación vigente que permita regular la implementación de esta técnica, pero tampoco una prohibición.

Lo interesante, para nuestro propósito, es la contradicción que instala dicha deuda jurídica. Nuestro Código Civil y Comercial de la Nación cita en su artículo 562 sobre la voluntad procreacional que los nacidos y las nacidas por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos/as de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre en los términos de los artículos 560 y 561, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quién haya aportado los gametos (Código Civil y Comercial de la Nación, 2015).

Este artículo establece, por un lado, que los nacidos mediante las TRHA son hijos de quien dió a luz, equiparando la maternidad con la gestación; y, por otro lado, sostiene que también serán hijos de quienes han prestado su consentimiento previo en los términos de la voluntad procreacional, equiparando la maternidad/paternidad a una expresión de la voluntad.

La gestación subrogada pone de cabeza lo explicitado en el artículo 562, en tanto quien posee la voluntad procreacional sobre el futuro hijo no es capaz de gestarlo, y quien puede llevar adelante la gestación, no posee la voluntad procreacional sobre ese hijo.

De manera que el procedimiento para realizar la técnica de gestación sustituta, en nuestro país, debe llevarse a cabo mediante recursos de amparo que contemplen la excepción para aquellos casos en los que se requiere una gestante para alcanzar la concepción de un hijo/a. Ha de establecerse y garantizarse- previamente a toda realización de la técnica y mediante orden judicial- la renuncia filiatoria por parte de la gestante para con el niño/a nacido/a por dicha técnica.

La renuncia de la gestante debe asentarse judicialmente. La razón que sustenta ese acto jurídico parece tener que ver con el peso de la premisa: “madre es quien da a luz”. Aún instituida la adopción como fuente filiatoria, la figura de la voluntad procreacional y la perspectiva de la maternidad como una función: la renuncia de la gestante debe asentarse judicialmente.

¿Por qué ha de requerir tanto interés sustentar dicha renuncia? ¿Qué sentido condensa la gestación en relación a la maternidad? La deuda jurídica se nos presenta como un síntoma en su sentido analítico: “como formaciones sustitutivas de lo reprimido” (Freud, 1925, p. 17). Sirvámonos de este paralelismo para perseguir la causa de la que es efecto esta deuda jurídica. Desconozcamos las razones que se nos presentan como obvias, sirviéndonos de la mirada clínica.

El estatuto de la renuncia en la gestante

Existe una serie de requisitos básicos que habilitan a una mujer a ofrecerse como gestante:

- Tener más de 18-20 años y menos de 40.
- Haber pasado por un embarazo y parto de un hijo propio sin complicaciones.
- Gozar de una buena salud.
- Estar emocionalmente preparada para la subrogación.
- La mujer (gestante) NO aporta el material genético (óvulos) que será fecundado por el gameto masculino de alguno de los miembros de la configuración parental.
- Deberá someterse a una evaluación psicológica.

En algunos países suele incluirse como requisito poseer una familia propia o incluso considerar finalizado su proyecto parental. También contar con determinadas condiciones económicas que signifiquen no acceder a la técnica por necesidad lucrativa, suele pedirse el consentimiento conyugal si la gestante tuviese marido y también certificación de antecedentes penales.

En la generalidad de los casos se realiza hincapié en la motivación altruista o solidaria que lleva a la gestante a ofrecerse como tal. Se pretende de esta figura que pueda llevar adelante el proceso gestacional, para otros.

Una salvedad que concierne a la figura de la gestante y resulta interesante retomar, es que ésta no podrá aportar sus gametos para la conformación del embrión. Intuimos en la razón por la cual se dispone tal objeción, un intento por distanciar la gestación de la maternidad.

En este punto, considero importante diferenciar la implicancia de la figura de una donante y una gestante en su participación en las TRHA. La donante atraviesa un proceso de estimulación hormonal con el fin de ceder, transferir, otorgar, dar: un número conveniente de material genético viable para su fecundación. Objetivamente, la dirección del procedimiento, parte de sí hacia el otro. Hay en el acto mismo de la donación una renuncia explícita a eso que se da (gametos), pero, también, una renuncia implícita a los derechos filiatorios para con el futuro niño/a que llevará sus genes.

El caso de la gestante es inverso. Ésta aloja, alberga, anida, gesta, no ha de renunciar a aquello que aporta para que un embarazo llegue a su consecución, es decir, su útero. Todo el proceso de constitución del niño/a toma el estatuto de una experiencia, que parte de sí, hacia sí misma. Podemos decir que la gestante renuncia, por un lado y al igual que la donante, a los derechos filiatorios para con el niño/a que ha gestado; pero no comparte con ésta la renuncia explícita de lo real del cuerpo, sino todo lo contrario. La donante da el material genético mientras la gestante experimenta lo contrario de una pérdida.

Nuevamente la pregunta por el estatuto de la renuncia en la gestante cobra fuerza en este análisis, como la insistencia de “lo real que no cesa de no escribirse” (Lacan, 1972, p. 175). Si retomamos la conceptualización psicoanalítica del síntoma quizás podamos dar unos cuantos pasos en dirección a una respuesta posible.

“¿Qué orientación es la del síntoma? La orientación de lo real, la orientación del significante excluido a la vez

del campo de la significación y del sentido. Esta es la última definición de lo real que da Lacan: es lo que no tiene sentido y, sin embargo, encuentra en el síntoma un representante en el campo del sentido. El síntoma es lo que viene de lo real” (Lombardi, 2000, p. 1).

Si lo real encuentra en el síntoma un representante, preguntémonos acerca del desplazamiento que encarna la deuda jurídica respecto de la gestación subrogada: ¿Que se sustituye con la gestación por sustitución?

Una experiencia de gestación

Decir un vientre, una gestación o una maternidad ¿es lo mismo? La sustitución, es un sentido psicoanalítico, opera en el terreno de lo simbólico, de manera que decir que una gestante meramente subroga un vientre conduciría a reducir hasta el simplismo absurdo la cuestión. De la misma manera otorgarle a dicha subrogación el estatuto de maternidad, es ir demasiado lejos.

Resulta más adecuado establecer que aquello que subroga una gestante, al someterse a la técnica, se trata de una experiencia: una experiencia de gestación.

Allí donde una madre soporta la falla, la mujer gestante sobrelleva “en su lugar” el embarazo. No se trata de una suplencia, entendiendo este término como solución de la falla o renegación de dicha marca. La gestante no suple a la madre, la sustituye, portando las marcas de la imposibilidad de su suplencia.

La hiancia que separa la experiencia de gestación de la maternidad tendrá que ver con la transmisión de un deseo, de un lugar en el deseo de la madre para ese hijo, como condición fundamental del acto de matinar. En palabras de Armando Kletnicki, la función materna es:

“aquella que produce al sujeto parlante por la vía de la transmisión de un deseo que es siempre singular, y como lugar de establecimiento de la simbolización ya que es la madre quien transforma lo real en significativo” (Kletnicki, 2000, p. 214).

El real irreductible de esta transmisión, se presenta para nosotros como las marcas de origen que darán lugar al acto filiatorio, o en palabras de Jacques Lacan “un deseo no anónimo y singular” (Lacan, 1983, p. 2). Un lugar donado en el Otro que permite inscribir a un hijo en el entramado genealógico del cual forma parte. Hablar sobre el origen, es hablar más allá de lo propiciado por una técnica, o cualquier otra fuente filial, es historizar el deseo de ser padres.

El deseo que causa a una gestante a atravesar la experiencia de gestación para otros, sin duda estará signado por coordenadas singulares capaces de imprimir marcas subjetivas, no sólo para sí misma, o el bebé que gesta; sino también, para su propia familia y para la cual se ofrece como gestante sustituta. No obstante, se distancia de aquel deseo que porta la singularidad de dar lugar al acto filiatorio.

Cuando hablamos del origen nos referimos específicamente:

“a aquel que nos sustrae de la animalidad para inscribirnos, a partir del lenguaje, en el orden de lo humano. El origen como la inscripción particular de aquellos significantes que vienen del campo del Otro y hacen mella sobre el cuerpo del viviente.” (Lima, Navés & Omat, 2015, p. 69).

No podemos prescindir de las huellas que imprime la experiencia de gestación, en tanto constitutivas del sujeto, pero debemos considerar que el acto filiatorio, el cual nombra tanto la maternidad como la condición de hijo, es dado también en el acto de reconocimiento y elaboración de dichas marcas. El movimiento que inicia la impresión de esa marca de origen da lugar no solo a la inscripción de un sujeto en su trama filiatoria sino también a su propia constitución subjetiva sino se tratase de la misma cosa (Wagner, 2017).

Nacer de un Otro, nacer de otro: hay una diferencia. Existe una disonancia entre la repetición de lo mismo y un lapsus. En la sustitución hallamos un desplazamiento equívoco, el síntoma no-todo denuncia.

La deuda jurídica que nuestro país mantiene con la gestación subrogada representa la dificultad por comprender la distancia que implica la experiencia de gestación de la maternidad. A lo cual se le adhiere la complejidad inherente a la cuestión del origen, en tanto real inabarcable por el significante, aspecto que se presenta insistiendo en las diversas polémicas que instalan las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Referencias bibliográficas

Freud, S. (1925). Presentación autobiográfica. En Tomo XX Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

Gerez Ambertín, M. (2015). Violencia en la filiación. En *Nuevas tecnologías reproductivas y enigmas del padre*

Kletnicki, A. (2000). Un deseo que no sea anónimo. Tecnologías reproductivas: transformación de lo simbólico y afectación del núcleo real. En *La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.

Lacan, J. (1983). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1972-73). *El seminario XX. Aún*. Buenos Aires: Paidós,

Lima, N; Naves, F. y Ormart, E. (2015). Competencias profesionales del psicólogo en los casos de restitución de identidad vs. Niños concebidos por tecnologías reproductivas. En *Premio Facultad de Psicología*. UBA.

Lombardi, G. (2000). Tres Definiciones de lo real en psicoanálisis. Diván lacaniano, 0, 46-48. Recuperado de <http://www.forofarp.org/images/pdf/Praxisyclinica/Gabriel%20Lombardi/DefinicionesReal.pdf>

Navés, F.; Moscuza, C.; Thomas Moro, M.; Barontini, G. y Szkolnik, I. (2020). Gestación por sustitución y filiación en Argentina. En *Reproducción* - Volumen: 35 / Año 2020 / N° 1. Recuperado de

<https://www.editorialascune.com/revistasamer/2020/02/10/gestacion-por-sustitucion-y-filiacion-en-argentina/>

Wagner, A. (2017). Un relato original: singularidad filiatoria en la donación de gametos. Tesis de grado. Facultad de psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Capítulo 9

Acerca de la gestación por sustitución y los vínculos de parentesco

Pamela Rossi

Una de las polémicas que la Gestación por Sustitución presenta se centra en la consideración de los vínculos y las relaciones entre padres de intención y el/la niño/a nacido por subrogación, pero, también el esperable desapego de la gestante hacia el bebé y las primeras horas de vida del niño junto a sus padres de intención.

Muchas posturas feministas que abogan por la salud mental perinatal hacen referencia a ello; tal es el caso de Olza (2018) quien plantea que el vínculo biológico y afectivo entre las embarazadas y sus bebés no se puede reducir a la presencia o no de una genética compartida motivo por el cual la salud de madres y bebés debe de ser estudiada desde el modelo bio-psico-social. Esto incluye la salud mental a corto, medio y largo plazo.

En contraposición a esta postura, Rodríguez Díaz (2018) afirma que la mayoría de las gestantes no tienen dificultades para separarse de los bebés; para esta pensadora la subrogación uterina presenta buenos resultados médicos, aunque puede ocasionar algunos reparos.

El artículo *El ajuste psicológico entre padres e hijos posterior al nacimiento en Gestación por Sustitución* de Vasanti Jadva, toma en consideración estos contrapuntos para realizar una revisión bibliográfica de las investigaciones que evalúan la salud psicológica de las gestantes, sus hijos y de las familias formadas por GS.

A continuación, recuperaré, a modo de síntesis, los resultados arrojados por los estudios revisados por Jadva con la finalidad de echar luz a la incertidumbre que produce la Gestación por Sustitución en el campo de la psicología perinatal y de la sociedad en general.

1. El ajuste psicológico de las gestantes

Las investigaciones realizadas en occidente se centran en las gestantes por la preocupación que genera el vínculo que puedan entablar con el bebé durante el embarazo y, también, por el impacto de la separación, después del nacimiento, que pudiera afectar la salud mental del bebé.

Los estudios realizados a 95 gestantes de Estados Unidos señalaron que sólo cinco de ellas mostraron signos de un estado de ánimo bajo, similar a la melancolía materna (baby blues), presente en las dos primeras semanas después del parto. Para los investigadores el bajo nivel en la tasa de depresión del grupo estudiado se relaciona con el hecho de que las mujeres gestantes fueron sometidas a una evaluación completa y recibieron asesoramiento psicológico durante todo el proceso, el embarazo y el

puerperio (Parkinson, Tran, Tan, Nelson, Batzofin, Serafini, 1999; Soderstrom-Anttila, Wennerholm, Loft, Pinborg, Aittom, Romundstad; 2016).

En Reino Unido las gestantes sustitutas no reciben asesoramiento y apoyo continuo, sin embargo, los estudios realizados también han informado bajas tasas de problemas psicológicos posteriores al nacimiento.

Otras investigaciones, reseñadas por Javda, muestran que de 34 gestantes, de las cuales 19 son sustitutas tradicionales -aportan sus gametos- y 15 gestacionales -no aportan sus gametos-, sólo el 32% (Imrie y Jadvá, 2014) experimentaron algunas dificultades en las semanas posteriores al nacimiento y una ellas se ha sentido muy deprimida o ansiosa, aunque todavía se consideraba capaz de trabajar o llevar adelante las tareas domésticas.

Estas tasas disminuyeron a lo largo del tiempo. Sólo dos mujeres informaron ciertas dificultades al año del nacimiento. Diez años después se logró contactar a 20 mujeres, ninguna experimentó problemas psicológicos. Al contrario, muchas mostraron altos niveles de autoestima.

Finalmente, Van den Akker (2007), Imrie y Jadvá (2014); Jadvá, Imrie y Golombok (2015) indicaron que en general, no se han encontrado sustitutas que hayan experimentado problemas psicológicos durante los siguientes 5 o 10 años posteriores al nacimiento por subrogación.

En cuanto a la relación de las gestantes sustitutas y los niños que de ellas nacieron los resultados arrojaron que no ven al niño como propio, aunque sienten un vínculo especial y suelen referirse a él como un sobrino o sobrina.

Cuando el contacto con las familias que ayudaron a formar se reduce con el tiempo, sin estar preestablecido, las gestantes manifestaron deseos de saber cómo estaba el niño.

Asimismo, la investigación que tuvo lugar en la India comparó un grupo de 45 mujeres sustitutas con un grupo de 49 mujeres que dieron a luz sus propios hijos. El puntaje más alto de depresión se encontró entre las gestantes sustitutas, pero, no se hallaron diferencias entre los grupos con respecto a los niveles de estrés o ansiedad. El estudio también determinó que los niveles más altos de depresión post-nacimiento se relaciona con los factores como el embarazo en sí mismo, la falta de apoyo social, el mantener la subrogación oculta y recibir críticas de otros (Lamba, Jadvá y Golombok, 2018).

2. Las familias

Los hijos de las gestantes también fueron objeto de estudio. En la primera investigación se descubrió que 36 niños de 12 a 25 años tenían altos niveles de bienestar psicológico, estaban bien ajustados, y reportaban relaciones familiares cercanas. La mayor parte de los niños se sintieron cómodos con la participación de su madre en la subrogación, y algunos informaron que se sentían particularmente orgullosos de ella y cuando se formaron nuevas relaciones entre ambas familias el 44% eligió llamar "hermana", "hermano", "hermana del estómago", "media hermana o medio hermano" a los niños nacidos por subrogación y la mitad estuvo en contacto con el niño subrogado (Jadvá y Imrie, 2014).

En cambio, en EE. UU. se indagó a 13 hijos de gestantes sustitutas, que tenían entre 7 y 17 años, más de un tercio de los niños informaron sentimientos negativos acerca de la participación de su madre en la subrogación (Riddle, 2017). Es posible que la diferencia se deba a que este estudio entrevistó a participantes más jóvenes, lo que plantea la cuestión de si la edad en la que se pregunta a los niños su opinión sobre la subrogación podría llevar a percepciones menos positivas sobre el tema.

En el Reino Unido se realizó un estudio longitudinal sobre las familias formadas por subrogación comparándolas con las familias formadas a través de la donación de óvulos, la donación de espermatozoides, y la concepción natural. Cuarenta y dos familias encabezadas por parejas heterosexuales fueron vistas cuando el niño nacido de la gestante tenía 1 año, 2 años, 3 años, 7 años, 10 años y 14 años.

Se utilizaron entrevistas y cuestionarios normalizados y evaluaciones de observación de las madres, los padres y el niño, así como el maestro del niño para proporcionar un informe independiente. Las evaluaciones fueron hechas por psiquiatras infantiles que desconocían el tipo de familia (si era tradicional o subrogada). Se encontró muy pocas diferencias entre las familias formadas por subrogación y los grupos de comparación.

En los casos en los que se hallaron diferencias, las mismas tendían a ser vínculos de crianza positivos entre los hijos y padres de las familias formadas por subrogación.

No se encontró que los niños mostraran niveles elevados en trastornos adaptativos o dificultades de adaptación. Sin embargo, a la edad de 7 años sus puntuaciones en el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, que evalúa los problemas emocionales y de

comportamiento, aunque dentro del rango normal, puntuaron significativamente más alto (lo que indica mayores problemas) que en la comparación con grupos de niños que fueron concebidos por donación de gametos o por concepción natural. Esta diferencia había desaparecido en las familias que fueron visitadas nuevamente, cuando los niños ya tenían 10 años.

A la edad de 14 años, no se observan diferencias en mediciones de autoestima o adaptación psicológica entre los niños nacidos por subrogación y los niños de los otros tipos de familia (Golombok, Ilioi, Blake, Roman, y Jadvá, 2017).

Además, los niños que sabían sobre su origen gestacional, desde una edad temprana, mantienen relaciones madre-hijo más positivas durante la adolescencia temprana (Ilioi, Blake, Jadvá, Roma y Golombok, 2017)

En un estudio internacional de familias con niños pequeños del Reino Unido, en los Países Bajos y Francia se formaron 38 familias de padres homosexuales a través de la subrogación y se compararon con 61 familias formadas por madres lesbianas a través de la donación de esperma y 41 familias de padres heterosexuales formadas a través de la FIV, no se encontraron diferencias entre los grupos en relación con la crianza de los hijos, estrés, depresión, ansiedad o satisfacción en las relaciones (Van Rijn-van, Bos, Jorgensen, Ellis-Davies, Winstanley, Golombok, et al., 2018)

Un estudio de EE. UU de 40 familias de padres gays formadas por subrogación y 55 familias de madres lesbianas, gracias a la donación de esperma se encontraron altos niveles de ajuste entre los niños de 4 a 9 años

evaluados y no se hallaron diferencias entre los grupos con relación a la calidad de la crianza de los hijos y la interacción entre padres e hijos (Golombok, Blake, Slutsky, Raffanella, Roman y Ehrhardt, 2018)

En un estudio italiano de padres solteros (gays y heterosexuales) de niños entre 3 y 10 años encontraron pocas diferencias en cuanto a la crianza de sus hijos, las relaciones entre padres e hijos, o los resultados de los niños cuando se comparan con familias gays de dos padres y heterosexuales de dos padres a través de FIV. La única diferencia encontrada sugiere un mayor monto de estrés de los padres entre los grupos de padres solteros.

En el primer estudio longitudinal llevado a cabo en el Reino Unido que ha investigado los pensamientos, los sentimientos y experiencias de los niños nacidos por subrogación encontró que la mayor parte de los jóvenes nacidos por subrogación se sintieron despreocupados de su nacimiento y quienes no están en contacto con su gestante tenían curiosidad por ella y querían saber sobre sus motivaciones. Sólo uno de los 22 adolescentes entrevistados informó sentimientos ambivalentes hacia su gestante y sólo uno informó que la relación con la gestante se había roto (Zadeh, Illioi, Jadvá y Golombok, 2018).

Según los hallazgos reseñados por Jadvá, podemos concluir que hay adaptación psicológica en la gestante y sus hijos, así como también en los niños nacidos por Gestación Subrogada, aunque ningún estudio atravesó el límite de edad más allá de la adolescencia temprana en los hijos nacidos por subrogación.

Es importante señalar que estas investigaciones internacionales son de suma importancia y nos invitan a flexibilizar nuestros modos de pensar las familias desvinculando la gestación de un hecho netamente biológico, de la maternidad como cuestión intrínseca a la mujer, entendiendo que como dicen Navés, Alaniz y Rossi (2020) “en una familia lo fundamental no es su constitución sino el poder establecer vínculos amorosos que favorezcan un apego seguro, el cual promoverá el crecimiento de individuos mental y emocionalmente saludables” (p. 61).

Referencias bibliográficas

Golombok, S., Blake, L., Slutsky, J., Raffanella, E., Roman, G. D., & Ehrhardt, A. (2018). Parenting and the Adjustment of Children Born to Gay Fathers Through Surrogacy. *Child Development*, 89(4), 1223-1233. <https://doi.org/10.1111/cdev.12728>

Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadv V. (2017). A longitudinal study of families formed through reproductive donation: parent-adolescent relationships and adolescent adjustment at age 14. *Developmental Psychology*; 53(10), 1966–1977. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000372>

Ilioi E, Blake L, Jadv V, Roman G, Golombok S. (2017). The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to

age 14. *J Child. Psychol Psychiatry*; 58 (3):315–324. doi: 10.1111/jcpp.12667.

Imrie, S. y Jadvá, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationship and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online* 29(4):424–435.

<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>

Jadvá V, Imrie S. (2014). Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Human Reproduction*; 29(1):90–6. doi: 10.1093/humrep/det410

Jadvá V, Imrie S, Golombok S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*; 30(2):373–9. DOI: [10.1093/humrep/deu339](https://doi.org/10.1093/humrep/deu339)

Lamba N, Jadvá V, Kadam K, Golombok S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*; 33 (4):646–653. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey048>

Navés, F.; Alaniz R.; Rossi, P. (2020). Género y familia(s) a la luz de las TRHA. En Lima y Rossi compl. *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida*. 1º edición, mayo 2020. Nueva Editorial universitaria: San Luis

Olza, B (2018). “Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista” En Rosana Triviño Caballero:

Cuestiones abiertas sobre la gestación subrogada. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 10(28), 1-12

Parkinson J, Tran C, Tan T, Nelson J, Batzofin J, Serafini P. (1999). Perinatal outcome after in-vitro fertilization-surrogacy. *Human Reproduction*; 14(3):671–676. <https://doi.org/10.1093/humrep/14.3.671>

Riddle MP. (2017). An investigation into the psychological well-being of the biological children of surrogates. *Cogent Psychol*; 4:1, DOI: [10.1080 / 23311908.2017.1305035](https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1305035)

Rijn-van Gelderen L, Bos HWM, Jorgensen TD, Ellis-Davies K, Winstanley A, Golombok S, et al. (2018). Wellbeing of gay fathers with children born through surrogacy: a comparison with lesbian-mother families and heterosexual IVF parent families. *Human Reproduction*; 33(1):101–108. doi: 10.1093/humrep/dex339

Rodríguez Díaz, Rubí Nieves (2018): “Subrogación uterina: aspectos médicos”, en Rodríguez Delgado, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 10(26): 1-14.

Soderstrom-Anttila V, Wennerholm U-B, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. (2016). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260–276, <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>

Van den Akker OB. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*; 13(1):53–62. DOI: [10.1093/humupd/dml039](https://doi.org/10.1093/humupd/dml039)

Zadeh S, Illioi E, Jadvā V, Golombok S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*; 33(6):1099–1106. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>

EL PSICÓLOGX EN ACCIÓN

SEGUNDA PARTE

El quehacer del psicólogo en Gestación por sustitución

Rocío Alaniz y Flavia Navés

Pensar y definir el rol, nuestro rol, es hablar sobre la psicología es, por tanto, entrar en debate, es procurar explicar con palabras un hacer en un ámbito como el de la reproducción asistida y sobre el tratamiento que mayor resistencia y complejidad reviste, lo que se convierte en un enorme desafío.

No hay una definición clara del rol del psicólogo, mucho menos en el ámbito de la GS; múltiples roles específicos asociados a escenarios de desempeños muy acotados suelen delimitar una posible definición del rol del psicólogo. Por ello, este se va modificando en función de las diferentes tareas que desempeña, en la relación con el contexto en que las realiza y en la interacción dinámica con quienes demandan sus servicios. Este rol ejecutado, suele influir sobre el rol percibido.

Delimitar nuestro quehacer profesional en este ámbito es, entonces, demarcar el papel que debemos cumplir, pero, también es comprender lo que de nosotros se espera en función de la posición que ocupamos. Nos exige la formación y el entrenamiento en la aplicabilidad del conocimiento psicológico desde una perspectiva interdisciplinaria.

En este devenir entre lo que se percibe y lo que se ejecuta es que nos preguntamos por nuestro rol como psicólogos de la salud en Gestación por Sustitución ¿Lo que se espera de nosotros es lo que hacemos? ¿Realizamos diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados por una enfermedad médica que poseen conocimientos de medicina reproductiva? ¿Oficiamos de orientador, asesor, counselor en salud para colaborar en la educación del paciente y la toma de decisiones? ¿Cualquier psicólogo puede realizar esta tarea? ¿Qué formación debería acreditarse?

Los próximos capítulos ensayarán, sobre la base de las distintas experiencias profesionales, respuestas posibles a nuestros interrogantes. Respuestas que probablemente sirvan para dilucidar algo más del rol del psicólogo en medicina reproductiva en general y en Gestación por Sustitución en particular para seguir construyendo nuestro quehacer en un país que avanza a la par del mundo en materia de tecnologías reproductivas, pero a su propio ritmo y con identidad propia en materia de derechos.

Capítulo 10

Ensayo sobre (in)fertilidad. ¿Hay una clínica específica?

Diana Pérez

El propósito de este artículo es reflexionar acerca de algunos aspectos del quehacer de los psicólogos en el ámbito de la medicina reproductiva. Se trata de un trabajo no acabado que en el camino permitirá ir formalizando una práctica. Desde hace algunos años vengo desarrollando una tarea de atención psicológica dentro de un centro de fertilidad. Agradezco la posibilidad de compartir ateneos científicos y reuniones de equipo con los profesionales de la medicina especializados en el área, como así también la oportunidad de pensar casos clínicos en conjunto, todo lo cual me permite adquirir un mínimo indispensable de conocimientos que resultan fundamentales a la hora de encarar los problemas que se nos plantean. Sin duda, la interacción de los distintos campos de pensamiento no es lineal y no ocurre sin diferencias ni conflicto, pero en el entrecruzamiento de estas áreas se sitúa un trabajo interdisciplinario, lo que Alkolombre (2011) denomina “interfase”, esto es, una zona de vinculación y de diferenciación que define la experiencia interdisciplinaria como “un entre-dos o más de dos”.

Las personas que llegan a la consulta son habitualmente derivadas por los médicos, o puede ocurrir que sean ellas mismas quienes espontáneamente pidan ayuda psicológica. Y es ahí, en la práctica clínica, donde surgen los interrogantes que nos interpelan y sus posibles respuestas. ¿Qué lugar queda reservado para un psicólogo o psicóloga dentro de un centro de atención médica cuando en principio quien o quienes nos consultan no nos demandan a nosotros y, por su parte, la institución espera que llevemos adelante una atención que ayude a los procedimientos médicos? En primer lugar, sabemos que quien consulta lo hace porque sufre, y recurre a aquellos espacios socialmente avalados para encontrar soluciones que alivien ese padecimiento. Asumiendo que esa demanda en principio no está dirigida a un psicólogo, el vínculo que este pueda establecer con los consultantes dependerá de lo que ocurra en aquel espacio. Por lo general, no se trata de una demanda de un trabajo terapéutico prolongado, sino de una serie de encuentros puntuales que permiten orientar o reorientar a los consultantes antes de que ocurra una acción médica, durante los pasajes entre las distintas instancias del tratamiento médico o frente al fracaso reiterado de estos. En este sentido, podemos decir que un psicólogo en un centro de fertilidad es alguien que realiza una “apuesta”, que considera cada encuentro como una oportunidad para alojar una experiencia subjetiva que haga lugar a ese sufrimiento.

Para los pacientes, los diagnósticos son siempre sorprendidos, imprevistos, devastadores. En estas instancias queda comprometida y trastocada la cotidianidad, así como también las relaciones con el entorno social, el orden de valores y las perspectivas personales y profesionales. Un diagnóstico altera el orden de prioridades. Cualquier cosa que hasta aquel momento haya tenido cierta importancia puede rápidamente pasar a un segundo plano o, más aún, desaparecer de la órbita. Lo que habitualmente ocurre es

que el deseo de ser padres se ve obstaculizado o postergado por situaciones inesperadas para las que los consultantes no tenían representación previa (dificultades procreativas), es el encuentro con una contingencia que no encaja en la continuidad de sus vidas y que los enfrenta con un conflicto que no puede ser resuelto con los medios habituales. Así pues, nuestra tarea será escuchar el padecer de ese conflicto inédito en el entramado de la historia de aquellas personas, el lugar que tiene esa contingencia en sus vidas, su deseo de maternar y/o paternar y los recursos disponibles para alojar al hijo por venir. Será un trabajo de acompañamiento y escucha en ese nuevo camino que representan los avatares en la construcción-reconstrucción de ese deseo de un hijo que no llega.

Una matriz con ejes propios

Como vimos, es en la práctica donde surgen las preguntas acerca de nuestras intervenciones sobre una clínica que tiene coordenadas propias para el armado de un dispositivo de atención. Precisamente, la palabra “dispositivo”, del latín *dispositus*, se asocia a un artificio preparado para cumplir con un objetivo, a algo que está puesto para producir una acción. Es decir, refiere a una “tendencia” o “disposición” a utilizar diferentes herramientas en una situación, con la posibilidad de rectificar o ratificar el rumbo.

Podemos identificar, entonces, ciertos ejes en torno a los cuales girará la práctica. A saber: cualidad de la transferencia; protagonismo del cuerpo; simultaneidad de tiempos; el azar, la contingencia y lo impredecible; el deseo de un hijo, de qué lugar materno/paterno hablamos.

1. Principales características de la transferencia¹

Cuando hablamos de transferencia en el ámbito de la medicina reproductiva, sin duda hacemos referencia a un tipo de relación o vínculo peculiar y muy diferente de aquel que se da en otros terrenos médicos. Aquí, la demanda que se presenta va más allá de la dolencia física y está relacionada con el deseo. Precisamente, el médico ginecólogo René Frydman considera a la medicina reproductiva como una medicina del deseo: “en los países desarrollados, hemos ingresado en la medicina del bienestar, en la medicina del deseo” (Frydman cit. en Chatel, 1996: 65). “Deseo un hijo” es el resultado de la sustitución de “¿qué le duele?” por “¿qué desea?”. Las personas acuden porque necesitan que la medicina las ayude en la concreción de un anhelo: construir una familia. En este sentido, vemos cómo términos tan disímiles como “medicina” y “deseo” encuentran un punto de convergencia. Entonces, a priori podríamos decir que el campo del deseo de un hijo es un espacio propicio para la intervención de un psicólogo o psicóloga, y justifica por demás un trabajo en conjunto. También esta disposición a los más variados recursos para hacer realidad el deseo de tener un hijo y de alcanzar la maternidad o paternidad pone en juego otras formas de relación médico-paciente. No podemos dejar de mencionar el efecto omnipotente y heroico que se atribuye a la generación de vida y, por ende, a la intervención en la procreación. Cabe interrogar, ¿cualquier deseo debe de ser satisfecho? ¿Cuál es el límite?

¹ El concepto refiere a un fenómeno instituido-instituyente, a un lugar establecido de antemano que implica un desplazamiento de valores e ideas propios sobre la institución. Dentro de la teoría psicoanalítica, adquiere otro significado vinculado a la dirección de la cura

De una medicina que trabaja en el campo del deseo también se desprende una sobrevaloración de la técnica que implica una descentralización y un desplazamiento del sujeto. Es habitual que quien acuda a un centro de fertilidad deposite su confianza y su máxima esperanza en la técnica, que será la encargada de resolver por sí misma (“si no quedo embarazada, me hago una FIV”)² Entonces, se produce en primera instancia una ilusión depositada en los procedimientos médicos que los consultantes irán acomodando en el transcurso del tratamiento, una vez que reconozcan que el camino no es tan recto como imaginaban y que habrá más de una contingencia que sortear. En definitiva, se debe tener presente que la medicina reproductiva es una asistencia mediadora, un instrumento que posibilita acceder a intervenciones médicas destinadas a suplir la falla de una función. Es decir, ella por sí misma no transforma “mágicamente” la realidad ni cambia un diagnóstico, no convierte un cuerpo infértil en fértil (idea frecuente en el imaginario popular).

1.1 El espacio físico es determinante: ¿en qué escenario nos movemos?

Ingresar en un centro de fertilidad implica para las personas admitir que la escena médica invade su privacidad, que el cuerpo se separa de la sexualidad y que la procreación queda en manos de la medicina. En esta vulneración de lo íntimo, de lo más propio de cada uno, de aquello que avergüenza o da pudor, se da cita una amplia gama de prácticas como la extracción de fluidos corporales, muestras de semen, relaciones sexuales programadas,

² La fecundación in vitro (FIV) es una técnica de reproducción humana médicamente asistida de alta complejidad

punciones, biopsias, transferencias uterinas y más. Es así como a la frustración de no conseguir un embarazo los consultantes deben sumarle el alto grado de exposición al que se encuentran sometidos, rodeados cada vez más de una mayor cantidad de actores: biólogos, ecografistas, endocrinólogos y un sinnúmero de especialistas. A su vez, es característica de esta medicina la fragmentación en una sucesión de procedimientos o fases que se desarrollan en el exterior de los propios cuerpos, así como también la inclusión de otros terceros, colaboradores en la procreación (donantes o/y gestantes), ajenos a las personas que desean construir una familia. Este quiebre con el modo tradicional de concepción, que separa sexualidad de procreación (y que también independiza la gestación en los casos de gestación por sustitución), produce en los pacientes la pérdida de control sobre los procesos biológicos, provoca sentimientos de extrañeza y ajenidad, moviliza fantasías, temores y angustias que se ven reflejados en frases reiteradas como “¿será el semen de mi marido?”, “¿cómo eligieron a la donante?”, “¿no se habrán confundido?”. La transferencia, en su vertiente positiva de la confianza, y el trabajo psíquico propuesto en el dispositivo psicológico serán, pues, los encargados de reelaborar las fantasías que produce la procreación extracorpórea.

2. El cuerpo en la medicina reproductiva. de organismo a cuerpo pulsional

*“El cuerpo como lugar de gestación se medicaliza.
Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto,
que como tal está abierto al infinito juego de la significancia, y
el cuerpo del discurso científico”*

Tubert, 1993

Estamos en una época de nuevas narrativas sobre el cuerpo. *Ese oscuro objeto del deseo* (recordando aquella deliciosa película de Buñuel) ahora se ve amplificado, estudiado, cuantificado. El cuerpo anatómico es entonces portador de un saber explorable mediante estudios clínicos, diagnósticos, medicaciones y tratamientos, y es habitual que los consultantes posean un exceso de información médica. Así, el cuerpo queda traducido en parámetros de normalidad y anormalidad: “valores LSH, progesterona”, “endometriosis”, “trombofilia”, “columnas de anexina”, “azoospermia” son solo algunas de las formas en que esos cuerpos son leídos.³ Ahora bien, cuando alguien es derivado a la consulta o interconsulta con el psicólogo o la psicóloga tratante dentro de un centro de fertilidad, ya no se pone el énfasis en el funcionamiento del cuerpo anatómico, sino que se busca historizarlo para poder darle nuevos sentidos a lo que está ocurriendo. A veces no se trata de develar significados ocultos, sino de construirlos o *deconstruir* otros cristalizados. En el recorrido de los tratamientos médicos y en el relato de los consultantes se observa la búsqueda por hallar eso enigmático, por encontrar en lo real del cuerpo una explicación allí donde la medicalización no lo logra.

Pensar en el pasaje del cuerpo anatómico (organismo) a cuerpo pulsional permite no quedar atrapados en el lenguaje científico, comprender el cuerpo en su dimensión de borde entre soma y psique, transitar lo sensible, las emociones, las ideas que lo afectan, la inmensidad del dolor. Concebir el cuerpo en su dimensión deseante es entender que se entra en lo simbólico, en donde la cultura juega un papel determinante. Todo esto genera una ruptura con las categorías que implican pensar la

³ Los conceptos entrecomillados pertenecen al lenguaje específico de la medicina reproductiva y aluden a indicadores, técnicas y/o diagnósticos.

procreación en el orden de la condición biológica y la naturaleza. Pero, como dice Patricia Alkolobre,

“muchas veces nos encontramos con que no hay un psiquismo que semantice, es lo orgánico lo que prevalece y la solución se espera desde el campo médico. Observamos en estos casos una mayor tolerancia al dolor físico que a enfrentarse con el dolor psíquico que subyace” (Alkolombre, 2012, p. 138).

2.1 Lo visible y lo invisible

Es bien sabido que el abanico de razones o causas por las que la concepción se ve dificultada es amplio. Se pueden encontrar tanto en el hombre como en la mujer, e incluso en ambos, lo cual es observado de forma reiterada en los consultantes que llegan al centro de fertilidad. Hecha esta aclaración, a partir de esta gama de posibles causas de infertilidad quisiera detenerme un instante en lo que sucede con la mujer respecto de la pérdida ovocitaria, por la fuerza con que impacta en la consulta. Los sucesos del cuerpo femenino asociados a la procreación ocurren en “ciclos” que tienen principio y fin, y de cuyo paso podemos observar marcas biológicas visibles (menstruaciones, ovulaciones, partos, abortos). Sin embargo, existen en paralelo otros procesos que llamaremos “invisibles”, y son los que habitualmente encontramos en la clínica. Me refiero a la pérdida ovocitaria (aquella reserva almacenada que se resta lentamente y tiene carácter irreversible). Para las consultantes, esta pérdida es tan silenciosa como difícil de representar (“¿cómo voy a tener baja reserva ovárica yo si menstrúo regularmente todos los meses?”).

En definitiva, sean cuales fueran las causas, frente a la dificultad para procrear, el propio cuerpo aparece como un obstáculo confrontado con lo impredecible, sujeto a leyes desconocidas, atravesado por un dolor intenso. En este sentido, resuenan las palabras de Frida Kahlo en su arte y en su *Diario*: “Yo soy la DESINTEGRACIÓN”. ¿Quién sino esta artista pudo haberlo expresado mejor? Pero, por otra parte, siempre existe la posibilidad de cambiar el rumbo. En palabras de Carlos Fuentes en la introducción del *Diario*: “Su dolor. Su cuerpo. Estas son las fuentes del arte de Frida Kahlo” (Fuentes en Kahlo, 2012 [1995], p.13). Y “aunque fue incapaz de dar a luz un hijo, ideó su propio nacimiento” (comentarios en Kahlo, 2012 [1995], p. 228). Aquí, se hace referencia a *Mi nacimiento*, obra de 1932 en la que, como dice el título, la artista representa su llegada al mundo. Invención subjetiva que otorga otro sentido al dolor del cuerpo.

3. Simultaneidad de tiempos

Los tiempos de la procreación asistida pueden ser detenidos, disociados, postergados y, a la par del propio ciclo biológico de cada consultante, se despliega una gran variedad de instancias y procedimientos médicos que los determinan. Ahora bien, estos tiempos cronológicos generalmente producen un desfase con la representación de los tiempos subjetivos de los consultantes, en quienes “el tiempo” suele formar parte de un entramado no carente de angustia y ansiedad. Muchas veces lo manifiestan como un verdadero imperativo interno (“quería ser madre antes de los 40 años”) o expresan su preocupación por concretar los procedimientos médicos antes de que sea tarde (“el tiempo

me corre, mis óvulos son de mala calidad”). También se observan manifestaciones más mortificantes cuando surgen de los tiempos del retardo irrecuperable, del arrepentimiento (“porque la ginecóloga no me advirtió”, “porque no me casé con aquel novio”), o esos tiempos inhibidos cuando la vida queda entre paréntesis a la espera del tan anhelado embarazo (“mi vida no tiene sentido”). Entonces, ¿cómo engarzar estos tiempos subjetivos con aquellos de los procedimientos médicos sin que queden subsumidos a ellos?

La singularidad de los procesos psíquicos hace del tiempo una dimensión subjetiva. Con relación a los tiempos del sujeto,⁴ podríamos pensar con Lacan (1966) que hay instancias de pasaje que no son lineales, que no son sin atravesar momentos de angustia y que, además, no en todos los casos se producen. De todas formas, con fines sistemáticos, podemos establecer un primer tiempo de ver, de “darse cuenta”, un despertar doloroso, un instante de anonadamiento, de impacto, de perplejidad, en donde “no hay palabras”. Luego, un segundo tiempo de comprender, de elaborar, un período en el que el sujeto trata de producir nuevos relatos en busca de una solución, de una salida. Son tiempos de cambio de perspectiva. Finalmente, un tiempo de concluir, de tomar decisiones, de encontrar una reorientación para el deseo, de hallar un lugar que escape a las significaciones previas, un tiempo que requiere de la intervención activa del sujeto, un instante de invención propia donde decide y se responsabiliza por el acto. Pero, como ya dijimos, esas instancias no son lineales ni cronológicas. En palabras de Anne Dufourmantelle

⁴ Refiere al concepto psicoanalítico de “sujeto del inconsciente”.

“Decisión, elección, función: todo llega en piezas sueltas, no queda más que una duración indecisa en cuyo umbral nos encontramos. Giramos alrededor de nuestras vidas en el ritmo pendular de los horarios más o menos ficticios, desbordados por lo real pero también por la imposibilidad en la que estamos, por nacimiento, de ser en el tiempo” (Dufourmantelle, 2019, p. 79).

3.1 Lo “calculable” de los diagnósticos

Sabemos que los descubrimientos científicos van transformando tanto lo real existente como las categorías conceptuales con que nos manejamos. Estos avances, que impactan en la sociedad como grandes progresos, no son sin pensar lo que modifica en la vida de las personas. La tecnociencia nos maravilla con sus novedades. Los saberes acerca del cuerpo, de su interioridad y profundidad parecen tangibles. Imágenes que se amplifican permiten observar células que miden micrones, y ecografías de alta definición nos dejan ver rasgos definidos a las pocas semanas de gestación. Luego de haber pasado por un centro de fertilidad, la primera fotografía de un bebé es la imagen de los embriones, y cuando creemos atrapar algo del instante de la procreación se nos escapa detrás de esas imágenes estáticas o en movimiento, y más aún, se escurren cuando no se produce la procreación. Al aportar visibilidad a los procesos biológicos, las técnicas médicas causan efectos colaterales; de ahí que el momento de transferencia embrionaria, instante imperceptible de modo natural, haga de la espera del análisis clínico, la betaespera, el resultado

de una anticipación.⁵ Pero más allá de estas ponderaciones ineludibles, no podemos dejar de tener en cuenta que este hiperrealismo aportado por la técnica es en los consultantes fuente de angustia adicional.

3.2 ¿Para qué sirve la información genética?

Si el siglo XX estuvo marcado por los avances de las ciencias médicas, el XXI está signado por la genética. Nos advierte François Ansermet (2018) “El oráculo contemporáneo hoy es genético” (p. 135), y nos habla de “un destino que se quisiera dominar. Un destino programado”, es decir, que crea la ilusión de traspasar el azar biológico. En ese sentido, la decisión de las personas de solicitar un diagnóstico preimplantatorio o estudios genéticos previos o prenatales es de suma importancia y aspira a evitar un sufrimiento al futuro niño y a sus padres. Ahora, ¿qué hacer cuando los resultados de estos estudios ofrecen información dilemática? La genética habla el lenguaje de las probabilidades, de las estadísticas (prevalencia). Enuncia riesgos potenciales, pero (por ahora) no tiene cómo corregir las supuestas fallas genéticas. Una vez puestos los resultados sobre la mesa, deja la decisión del lado de los consultantes y abre un plano de incertidumbre. ¿Qué hacer con la información obtenida? ¿Cuál sería el límite para considerar una anomalía genética? Es entonces que ese conocimiento revelador, que parece venir del futuro pero que a su vez se enlaza con el pasado de las generaciones, se transforma, en palabras de Ansermet, en traumático

⁵ La denominada “betaespera” es el período de tiempo que pasa entre la transferencia del embrión o los embriones al útero y la prueba de embarazo en sangre, que suele oscilar entre 9 y 15 días.

“El conocimiento predictivo es un conocimiento traumático. Por un lado, moviliza un exceso de representaciones, demasiada información, demasiadas proyecciones angustiantes orientadas hacia el futuro. Por otro, la predicción desconcierta, deja indefenso, sin que los padres puedan comprender realmente lo que eso significa, dejando en suspenso la relación afectiva con el hijo por nacer” (Ansermet, 2018, p. 138).

Pero ¿quién sabe qué va a pasar realmente? ¿Es posible anticiparse? ¿Un hijo es solo un código genético? ¿El destino está marcado? Y si así lo definiéramos, ¿qué chance le estaríamos dando al futuro niño para modificarlo? En este escenario, será nuestra tarea asistir y acompañar a los consultantes favoreciendo espacios para el planteo y tratamiento de estas y muchas otras preguntas, en pos de mitigar la angustia y la incertidumbre ante las distintas contingencias que deberán afrontar y las decisiones que en consecuencia deberán tomar.

3.3 ¿Qué decir del tiempo en suspenso?

Los procedimientos médicos se apoyan en técnicas de laboratorio (vitricación de óvulos y semen, criopreservación de embriones), alteraciones espaciotemporales muy difíciles de representar para la estructura psíquica. Esta circulación de materiales biológicos produce una serie de combinaciones (traslado de un cuerpo a otro, superación de los límites de la propia vida, incorporación de material genético de personas desconocidas) que finalmente determinarán relaciones de parentesco y filiación.

Siguiendo a Armando Kletnicki (2014)

“hemos resaltado que el carácter extracorpóreo del embrión posibilita una equidistancia entre los personajes que participan del proceso reproductivo, la misma característica se presta para ubicarlo como un objeto que participa de las ecuaciones más diversas: observamos que el embrión puede ser tomado tanto como objeto de deseo como de intercambio mercantil, que logra ser el centro de la disputa de una pareja en una separación controvertida, o que se torna un objeto del que se puede gozar” (Kletnicki, 2014, p. 141).

Dicha particularidad escapa a cualquier referencia previa. Podemos decir que el embrión no implantado posee un estatus diferente, que no es “persona” pero tampoco solamente un cúmulo de células como otras. Será preferible, entonces, mantener esa tensión antes que resolverla en términos binarios.

El destino de los embriones criopreservados, uno de los temas más controversiales sin resoluciones desde el ámbito jurídico, complica aún más las decisiones de los consultantes.⁶ La medicina suele objetivarlos (“hay

⁶ En la legislación argentina no existe una normativa específica que ordene los usos y destinos de los embriones criopreservados. Si bien el Código Civil y Comercial de la Nación (2015) ha reglamentado varios aspectos en materia de técnicas reproductivas, algunos temas han quedado sin normativa específica, lo que genera numerosos inconvenientes a profesionales y usuarios de técnicas de reproducción asistida. Consta en el Proyecto de Ley regular la protección del embrión no implantado y que los embriones criopreservados pueden tener los siguientes destinos:

- a) ser utilizados por sus titulares para posteriores tratamientos;
- b) ser donados con fines reproductivos;
- c) ser donados con fines de investigación;
- d) cesar su criopreservación.

embriones tipo AA BB”),⁷ pero no podemos dejar de considerar que “pertenecen a personas”, y es tarea nuestra subjetivarlos. ¿Qué significan para los consultantes? ¿Cuáles son las distintas maneras de nombrarlos? ¿Qué fantasías despiertan? En cada situación, la representación de un embrión puede cambiar, dando lugar a distintas decisiones, absolutamente imposibles de anticipar. Nos podemos encontrar con diferentes adjetivaciones según la instancia de la vida que se atraviesa (embriones “sobrantes o excedentes”, para aquellas personas que completaron su proyecto familiar; “faltantes”, para quienes tienen bajas chances; y los muy dolorosos “no evolutivos”; también están aquellos “aliviadores”, que quedan en reserva, como “*backup*” para el futuro). En definitiva, la realidad indica que es difícil pensar que exista cálculo posible. ¿Cómo asimilan esos consultantes, que en una semana pasaron de firmar el consentimiento informado para criopreservar embriones⁸ planificando una familia con muchos hijos, que le digan en solo cinco días que solo quedó uno, o que ninguno evolucionó? Ciertamente produce la rapidez con que se pierden las ilusiones.

Resulta innegable que más allá de las precisiones técnicas, de los avances, de lo “calculable”, el azar biológico está constantemente en juego, el devenir siempre está marcado por la contingencia, por la falla. En resumidas cuentas, el futuro siempre será incierto. El desafío está en reincorporar ese tiempo congelado y enlazarlo a la propia historia para que no quede cristalizado.

⁷ Refiere a denominaciones propias de los laboratorios para evaluar la calidad embrionaria.

⁸ Procedimiento mediante el cual se garantiza que la persona ha expresado voluntariamente su intención de criopreservar embriones.

4. El azar, la contingencia, lo impredecible

La introducción de las ciencias médicas en el inicio de la vida no implica que se pueda ejercer un control absoluto de todas las variables intervinientes en los procesos reproductivos. La búsqueda de un hijo que no llega generalmente está teñida de múltiples aspectos que requieren de un proceso psíquico arduo pero posible, plagado de renunciaciones, postergaciones, dudas, temores y ninguna o pocas certezas. La concepción de un hijo siempre abre un espacio a lo desconocido, a lo inédito. Y es en esta indeterminación donde se necesita ofrecer un contrapunto a aquello que a veces la técnica imaginariamente parece borrar.

El modo de procreación no resuelve las cuestiones de la sexualidad ni las del origen. El comienzo de la vida sigue siendo un enigma para la ciencia y para el hombre. En este sentido, tanto hoy como ayer, en el campo del arte podemos encontrar maravillosas expresiones. *El origen del mundo* [*L'origine du monde*], pintura de Gustave Courbet de 1866, es una de las obras más controvertidas y conocidas de la historia del arte. Un desnudo femenino que captura de manera hipnótica la mirada en ese punto oscuro del misterio de la procreación, ahí donde la imagen con total crudeza parece mostrarlo todo, plantea el misterio del origen. Por su parte, el artista británico Anish Kapoor expone en 2019 con el mismo título una instalación que consiste en un gran agujero negro inclinado, en el centro de una estructura de gran tamaño, que produce la inquietante sensación de no saber cuánta profundidad tiene. Más de ciento cincuenta

años después, el interrogante sobre el misterio de la concepción humana sigue presente y con la misma intensidad. Esto muestra que independientemente del modo de concepción y de la técnica utilizada, el enigma de la vida siempre estará ahí:

“Lo real inasible de la creación de la vida entra en juego con cada concepción. El ser viviente revela, con su llegada, que no hay explicación posible de la vida, que no se puede hacer otra cosa que consentirla. Consentir la vida es también consentir el misterio” (Ansermet, 2018, p. 77).

5. El deseo de un hijo. ¿De qué lugar materno/paterno hablamos?

Un breve recorrido por la historia de la sociedad occidental y las distintas representaciones del arte y la literatura nos permite observar lo moldeables y cambiantes que han sido las representaciones de familia a lo largo del tiempo. Basta con mirar esas fotos de fines del siglo XIX y comienzos del XX, en las que observamos al hombre sentado y a la mujer de pie junto a él pero unos pasos atrás, y veremos que nada tienen que ver con la cantidad y diversidad de instantes familiares que captamos hoy. Jacques Lacan, en una memorable frase del informe de Roma en 1953, expresa: “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época”. ¿Cómo distinguir los ropajes de cada época con las invariantes en la constitución subjetiva?

El deseo de un hijo en el escenario de la medicina reproductiva es siempre la prehistoria del niño por venir,

siempre es un deseo ambivalente, siempre genera dudas, incertidumbre, temores. Ahora, ¿qué cuestiones se movilizan especialmente en relación con las técnicas? Ser concebido por técnicas de reproducción asistida no define el porvenir de un hijo, a condición de que no se lo mire exclusivamente a través de su modo de procreación. Para decirlo de otra manera, el modo de procreación no debería ser una forma de presentación subjetiva. En este sentido, los tratamientos de fertilidad dejan sus huellas subjetivantes, constituyen la historia de alguien, y adquirirán distintos significados a lo largo de su vida, pero no tienen por qué representar un rasgo único y determinante.

5.1 ¿Cómo comprender el alcance de los cambios que estamos viviendo a partir de la evolución de la técnica?

Es innegable que la medicina reproductiva y las técnicas han avanzado, y mucho. Sin embargo, los cambios que experimentamos todavía no los podemos dimensionar. En la propia práctica se presentan demandas de una complejidad que nos hacen pensar cómo interpretarlas. Las técnicas posibilitan una cantidad de combinaciones que supera cualquier pronóstico.

Veamos el siguiente caso: Se presenta a la consulta psicológica derivada por el equipo médico, una mujer de 52 años para hacer un tratamiento de fertilidad con óvulos donados (dada su edad) y semen de su exmarido, de quien se separó luego de nacer su hija de 26 años. Su relato imperturbable hace hincapié en que nunca tuvo deseos de

tener más hijos ni relación con ningún hombre, pero que ahora que la única hija de ambos padece una enfermedad terminal y aduciendo que se va a morir antes que ella, quiere tener otro hijo para no quedarse sola y que la cuide cuando envejezca.

A sabiendas de que no somos nosotros quienes podemos decidir quién puede ser padre o madre, ¿qué podemos aportar los psicólogos y las psicólogas frente a estas nuevas situaciones que se nos presentan? Kletnicki (2000) propone, sin vivir el avance científico como una amenaza, encontrar un límite para diferenciar entre variantes e invariantes que tienen que estar presentes en cada análisis de casos:

“Es imprescindible, entonces, definir las condiciones necesarias, no contingentes, que producen una separación entre aquellas tecnologías (o aquellos usos de las mismas) que se constituyen en valiosas mediaciones instrumentales, y las que se presentan trasgrediendo la propia definición de la especie humana” (Kletnicki, 2000, p. 212).

El autor traza una separación entre las modificaciones simbólicas propias de los cambios sociales y culturales de cada época, que llamaremos variantes, y aquellas otras estructurales que apuntan al resguardo de un núcleo real propio de lo humano, las invariantes. Ese núcleo real irreductible en el que Kletnicki rescata al sujeto de lo que fue en la articulación del deseo de los padres. Retomando a Lacan en “Dos notas sobre el niño”, el autor resalta como lo irreductible a ese deseo no anónimo y singularizado,

“definido como aquello que, en términos lógicos, no puede no estar: hablamos aquí de la constitución del sujeto en el campo del deseo del Otro, de la donación del sitio donde un niño pueda alojarse, de abrigar al recién llegado en el calor de un deseo no anónimo y singular. Si tal dimensión está ausente, o es ignorada, degradada o reducida por otros fines, quedarán prometidos el estrago, el déficit y el arrasamiento, antes que una constitución subjetiva que preserve y potencie la condición humana” (Kletnicki, 2006, p. 431).

La pregunta por la trama de lo humano, de las invariantes que tendremos en cuenta, resonará cada vez que nos consulten.

A modo de conclusión

A la pregunta inicial sobre la potencial existencia de una clínica específica que aborde el acompañamiento psicológico de los consultantes en el ámbito de la medicina reproductiva responderemos que hay una clínica posible, que por sus características deberá estar en permanente revisión. En este artículo, hemos intentado trazar algunos ejes sobre los cuales establecer una lógica de análisis. Se trata de ejes propios del ámbito de la procreación asistida que nos permiten leer lo que produce la intervención de la medicina en la procreación, que vienen de la mano de la aparición y evolución de las técnicas, sin visiones apocalípticas ni cuestionamientos encarnizados sobre el avance tecnocientífico, con la atención puesta en los efectos que producen en términos subjetivos, de parentesco y filiación.

Ante una temática tan compleja, que incluye diferentes campos (médico, científico, jurídico, ético, antropológico, y más), podemos hablar de una clínica con características propias, que supera todo pronóstico y que se va haciendo a sí misma en la práctica, donde es muy importante saber, pero más importante aún es saber qué se hace con lo que se sabe. Una clínica que, a su vez, nos plantea desafíos constantes, porque los consultantes se encuentran en un plano móvil, en un entramado de contingencias que permanentemente tienen que sortear, lo que los obliga a un continuo replanteo de opciones y decisiones. En ese medio fluido de emociones, nos movemos profesionales y consultantes, proponiendo un trabajo psíquico adicional que introduzca un movimiento de salida que permita tomar decisiones subjetivas, sin reducir el cuerpo a un objeto, orientando al sujeto a la pregunta sobre lo propiamente humano.

Referencias bibliográficas

Alkolombre, P. (2011). *Travesías del cuerpo femenino*, Buenos Aires, Letra Viva.

Alkolombre, P. (2012). *Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis*, Buenos Aires, Letra Viva.

Ansermet, F. (2018). *La fabricación de los hijos. Un vértigo tecnológico*, Buenos Aires, UNSAM Edita.

Chatel, M. (1996). *El malestar en la procreación*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Dufourmantelle, A. (2019). *El elogio del riesgo*, Buenos Aires, Nocturna.

Kahlo, F. (2012 [1995]). *El diario de Frida Kahlo. Un íntimo autorretrato*, con textos de Carlos Fuentes y Sarah M. Lowe, 2ª ed., 4ª reimp., México DF, La Vaca Independiente, S.A. de C.V.

Kletnicki, A. (2000). “Un deseo que no sea anónimo”, en Michel Fariña, J. y Gutiérrez, C. (comps.), *La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños*, Buenos Aires, Lumen.

Kletnicki, A. (2006). “Tecnologías de reproducción asistida: ética y desarrollo científico”, XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Kletnicki, A. (2014). “El embrión como objeto extracorpóreo” VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, disponible en <www.aacademica.org/000-035/34>.

Lacan, J. (1966). “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, en *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 187-203.

Lacan, J. (1988). “Dos notas sobre el niño”, en *Intervenciones y textos II*, Buenos Aires, Manantial.

Tubert, S. (1993). “Demanda de hijo y deseo de ser madre”, *Debate feminista*, año 4, vol. 8, pp. 349-377, disponible en www.debatefeminista.pueg.unam.mx.

Capítulo 11

¿Qué hacemos los psicólogos en gestación por sustitución?

Marlene Zaia Verdi

Uno de los grandes debates en torno al proceso de gestación por sustitución (en adelante GS) radica en el modo de llamarla. Se la conoce popularmente bajo distintas denominaciones tales como alquiler de vientre o maternidad subrogada; sin embargo, estas formas de nombrarla responden a sentidos que evidencian procesos históricos socialmente producidos y a su vez formadores de sujetos, valores y prácticas que en este último tiempo han mutado. En el primer caso, “alquiler de vientre” reduce a la mujer a un útero, es decir, responde a un simple recorte orgánico y pierde de vista la subjetividad de la mujer que decide gestar para otros, equiparándola, al mismo tiempo, a un elemento más del mercado que podría comercializarse mediante una remuneración económica; en síntesis, llamar a esta técnica “alquiler de vientre” deviene a la mujer en una mercancía. La gestante no cede su útero a los requirentes, sino que brinda su capacidad de gestar. En el segundo caso, denominarla “maternidad subrogada” vehiculiza que los conceptos de maternidad, embarazo y parto sean homologados; procesos que es necesario diferenciar ya que gestar un niño no es lo mismo que materner.

¿Cómo llamar a esta práctica, entonces? Esta Técnica de Reproducción Humana Asistida se llama *gestación por sustitución*. ¿Por qué? Porque la palabra gestación implica el mero acto de gestar y el concepto de sustitución hace referencia a colocar a alguien o algo en lugar de otro. Es decir, que se trata de un procedimiento mediante el cual una mujer sustituye a la otra en el proceso de la gestación.

Sobre nuestra práctica

En el ámbito de las técnicas de reproducción humana asistida se espera que el profesional de la psicología, para el buen desarrollo de su praxis, tenga en cuenta los deseos, las fantasías y las ansiedades que se generan en los sujetos frente a esta nueva situación (Lima, 2015). En el caso de la gestación por sustitución el rol del psicólogo es aún más difícil de determinar ya que es un ámbito de inserción laboral que está naciendo en Argentina.

De acuerdo con los lineamientos propuestos por CATRHA (2017) el proceso de GS se divide en dos etapas: una pre-judicial y otra pos-judicial. En cada una de esas fases se espera que el equipo interdisciplinario interviniente realice diferentes funciones. Es el profesional psicólogo quien debe acompañar y asesorar a los requirentes y a la gestante durante todo el proceso, especialmente en la etapa pos-judicial; pero también, en la etapa inicial se espera de él que evalúe a las personas implicadas.

El desarrollo de una comunicación fluida a lo largo de todo el proceso resulta crucial debido a que serán los requirentes y la gestante quienes se elijan para llevar adelante el proceso. Elección que deberá sustentarse en el

conocimiento previo de estos, según lo establecido en las Guías de Buenas Prácticas en Gestación por Sustitución de CATRHA. Es decir que el psicólogo debe favorecer un espacio en el que se aclaren las inquietudes y se encuentren consensos ante situaciones naturalizadas en otras circunstancias como por ejemplo ¿quién presenciara el momento del parto? Finalmente, generará un espacio de encuentro grupal entre gestante y requirentes posibilitando una mayor comunicación y por ende un vínculo más saludable (Navés, Moscuza, Thomas Moro, Barontini, Ferraris, Szkolnik; 2017). Luego del parto la labor del psicólogo prosigue; con los requirentes se trabajará el vínculo entre ellos y el niño ya que como afirma Kletnicki (2000) “el momento del nacimiento de un bebé no es el adecuado para que sus padres se anoticen del desencuentro con el niño esperado, fantaseado, sino qué es el tiempo apropiado para dar cabida al hijo” (p.211) y con la gestante se deberá elaborar el desapego del bebé (Navés, Moscuza, Thomas Moro, Szkolnik, Barontini, Ferraris; 2018). También esclarecerá las dudas que se presenten y cumplirá un rol de mediador entre ambas partes a lo largo de todo el proceso. Asimismo, deberá trabajar la construcción narrativa acerca del origen del niño, es decir, brindará un espacio para la historización incluyendo en ella a todas las personas implicadas a lo largo de su concepción.

Esclareciendo conceptos

Tomando los aportes de la Dra. Mikulic (2017) podemos definir a la evaluación psicológica como el estudio y el análisis de las características de un sujeto, incluyendo sus formas de acción, reacción e interacción tanto con los demás como con la realidad. Dicho análisis debe realizarse bajo la concepción de un sujeto bio-psico-

social el cual constantemente se encuentra sometido a procesos tanto internos como externos que modifican la forma de vincularse con su entorno, trayendo como consecuencia manifestaciones a nivel motor, fisiológico, cognitivo y emocional y en donde cada uno de estos aspectos se encuentra interrelacionado a otro generando nuevos cambios.

Ahora bien, hablar de evaluación psicológica no es lo mismo que hablar de psicodiagnóstico, si bien comúnmente son utilizados como sinónimos no refieren a lo mismo. El concepto de evaluación psicológica proviene de la traducción del término anglosajón *psychological assessment* descrito, en 1948 por primera vez, en un libro de literatura psicológica denominado *Assessment for men* en el cual se detallan los procedimientos para la selección de sujetos calificados para misiones militares. Aquí la utilización del término evaluación denotaba los aspectos positivos de la conducta de los sujetos. Además, el término anglosajón *psychodiagnostics* traducido como psicodiagnóstico tiene su origen en 1921 en una publicación del libro de Rorschach. Dicho término se vinculó al modelo médico de evaluación psicológica el cual es utilizado para la detección de patologías. De acuerdo con Casullo (2009) la confusión en la utilización de ambos conceptos podría verse influenciado debido a la herencia de la psicología en donde hay una primacía de desarrollos de la enfermedad por sobre la salud.

A modo de resumen “el psicodiagnóstico es un campo absoluto de la psicología clínica, la evaluación psicológica trasciende la frontera de la psicología clínica” (Casullo, 2009, p.27). Por lo tanto, para el ámbito que nos convoca es conveniente la utilización del concepto de evaluación psicológica debido a que los requirentes y la gestante no son concebidos como pacientes clínicos, no recurren al psicólogo bajo una consulta de padecimiento

sino por el simple hecho de poder llevar a cabo el proceso de GS. Asimismo, el enfoque por el que será abordada la situación no será desde lo psicopatológico. Por el contrario, lo que se espera de la evaluación es poder vislumbrar las fantasías, los deseos y demás datos situacionales relevantes para poder determinar el curso del procedimiento (Navés et al., 2018).

Otra de las contrastaciones pertinentes a desarrollar respecto de la evaluación psicológica corresponde al concepto de pericia. Una pericia psicológica implica el

Estudio profundo de la personalidad de un sujeto determinado y en un momento en particular que se realiza en el contexto de un proceso judicial a pedido de la parte con la finalidad de esclarecer y explicar cuestiones inherentes a los aspectos psicológicos de aquel; plasmando su objetivo en las conclusiones que se vuelcan en el Informe pericial que emite el perito con la finalidad de asesorar al juez. (Puhl, Izcurdia y Varela, 2013, p. 34).

Existen grandes similitudes entre la pericia y la evaluación psicológica como lo es el estudio profundo de un sujeto en relación con los aspectos psicológicos. Pero, también existen diferencias entre ambos conceptos, uno de ellos radica en el contexto de aplicación, ya que la pericia se limita al contexto jurídico y la evaluación psicológica se puede aplicar en distintos ámbitos tales como el clínico, el laboral, el educacional, entre otros. En el contexto de la GS el informe, producto de la evaluación psicológica, no responde a un pedido ni a puntos periciales solicitados por el Juez.

Asimismo, tampoco corresponde mencionar el concepto de pericia debido a que la evaluación se lleva a cabo durante la etapa prejudicial, es decir que, hasta dicha instancia, aún no se cuenta con la presencia de la figura de un juez. Cabe aclarar que el informe realizado se eleva ante

un juez hacia finales de la etapa prejudicial, una vez aprobado, se prosigue a la etapa post-judicial.

Es destacable señalar que los factores psicológicos implicados en la GS son un complejo engranaje de aspectos que requieren de una profunda evaluación psicológica, ya que la sola utilización de la entrevista no alcanzaría el objetivo de recabar información suficiente como tampoco lo cumpliría la mera utilización de test. Un punto para considerar radica en la selección de los test, es recomendable no basarse en una batería estándar, sino escogerlos teniendo en consideración distintos criterios pragmáticos tales como el nivel cultural del sujeto, el tiempo de evaluación disponible, la utilidad de la información recabada, etc. Si bien estos son instrumentos de gran utilidad para recabar datos hay que cotejar la información junto con el resto de las técnicas, las entrevistas y la observación para poder arribar a una conclusión lo más certera posible (Mikulic, 2017). Por lo tanto, lo que se espera del proceso evaluativo es una instancia de orientación más comprensiva, globalizadora e integradora. La evaluación psicológica ayuda a visualizar un panorama factible, aunque resulta imposible determinar los efectos subjetivos que generará la experiencia de la GS, por tal motivo es aconsejable un seguimiento a lo largo de todo el proceso (Navés et al., 2017).

Diferenciando campos

Tanto la psicología como el derecho son ciencias sociales y humanas que estudian el comportamiento de las personas. De acuerdo con Varela, Sarmiento, Puhl e Izcurdia (2012) la psicología jurídica es la disciplina encargada de los aspectos psicológicos del comportamiento

jurídico social en donde se ve involucrada la situación integral. Si bien, la psicología jurídica debe atenerse a la norma, puede brindar datos que de manera indirecta pueden ser interpretados por los juristas evidenciando disfuncionalidad ante ciertas situaciones. La praxis del psicólogo desde dicho ámbito corresponde, en un sentido amplio, a evaluar y brindar tratamiento a personas que se encuentren a disposición de la justicia.

Para poder explicar la relación que mantienen la psicología y el derecho es necesario definir ambos conceptos. Se entiende por psicología a aquella ciencia que estudia la conducta humana. Javier Urrua Portillo define al derecho como “un conjunto de leyes, preceptos y reglas a que están sometidos los hombres en su vida social; es la ciencia que estudia las leyes y su aplicación” (Urrua Portillo citado por Varela et al, 2012, p. 158). Es decir que desde nuestra perspectiva como psicólogos el derecho es el comportamiento humano normado dentro de la esfera social. Ambas ciencias estimulan un crecimiento mutuo ya que la psicología puede ser el fundamento y/o auxiliar de la ley posibilitando un panorama esclarecedor, como así también, la ley puede generar influencias sobre el comportamiento humano.

En relación con dichas influencias podemos nombrar a la incorporación de las TRHA como tercera fuente filial en el Código Civil y Comercial de la Nación (2015) en su Art. 558 originando la figura de la voluntad procreacional, la cual se funda en el predominio de la esfera volitiva por sobre la biológica (Lima, 2015). Si bien este planteo habilita el desarrollo de un panorama más amplio, el artículo 562 es el encargado de dejar por fuera el caso de la GS ya que afirma que los niños nacidos por TRHA van a ser hijos de quien dio a luz y de aquellos que hayan prestado su consentimiento previo. La figura de la voluntad

procreacional se materializa a través del consentimiento previo, informado y libre. Esta ampliación de las fuentes filiatorias se debe a la influencia de la conducta humana que impulsó el desarrollo tecnocientífico. Esto, a su vez, generó la necesidad de modificar la regulación vigente para dar lugar a la filiación por TRHA en el campo jurídico.

En síntesis, aún hoy la ley prevé que la mujer que “da a luz” es considerada la madre. En contraposición al escenario descrito, y de acuerdo con Lamm (2013) se puede afirmar que “la filiación ya no transcurre por un determinismo biológico. Se convirtió en una construcción afectiva y permanente que se hace en la convivencia y en la responsabilidad” (p. 48). Este tipo de planteos traen aparejadas complicaciones jurídicas en el ámbito de la filiación que tienen consecuencias en el campo de la subjetividad. Es aquí donde el profesional psicólogo es invitado a adquirir y formarse de las competencias necesarias para abordar este tipo de casos.

Mi interrogante: ¿cuál es la percepción de los psicólogos respecto de su rol en el proceso de gestación por sustitución?

Con el objetivo de encontrar respuestas a mi interrogante construí una encuesta auto administrable mediante la cual obtuve, en primer lugar, la edad, el año de graduado, el marco teórico al que adhiere y la tarea que realiza como psicólogo cada uno de los 51 profesionales psicólogos que encuesté. En segundo lugar, presenté dos viñetas clínicas con tres preguntas a desarrollar.

VIÑETA 1

Una pareja heterosexual quiere tener un hijo, pero, la mujer tiene Síndrome de Rokitansky y él tiene azoospermia; situación que los obliga a recurrir a la donación de gametos y la gestación por sustitución. La hermana de ella se ofrece a gestar el bebé con material genético donado. Los dos matrimonios se presentan ante el juzgado con el objetivo de obtener la autorización judicial e iniciar el tratamiento; el juez solicita la evaluación psicológica correspondiente. Con la solicitud del juez las hermanas se presentan en el consultorio psicológico. Dicen que están absolutamente convencidas de realizar el procedimiento. Además, la que llevará adelante el embarazo afirma que lo hace porque no quiere ver sufrir más a su hermana, que está felizmente casada y tiene tres hijos asegurando que sabe muy bien que el niño por nacer será hijo de su hermana y su cuñado.

¿Cómo evaluaría la situación?, ¿Qué criterios tendría en cuenta para establecer un dictamen psicológico? y ¿Qué intervención propondría desde su formación profesional?

VIÑETA 2

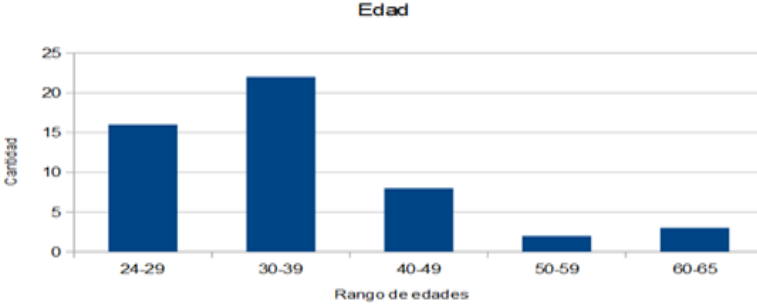
Una pareja igualitaria de hombres recurre al juez para solicitar la autorización correspondiente para iniciar el tratamiento de gestación por sustitución. La hermana de uno de los miembros de la pareja gestará a su sobrino. El juez le solicita al profesional psicólogo que realice la evaluación psicológica de los interesados.

¿Cómo evaluaría la situación?, ¿Qué criterios tendría en cuenta para establecer un dictamen psicológico? y ¿Qué intervención propondría desde su formación profesional?

Dado a que no hubo diferencias en las respuestas entre ambas viñetas unifique las categorías obtenidas para cada pregunta en un solo gráfico.

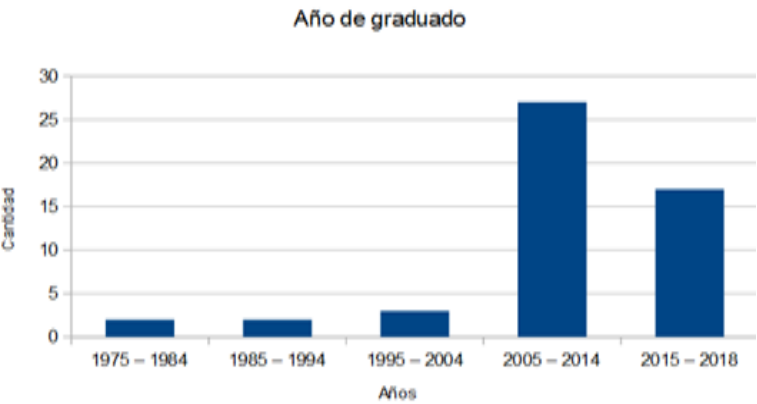
A continuación, presento los resultados obtenidos en dicha indagación

GRÁFICO 1



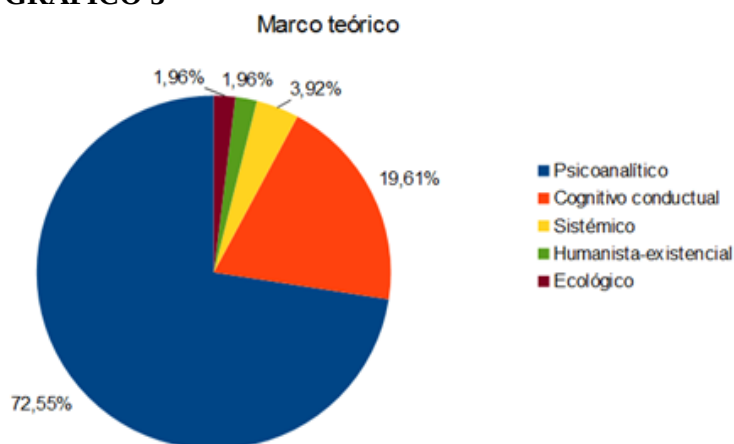
Elaboración propia

GRÁFICO 2



Elaboración propia

GRÁFICO 3



Elaboración propia

GRÁFICO 4



Elaboración propia

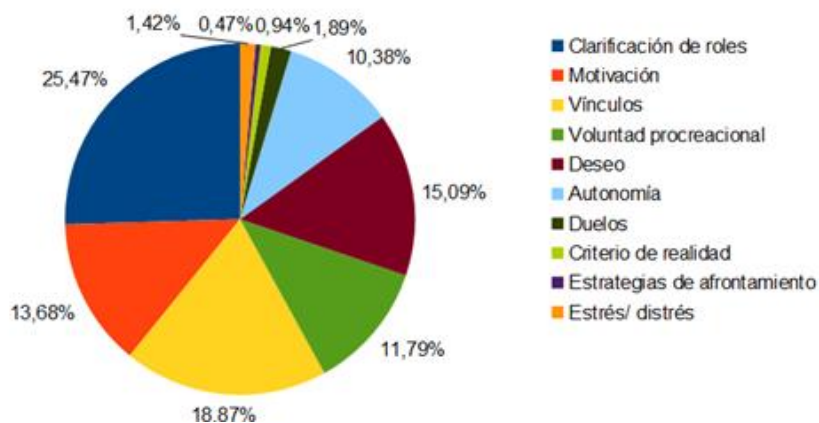
GRÁFICO 5

Elaboración propia



GRÁFICO 6

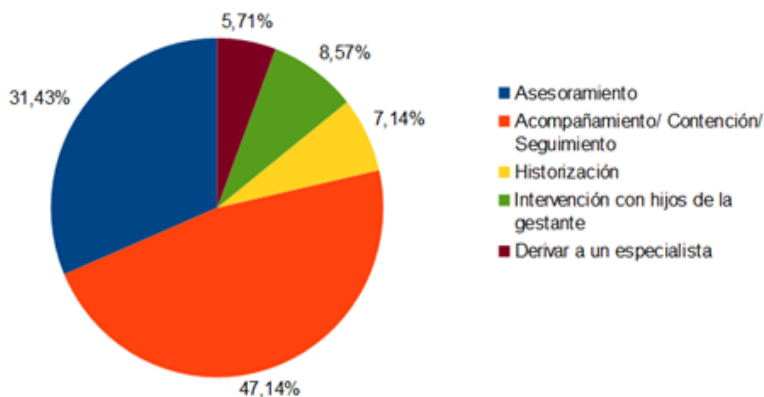
¿Qué criterios tomaría en cuenta para establecer el dictamen psicológico?



Elaboración propia

GRÁFICO 7

¿Qué intervención propondría desde su formación profesional?



Elaboración propia

Analizando los datos

Tal como muestran los gráficos de los datos personales recolectados de la muestra, las edades de los encuestados -*Gráfico 1*- están comprendidas en un rango etario que varía de los 24 a los 65 años. Sin embargo, el grupo etario más significativo de la muestra abarca desde los 24 a los 39 años. Si bien los años de graduación de los profesionales -*Gráfico 2*- se extienden desde el año 1975 al 2018 la mayor parte de la muestra se graduó entre el 2005 y el 2018. En referencia al marco teórico -*Gráfico 3*- la mayor parte de los encuestados (72,55%) afirmó la adherencia a la teoría psicoanalítica, mientras que la segunda opción más elegida correspondió a la teoría cognitiva conductual con el 19,61%. Los restantes porcentajes pertenecen a la teoría sistémica (3,92%), la humanista-existencial (1,96%) y la perspectiva ecológica (1,96%). Respecto de las tareas que realizan los

profesionales psicólogos -*Gráfico 4*- se destaca la actividad de la psicología clínica con el 48,61%, en segundo lugar, con la misma prevalencia de 11,11% se ubican las tareas en el ámbito educacional y la realización de acompañamientos terapéuticos. Las actividades de docencia, evaluación psicológica y selección de personal coinciden con un 5,56%. Sólo el 4,17% corresponde a la labor en el ámbito de reproducción asistida, mientras las categorías de psicología perinatal e investigación poseen la misma prevalencia correspondiente al 2,78%. El último ámbito de trabajo compete a la psicología del deporte seleccionada por el 1,39% de los encuestados. Finalmente, el 1,39% de la muestra de psicólogos afirmó que actualmente no ejerce su profesión.

Tomando como referencia el -*Gráfico 5*- el cual refiere a cómo los profesionales evaluarían los casos planteados se puede observar que más de la mitad de la muestra (59,12%) lo haría mediante el proceso de evaluación psicológica, es decir utilizando entrevistas, test y/o distintas técnicas psicológicas con la finalidad de poder vislumbrar las motivaciones, los deseos, las fantasías, la historia psico-social y demás datos situacionales relevantes a la hora de poder determinar el curso del procedimiento (Navés et al, 2018). Cabe destacar, como ya se mencionó anteriormente, que los factores psicológicos implicados en la GS, son un complejo engranaje de aspectos que requieren de una profunda evaluación psicológica, permitiendo la exploración y un amplio análisis de los comportamientos de los sujetos. Por este motivo es necesario cotejar la información recabada por los test, las entrevistas y la observación para poder arribar a una conclusión lo más comprensiva, globalizadora e integradora posible (Mikulic, 2017). Si bien la evaluación psicológica ayuda a visualizar

un panorama factible, resulta imposible determinar las consecuencias subjetivas que se desprendan al momento de la práctica. Por dicha causa es aconsejable que además de realizar una evaluación psicológica se realice un seguimiento a lo largo de todo el proceso (Navés et al., 2017). Por otra parte, el 37,23% de los encuestados propuso la utilización de la entrevista como medio de exploración. Si bien es una de las técnicas que se llevan a cabo, no resulta suficiente, debido a que los aspectos que se deben indagar requieren de un profundo análisis el cual resultará insuficiente si sólo se recurre a esta técnica. Dentro de la misma justificación se encuentran las restantes 3,65% de respuestas de psicólogos que optaron por la aplicación de test.

El -*Gráfico 6*- muestra los resultados obtenidos a la pregunta que indaga los criterios utilizados para establecer el dictamen psicológico. La respuesta que alcanzó un mayor porcentaje (25,47%) fue la clarificación de roles, representando a más de un cuarto de la muestra. Los psicólogos ubican la importancia de poder pesquisar si hay una clara diferenciación de roles entre la gestante y los requirentes. En el ámbito de la GS se espera que la gestante logre diferenciar el acto de gestar y el de materner, es decir, debe tener presente que el niño que va a llevar en su vientre no es su hijo. Una clara diferenciación de roles evitará posibles inconvenientes. En caso de que el profesional de la salud no encuentre diferenciados los roles debería indagar acerca de cuál es la motivación tanto de la gestante como de los comitentes para realizar el procedimiento teniendo en cuenta que una motivación negativa, como lo es la no clarificación de roles, es considerada una causa excluyente en el proceso de evaluación psicológica (Navés et al., 2018).

El segundo criterio a tener en cuenta en la evaluación corresponde a los vínculos (18,87%). La muestra de psicólogos que han respondido a la pregunta describe al vínculo como la relación existente entre las personas implicadas, ya sea entre la propia pareja como también con cada uno de ellos en relación con la gestante. Propiciar el desarrollo de un vínculo saludable genera un buen ambiente para el despliegue de la GS. Es de vital importancia que exista una buena comunicación entre las partes. Uno de los motivos radica en que serán los requirentes quienes elijan a la gestante; siendo esta alguien de su entorno. Por lo tanto, mantener un buen vínculo y una comunicación fluida resultan claves no sólo para lograr un estado de bienestar en cada uno de los involucrados durante el proceso, sino también para establecer un vínculo sano durante el embarazo y luego del parto (Navés et al, 2017). Consecuentemente dicho panorama propiciaría el desarrollo de una construcción narrativa acerca del origen del bebé.

Otra de las opciones prevalentes (15,09%) corresponde al deseo. Es crucial indagar acerca de los deseos que se juegan en cada uno de los participantes: ¿deseo de hijo?, ¿deseo de un objeto de mercado?, ¿deseo de madre?, ¿deseo de colaborar con otro? Como psicólogos debemos tener en cuenta, desde la perspectiva psicoanalítica, que “hay siempre un significado inconsciente para cada acto en cada sujeto que el sujeto desconoce” (Alkolombre, 2008, p. 133). Es decir que indagar cuál es el deseo que moviliza a la realización de la práctica resulta sumamente útil para nuestra labor. Siguiendo los lineamientos de esta autora se puede diferenciar la conceptualización del “deseo de hijo” de “el hijo como una necesidad”. El primer caso hace referencia a

la concepción de un niño producto de la evolución del deseo de los padres, propiciando el desarrollo de un sujeto diferenciado. En contraposición, el hijo como necesidad se presenta desde una perspectiva patológica en donde “no habría una diferencia entre ese niño real y la representación psíquica que se han formado de él. Es un hijo engendrado por la omnipotencia del deseo de los padres y vehiculado por el uso de la tecnología” (Alkolombre, 2008, p. 136).

El criterio de voluntad procreacional fue seleccionado por el 11,79% de los psicólogos. Este concepto es definido como la voluntad que asume un sujeto al hacerse responsable de la maternidad-paternidad de un niño, independientemente de que haya aportado o no sus gametos. Las respuestas brindadas por los encuestados fueron justificadas mediante el predominio de la esfera volitiva por sobre la biológica, es decir, teniendo en cuenta la capacidad filiatoria por parte de los requirentes y la negación de ésta por parte de la gestante. Mientras que el concepto de voluntad procreacional se funda en el discurso jurídico, el deseo tiene su fundamentación en el ámbito de la subjetividad. Pero, ambos criterios dan cuenta de la motivación de los interesados en llevar adelante el proceso de GS. La motivación fue considerada por el 13,68% de los encuestados como un criterio aparte sin especificar las razones favorables o desfavorables para acceder a la GS. Asimismo, el 10,38% fue atribuido al criterio de autonomía, es decir que los psicólogos que propusieron dicha opción intentan indagar si la capacidad de elección es bajo el propio criterio, habiendo independencia de la opinión y/o deseos propios y de los otros en la toma de decisión. Otra de las propuestas seleccionadas corresponde a los duelos (1,89%) lo que se pretende indagar aquí es si los requirentes han atravesado o se encuentran transitando algún duelo en

relación con su incapacidad de gestar y/o de utilizar sus gametos, ya que dicha elaboración psíquica es vital para un buen desarrollo de la práctica (Navés et al., 2018). Por último, con la menor prevalencia se encuentran las categorías de distrés (1,42%), criterio de realidad (0,94%) y estrategias de afrontamiento (0,47%). La categoría distrés hace referencia a la incapacidad del sujeto a adaptarse a algún tipo de situación o tarea generando un padecimiento en él. El criterio de realidad se encuentra en íntima relación con los conceptos de autonomía y motivación anteriormente detallados, en donde lo que se espera es que el sujeto tenga independencia y conozca plenamente la situación a la que se somete. Finalmente, el criterio de estrategias de afrontamiento hace referencia a la capacidad del sujeto de poder adaptarse a distintas demandas tal como sucede en la gestación por sustitución.

Acerca de la indagación de que tipos de intervenciones se realizan en la práctica, -Gráfico 7- la respuesta con mayor prevalencia fue acompañamiento, contención y seguimiento (47,14%) estas son actividades centrales del psicólogo a lo largo del proceso. Asimismo, el asesoramiento fue propuesto por el 31,43% a pesar de ser la primera intervención que el psicólogo debería realizar para propiciar un mayor conocimiento, facilitando el proceso de toma de decisiones. Un 8,57% de los encuestados optó por realizar intervenciones con los hijos de la gestante en la medida en que estos se vean afectados por la práctica en cuestión. La construcción narrativa de la historización del niño por nacer solo fue propuesta por el 7,14% de los encuestados. Cabe destacar que ambos son criterios ineludibles. El psicólogo debe realizar entrevistas con la gestante y su entorno, incluyendo a los hijos, para generar recursos mediante los cuales el proceso de GS pueda ser

comprendido por los niños y debe promover la construcción de narrativas que faciliten la transmisión del origen gestacional y genético del niño por nacer con los comitentes. Por último, la intervención con menor prevalencia en la muestra (5,71%) determina que se debe derivar a un psicólogo especialista en la temática. Si bien dicho porcentaje no es muy significativo en relación con la muestra, sí lo es para el planteo que trae aparejado ya que es de vital importancia que el psicólogo cuente con las competencias necesarias para desempeñarse en este ámbito de inserción laboral. Es decir que debe contar con “las habilidades, conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen su función laboral” (Lima, Navés y Ormart, 2015, p. 60) en el ámbito de la GS. Por lo tanto, ante la falta de competencias frente a estos nuevos escenarios es sumamente recomendable derivar el caso a un especialista.

A modo de cierre

Dadas las características de la muestra podría vislumbrarse que las respuestas obtenidas representan a profesionales formados en simultáneo al desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida; esto podría ser considerado el motivo de la falta de formación sobre el tema. Sin embargo, el entorno de desarrollo en el cual se encuentran insertos propicia un conocimiento actual y flexible frente al proceso de gestación por sustitución evidenciando, tal como lo plantean Lima et al. (2015), los profesionales de la psicología deben mantener actualizada su formación profesional y el desarrollo de las competencias necesarias para ejercer su labor exitosamente

en este o en otros ámbitos novedosos de la práctica profesional. Hasta tanto los profesionales no sean formados en dicha temática es recomendable que casos con tal complejidad como la gestación por sustitución sean abordados por psicólogos especializados en el tema.

Referencias bibliográficas

Alkolombre, P. (2008). Deseo de hijo, pasión de hijo. Esterilidad y Técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis. Buenos Aires, Ed. Letra Viva

CATRHA (2017). Guías de Buenas Prácticas en Materia de Gestación por Sustitución. Disponible en http://www.samer.org.ar/pdf/5759_D_2016.pdf

Casullo, M. (2009). La evaluación psicológica modelos, técnicas y contextos - Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica 2009, 1 (27). Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443002.pdf>

Código Civil y Comercial de la Nación. (2015). Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Kletnicki, A. (2000). Un deseo que no sea anónimo. Tecnologías reproductivas: transformación de lo simbólico y alteración del núcleo real. En La encrucijada de la filiación. Tecnologías reproductivas y restitución de niños, Bs. As: Lumen/Humanitas

Lamm, E. (2013) "Gestación por sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres", ed. Observatorio de Bioètica i Dret, UB. Barcelona, Universidad de Barcelona

Lima, N. (2015) El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA). Reproducción revista Vol 30, N°4, diciembre 2015. Disponible en http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2015/Numero_4/3-LIMA.pdf

Lima, N; Naves, F. y Ormart, E. (2015) Competencias profesionales del psicólogo en los casos de restitución de identidad vs. Niños concebidos por tecnologías reproductivas. Premio a la investigación en psicología. Facultad de Psicología. UBA

Mikulic, I.M (2017). La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo. Ficha de la Cátedra. Dep. de Publicaciones. Facultad de Psicología. Disponible en <https://es.scribd.com/document/72846558/Mikulic-I-La-evaluacion-psicologica-y-el-analisis-ecoevaluativo>

Navés F. A., Moscuza C. A., Thomas Moro M., Barontini G., Ferraris M., Szkolnik I. (2017). "Gestación por sustitución: actualidad, regulación jurídica y percepción social en Argentina" Trabajo libre presentado en las XXIII Jornadas Nacionales sobre el ejercicio profesional. La realidad de la práctica: tendencias y desafíos en los distintos campos de trabajo del psicólogo". Neuquén, Argentina. Noviembre de 2017

Navés F. A., Moscuza C. A., Thomas Moro M., Szkolnik I., Barontini G., Ferraris M., (2018). "El rol del psicólogo y

el musicoterapeuta en la gestación por sustitución”. Trabajo libre presentado en el X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires, Argentina, 2018.

Puhl, S., Izcurdia, M., Varela, O. (2013). La Actividad Pericial en Psicología Jurídica. Buenos Aires, Argentina: ECUA.

Varela, O., Sarmiento A., Puhl, S., Izcurdia M. (2012) La Psicología en el Campo Jurídico Buenos Aires, Argentina: ECUA.

Capítulo 12

La evaluación psicológica

Flavia Navés, Nicolás Aguas, Paula Abelaira

La reproducción médicamente asistida, parece algo novedoso y de la actualidad, pero sus inicios datan de más de un siglo atrás. La historia de la fecundación in-vitro (FIV) se remonta hasta entrada la segunda mitad del siglo XIX con sus primeros tratamientos exitosos en conejos. Sin embargo, recién en las décadas de 1960 y 1970 del siglo XX los científicos se toparon con la necesidad de encontrar algún método para tratar la infertilidad en los seres humanos. La demanda surge, según Álvarez Díaz (2007), por algunos cambios socioculturales como la legalización del aborto en algunos países occidentales y el aumento de los programas de apoyo social para las madres solteras que complicaron la adopción de niños y aumentaron el número de mujeres que desean tener hijos.

Con el correr del tiempo la FIV interviene en los aspectos biogenéticos alterando la base de significación de los vínculos de parentesco biológico, sacando la concepción del ámbito simbólico de la intimidad conyugal y del ámbito corporal, quebrando la unidad entre sexualidad, conyugalidad heterosexual y procreación y multiplicando las opciones de intervención de terceros en la procreación. Pero, fue el advenimiento de la donación heteróloga y más aún la gestación subrogada las que quebraron el modelo

procreativo (Imaz, 2018; Straw, 2017). Esta última tuvo sus inicios en Estados Unidos durante la década de 1970; el tipo de modalidad utilizada era la gestación tradicional, también denominada subrogación parcial, directa o genética. En este caso la mujer gestante aporta su óvulo y, por lo tanto, queda ligada genéticamente al niño por nacer; en el caso de tener sus propios hijos estos se convierten en medio hermano del nacido por subrogación; pero, con la popularización de la FIV y la aparición de los diagnósticos fetales, durante la década de 1980, las tecnologías médicas han hecho posible la modalidad parcial en la gestación por sustitución; esta modalidad también se la conoce como subrogación completa o del huésped. En este caso el embarazo se logra a través de la FIV utilizando los gametos de los padres o de gametos donados; por lo tanto, no hay conexión genética directa entre la mujer gestante y los niños que llevan en su vientre, a menos que sea un familiar directo de quien o quienes aportan sus gametos. Esta modalidad se lleva a cabo en la mayor parte de los países desde los años '90, el Reino Unido no hace distinción legal entre una y otra, aún hoy (Jadva, 2020; Morero Beltrán, 2018).

Tanto la literatura de habla inglesa como hispana diferencian, además, la subrogación altruista de la comercial; distinción que se realiza sobre la base del criterio de beneficio material obtenido por la mujer sustituta para el cumplimiento de obligaciones bajo el acuerdo de subrogación. En el primer caso, la mujer gestante recibe la remuneración acordada; mientras que, en el segundo caso, solo recibe el reembolso de los gastos incurridos en relación con el embarazo (costos de consultas ginecológicas, exámenes prenatales, evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico, consultas legales, etc.) (Sitarz, 2020).

Más allá de los avances de la técnica, su legalización tardó en llegar. Fue recién en 1993 con la sentencia del Tribunal Superior del Condado de Orange (California), con el caso de Johnson contra Calvert (Justia US law, 1993), que el contrato de gestación por sustitución tuvo validez legal y obligó a la mujer gestante a entregar el niño, fruto de la fecundación in vitro realizada con la aportación genética del matrimonio Calvert. Con esta sentencia, por primera vez en el mundo un Tribunal legaliza de facto la gestación por sustitución en el Estado de California (Abásolo Barandika, 2019). No obstante, recién en el año 2013 en California se aprobó una ley que regula el carácter mercantil de los contratos de gestación por sustitución, destacando tres puntos que intentan dar seguridad a las mujeres gestantes y a las madres y/o padres intencionales:

1) cada parte implicada debe tener su propia/o abogada/o;

2) la formalización del contrato debe llevarse a cabo antes del inicio del proceso;

3) permite tener una resolución judicial antes del nacimiento de la niña o niño en el que nombra a las madres y padres intencionales como tales y determina la filiación en favor de ellas y ellos (Ximénez de Sandoval, 2017 citada en Abásolo Barandika, 2019).

En el resto del mundo, afirman Lamm (2013) y Sitarz (2020), las posturas legislativas de la gestación por sustitución dan cuenta de tres tipos de sistemas legales: Nos encontramos con los países que carecen de regulación sobre su práctica (por ejemplo, Alemania, Italia, España), países donde solo se permite la subrogación no comercial (Inglaterra, Canadá excluyendo la provincia de Quebec, República de Sudáfrica), y finalmente países que permiten tanto la subrogación no comercial y como la comercial (Israel, Rusia)

Nuestra historia

En Argentina, ha sido prevista su regulación en el Anteproyecto de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación bajo los fundamentos del principio de realidad, de libertad, de igualdad y de no discriminación entre los matrimonios heterosexuales y homosexuales y entre personas lesbiana y gays y el consiguiente derecho a formar una familia con independencia de la orientación sexual de las personas. En él se establecía:

“La filiación queda establecida entre el niño nacido y el o los comitentes mediante la prueba del nacimiento, la identidad del o los comitentes y el consentimiento debidamente homologado por autoridad judicial. El juez debe homologar sólo si, además de los requisitos que prevea la ley especial, se acredita que: (a) se ha tenido en miras el interés superior del niño que pueda nacer; (b) la gestante tiene plena capacidad, buena salud física y psíquica; (c) al menos uno de los comitentes ha aportado su material genético; (d) el o los comitentes poseen imposibilidad de concebir o de llevar un embarazo a término; (e) la gestante no ha aportado material genético propio; (f) la gestante no ha recibido retribución; (g) la gestante no se ha sometido a un proceso de gestación por sustitución más de dos (2) veces; (h) la gestante ha parido, al menos, un hijo propio. Los médicos no pueden proceder a la implantación de la gestante sin la autorización judicial. Si se carece de autorización judicial previa, la filiación se determina por las reglas” (Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lamm, 2012, p. 11)

Si bien el vínculo jurídico de filiación del niño/a nacido de un procedimiento de GS es con el/los comitentes existen fuertes dificultades a la hora de inscribir a los niños/as nacidos por GS; más en el caso de las parejas del mismo sexo o de mujeres y/o hombres solas/os que eligen tener hijos. Ante estas dificultades, explica Iturburu (2018),

Se planteó una acción colectiva en el Fuero Contencioso Administrativo Federal y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (...) A raíz de la acción colectiva, el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de CABA a través de DISPOSICIÓN N.º 93/DGRC/17 del 13 de octubre de 2017, autorizó la inscripción, en términos preventivos, de los nacimientos de los menores nacidos por Técnicas de Reproducción Humana Asistida de alta complejidad, denominada gestación solidaria, bajo los siguientes presupuestos de otorgamiento a saber: 1) Que se trate de menores nacidos en el país por el método de gestación solidaria realizada en el país; 2) Que la voluntad procreacional de los progenitores haya sido expresada en forma previa, libre e informada.; 3) Que la gestante previa y fehacientemente hubiera expresado no tener voluntad procreacional y 4) Que la inscripción deberá hacerse en términos preventivos, además debiendo los datos de la gestante ser asentados en el legajo (art 1º) 883/84). (p. 83/84).

Esta salida legal no contempla la evaluación psicológica como sí sucede con el Anteproyecto del Código Civil y Comercial Argentino; sin embargo, la demanda por parte de los que necesitan acceder a la GS valiéndose de este contrato, y de los centros que la realizan, va en aumento en nuestro país.

En Australia o el Reino Unido, afirma González Gerpe (2018), la evaluación psicológica en GS ya es recomendada tanto por las agencias gubernamentales como por las sociedades profesionales como la ASRM (American Society for Reproductive Medicine) o la ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) e incluso obligatorias por ley, como es el caso de Portugal y Canadá.

En Argentina la Comisión Asesora de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (CATRHA) elaboró las *Guías de Buenas Prácticas sobre Gestación por Sustitución en Argentina* en las que se plasmó la necesidad de la evaluación psicológica, tarea que debe ser realizada por el psicólogo que integre el equipo multidisciplinario de salud.

Con el objetivo de sugerir pautas para la evaluación psicológica en GS el equipo de psicología y musicoterapia¹ de CONCEBIR elaboró las *Guías de Buenas Prácticas para la evaluación, el asesoramiento y el acompañamiento psicológico en la Gestación por Sustitución* teniendo en cuenta las recomendaciones de los países que la regulan, las Guías de CATRHA (2016) y los proyectos de Ley presentados en el Congreso de la Nación Argentina al momento de la elaboración de las mismas; delimitando, así, el quehacer profesional del psicólogo en el ámbito de la gestación por sustitución.

¹ El equipo de psicología y musicoterapia al momento de la elaboración de estas guías estaba integrado por las licenciadas Mariana Thomas Moro, Irina Szkolnik, Flavia Andrea Navés, Cecilia Moscuza, Gabriela Barontini y Marcela Ferrari

En el ámbito de las técnicas de reproducción humana asistida

La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología científica que se ocupa de estudiar, explorar y analizar las características y el comportamiento de un sujeto humano o grupo específico de sujetos; la misma busca cumplir sus objetivos -descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio o valoración- mediante un proceso de toma de decisiones que incluye la aplicación de una serie de entrevistas, tests y técnicas de medida y/o evaluación. Durante el proceso de toma de decisiones el profesional psicólogo formula hipótesis, deduce enunciados, los verifica y finalmente llega a determinadas conclusiones (Casullo, 1999; Díaz Pérez y Neri-Vidaurri, 2015; Fernández Ballesteros, 1992/ 1997/ 2005; Mikulic. 2017; SEF, 2011).

Como disciplina, la evaluación psicológica, estructura el quehacer profesional del psicólogo en los diferentes campos de inserción laboral -clínico, laboral, social-comunitario, educativo, jurídico, salud- exigiendo una adecuada integración del enfoque teórico con el desarrollo tecnológico desde una perspectiva totalizadora del hombre y su entorno posibilitando el análisis de los diversos comportamientos humanos a fin de comprenderlos, compararlos y explicarlos (Casullo, 1999; Mikulic, 2017)

El ámbito de la reproducción humana asistida es un nuevo campo de inserción laboral, relativamente novedoso, para el psicólogo. Requiere de una formación específica para realizar tareas evaluativas que cumplan con los

requisitos estadísticos y metodológicos, pero, que no deje de lado las consideraciones éticas y el contexto cultural en el que ejerce su práctica profesional.

En este ámbito la finalidad de la evaluación psicológica es detectar los principales problemas asociados a la infertilidad (Jenaro Río, Moreno-Rosset, Antequera Jurado y Flores Robaina, 2008) y requiere de un encuadre específico ya que el psicólogo suele desempeñar su rol de evaluador dentro de las clínicas de reproducción asistida. Entre las principales problemáticas que acompañan la infertilidad se encuentran los estados de ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos, estrés, ira, problemas de autoestima, dificultades de pareja, dificultades en la sexualidad, alteraciones en la percepción de control, ocultamiento de la situación lo cual hace que no se pueda contar con la red de apoyo, descompensaciones psicopatológicas, etc. (SEF, 2011). Variables que son pertinentes evaluar en todos los usuarios de las técnicas de reproducción humana asistida -parejas, mujeres y hombres solos, receptores de gametos y/o embriones, gestantes y comitentes- más aún si para acceder a la mater/paternidad es necesaria la inclusión de terceros -donantes de gametos y/o gestantes sustitutas- en el proceso reproductivo ya que, como afirman Díaz Pérez y Neri-Vidaurre (2015), la *reproducción con intervención de terceros* plantea muchas reacciones psicológicas y aspectos que pueden ser discutidos y manejados mejor durante el proceso indispensable de acompañamiento y/o asesoramiento.

Dada la complejidad de las implicancias psicológicas que se ponen en juego en la donación de gametos -anónima o intrafamiliar- como en la gestación por sustitución es necesario que, la evaluación psicológica en

TRHA, circunscriba la administración de al menos una entrevista semidirigida y de una batería de test que incluyan técnicas gráficas y/o psicométricas que permitan evaluar la comprensión que la persona tiene del proceso de donación y su “aptitud” psicológica, así como, vislumbrar las fantasías, los deseos y demás datos situacionales relevantes para poder determinar el curso del procedimiento (Navés, Jurkowski, Gallo, y Rossi 2020; Navés, 2020; Navés et al, 2018).

Evaluación psicológica en el ámbito de la gestación por sustitución

La búsqueda de un hijo sin éxito produce una carga emocional y psíquica, que comienza con la incertidumbre y su posterior aceptación de la infertilidad. Tener que recurrir a las técnicas reproductivas también conlleva un alto grado de padecimiento psíquico ya que la privacidad de la pareja se ve afectada y el deseo sexual queda subsumido a la demanda médica. Si el proceso fracasa reiteradamente, las recomendaciones médicas orientan a los usuarios de TRHA hacia alternativas reproductivas que incluyen la donación de gametos (óvulos o espermatozoides); alternativa imprescindible para madres y/o padres solteros por elección y las parejas igualitarias. Pero ¿qué pasa si el proceso de fertilización con donantes tampoco funciona? La gestación por sustitución surge como una nueva alternativa que a veces desplaza a la adopción. Esta elección trae consigo más cuestiones emocionales y psíquicas para elaborar; aceptar que una mujer externa al proyecto parental lleve en su vientre al hijo deseado no es tarea sencilla. Mujer que, a

diferencia de los y las donantes, no será “anónima”. Muchas veces es necesario encontrar una gestante fuera del entorno familiar o cercano; esto requiere de la aceptación y la elección mutua (gestante y comitente/s) y trae consigo un plus emocional y psíquico difícil y con sus particularidades. Para la mujer gestante tampoco es fácil el proceso; ella deberá tomar la decisión de poner su vientre para gestar un niño que entregará en el momento de nacer; deberá modificar su estilo de vida, acudir a las citas médicas y psicológicas y seguir los protocolos establecidos por el centro de reproducción para llevar adelante los procedimientos médicos. A ellos se le suma que esta decisión puede estar sostenida por diversos motivos, puede ser que necesite dinero y encuentre aquí una vía para obtenerlo, puede ser que lo haga de manera altruista por algún compromiso particular con la causa, o puede ser también que tome esta decisión para ayudar a algún ser querido.

En este contexto ¿qué se espera del profesional de la psicología? El profesional de la psicología tenderá a orientar sus intervenciones hacia la construcción y el fortalecimiento del vínculo entre los comitentes y el niño nacido, así como hacia el desapego de la gestante con el bebé. La escucha, el acompañamiento y la contención de los futuros padres (requirentes) hace posible situar de qué manera surge el anhelo de ser padres, cómo piensan este proceso y qué lugar *preparan* para el bebé que vendrá (Inciarte et al, 2018; Navés et al, 2018). También, durante el proceso evaluará en la gestante las motivaciones, y el nivel de autonomía del que dispone para tomar decisiones. Para su realización, deberá recurrir a distintas técnicas tales como entrevistas y tests psicométricos y proyectivos con el objetivo de indagar en la gestante y en los requirentes las motivaciones mencionadas, las capacidades cognitivas:

comprensión del proceso, sus implicancias (embarazo, riesgos posibles, decisiones a tomar) y alcances (reflexión sobre posibles escenarios); la estructura de personalidad, la *estabilidad* emocional para transitar el proceso, la capacidad para la toma de decisiones y el manejo de conflictos. También deberá descartar psicopatologías severas (trastornos psicóticos, del estado de ánimo, trastornos de personalidad) que puedan dificultar el proceso. En los requirentes particularmente, se evaluará la presencia de qué manera ha impactado el diagnóstico de infertilidad o la pérdida de la capacidad gestacional y, en la gestante se tendrá en cuenta, además, su entorno familiar y la red de contención con la que cuenta. Asimismo, la deberá asesorar y acompañar para encontrar la manera adecuada de transmitirle a sus hijos la decisión tomada, y asesorarla acerca de su participación en la toma de decisiones con respecto a las prácticas que impliquen su cuerpo y la evolución del embarazo (Alaniz, 2019; Díaz Pérez y Neri-Vidaurre, 2015; González Gerpe, 2018; Inciarte et al, 2018; Navés, 2019; Navés, Abelaira y Aguas, 2019; Szkolnik et al, 2018). Encontramos que es en este periodo de asesoramiento y comprensión cuando las gestantes terminan de tomar su decisión efectiva respecto de continuar con el tratamiento, ya que es cuando pueden advertir algunos puntos que quizás anteriormente no habían ponderado.

Finalmente, también deberá esclarecer las dudas que presenten los sujetos implicados, posibilitando la toma de decisiones (Alaniz, 2019; González Gerpe, 2018; Navés, 2019; Szkolnik, I. et al, 2018). Esta tarea tendrá lugar antes de comenzar el procedimiento médico para obtener el embarazo.

La indagación

Nos preguntamos ¿Cuál es la forma de intervenir de los terapeutas en el proceso de evaluación en gestación por sustitución? y ¿Cuál es su fundamentación para realizar ese accionar? En búsqueda de respuestas salimos al campo a interrogar a nuestros colegas. Para ellos hemos construido un instrumento de recolección de datos en el formato de entrevista estructurada y hemos entrevistado a 28 profesionales psicólogos de ambos sexos, cuya edad oscila entre los 23 y los 62 años, de los cuales el 76 % son egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina y el 24% restante egresaron de otras universidades de Argentina.

En la primera parte de la entrevista se recabaron los datos descriptivos de la muestra (edad, género, universidad de egreso y marco teórico de referencia).

Luego, se les presentó el siguiente escenario clínico sobre gestación por sustitución:

Una pareja tiene el deseo de tener hijos, pero, la mujer se encuentra imposibilitada de llevar adelante el embarazo por falta de útero. Se enteran de que pueden cumplir su deseo mediante la gestación por sustitución. Esto los motiva a buscar una mujer que quiera gestar para ellos; una amiga de la pareja les presenta a su empleada doméstica quien dice que su hermana gustosa acepta el trato.

Luego de establecer los límites del contrato se acercan los tres a un centro de reproducción asistida; allí el médico interviniente solicita la evaluación psicológica correspondiente de la pareja y la gestante: Motivo por el cual deriva a los interesados al consultorio de la psicóloga del centro.

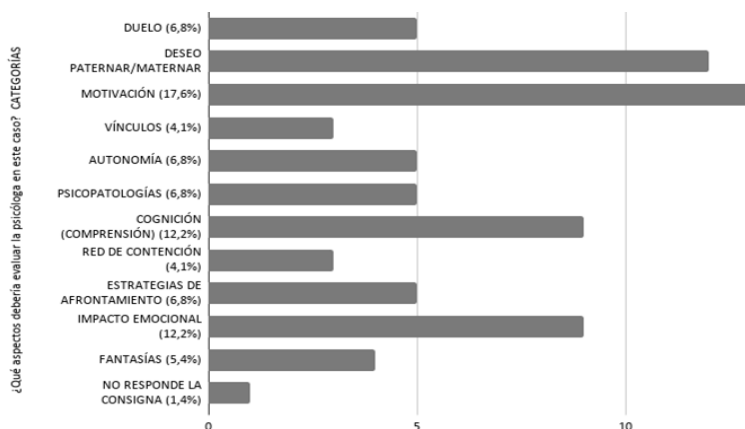
A continuación, se preguntó:

1. ¿Qué aspectos debería evaluar psicóloga en este caso? y ¿Por qué?
2. ¿Qué herramientas utilizaría?

Las respuestas

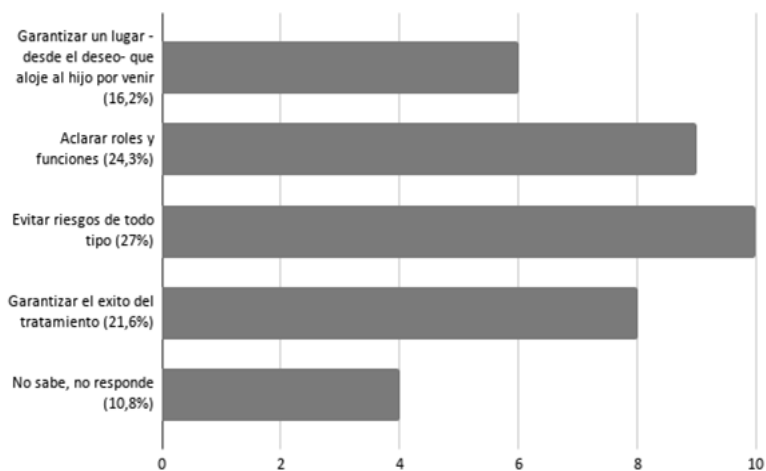
De los 28 profesionales psicólogos que fueron entrevistados el 71.4 % de la muestra afirma que su marco teórico de referencia es el psicoanálisis, el 7.5% es el cognitivo conductual y el sistémico y el 14.30 % otros marcos teóricos. Las edades oscilan entre los 23 y los 62 años distribuidos del siguiente modo: el 29% entre 29 y 40 años, el 25 % tiene entre 23 y 30 años y entre 51 y 62 años; el 21% restante entre 41 y 50 años. El 89% de la muestra es del sexo femenino.

FIGURA 1: Aspectos a evaluar en GS



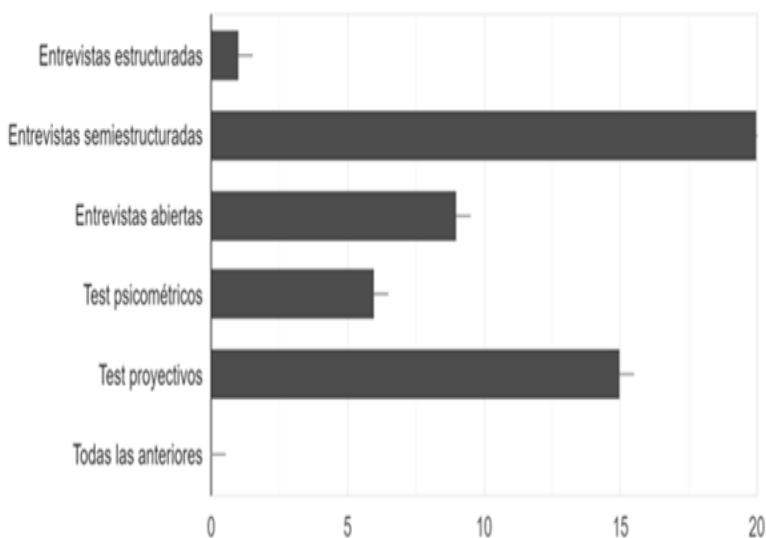
Elaboración propia

FIGURA 2: ¿Por qué debería evaluar esos aspectos?



Elaboración propia

FIGURA 3: Herramientas que utilizaría para evaluar



Elaboración propia

Discusión de los resultados

La mayor parte de los terapeutas encuestados situaron que consideran necesario evaluar cuales son las motivaciones (17,6%) de ambas partes (gestante y requirentes) al someterse al tratamiento y, el deseo que se pone en juego en los requirentes y los impulsa a realizarlo (deseo de maternar/ paternar 16.2%). Por su parte, el 12, 2% de los profesionales entrevistados dijeron que evaluarían la cognición /comprensión y el impacto emocional del proceso y sus efectos en ambas partes.

Otros aspectos para evaluar que señalaron un 6% de los consultados fueron las estrategias de afrontamiento con las que cuentan ambas partes, la presencia de psicopatologías, el nivel de autonomía que disponen y la elaboración de los duelos necesarios a partir del diagnóstico de infertilidad.

El 5,4 % evaluaría las fantasías que se ponen en juego en cada caso. Otros de los aspectos señalados son aquel que corresponde a la categoría de *vínculos* (4,1%), en el cual se hace referencia prevalentemente a la relación que se desarrollará entre gestante y requirente/s. En un mismo porcentaje se hizo referencia a la importancia de evaluar la red de contención con la que cuentan ambas partes. Por último, el 1,4% no pudo responder a la pregunta.

En los datos presentados queda claro cómo algunas categorías son pensadas para evaluar en alguna de las partes, olvidando otros actores. Por ejemplo, se señala, pertinentemente, que evaluarían las motivaciones de ambas partes, pero solo se habla de evaluar qué deseos se ponen en juego en los requirentes (a partir del tipo de respuestas

brindadas entenderemos el deseo como anhelo y no en su acepción psicoanalítica), siendo necesario también evaluar de qué manera se pone en juego esto en la gestante. Cabe aclarar que esto es de gran importancia, ya que puede ser un factor de postergación de los tratamientos. Por ejemplo, si la gestante se separó recientemente y en esa pareja tenían planes de maternidad, esto podría contribuir a cierta confusión de parte de la gestante y su rol en el tratamiento, poniéndose en juego la concreción de un anhelo que nada tendrá que ver con esta nueva situación de gestar para otros.

En este sentido, algunas categorías que conforman criterios de exclusión o de postergación, tanto para requirentes como gestantes, han sido consideradas en un muy bajo porcentaje. Sólo el 12, 2% hizo referencia a evaluar la cognición, comprensión e impacto emocional y, un 6,8% a la evaluación de duelos, autonomía, psicopatología y estrategias de afrontamiento. Todas estas categorías están incluidas en las *Guías de buenas prácticas para la evaluación asesoramiento y acompañamiento psicológico en GS* elaboradas por el equipo de psicología musicoterapia de CONCEBIR (2018) como factores decisivos para la exclusión o postergación de gestantes y requirentes. Algunos de los criterios de exclusión de gestantes están enunciados como:

Presencia de psicopatología severa en curso en eje I y II según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Duelo patológico (marcado deterioro/disfuncionalidad en el área social u ocupacional). Incapacidad cognitiva o emocional para cumplir o consentir. Evidencia de coerción financiera o emocional. Antecedentes de depresión mayor, trastorno bipolar, psicosis o trastorno de ansiedad relevante (Szkolnik et al, 2018, p. 111)

Por su parte, también fueron considerados para la parte comitente, como criterio de exclusión la presencia de psicopatología severa, el atravesar un duelo patológico y la incapacidad cognitiva y emocional para consentir.

La autonomía en la toma de decisiones de todas las partes intervinientes es fundamental para que el proceso se dé en un marco de respeto a los derechos de todos, ésta también es una categoría para evaluar por el psicólogo.

Otro punto ampliamente desarrollado por la bibliografía de referencia es el que respecta al vínculo entre requirentes y gestantes. En este caso, un porcentaje muy bajo (4,1%) de encuestados ponderó este elemento como un punto a evaluar. Es fundamental lograr acuerdos en todas las decisiones que se tomarán a lo largo del tratamiento, y evaluar en los requirentes el nivel de acuerdo o desacuerdo con la gestante en diversas temáticas; la imposibilidad de lograr un acuerdo entre las partes acerca de las condiciones y modalidad en las que se llevará adelante el proceso, imposibilita su continuidad. También se evaluará la presencia de indicadores de resistencia o rechazo a sostener un vínculo respetuoso y cuidadoso con la gestante. Por su parte, se evaluará como condición de exclusión o rechazo en la gestante la imposibilidad de lograr un acuerdo entre las partes sobre las condiciones y modalidad en las que se llevará adelante el proceso, así como en lo que respecta a las decisiones que se tomarán a lo largo de este. En cuanto a la red de contención, el entorno social y comunitario será fundamental durante todo el proceso, por esa razón el profesional de la psicología deberá evaluar, asesorar y acompañar también a la familia de la gestante, ayudándola en la elaboración de una narrativa apropiada para abordar con sus hijos la tarea que realiza (González Gerpe, 2018; Szkolnik et al, 2018)

En los casos en que la gestante y los requirentes son familiares o conocidos es importante, además, “explorar si han existido conflictos en su historia relacional, así como los métodos que han utilizado para hacer frente a esos conflictos. Deben también explorarse temas como la frecuencia en el contacto, la privacidad y el potencial impacto negativo que puede tener en la relación” (González Gerpe, 2018, p.34).

En cuanto al *porqué* evaluar estos aspectos, para el 27 % de los encuestados es importante realizar la evaluación psicológica para evitar riesgos de todo tipo, el 24,3% considera necesario evaluar a gestantes y requirentes para aclarar roles y funciones, el 21.6% para garantizar el éxito del tratamiento y el 16.2% para garantizar un lugar - desde el deseo-que aloje al hijo por venir. El 10.8% de la muestra no sabe, no responde a la pregunta.

Tal como lo expresan las Guías de Buenas Prácticas para la evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico en GS, el objetivo de dicho proceso es resguardar el bienestar, la salud física y mental y la protección de los derechos de cada una de las partes intervinientes en el proceso.

En cuanto a las herramientas a utilizar el 100% de la muestra utilizaría alguna modalidad de entrevista (71.42% semiestructurada, 25% entrevistas abiertas y 3.57% entrevista estructurada). El 53, 57% lo combinaría con la toma de test proyectivos y el 21,42% con test psicométricos. Ningún encuestado combinaría la entrevista con test proyectivos y psicométricos.

La entrevista clínica es una herramienta fundamental ya que sirve para observar y evaluar el comportamiento y las creencias de los participantes

(González Gerpe, 2018). Estas deben servir para preparar a la mujer gestante para el protocolo médico y para explicarle con claridad los riesgos de cancelar un ciclo, de fracasar en un ciclo, de embarazo múltiple, el aborto voluntario y la realización de pruebas prenatales, ya que es su derecho el de rechazar cualquier paso. El proceso de evaluación y asesoramiento debe facilitar la toma de decisiones proporcionando toda la información posible a la mujer gestante, su pareja (si la hubiera) y a los requirentes. Es importante destacar que la entrevista debe combinarse con una batería de test proyectivos y psicométricos.

Nuestra mirada

La elección de la gestante, la búsqueda de una mujer de confianza que quiera gestar y que además esté en condiciones de hacerlo, el temor de no llegar a un acuerdo (altruista o económico), no contar con una red de apoyo adecuada son factores que se hacen presente durante el proceso de Gestación por Sustitución y producen incertidumbre y estrés en los usuarios y en la persona que va a gestar (Navés, Moscuzza, Thomas Moro, Barontini y Szkolnik; 2020). Incertidumbre que influye en la toma de decisiones y que hace que cada vez sea mayor la demanda de una adecuada evaluación psicológica. Tarea que ha de realizar el profesional de la psicología propiciando un espacio en el que todos los involucrados puedan poner a trabajar los miedos y las fantasías relacionadas con el proceso de subrogación y sus consecuencias, con la maternidad, con la imposibilidad de ser madre o padre (propiciando la elaboración del duelo gestacional y/o los duelos genéticos) y también las fantasías de la gestante que,

muchas veces, esconden motivaciones contradictorias y/o las fantasías de los futuros padres relacionadas, a veces, con la infidelidad producidas por la inclusión de terceros (gestantes y/o donantes) en la concepción del niño por venir.

También es de fundamental importancia construir un vínculo compatible entre la mujer que gestó y los futuros padres, para ello es necesario pautar entrevistas con todas las partes involucradas con el objetivo de poner a trabajar los conflictos y/o posibles desacuerdos. Es importante esclarecer que, pese a todos estos recaudos, las entrevistas por sí solas no alcanzan para realizar un proceso de evaluación y asesoramiento en GS, es necesario combinarlas con test psicométricos y proyectivos que permitan evaluar otros aspectos relevantes como las psicopatologías, la ansiedad, el estrés, la calidad de vida, el nivel madurativo, el desarrollo cognitivo y emocional, la modalidad de construcción de vínculos, los conflictos y las defensas.

Sin embargo, es dable destacar que nada puede garantizar el éxito del tratamiento y tampoco es posible evitar todos los riesgos ya que, como afirma González Gerpe (2018), las pruebas psicológicas no predicen el 100% del comportamiento humano. Ni siquiera se cuenta en este ámbito con estudios a largo plazo en poblaciones significativas.

Por último, nos parece importante destacar que el propósito de la evaluación psicológica de los requirentes nunca será la de determinar la *capacidad para ser padres*.

Finalmente, en el trabajo interdisciplinario que requiere la gestación por sustitución, el psicólogo aportará una mirada ampliada sobre las características de la

personalidad de cada uno de los participantes, los posibles factores de riesgo, la capacidad para la toma de decisiones y las estrategias de afrontamiento con el fin último de establecer acciones conjuntas que promuevan la reflexión y el trabajo en equipo, acompañando el devenir de este proceso que se presenta como novedoso. En última instancia el profesional de la psicología podrá dar cuenta de aquellos factores que a los fines biológicos de la reproducción quedan olvidados, pero que son de fundamental importancia para atravesar el proceso de manera respetuosa y cuidando la salud -en todos sus términos- de quienes atraviesan esta experiencia.

Referencias bibliográficas

Alaniz, R. (2019). El rol del/la psicólogo/a en Gestación por Sustitución. Trabajo presentado en la Jornada: El rol del psicólogo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva organizada por la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA, UBA

Casullo; M.M. (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *RIDEP*, 1, 97-113.

CATRHA (2016). Guía de Buenas Prácticas sobre Gestación por Sustitución en Argentina. Recuperado de: <http://concebir.org.ar/legal/guia-practicas/>

Díaz Pérez MA, Neri-Vidaurre P. (2015). Aspectos psicológicos en infertilidad y gestación subrogada. *Reproducción* (México), 8 (2), 101-129.

Edelmann, R. (2004). Surrogacy: the psychological. *Journal of Reproductive and Infant*, 22 (2), 123 -136. doi: <https://doi.org/10.1080/0264683042000205981>

Fernández Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (1997). Evaluación psicológica y tests. En A. Cordero et al. (Comp.), *La evolución psicológica en el año 2000* (pp. 11-26). Madrid, España: TEA Ediciones, S.A.

Fernández Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

González Gerpe, D. (2018). Gestación Subrogada: aspectos psico-sociales. *Dilemata*, 10 (28), 21-40

Inciarte, Quaini, Martínez, Urquiza, Piscicelli, Pasqualini y Pasqualini (2018). Subrogación uterina. Una realidad en la Argentina. *Reproducción*, 33 (2), 27-35

Jenaro Río, C.; Moreno-Rosset, C.; Antequera Jurado, R. y Flores Robaina, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El “DERA” una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 176-185. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1584.pdf>

Mikulic, I.M (2017). La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo. Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/FICHA%201.pdf>

Moreno, A.; Guerra Díaz, D.; Baccio, B.; Giménez Molla, V.; Dolz Del Castellar Pareja, P.; Tirado Carrillo, M.;

Gutiérrez Herrera, K.; Gil Rabanaque, M. (2006). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Recuperado de: <https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/psico/guia1.PDF>

Navés, F.; Moscuza, C.; Thomas Moro, M.; Barontini, G. y Szkolnik, I. (2020). Gestación por sustitución y filiación en Argentina. *Reproducción*, 35 (1). Recuperado de <https://www.editorialascune.com/revistasamer/2020/02/10/gestacion-por-sustitucion-y-filiacion-en-argentina/>

Navés, F. Wang, L.; Pérez, D.; Jurkowski, L.; Barontini, G. & Rossi; M. (2020). Guías para la evaluación y el asesoramiento psicológico a personas donantes de ovocitos. En Lima y Rossi (Comp.) *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida*. Nueva Edición Universitaria.

Navés, F.; Jurkowski, L.; Gallo, D. y Rossi, M. (2020). Evaluación y asesoramiento psicológico en casos de donación intrafamiliar de gametos. En Lima y Rossi (Comp.) *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida*. Nueva Edición Universitaria.

Navés, F., Abelaira, P. y Aguas, N. (2019). Evaluación psicológica en el ámbito de la medicina reproductiva: El caso de la gestación por sustitución. Presentado en el XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/114>

Navés, F. (2019). El rol del psicólogo como evaluador en Gestación por Sustitución. Trabajo libre presentado en XIV Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres - IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Mar del Plata 2019.

Navés, F.; Moscuza, C.; Thomas Moro, M.; Szkolnik, I.; Barontini, G. y Ferrari, M. (2018). El rol del psicólogo y el musicoterapeuta en la Gestación por Sustitución. Trabajo libre presentado en el X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-122/734.pdf>

Navés, F.; Thomas Moro, M.; Moscuza, C.; Szkolnik, I. Barontini, G. y Ferrari, M. (2018). Psicología de la infertilidad. En Navés et al (Comp.) *Gestación por Sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Edición de autor.

Navés, F.; Thomas Moro, M.; Barontini, G.; Szkolnik, I.; Moscuza, C. y Ferrari, M. (2018). El rol del psicólogo especialista en TRHA. En Navés et al (Comp.) *Gestación por Sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Edición de autor.

Szkolnik, I.; Thomas Moro, M.; Barontini, G.; Navés, F.A.; Moscuza, C. & Ferrari, M. (2018). Guía de buenas prácticas para la evaluación, asesoramiento y acompañamiento psicológico en gestación por sustitución”. En Navés et al (Comp.) *Gestación por Sustitución: Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Edición de autor

Capítulo 13

El abordaje psicológico en el marco de una práctica interdisciplinaria

Patricia Martínez

La gestación por sustitución (en adelante, GS) viene a dar respuesta a todas aquellas personas –hombres o mujeres solos o en pareja– que encuentran, por motivos médicos o biológicos, obstaculizado su deseo de trascendencia. En este tratamiento, la gestante o portadora es una mujer amiga o familiar que desea ayudar y ofrece su útero para gestar un niño no relacionado genéticamente con ella para que otra persona o pareja con deseo procreacional logre construir su familia.

La subrogación uterina no está exenta de controversias, razón por la cual es necesario extremar los cuidados para evitar complicaciones en la familia, la gestante y el niño por nacer. Se debe llevar a cabo esta experiencia con indicaciones claras y bajo la estricta vigilancia de un equipo interdisciplinario, constituido por médicos, psicólogos, enfermeros y asesores legales. De esta manera, se conforma un entramado continente capacitado para sostener la particularidad de la demanda que genera la gestación sustituida.

En el presente capítulo, señalaré cuestiones relacionadas con el abordaje psicológico de la experiencia llevada a cabo en un instituto de fertilidad de la Ciudad de Buenos Aires, en el período comprendido entre 2013 y 2018.

Pequeño recorrido histórico

La GS, como práctica médica, comenzó a difundirse a finales de la década de 1980. En los últimos 15 años, el número de ciclos de subrogación en Estados Unidos aumentó considerablemente. Se estima que en ese país una gran mayoría de los centros (69,4%) lo ofrece como alternativa a sus pacientes. Debido al vacío legal existente a este respecto en muchos países, las parejas o personas solas llevan a cabo la GS en países donde existe un marco regulatorio. Estados Unidos, a la vanguardia en este particular, registró que el 18,5% de los tratamientos de subrogación fueron realizados a parejas o personas extranjeras.

En el año 2013, por primera vez en Argentina, una jueza otorgó la inscripción de una niña nacida por subrogación uterina bajo el apellido de los padres procreacionales. El tratamiento realizado en Halitus Instituto Médico a una paciente con histerectomía previa, con una amiga como gestante, sentó jurisprudencia al respecto

Causales médicas de la subrogación uterina

La subrogación uterina es aconsejada en general en casos de ausencia congénita o adquirida de un útero funcional, ya sea por histerectomía (por cualquier causa) o por malformaciones del tipo Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. Las malformaciones estructurales uterinas severas y las alteraciones de la cavidad por sinequias uterinas (síndrome de Asherman) también son cuadros que pueden justificar la indicación de subrogación uterina. Aquellos que poseen una contraindicación para llevar adelante un embarazo por cualquier condición médica, así como las abortadoras recurrentes, las parejas masculinas y los hombres solos, también pueden beneficiarse con esta práctica.

El tratamiento contempla únicamente la sustitución uterina y no genética, de modo que los padres procreacionales, o por lo menos uno de ellos, deben aportar sus gametos. La mujer portadora solo presta su útero. Si hubiera que recurrir a la ovodonación, en ningún caso se utilizarán los óvulos de la propia gestante, ya que la subrogación genética no es recomendada. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) acepta la subrogación uterina como la única práctica viable.

Abordaje psicológico

1. Hipótesis de trabajo

Los tratamientos de reproducción asistida con sustitución uterina plantean el desafío de desarrollar,

preservar y fortalecer el vínculo de la madre con el niño por nacer en el contexto de la gestación fuera del cuerpo materno.

El desarrollo psico-emocional del ser humano comienza antes del nacimiento a través de la comunicación entre la madre y el hijo. El ingreso del niño a la cultura encuentra su origen en la transmisión de la palabra, el cual se registra previo al nacimiento, momento en el cual el sujeto es convocado por el deseo de sus padres.

Nuestra hipótesis plantea que la intervención psicológica potencia el desarrollo de la conducta de apego del niño nacido gracias a esta técnica, permitiendo una mejor adaptación de los padres procreacionales porque:

- Reduce el desajuste emocional concomitante en los padres procreacionales.
- Ajusta la decisión gestacional de la portadora.
- Abre canales de comunicación entre la madre y el niño gestado fuera de su cuerpo, que serán fundamentales en su acceso al universo simbólico.

2. La familia de subrogación y los modelos familiares

Hablar de GS en la actualidad también nos conduce inevitablemente a pensar en los nuevos modelos familiares que componen la sociedad moderna. Las familias homoparentales, las familias monoparentales con hombre o mujer como jefe de familia y las familias con hijos nacidos por esta técnica sin duda constituyen una nueva trama social, que encuentra en las técnicas de reproducción asistida a uno de sus principales autores.

La gestación sustituida nos conduce a pensar, inevitablemente, en los efectos a nivel psicológico en el niño por nacer. Nos preguntamos cómo se armará en los

niños nacidos por sustitución uterina la denominada “novela familiar”, que tiene al complejo de Edipo como nudo articulador.

El útero, además de ser el órgano real donde se desarrolla la gestación humana, es un órgano imaginarizado no ubicable en ningún cuerpo real, sino en el cuerpo de quien ejerce el rol materno. La sustitución implica, lógicamente, al útero como órgano real, no obstante, la construcción del aparato psíquico humano en torno al complejo de Edipo tiene lugar en el interior del cuerpo materno imaginarizado por cada sujeto.

Si bien la experiencia a nivel mundial en GS no remite bibliografía que dé cuenta de patología o desadaptación conductual en niños nacidos por esta vía, la reflexión y los esfuerzos para avanzar en la articulación de una respuesta cada vez más adaptativa siguen vigentes.

3. Una intervención posible

Una intervención posible desde lo psi consiste en trabajar en tres planos articulados entre sí: la esfera parental, la esfera de la gestante y la esfera familiar.

➤ Esfera parental

Con los padres, escuchando, acompañando y conteniendo. Situando en este contexto al deseo como la voluntad procreacional que habilita a alguien para la maternidad y la paternidad. En este punto cabe destacar el trabajo particular y “caso por caso” que se realiza, dado que la emergencia del deseo, así como también el trabajo de elaboración del duelo concomitante a la falta, son absolutamente singulares.

La posición subjetiva de los padres respecto a la GS, más allá de lo singular de cada caso, como se señaló anteriormente, conlleva características distintas si se trate de una pareja homo o heterosexual.

En la pareja heterosexual, la sustitución constituye una reparación en el punto de la falta de la posibilidad gestacional, de modo que implica un duelo previo y su elaboración como preámbulo de la subrogación. La mujer debe elaborar la pérdida de la capacidad gestacional y aceptar que su hijo va a llegar, pero en el vientre de otra mujer.

En las parejas igualitarias, la sustitución viene a abrir una puerta allí donde no había nada. No se registra pérdida ni falta, por el contrario, es todo ganancia. Existe un punto de partida claramente distinto en ambos grupos. La atmósfera emocional de las parejas igualitarias se encuentra atravesada por fantasías de triunfo y de omnipotencia, a diferencia del desarrollo emocional angustioso-ansioso de las parejas heterosexuales que, muchas veces, se impotentizan como efecto de la pérdida representada como castración real.

La intervención también incluye la tarea de evaluación. Del lado de los padres se evalúa el desajuste emocional producido por el diagnóstico de infertilidad o de pérdida de capacidad gestacional. Se releva, asimismo, el desarrollo de patología psiquiátrica reactiva, si la hubiere, y las intervenciones posibles en este sentido.

El trabajo con los padres procreacionales es también psicoterapéutico en virtud de la rectificación subjetiva necesaria y el desarrollo de estrategias cognitivas lógicas para abordar la experiencia de vivir un embarazo dentro de un espacio familiar, pero fuera del cuerpo materno. El desafío en la esfera parental lo constituye el armado del entramado simbólico que sostiene a ese hijo por nacer

dentro de un útero que navega en dos planos: el imaginarizado en la mente de los padres y el real de la gestante. Estos dos lugares, como lugares fundantes de la psique del niño, deben converger en una “matriz” que haga posible escribir una prehistoria, sobre la cual se cimentará la historia del propio sujeto.

➤ Esfera de la gestante

En el marco de la evaluación psicológica a la portadora o gestante, se realizan entrevistas (una o más, según lo requiera la situación) y, de acuerdo con lo observado, en esta primera aproximación al contexto de vida, motivaciones y aspiraciones de la portadora se continúa con una evaluación psicopatológica a través de la administración de una batería de tests seleccionados y ajustados para la evaluación según cada caso.

Se evalúan ciertos indicadores psicopatológicos que constituyen “criterios de exclusión”, cuya presencia es exigida para poder llevar a cabo la gestación por sustitución. Algunos de estos criterios son:

- Ser mayor de edad.
- No superar los 45 años.
- Tener hijos, más de uno y menos de cinco como situación ideal.
- No detectarse trastorno psicológico en curso ni duelos recientes.
- No tener antecedentes penales.
- No presentar adicciones.
- No presentar cuadros compatibles con trastorno límite de la personalidad.

En el contexto de la evaluación, se analizan y registran los aspectos positivos de la personalidad de la portadora que facilitan la subrogación y los aspectos negativos o debilidades que la pueden obstaculizar. La

portadora o gestante debe expresar sus motivaciones para llevar a cabo la experiencia, las cuales serán también evaluadas. Es condición excluyente que la gestante haya atravesado la maternidad, es decir, que tenga hijos, que pueda demostrar una relación actual y bien adaptada con ellos. El programa contempla la posibilidad de brindar asistencia y apoyo psicológico a los hijos de la gestante o portadora a fin de que no sea esta experiencia perjudicial para ellos. En los casos de gestantes casadas o en pareja, se evalúa el contexto familiar a fin de chequear los recursos adaptativos y redes familiares-sociales con los que la portadora cuenta.

➤ Esfera familiar

La intervención psicológica en la esfera familiar está orientada a preparar y acompañar a los padres en la transmisión de la verdad genética y gestacional al niño, acto que consideramos insoslayable en este proceso, ya que se trata de la transmisión de la prehistoria, articuladora fundamental para la construcción identitaria del ser humano.

El abordaje familiar incluye entrevistas semidirigidas y libres durante todo el proceso gestacional y posterior al nacimiento. El objetivo de dichas entrevistas está orientado a facilitar el vínculo entre los padres procreacionales, la portadora y su entorno familiar. Posterior al nacimiento, esa intervención se centra en posibilitar y encuadrar el vínculo entre la gestante, los padres y el niño.

La intervención psicológica no es puntual, sino continua, constituye un requisito indispensable para quienes demandan esta práctica (padres procreacionales), para quienes se ofrecen a llevarla a cabo (portadora) y para quienes acompañan (familia de portadoras y de padres procreacionales). También es una oferta de escucha, de

orientación y de búsqueda en todo momento del proceso y para todos los actores. Entendiendo que esta práctica, surgida de la observación y contemplación de la evolución humana, implica un desafío y cuestionamiento a muchos conceptos, juicios y creencias, el espacio psicoterapéutico se constituye como lugar privilegiado para la tramitación psíquica de los efectos devenidos de todo el proceso y para todos los actores.

Conclusión

La subrogación uterina es una realidad en Argentina como respuesta concreta para muchos pacientes que, de otra manera, verían imposibilitada su posibilidad de ser padres. En este sentido, pareciera que la GS ha llegado para instalarse. Esto nos lleva a un claro terreno de potencial conflicto que, a fin de poder evitarlo, requiere de la dedicación y responsabilidad extremas de parte del equipo multidisciplinario. Argentina no cuenta con normativas vigentes que regulen la GS, por tal motivo, la maternidad subrogada es viable en el contexto de un programa multidisciplinario con profesionales idóneos en el tema y con la apertura a la experiencia que la realidad demanda. Partimos de la premisa aceptada como verdadera de que es posible sustituir un órgano y, en este caso en particular, aceptamos que es posible reemplazar un útero. Sabemos que es un órgano privilegiado, dado que siendo “la cuna original” del sujeto remite a múltiples significaciones. Es sustituible el órgano, pero no lo es la función. La función materna o paterna está articulada al deseo de trascendencia, motor fundamental de la cultura que, habitando a cada sujeto, hace posible la existencia humana en lo singular y la perpetuación de la humanidad en lo universal.

La GS o subrogación uterina es una respuesta concreta desarrollada en muchos países que lleva esperanza a todas aquellas personas que han perdido la capacidad gestacional y/o que son habitados por el deseo de un hijo. Creemos que es una práctica posible en el marco de la interdisciplina, articulando el saber médico, el psicológico y el legal, y, sobre todo, con la ética, el respeto por el ser humano y con la ley como marco regulatorio.

Referencias bibliográficas

Amour K. (2012). An overview of subrogacy around the world: trends, questions and ethical issues. Nurs and women's health.

CATRHA (2017). Guía de buenas prácticas sobre gestación y sustitución en Argentina.

FIGO (2008). Committee for ethical aspects of human reproduction and women's health

Frydman R. (2019). Subrogacy: yes or no? http://dx.dor.org/j_fertnsterr.

Urquiza MF, Carretero I, Quaini MF, Inciarte F, Pasqualini RA, Pasqualini RS. (2014). Subrogación uterina. Aspectos Médicos y jurídicos del primer caso con sustento legal en Argentina.

Capítulo 14

Algunas consideraciones en torno al lazo entre comitentes y gestantes conocidas o sin vínculo previo

Florencia Helman y Paula Morente

“La tan controversial figura de la Gestación por Sustitución ¿no es más? que un procedimiento reconocido por la Organización Mundial de la Salud que permite que aquellas personas que quieren formar una familia y no pueden hacerlo por su imposibilidad de gestar y/o llevar a término un embarazo por razones de salud (infertilidad) y/o social (infertilidad estructural-pareja del mismo sexo) no vean cercenados sus derechos a la paternidad/maternidad, entre ellos, el derecho a formar una familia, en íntima conexión con el derecho a la salud y con el derecho de asirse de los avances científicos, reconocidos por nuestra Constitución Nacional y los tratados internacionales de rango constitucional” (conforme el artículo 75, inciso 22 de nuestra carta magna, citada por Rodríguez Iturburu, 2018, p. 151-152).

Los signos de interrogación que incluimos en la cita precedente intentan señalar que la gestación por sustitución es una práctica que introduce múltiples dilemas, tanto entre profesionales y legisladores como en los movimientos sociales, que atraviesan a la sociedad en general. Se trata de

una técnica de reproducción humana asistida (TRHA) que, por incluir a una persona que está por fuera del proyecto parental, conlleva consideraciones específicas.

Situación actual de la gestación por sustitución en Argentina

En el año 2013 se sancionó en nuestro país la Ley 26862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción asistida, lo cual supuso la posibilidad de que aquellas personas que por motivos sociales o de salud no podían concebir pudieran acceder a tratamientos tanto de baja como de alta complejidad, con gametos propios o donados por terceros.

En 2015, comenzó a regir el nuevo Código Civil y Comercial (CCyC), que incorporó diversas modificaciones para la vida social, entre ellas, el haber incluido –junto con las fuentes de filiación natural y por adopción– a la que se genera producto de las técnicas de reproducción asistida. Esta tercera fuente filial se determina por vía de la voluntad procreacional de las personas/parejas, cuyo sustento radica en la firma de un consentimiento previo, libre e informado que los vincula con el niño nacido por TRHA.

El hecho de que la gestación por sustitución (en adelante, GS) no haya sido contemplada en el nuevo CCyC de la nación ni en la Ley 26862 supone, en el mejor de los casos, que cada vez que se requiera esta técnica se judicialice el pedido. En algunas ocasiones, se busca regularizar la filiación del niño una vez que ya se ha producido el nacimiento; otros lo hacen cuando el embarazo está en curso, mientras que en la mayor parte de los casos

se opta por realizar las instancias judiciales de manera previa al inicio del tratamiento.

En este sentido, Notrica (2017) refiere que al no existir normas que regulen dicha figura, la jurisprudencia, de manera unánime, ha consolidado la aceptación de la GS por cuanto todas sus decisiones fueron a favor, razón por la cual vuelve a poner en miras del Congreso de la Nación la necesidad de su regulación.

Experiencia clínica

1. La llegada de requirentes y gestantes a la consulta psicológica

En esta oportunidad, nos interesa transmitir las diferencias que encontramos entre los tratamientos que involucran a una gestante conocida y los que se realizan con una gestante que no tiene vínculo previo con el/los requirente/s.

En los últimos años, han aparecido una serie de casos mediáticos de GS: hay quienes han realizado la práctica en el exterior y otros que no refieren tener incapacidad física o social para realizar el tratamiento, pero que lo han llevado a cabo de todas formas. Dicha situación ha alimentado la desinformación. Por ello, resulta relevante plasmar ciertos interrogantes e hipótesis para favorecer una mirada reflexiva en torno a esta.

En primera instancia, al recibir un pedido de evaluación psicológica por parte del centro médico, nos contactamos con los requirentes y con la pretensa gestante para informarles acerca del proceso que llevaremos

adelante. Generalmente, cada una de nosotras trabaja con una de las partes (se incluyen entrevistas individuales y de pareja, en caso de haberla) y luego realizamos una instancia grupal. Cabe destacar que en todos los casos son los requirentes quienes proponen a la mujer que está interesada en acompañarlos en su proyecto, para que luego el equipo profesional determine si se encuentra en condiciones de hacerlo. En ningún caso la gestante podrá aportar sus óvulos.

A lo largo de la evaluación psicológica, se busca profundizar el conocimiento tanto de aspectos médicos (propios del tratamiento de fertilidad) como legales (voluntad procreacional, consentimiento informado) y plantear escenarios posibles para favorecer la toma de conciencia en relación con las implicancias de la decisión.

Consideramos que nuestra tarea no debe reducirse a evaluar la aptitud de requirentes y gestantes, sino que además apostamos a brindarles acompañamiento durante todo el proceso por la complejidad que este supone, buscando trabajar de manera articulada con el resto del equipo (médicos y abogados, entre otros).

2. El vínculo entre requirentes y gestantes

En los primeros casos que recibimos, las gestantes que se presentaban eran hermanas, cuñadas o amigas, es decir, mujeres con lazos sólidamente constituidos con los requirentes. Esta realidad parecía facilitar el camino para los padres de intención, ya que conocían previamente cómo se había cuidado esa mujer durante sus embarazos, cómo era su estilo de vida (actividades, alimentación, trabajo, descanso) y el modo que tenía de vincularse con sus propios

hijos. También había una relación previamente establecida con el resto del contexto familiar.

El proyecto de GS, en estos casos, implicaba una construcción en conjunto, en la que cada uno pudiera tomarse el tiempo necesario para informarse e ir concientizándose sobre los diferentes aspectos del tratamiento.

CATRHA (2017) recomienda que la gestante sea “una mujer de su conocimiento y confianza, es decir, con quien los una un cierto lazo afectivo (pudiendo ser familiar de algún miembro de la pareja o no)” (p. 3). Uno de los aspectos a los que responde dicha recomendación es evitar una posible coacción económica de la gestante.

Desde otras lecturas, el pago ubica a la gestante en el lugar de objeto, utilizado para llevar adelante la gestación del hijo de otro, quien generalmente cuenta con mayores recursos económicos. Cabe preguntarnos si el pago es siempre sinónimo de coacción.

Según el Grupo de Información en Reproducción Elegida de México (GIRE, 2017) “la remuneración económica es uno de los elementos más controversiales en la discusión sobre la gestación subrogada. Por un lado, existen quienes critican que exista una compensación económica, argumentando que la cantidad que reciben las mujeres gestantes es tan baja que constituye una forma de explotación. Por otro lado, hay quienes consideran que, si la remuneración económica para las mujeres gestantes es muy alta en relación con lo que podrían ganar en otra actividad, no habría manera racional de que pudieran negarse a participar. Es decir, el pago las induce a aceptar y pone su consentimiento en duda”.

Para repensar este punto resulta interesante lo planteado por Ormart (2018), quien sostiene que “tratándose de un acuerdo voluntario y libre no hay por qué hablar de explotación, ni aun interviniendo dinero. El argumento de la explotación es paternalista y subestima la capacidad de consentir de la mujer. [...] la decisión de las mujeres de recibir un pago por gestar en su vientre debería ser escuchada, aceptada y formalizada en un consentimiento informado” (p. 133).

Aunque creemos que es necesario tomar en consideración los aspectos socioeconómicos de los involucrados a la hora de realizar la evaluación, presuponer que en todos los casos el pago implicaría explotación resulta una lectura reduccionista.

Asimismo, el dinero no sería el único elemento que podría generar que una mujer se sintiese condicionada para participar en el tratamiento. En los casos de gestación subrogada intrafamiliar, el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2013) recomienda prestar especial atención a las partes involucradas y asesorar en detalle sobre los acuerdos a establecer entre gestante y requirentes, incluso con mayor cuidado que en los casos de gestantes no relacionadas. Conocer la trama vincular que se despliega detrás de la gestación altruista permitirá deslindar posibles condicionamientos, para así valorar que la motivación sea adecuada. En algunos casos se idealiza esta vía como si pudiese garantizar la ausencia de conflictos, cuando en realidad puede haberlos de diversa índole. Podemos pensar el caso de una mujer joven que convive con su hermana y la pareja, que ha sido alojada por ellos debido a que no tiene casa propia ni estabilidad laboral; ella podría sentirse en deuda y ese sentimiento

podría operar como condicionante para ofrecerse como gestante.

Del lado de los requirentes, suele escucharse un sentimiento de “deuda eterna” para con la mujer que los acompaña en el proceso, sea o no conocida. “Lo que hace por nosotros no tiene nombre”, nos dijo una pareja en una de las entrevistas. Estos son aspectos particularmente importantes para trabajar, por su posible efecto tanto en el vínculo entre las partes como a futuro con el nacido.

Cabe preguntarnos si en los casos en los que existe vínculo previo, un acuerdo de compensación (sea económica u otra) podría operar como un posible ordenador ante estas fantasías, como límite a lo que de otro modo sería vivido como “impagable”.

En el proceso de entrevistas psicológicas previas al tratamiento resulta importante indagar cómo requirentes y gestante imaginan su lugar en la trama vincular tanto entre ellos como con el niño por nacer. Pueden desplegarse, por ejemplo, fantasías en las que aparezca la gestante como segunda mamá o suponerse un lazo especialmente fuerte entre la gestante y el niño. En la consulta psicológica se trata de identificar si pudiera haber un anhelo de maternar en la gestante que se estuviera realizando por esta vía y, a su vez, cómo los requirentes podrían asumir las funciones materna y paterna si se sienten en deuda. Implica un desafío intentar ordenar y delimitar, al menos *a priori*, los roles de cada uno.

En el último tiempo fueron dándose a conocer nuevos fallos judiciales en favor de la GS en Argentina y, con ello, la demanda institucional fue aumentando progresivamente, por lo que comenzamos a encontrarnos con otras realidades.

Esta modalidad “ideal”, en la que la persona o pareja requirente llega acompañada de una pretensa gestante de su círculo íntimo, no siempre es posible. Una de las parejas con quien trabajamos había logrado previamente un embarazo a edad avanzada, luego de años de realizar tratamientos de fertilidad, pero surgieron complicaciones que derivaron en su interrupción, teniendo como consecuencia la pérdida del bebé y una histerectomía de urgencia, por lo cual no había posibilidad de llevar adelante una nueva gestación. A la hora de pensar en opciones para poder concretar el ansiado proyecto familiar, se encontraron con que las mujeres de su entorno no eran aptas médicamente para gestar a su bebé. En otro caso, un hombre que eligió formar una familia monoparental no tenía en su entorno mujeres dispuestas a ofrecerse como gestantes. Aparece, entonces, la necesidad de buscar a quien pueda acompañar el proyecto por fuera del contexto familiar o cercano. En muchas oportunidades, quienes llegan a estas instancias han optado previamente por la adopción –o al menos la han considerado– como vía posible para formar su familia, pero allí también el camino es arduo.

En las consultas psicológicas, uno de los aspectos que trabajamos con los pacientes que deciden realizar un tratamiento de fertilidad es poder pensar acerca de las condiciones en las cuales desean transmitirle a su entorno el proyecto de búsqueda de un hijo: con quiénes quieren compartirlo, en qué momento y cómo prefieren ser acompañados. Pero, muchas veces, en los casos de GS esta cuestión se ve puesta en jaque, tornándose público lo privado, principalmente por la necesidad de encontrar a una mujer que esté dispuesta a gestar para ellos. Con frecuencia, los pacientes que ya están en medio de este recorrido les sugieren a quienes desean iniciarlo que les cuenten a un

mayor número de personas sobre su intención: “Nunca se sabe quién te puede ayudar”. En algunos de los casos trabajados, los requirentes refieren haber recurrido a las redes sociales y páginas de internet en pos de contactarse con pretensas gestantes. Empieza entonces un nuevo camino que requiere la construcción de un lazo marcado por esta motivación y cargado generalmente de ansiedad por parte del/los requirente/s, porque cuando llegan a esta instancia generalmente el deseo de ser padres viene de larga data y surgen muchos temores: que la gestante cambie de opinión en algún momento del proceso, que ocurran otras cuestiones en su vida personal y ya no pueda gestar para ellos, que no se encuentre en condiciones físicas o emocionales para llevar adelante el tratamiento, entre otros. Así, por ejemplo, un requirente llegó a presentarle a la médica de cabecera a tres pretensas gestantes, que por diferentes motivos no pudieron avanzar con el proceso.

En las entrevistas psicológicas trabajamos los miedos y fantasías que van emergiendo y ponemos particular énfasis en la necesidad de lograr acuerdos, y para ello es indispensable que las partes cuenten con la información necesaria para ser conscientes de las implicancias médicas, legales y psicológicas del proyecto que van a emprender. En algunos casos, las mujeres que se ofrecen como gestantes pueden sentirse abrumadas en un primer momento por la cantidad de estudios médicos requeridos o la serie de entrevistas psicológicas que deben realizar. Aparece generalmente la expectativa de un proceso rápido, producto principalmente de la ansiedad que suele atravesar tanto a gestantes como a requirentes. En este punto, buscamos que los involucrados reparen en las implicancias de cada etapa del tratamiento, incluyendo tanto el trabajo sobre el vínculo para favorecer acuerdos

previos como pensar aspectos relativos al posible embarazo y a la llegada de un hijo, en el caso de los requirentes. En cuanto a la gestante, se pone énfasis principalmente en las implicancias del parto y el puerperio: ¿será necesaria una cesárea? ¿Cómo se interrumpirá la producción de leche? ¿Qué riesgos existen? ¿Qué repercusión tendrá el embarazo en el ámbito laboral/social de la gestante?

En las ocasiones en que existe un vínculo previo entre las partes, el compromiso emocional es mayor y se sabe que la relación va a continuar luego del parto. En cambio, cuando no hay un lazo preexistente al proyecto de gestación, el abanico se abre un poco más: hay quienes tienen la fantasía de continuidad del vínculo; por ejemplo, en uno de los casos en los que trabajamos, tanto los requirentes como la gestante y su familia tenían esa expectativa, incluso viviendo en diferentes provincias. En otras ocasiones, hay quienes luego del parto no imaginan necesariamente un lazo perdurable ya que tienen por delante otros proyectos, como una gestante que comentó que planeaba mudarse a otra localidad luego del nacimiento del bebé de los requirentes. En todos los casos, percibimos lazos creados en poco tiempo y vividos con intensidad, más allá del devenir que tengan después.

Resulta importante rastrear la posibilidad de todos los involucrados de contar con una red de apoyo para llevar adelante el proceso, así como con el acompañamiento por parte de las parejas de las gestantes, quienes también deben ser entrevistadas y expresar su acuerdo con la decisión de gestar. En nuestra experiencia, los involucrados relataron cómo le transmitieron a su entorno el proyecto y con qué devoluciones se fueron encontrando. Madres, hijos, amigas, hermanas se propusieron como personas a las que se podría recurrir tanto a modo de sostén emocional como en caso de

requerir ayuda si surgiera alguna complicación durante el tratamiento y embarazo.

La GS es un proceso que abarca aspectos médicos, legales y psicológicos que suponen dilemas éticos. La falta de legislación profundiza ciertas problemáticas. “Cuanto más se trabaje en la regulación legal y ética de las técnicas, irán disminuyendo los temores que asustan a los usuarios. [...] En este punto es importante diferenciar temores justificados por falta de legislación, de producciones subjetivas en las que la tramitación de las ansiedades demanda un espacio terapéutico que acompañe y canalice estas angustias” (Ormart, 2018, p. 141).

Si bien el recorrido del presente capítulo refiere a la instancia prejudicial, el acompañamiento psicológico a lo largo de todo el proceso resulta valioso para requirentes y gestantes para poder abordar la complejidad propia de esta práctica.

Reflexiones finales

El permanente avance científico del que estamos siendo testigos en el ámbito de la medicina reproductiva nos confronta una y otra vez con el interrogante respecto a cómo sostener una posición ética en un entorno en constante cambio, del cual se van desprendiendo múltiples aspectos dilemáticos.

La GS ha permitido el acceso al proyecto familiar a quienes habían quedado por fuera del alcance de otras técnicas de reproducción asistida. Desde nuestro lugar, trabajamos para poder sostener una escucha que recorte lo particular de cada caso y, desde allí, intentar pensar acerca de cuáles son las condiciones de posibilidad y los límites

para este tipo de tratamientos. A medida que fuimos recibiendo pacientes que requerían de la GS, nos encontramos con historias muy diversas, pero que tenían en común el deseo de maternar y paternar, así como el sufrimiento ante las adversidades que habían ido surgiendo previas a la llegada al tratamiento.

Si bien no siempre resulta posible continuar el acompañamiento psicológico durante el embarazo y el posparto, se intenta situar *a priori* diversos escenarios que podrían surgir a la hora de construir acuerdos, buscando que cada uno de los que intervienen pueda reflexionar acerca de su función en el tratamiento. Desde allí, las decisiones podrán ser tomadas de manera consciente, lo que se verá reflejado en el consentimiento informado. En este sentido, consideramos que es indispensable contar con un equipo multidisciplinario de trabajo –abogados, médicos y psicólogos– para proporcionarles a los pacientes un abordaje que contemple las distintas aristas que la GS supone, brindando un asesoramiento integral.

A partir de este recorrido, nos planteamos algunos interrogantes que fueron surgiendo desde nuestra experiencia clínica: cuál es el límite a la hora de buscar concretar el proyecto parental, qué cuestiones de la historia de vida de una mujer podrían llevarla a gestar para otro, qué posibilidad habría de anticipar cómo atravesarán el tratamiento cada uno de ellos, qué efectos podría tener en la vida de los nacidos por esta técnica.

En el ámbito de la medicina reproductiva, el nacimiento de un *niño sano* se concibe como uno de los principales objetivos de todo tratamiento de fertilidad. En este campo, muchas veces la idea de salud queda reducida a lo biológico, excluyéndose los aspectos sociales y

emocionales que ciertamente inciden en el bienestar de los pacientes. El recorrido que cada uno ha tenido antes de llegar a la consulta, los recursos con los que cuentan para afrontar las intervenciones médicas y la red de contención que hayan podido armar (o la ausencia de esta) tendrán efectos en relación con cómo vivirán la experiencia y, a su vez, en cómo podrá ser esperado y alojado ese hijo.

Entendemos que abordar todos estos aspectos es fundamental para que la gestación por sustitución, como vía de conformación familiar, pueda ser vivida de manera positiva tanto por los requirentes como por las gestantes, de modo que a partir de allí puedan construir una narrativa que será transmitida al niño y que influirá en cómo este vaya cimentando su identidad. La existencia de un marco normativo también es indispensable, ya que las leyes son productoras de subjetividad en la medida en que ordenan el universo simbólico.

Referencias bibliográficas

CATRHA (2017). Guía de buenas prácticas sobre gestación por sustitución en Argentina. Recuperado de http://www.samer.org.ar/pdf/5759_D_2016.pdf

Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Artículo 558. Fuentes de filiación. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#14>

GIRE (2017). Gestación subrogada en México. Resultados de una mala regulación. Recuperado de <https://gestacion-subrogada.gire.org.mx/#/>

Ley 26.862 (2013). Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>

Notrica, F. (2017). La figura de la gestación por sustitución en la jurisprudencia nacional. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-figura-de-la-gestacion-por-sustitucion-en-la-jurisprudencia-nacional>

Ormart, E. (2018). Cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida. Buenos Aires: Letra Viva.

Rodríguez Iturburu, M. (2018). Determinación de la filiación de los nacidos por gestación por sustitución. En Navés, F.A.; Moscuza, C.; Thomas Moro, M.; Barontini, G; Szkolnik, I. (Compiladoras), *Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario* (p. 151-152). Buenos Aires: Edición de autor

Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2013). Consideration of the gestational carrier: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(7), 1838-1841 doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.042

Capítulo 15

Efectos de la pandemia por covid-19 en la gestación por sustitución

Estela Chardon, Dolores Gallo, Flavia Navés

La perspectiva legal de la gestación por sustitución

El marco regulatorio legal es una de las claves en el proceso de gestación por sustitución (en adelante GS), el objetivo de este debería ser garantizar los derechos reproductivos, reconocer los derechos de las personas nacidas y proteger y promover el cuidado y el respeto de las gestantes y de las y los donantes. Lamentablemente, no siempre es así, muchas veces las legislaciones ambiguas o la falta de ellas da origen a una utilización comercial de la técnica, lo que genera severos dilemas éticos.

En el Reino Unido, uno de los pocos países de Europa que permite subrogación (Cohen y Jones, 1999), hubo una gran controversia tras el nacimiento de un niño en 1985 mediante un acuerdo de subrogación entre partes, lo que llevó a que la legislación se aprobara rápidamente para limitar, pero no prohibir la práctica (Brinsden, 2003). El primer informe de un bebé que nace después del tratamiento por subrogación gestacional en EE. UU (Utian et al., 1985)

tuvo un enorme impacto por los fallos judiciales y el debate sobre el caso conocido como “Baby M” (Allen, 1988) donde la gestante era inseminada con el espermatozoides mediante una IA, por lo que también aportaba sus óvulos.

A partir de estas situaciones la GS fue prohibida en muchos países, en otros fue modificada mediante el uso de ovocitos de una mujer que no sea la gestante. Esta última opción es la más empleada actualmente; se recurre a una donante y mediante una TRHA se obtienen los embriones que serán transferidos a la gestante. En todos los casos cada parte deberá dar su consentimiento informado y el reconocimiento de los derechos a la información de las personas nacidas varía según las leyes de cada país. En Francia, Alemania, Suecia, Suiza, Italia, Austria, entre otros, la ley prohíbe la gestación comercial y establece la nulidad de los acuerdos de GS.

En Argentina existe, como en muchos otros países un vacío legal que se fue superando por los fallos a favor de la técnica que se acumularon luego de la sanción de la ley de Reproducción Asistida (26862/13), lo que implica la necesidad de recurrir a la justicia para el reconocimiento de la filiación por parte de los comitentes (Gil Domínguez, 2015). En la actualidad los fallos ascienden a 51. Esta situación impulsa a algunas personas a recurrir a la GS en países donde es legal lo que suele producir inconsistencias jurídicas entre la legislación de los países involucrados, obturando la correcta filiación del recién nacido.

La GS es absolutamente legal en Ucrania. Así lo permiten el Código de Familia y la Orden 771 del Ministerio de Salud. En este sentido, el Código de Familia, en su artículo 123.2 establece que si un embrión concebido por una pareja como resultado de la aplicación de TRHA -

los comitentes-, es transferido al cuerpo de otra mujer -la gestante-, los padres del niño serán quienes dieron origen al embrión. Con el consentimiento de la gestante, en el certificado de nacimiento consta directamente el nombre de los comitentes (Lamm, 2012).

Efectos de la pandemia por covid-19 en los TRHA

Los derechos personalísimos han sido relegados a merced de la pandemia, las pausas en los tratamientos han sido la constante de este primer acecho global. Sin embargo, los comités de trabajo y comités de crisis de las diferentes sociedades científicas del mundo han logrado en pocos meses, con la información disponible, establecer documentos con medidas, recomendaciones y protocolos de acción.

Las mujeres embarazadas no parecen tener mayor riesgo de evolución grave del COVID-19 en comparación con mujeres no embarazadas de la misma edad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). De igual modo, no se ha demostrado que exista transmisión vertical del virus (madre al feto), por lo que ninguna sociedad científica ni gobierno de ningún país, ha desaconsejado la gestación por vía natural.

Para la Asociación Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), el riesgo de infección por COVID-19 presenta desafíos únicos para la atención del paciente cuando se requiere de la *participación de terceros en la reproducción*. La consideración de la seguridad de las donantes de ovocitos y de las gestantes debiera ser

prioritaria; además de considerar la posibilidad de los traslados de: donantes, receptores, comitentes, gestantes. Sumado a las inherentes restricciones para realizar viajes de largas distancias, se desaconseja, en este contexto de pandemia, iniciar nuevos tratamientos de GS que involucren el paso de fronteras nacionales e internacionales. Se sugiere en el mismo documento, la posibilidad de realizar planes alternativos para el cuidado de los nacidos por GS cuando los padres se encuentran afectados para viajar, pero que ya habían realizado el tratamiento de GS en una región donde existen restricciones para llegar debido a la pandemia.

La Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) establece guías para reiniciar los tratamientos, donde la clave principal se da en la realización de cuestionarios tipo triage a los pacientes y al staff antes de comenzar con los procedimientos. Esos cuestionarios deberán estar adaptados a la población donde van a ser aplicados. Si el triage es positivo, se recomienda el testeo de SARS-CoV-2. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) y la Asociación para el estudio de la biología de la reproducción (ASEBIR) establecen, para la fase de reingreso paulatino a la actividad, que las recomendaciones sobre los posibles riesgos específicos por COVID-19 deben darse de manera oral y escrita *antes* de comenzar cualquier tratamiento; debe reflejarse en la historia clínica y en el Consentimiento Informado que se ha informado al paciente de los riesgos y de las advertencias realizadas sobre la importancia de adoptar medidas de protección para evitar el contagio durante el proceso reproductivo y posteriormente a recibir un tratamiento.

La Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida (SAPRHA) elaboró el documento: *Algunas consideraciones acerca del COVID-19*. El mismo hace referencia a los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), la importancia del cuidado de la Salud Mental y del bienestar emocional del personal sanitario, el impacto específico en pacientes y se focaliza, finalmente, en las Recomendaciones acerca de la Atención Psicológica en el ámbito de la Reproducción Asistida, brindando sugerencias para el trabajo con pacientes y con el Staff de los Centros de Fertilidad.

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), [en relación con el riesgo de infección por COVID-19] elaboró las Normativas de regreso al trabajo para Centros de Fertilización Asistida, Equipos Médicos y Profesionales. Además del uso de un consentimiento informado específico [COVID-19], previa información al paciente de los riesgos sobre la pandemia, estableciendo dentro de las mencionadas recomendaciones el carácter *dinámico* y sujeto a la evolución de la situación presente.

Recientemente, se ha establecido un documento en conjunto entre la Sociedad Europea de Medicina Reproductiva (ESHRE), la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), y la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS), donde las tres sociedades definen a la Reproducción como un **derecho humano esencial**, independiente de raza, género, orientación sexual y país de origen. Refieren la prevalencia de millones de pacientes en el mundo que requieren de atención y tratamiento por infertilidad, y es por ello que en dicho documento afirman que, a pesar de la pandemia, no se deberían dejar de recibir los tratamientos reproductivos

necesarios. La *reanudación selectiva* de los tratamientos, postergados al inicio de la pandemia, debe seguir las recomendaciones, protocolos rigurosos de protección para todos los que intervienen en los tratamientos, ya sea pacientes, donantes, equipos interdisciplinarios, centros de medicina reproductiva.

Algunas consideraciones de familias que recurren a la GS en el contexto actual de pandemia

Ante las prohibiciones o los vacíos legales en sus países de origen, muchas parejas se exilian para poder ejercer sus derechos reproductivos. Exilio reproductivo que representa a los desplazamientos para acceder a las “nuevas” tecnologías reproductivas (donación de gametos, inseminación artificial, gestación subrogada) que simbolizan una forma de exilio político, definido como una expulsión directa o indirecta del territorio nacional como resultado de diferentes grados de hostilidad institucional que pueden llegar a incluir, las dificultades asociadas a la obtención de nacionalidades y pasaportes tras los procesos de gestación subrogada y la suspensión de los derechos de ciudadanía (Pérez Navarro; 2019). En el contexto actual, en el que el COVID-19 ha suspendido la vida cotidiana, resulta una experiencia subjetiva aún más frustrante, empobrecedora y atemorizante.

Entre los destinos más elegidos para este exilio reproductivo se encuentra Ucrania debido a que es legal para las parejas heterosexuales y, además, los costes son muy inferiores a los de Estados Unidos.

Sin embargo, con la crisis sanitaria mundial causada por el COVID-19, y su consecuente cierre de las fronteras internacionales, Ucrania se ha convertido en el foco de las miradas internacionales y ha puesto en evidencia las complejidades de la GS transfronteriza. Complicaciones que no se agotan en el campo jurídico, médico y/o económico, sino que trasciende al campo de la subjetividad.

Relatos desesperados se hicieron oír por todos los medios de comunicación argentinos reavivando los intensos debates que se generan, en gran medida, porque la GS rompe con los supuestos heterocentrados de las relaciones de parentesco y disocia la maternidad de la gestación, desestabilizando las normas sexuales y de género sedimentadas en las regulaciones estatales del campo reproductivo (Pérez Navarro; 2019).

Ignacio Lewkowicz introdujo en su texto *“Catástrofe: experiencia de una nominación”* las categorías de trauma, acontecimiento y catástrofe. Categorías que, más allá de sus diferencias, tienen en común una pertenencia genérica, modos diversos de relación de una organización, estructura o sistema con lo nuevo. Constituyen afecciones diversas –momentáneas o no, subjetivas o no, alteradoras o no- sobre una lógica consistente. Son avatares que sobrevienen. En cada una de estas tres configuraciones el punto de partida es el impasse; algo ocurre que no tiene lugar en esa lógica, algo irrumpe y desestabiliza su consistencia, pero, en cada una se organizan, con ese punto de partida, relaciones diversas.

El trauma es el impasse en una lógica que trabajosamente repone en funcionamiento los esquemas previos; el acontecimiento es la invención de otros esquemas frente a ese impasse. En la catástrofe “no hay

esquemas previos capaces de iniciar o reiniciar el juego. No hay juego sino sustracción, mutilación, devastación, se ha producido una catástrofe. Las marcas que ordenaban simbólicamente la experiencia ya no ordenan nada; tal vez ni siquiera marquen” (Lewkowicz, 2004, p. 154). Se trata de modos singulares de respuesta, de salidas diferentes de una disrupción que altera el orden natural de las cosas.

En la actualidad este impasse, esta disrupción del COVID-19, alteró el devenir de la vida cotidiana y el curso natural del proceso de GS nacional y transfronterizo. Las fronteras se han cerrado y las familias quedaron divididas, los bebés nacidos se encuentran varados en Ucrania. Para la lógica de la situación, la primera respuesta fue seguir los tiempos que marque la pandemia, aguardar a que las fronteras se abrieran y esperar el momento en que los padres se pudieran reunir con sus hijos. El bien común anulando los modos diversos de respuesta. Los medios de comunicación explotaron el flanco más llamativo: los bebés recién nacidos en Ucrania, hacinados en una habitación de hotel, al cuidado de enfermeras por causa del coronavirus, y nosotros como terapeutas y como sociedad consumimos muchas veces sin reflexión o profundización los mensajes transmitidos. Más allá de lo visualmente impactante, se trataba de seres humanos, padres, hijos, gestantes, cuidadores, todos sumidos en el horror de lo traumático. Pero, lejos de permanecer pasivamente sometidos, con una actitud proactiva, los padres reclamaron su derecho a encontrarse con sus hijos y los testimonios se atiborraron en la televisión. Ha habido una alteración de los parámetros que organizan la experiencia, ante nuevas circunstancias aparecen nuevas soluciones. El vuelo sanitario ha partido para permitir que los padres y sus hijos regresen a la Argentina.

¿Cómo enfrentar esta catástrofe social? Para Lewkowicz (2004) hay dos modos de enfrentar la catástrofe. La primera es pensar *la* catástrofe desde lo que queda, equivale a la supresión de las ligaduras, “la subjetividad desaparece en el puro fluir social sin sujeto” (Lewkowicz, 2004, p. 160). La segunda es pensar *desde* la catástrofe, es pensar desde lo que hay, la catástrofe es primado del cambio sobre la permanencia. “Lo que hay y lo que queda no son sinónimos. Lo que queda se enuncia como resto de una operación de destitución; lo que hay, desde el inventario que precede a una operación” (Lewkowicz, 2004, p. 160). La catástrofe puede ser arrasamiento de la solidez, pero no de la subjetividad; no se define por la ruptura respecto del punto de partida sino por la dinámica que instaura. En esta dinámica, ¿Cómo acompañar a los padres para que puedan procesar lo acontecido?

Rol del psicólogo en la gestación por sustitución

Cómo afirmar Viñar (1986) desde nuestra posición de terapeutas, que es siempre una misión marginal y accesorio, toda presencia de saber es condenable. Descifrar enigmas, leer en cada uno su sufrimiento y su silencio, explorar cómo se inscribe en el abanico de respuestas que denominamos catástrofe social, que reconoce, omite o niega de lo acontecido es parte de nuestro quehacer como terapeutas y no requiere de tratamientos especiales porque no hay respuestas normalizables (Viñar; 1986). Que no haya tratamientos especiales no significa que no se requiere

de una técnica. Por el contrario, se requiere de profesionales psicólogos especialistas en GS que sepan alojar a las diferentes reacciones ante el mismo tratamiento. No se trata de leer el trauma (como causa desencadenante) sino en cómo cada sujeto lo registra, lo inscribe y significa: *la singularidad de la respuesta*. Cómo lo nuevo e inesperado de la situación extrema se intercala en un curso de vida, en las estrategias y medios para seguir viviendo. La marca honda de la situación extrema no siempre es minusvalía, deterioro.

En síntesis, es tarea del terapeuta acompañar esta experiencia con apertura y disponible para reconfigurar caminos humanos que reintegren a la vida psíquica la experiencia vivida; en el campo de los derechos humanos la verdad es el antídoto frente al ocultamiento que anida lo siniestro (Ulloa, 1986; Viñar; 1986)

Conclusiones

El vacío legal en Argentina en relación con la GS genera diversas alternativas para quienes eligen recurrir a la misma, algunos realizan un recurso de amparo para obtener autorización judicial que garantice los derechos de las partes involucradas y resguarde la integridad física, psíquica y legal de la familia. Otros recurren a realizar la GS en países donde la misma es legal, como el caso de Ucrania.

La actual pandemia del COVID-19 considerada desde la perspectiva de la catástrofe colectiva, ha puesto en evidencia los márgenes más vulnerables de la GS transfronteriza. Con el cierre de las fronteras, este impasse,

esta disrupción del COVID-19, alteró el devenir del proceso preestablecido, requirió que los protagonistas desarrollen nuevas estrategias ya que los esquemas previos fueron arrasados.

No es posible evaluar todavía de qué forma se verán modificadas las condiciones de la GS en el futuro, cuáles serán las nuevas normas y límites por definirse. Asimismo, cada familia procesará la experiencia de un modo único y especial, pero lo que pudo verse en estas circunstancias adversas, fueron nuevos modos de organización grupal, donde prevalecieron los lazos entre las familias, una actitud proactiva y el deseo de afrontar las nuevas dificultades que se les presentaron, luego del largo recorrido que habían realizado para llegar a la instancia de la GS.

Como terapeutas podremos aprender, reflexionar, desarrollar nuevas formas de acompañar a estas, y otras familias, en la integración de lo vivido dentro de la narrativa de la historia familiar, pensando que es un campo donde los desafíos muchas veces exceden tanto el marco legal como el marco teórico con el que nos manejamos.

Referencias bibliográficas y websites consultados

Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción (2020). *Recomendaciones para la seguridad de riesgos ante la infección por coronavirus (sars-cov-2) en las unidades de reproducción asistida*. Recuperado de <https://asebir.com>

American Society for Reproductive Medicine (2020). *Patient Management and Clinical Recommendations During The Coronavirus (COVID-19) Pandemic*. Recuperado de <https://www.asrm.org/>

Allen, A. (1988). Privacy, Surrogacy, and the Baby M Case. *THE GEORGETOWN LAW JOURNAL*, 76, 1759-1792.

Brinsden, P. (2003). Gestational surrogacy. *Human Reproduction Update*, 9 (5), 483-491.

Cohen, J. and Jones, H. (1999). Assisted reproduction. Rules and laws. International comparisons. *Contracept. Fertil. Sex.*, 27, I-VII.

European Society of Human Reproduction and Embryology (2020). *Assisted reproduction and COVID-19. A joint statement of ASRM, ESHRE and IFFS*. Recuperado de <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News#COVID19Joint>

European Society of Human Reproduction and Embryology (2020). A statement from ESHRE for phase 2 - ESHRE Guidance on recommencing ART treatments. Recuperado de <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News#COVID19P2>

Gil Domínguez, A. (2015). La Gestación por Sustitución como derecho fundamental y derecho humano, en DF y P. Fallo: <https://www.errei.us.com/Jurisprudencia/documento/20180119085913590>.

International Federation of Fertility Societies (2020). IFFS COVID-19 Task Force Statements: A joint statement on COVID-19 and reproductive health by the ASRM, ESHRElogy, IFFS. Recuperado de <https://www.iffsreproduction.org/>

Lamm, E. (2012). Gestación por sustitución. Cuando la realidad y la necesidad de seguridad jurídica superan la legalidad. En Lloveras Y Herrera (Dir.) *Segundo Libro sobre El Derecho de Familia en Latinoamérica, Las familias en el Derecho contemporáneo. Los desafíos sociales*

Lewkowicz, I. (2004). Catástrofe, experiencia de una nominación. En *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos. Aires: Paidós

Organización Mundial de la Salud (2020). Salud Materno-perinatal Y Covid-19. CLAP/OPS/OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/>

Pérez Navarro, P. (2019). ¿Es la reproducción siempre ya heterosexual? En *ENCRUCIJADAS. Revista Crítica de Ciencias Sociales II*, 17, r1702 1

SAMeR <https://www.samer.org.ar>

SAPRHA <https://www.saprha.org>

SEF <https://www.sefertilidad.net>

Ulloa, F. (1986). La ética del analista ante lo siniestro. En *Territorios*, número 2. MSSM. Buenos Aires, 1986 Archivo

Utian, W.H., Sheean, L., Goldfarb, J.M. et al. (1985). Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N. Engl. J. Med.*, 313, 1351-1352.

Viñar, M. (1986). La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de afectados. En *Territorios*, número 2. MSSM. Buenos Aires, 1986.

LECTURAS CLÍNICAS

TERCERA PARTE

La entrevista

Flavia Andrea Navés

Semánticamente entrevista implica un intercambio entre dos o más personas con un propósito específico; además conlleva implícito un consentimiento recíproco mediante el cual una persona puede preguntar y la otra responder. Tal como la define Bleger es por sí misma un campo específico de conocimiento en la que se ponen en juego los fenómenos transferenciales y contra transferenciales.

Para el historiador oral como para el psicólogo la entrevista es una herramienta fundamental. Para el historiador, lo substancial de este proceso es registrar las sensaciones, construir recuerdos, interpretar hechos que conforman la memoria; su importancia radica en comprender una época y rastrear el pensamiento y las acciones individuales para luego adentrarse en las construcciones colectivas. Las entrevistas zanján la distancia entre la singularidad del relato individual y la universalidad de lo histórico, permitiendo la entrada a la historia social, integrando valores y códigos elaborados y reconocidos dentro de una colectividad. Como herramienta metodológica de investigación enriquece el conocimiento de épocas pasadas, propicia la construcción del conocimiento social y de la subjetividad de cada época permitiendo recuperar la memoria, más allá de la historia oficial. Para el psicólogo, la entrevista es la puerta de entrada a la subjetividad de quien habla, del que memoriza, del que expresa fantasías y recuerdos de vivencias a veces

traumáticas y otras placenteras; es la puerta de entrada a las motivaciones inconscientes que empujan a los sujetos a realizar acciones y a tomar decisiones. En síntesis, la entrevista es el instrumento más complejo con el que contamos en salud mental y nos sirve para explorar, evaluar y operar en los distintos ámbitos de inserción laboral lo que la hace aún más sofisticada y variada. Elegir el tipo de entrevista a realizar dependerá, entonces, del ámbito en el que el profesional psicólogo se desarrolle, pero, especialmente del propósito que la motiva.

En el ámbito de la gestación por sustitución el eje estructurante de la entrevista está puesto en el vínculo entre los usuarios involucrados en el proceso y el profesional psicólogo. Exige un encuadre lo suficientemente flexible y, a su vez, ordenador para alojar los temores, los deseos, las fantasías de quienes quieren ser padres y de la persona que donará su capacidad de gestar. También debe generar un espacio que beneficie la apropiación de herramientas psíquicas para garantizar el ejercicio de los derechos y la toma de decisiones. Al mismo tiempo, exige del profesional psicólogo la evaluación constante de sus propios prejuicios para evitar que sus ideas operen como un obstáculo en ejercicio de su función: brindar información científica actualizada y validada con lenguaje sencillo y accesible, corroborar la comprensión de la información brindada aclarando las dudas que puedan surgir y acompañar de manera no invasiva, a las personas involucradas, en la evaluación y la toma de decisiones autónomas.

Las páginas siguientes se centrarán en la presentación de escenarios diversos y la lectura singular que cada profesional de la psicología hace de ellos a partir del proceso de entrevistas. Encuentro entre profesionales y usuarios de GS que enriquece el proceso de toma de decisiones.

Capítulo 16

Cuando el cuerpo no puede (igual se puede ser madre)

Carolina Pesino

A la gestación por sustitución o subrogada, popular y erróneamente conocida como “maternidad subrogada” o “vientre de alquiler”, recurren parejas heterosexuales que se encuentran en alguna de estas situaciones:

- Ausencia de útero.
- Alteraciones o anomalías uterinas.
- Enfermedades que impiden la gestación por suponer un riesgo para la salud de la madre o del bebé.
- Abortos a repetición.
- Fracazos repetidos de la FIV (fertilización *in vitro*).

Es una de las técnicas más controvertidas, ya que es necesaria una mujer que pueda llevar adelante la gravidez y, en esa línea, esta goza solo de su cuerpo gestacional, pero no del bebé, que lo entrega sin pasar por la maternidad en su amplio sentido simbólico. En este sentido, es innegable el profundo impacto que producen estas técnicas sobre la organización simbólica humana.

Ser madre o padre es una decisión significativa. Las nuevas formas de acceder a la procreación plantean una cantidad enorme de interrogantes y nos impulsan a una tarea de investigación y seguimiento, ya que es imposible predecir cuáles serán los efectos que tendrán en la subjetividad de los padres y de los niños estas nuevas técnicas y organizaciones parentales.

Desde la práctica clínica con parejas que consultan con la idea de llevar a cabo la subrogación de vientre, nos encontramos con una de las primeras dificultades que expresan en especial las mujeres: la de sentir el cuerpo como obstáculo ante el deseo de ser madre. Y entonces nos preguntamos: ¿cómo viven su cuerpo?, ¿cuáles son sus fantasías?

Es en esta dirección que aparece el riesgo de que la maternidad quede reducida a la dimensión orgánico-fisiológica, en la que ese cuerpo y la gestación estarían identificados exclusivamente como un organismo.

El hecho de que con la gestación por sustitución la maternidad pueda separarse de la gravidez hace que se tambaleen los cimientos, reales o imaginarios, de las raíces mismas del proceso de reproducción y de su lado natural en los que se entreteje “la lógica del instinto maternal”.

Desde el punto de vista simbólico, la vinculación de la maternidad a lo natural, a la propia identificación con la sexualidad femenina, sus roles culturales y vínculos afectivos perviven en el imaginario colectivo con gran intensidad. A tal punto que, desde ciertos planteamientos, no sería posible

separar la condición de gestante de la atribución legal de maternidad, ni hacer disponible una parte concreta del cuerpo de la mujer (el útero y su capacidad reproductiva) ni separar el cuerpo de la mente (la actividad de gestar y la experiencia emocional ligada a ella) sin afectar la dignidad de la mujer, del hijo que está por nacer y de la propia gestación.

En la subrogación de vientre, la mujer gestante no es la que porta la inscripción en una cadena de deseos, discurso y fantasmas inconscientes en los que se asienta el origen del niño como sujeto deseante; es por eso que hoy en día no basta solo el criterio biológico para determinar la filiación.

La relación de la gestante con el embarazo es meramente natural o mecánica, no ha de tener ningún apego o sentimiento. La parte contratante, sea varón o mujer, es la que recrea la emoción de la maternidad y/o paternidad. La embarazada contratada lo sabe y se comporta como tal.

Las nuevas tecnologías de reproducción conllevan innumerables perspectivas y nuevas connotaciones de qué es ser un padre o una madre. En muchos lugares, es la nueva forma de ganarse la vida de muchas mujeres: como donadoras de óvulos o gestantes, y eso ha acarreado innumerables situaciones comprobadas de explotación socioeconómica en diversos países, mientras que en otros la gestación por sustitución está prohibida.

En nuestro país, esta modalidad no está legislada y muchas parejas de todo tipo o personas sin pareja que quieren tener un hijo por vientre subrogado recurren a países en los que sí está permitido.

Testimonio y análisis

Es importante tener en cuenta que cada situación que se presenta en la consulta por subrogación de vientre es única y se debe poder escuchar cuáles son las dudas, miedos, ansiedades, historia de la pareja o sujeto (varón o mujer), las alternativas que han atravesado frente al deseo de tener un hijo y las posibilidades económicas con las que cuentan. En este último ítem, en nuestro país, la subrogación de vientre no está legislada y, por lo tanto, no está cubierta por las obras sociales o sistemas de medicina prepaga.

A continuación, se transcribe el testimonio de una pareja que realizó una consulta para terminar de darle cabida a la idea de gestar un hijo por vientre subrogado, en el que se desplegaron muchas de las fantasías recurrentes en los casos de gestación por sustitución y la imposibilidad de realizar un deseo atravesado por la infertilidad. Fueron modificados algunos datos para preservar su identidad.

Llegó a la primera entrevista la pareja compuesta por un hombre y una mujer. Comenzó hablando ella, que explicitó la historia de la búsqueda de un hijo: “Me llamo Claudia y tengo 42 años, queremos tener un hijo por subrogación de vientre ya que yo no puedo tener hijos”.

Interrogué por los motivos y ella relató que de jovencita había quedado embarazada y a los casi cinco meses, cuando se fue a realizar una ecografía de rutina, los médicos le informaron: “Tu bebé no tiene

latidos, vamos a tener que provocar el parto” (expresado en palabras textuales). Manifestó haberse sentido deprimida por mucho tiempo y que terminó la relación con la pareja de ese momento por ese motivo.

Luego de varios años conoció a su actual pareja, se casaron y enseguida comenzaron a probar suerte para tener hijos. Inmediatamente quedó embarazada y esa noticia los llenó de alegría. Pero, a los tres meses: “Empecé a tener una pérdida y, al día siguiente, ya había perdido el embarazo. Pocas veces lloré tanto”. Continúa el relato:

“Seguimos intentando, pero no quedaba embarazada, entonces consultamos con el ginecólogo y comenzamos primero los estudios y después los tratamientos, ya sabés, inseminación artificial (cuatro), tres fertilizaciones *in vitro*, varias transferencias hasta que por fin quedé nuevamente embarazada, pero a la semana 28 volvió a pasar lo mismo que la primera vez: el corazón del bebé dejó de latir.

Esta vez era serio lo que pasaba. Luego de varios estudios se llegó a la conclusión de que yo tenía cáncer de útero, esa maldita palabra que destroza a toda familia donde llega. Me operaron para sacármelo y después de muchas sesiones de quimioterapia logré superar la enfermedad, pero sin las ilusiones de poder quedar embarazada. Lloramos mucho, imaginate, mi cuerpo era estéril, la ilusión de ser mamá y papá se habían roto por esa maldita enfermedad. Sentía que por mi culpa mi marido no iba a poder tener un hijo, hasta pensé en separarme para darle a él la oportunidad de tener el hijo que tanto deseaba.

Pensamos en adoptar, pero eso no me sacaba la culpa. Yo ya estaba resignada, pero él no tenía por qué pagar por mi esterilidad.

Un día, hace poco, le planteé a mi marido la posibilidad de buscar un hijo por subrogación de vientre, así podríamos tener un hijo que tuviera al menos sus genes. En realidad, lo venía pensando sola, pero no me animaba a decírselo, ¿sabés por qué?, porque tenía miedo de que me dijera que sí. Pensaba cómo me sentiría viendo crecer en la panza de otra mujer al hijo que yo no podía tener, ¿se entiende? Iba a ser mío, pero no tanto.

Otra cosa que se me aparecía era cómo le íbamos a decir a nuestro hijo la manera en la que había sido concebido, ¿me odiaría por eso? Me sentía egoísta y culpable a la vez, era todo muy raro y confuso, quizás todavía lo es, por eso consultamos”.

Su marido expresó lo siguiente al ser interrogado sobre lo que pensaba acerca de esta situación:

“Es difícil porque ella se siente mal por ser infértil, a mí me gustaría tener un hijo, pero si no se puede, igual quiero estar con ella, podemos adoptar, pero es muy difícil en este país, ¿cuánto hay que esperar? No quiero verla triste ni que se sienta mal por no poder tener un hijo. La idea de tenerlo por subrogación no me parece una mala idea, sabemos que en Ucrania se hace este tipo de gestación y nosotros podríamos costear el tratamiento porque no es de los más caros. Por momentos estamos convencidos y por otros dudamos.

Lo que sabemos es que podemos recurrir a la ovodonación y que la misma clínica nos aporta la ovodonante y se encarga de conseguir a la gestante: joven, soltera y con al menos un hijo. Nos gustaría participar de la elección de la gestante, pero nos informaron que eso no era posible”.

Les interrogué sobre las dudas y los convencimientos. Básicamente, hicieron referencia a las dudas. Ella tomó la palabra expresando: “No puedo entender eso de tener un hijo que no sea mío y, por otro lado, que otra mujer disfrute de un embarazo que debería estar en mi cuerpo y ser de mi propia sangre”; “a veces pienso que esto de la gestación subrogada nos trajo más problemas que soluciones, al menos a mí; estamos ante una posibilidad que nos problematiza, pero que, a la vez, queremos llevar adelante”.

Durante los encuentros que tuvimos siguieron apareciendo dudas y miedos relacionados con la problemática presentada en la primera entrevista.

Una expresión significativa de Claudia fue: “Tengo miedo de que me odie cuando se entere de cómo fue concebido y de que no es hijo mío”.

En verdad, la frase estaba referida al odio que sentía hacia su propio cuerpo imposibilitado de gestar y hacia el hijo que representaría dicho impedimento. Esta frase fue un disparador importante para trabajar lo que significaba para ella ser madre. Para Claudia, comunicarle a su hijo cómo fue concebido era tener que hacer referencia a su imposibilidad de gestar,

ponerle palabras a su propio impedimento que no terminaba de aceptar. “¿Si pude superar un cáncer, por qué no puedo superar la infertilidad?”.

Cuando pudo aceptar que su maternidad pasaría por el deseo de un hijo al que podría brindarle su amor y cuidados y eso la ubicaría en una verdadera función de madre, a la vez que pudo imaginarse cuidando a su hijo, pensando en un nombre, viéndolo crecer y que en esa función ella se iba a constituir en mamá, empezó a sentir que la búsqueda de una decisión estaba tomando forma (“forma de bebé”, como decía ella). Ya no necesitaba estar portando una “panza” con sus propios genes, sino poder ser portadora de un deseo que incluyera la marca genética de su marido y el deseo de maternarlo.

Un día trajeron una aplicación que bajaron de internet que mostraba día a día cómo se iba desarrollando la gestación. Sorprendidos por la novedad de que existía, pensaron que si bien no iban a estar presentes todo el tiempo en el crecimiento de la panza, sí podrían seguir y disfrutar de cómo iba creciendo su bebé. Por primera vez, Claudia se mostró emocionada con esa posibilidad de compartir la gestación a distancia. Expresó: “No voy a ver crecer mi panza, pero sí a mi bebé”, y tuvo un lapsus muy interesante: “Así voy a poder empezar a quererme” cuando su intención fue decir: “Así voy a empezar a quererlo”. Tras esa manifestación, Claudia se emocionó hasta las lágrimas y luego la pareja rio diciendo: “¿Qué más podemos aclarar?”.

Era claro que primero tenía que reconstruir el amor por ella misma, por un cuerpo desvalorizado e impotente para gestar, para luego dar lugar a la función de madre y transmitirle amor a un hijo.

A partir de allí, Claudia pudo expresar “un sentimiento que tenía desde hacía un tiempo, pero al que no había conseguido ponerle palabras” y que estaba relacionado con su cuerpo. Pensaba que si llevaban a cabo la subrogación de vientre y el hijo era una mujer, podría evitarse la posibilidad de sufrir la misma enfermedad que ella. Ese pensamiento la aliviaba, pero, a la vez, la confrontaba con su propio cuerpo, desvalorizado e impotente.

Con todo lo expuesto, se fue trabajando la posibilidad de aceptar su cuerpo tal cual lo tenía, con sus posibilidades e imposibilidades que, si bien no podía ser ella la portadora de un embarazo, sería con su cuerpo y su amor que podría cargar a su hijo, darle de comer, acompañarlo en su crecimiento, verlo, tocarlo, hablarle. Se fue anudando el cuerpo y los afectos en esa escisión sostenida por la infertilidad y su deseo de ser madre.

Había algo en Claudia que se mantenía y era su deseo de ser madre. En un primer momento, ese deseo estaba ligado a lo genético como la gran imposibilidad (si no portaba sus genes, no era su hijo). En el transcurso de las sesiones y pudiendo explayarse en sus fantasías, pudo imaginarse en su rol de madre y aceptar que lo genético no era la única posibilidad de convertirse en mamá. Tenía muchas ganas de criar a un hijo, que la llamara “mamá” y de formar una familia.

Solo quedaba un punto por trabajar: el de la “panza”. Sentía celos de que fuera otra mujer, desconocida, capaz de tener hijos, la que lo gestara. Ese punto estaba más en relación con ella que con su maternidad. Los celos estaban referidos a su marido y a la gestante, se sentía como la tercera excluida. Pensaba que la gestante le iba a dar a su marido lo que ella no podía. Él respondía con una sonrisa y expresaba “lo tonto de tu pensamiento”; pudo decirle que sea quien fuera esa mujer, para él solo era alguien que ayudaría a cumplirles el deseo de ser padres, que no se imaginaba ningún sentimiento hacia esa mujer, sus sentimientos solo serían para el hijo que portaba en la panza.

Es importante tener en cuenta que en este tipo de tratamientos no se trata de convencer a los pacientes de tener un hijo, sino que, en caso de llevar adelante algún tipo de tratamiento de fertilización, estén convencidos y sepan con claridad cuál es el recorrido y todas las circunstancias que ello implica.

Por otro lado, y en relación con el trabajo psicológico, es necesario poder desplegar las fantasías que generan estos tratamientos en cuanto a las imposibilidades de una gestación natural y aceptar las imposibilidades para que dejen de ser ideas recurrentes que lleven a estrategias de ocultamiento o secretismo.

No cabe duda de que la filiación biológica y simbólica tiene un enorme peso en la constitución de la familia y, en algún aspecto, este ejemplo nos lo demuestra. Lo real de la biología es también un hecho simbólico. El deseo de un hijo suele ser un atractivo

narcisista muy fuerte en cuanto a la trascendencia, continuidad generacional y sobrevida imaginaria y simbólica. Desear ser padre o madre puede ser un deseo tan saludable como patológico que podría terminar recubriendo el resto de los aspectos de la vida del sujeto. El psicoanálisis apela a la lógica de la subjetivación para pensar las relaciones de procreación.

De un sistema de control reproductivo no se puede deducir un deseo de hijo singular, así como tampoco el deseo de un hijo se puede deducir a través del aporte de las técnicas reproductivas.

Claudia y su marido decidieron llevar adelante la maternidad/paternidad a través de la gestación por sustitución en Ucrania y, para eso, se sirvieron de la genetista que los trataba en el centro de genética al que estaban concurriendo.

En los últimos encuentros, Claudia hablaba de “nuestro hijo” y hasta llegaron a pensar en un nombre. Su marido le pidió que fuera ella la que lo eligiera.

Durante las sesiones fue notorio también el cambio en su cuidado físico, concurría más arreglada y maquillada, sonreía y no lloraba tanto. Su cuerpo ya no era algo desvalorizado y poco atractivo. El deseo de maternidad pudo transformarse también en un deseo hacia sí misma y su valorización. Según lo expresó en una de las sesiones, “quiero que me vea linda” (referido a su hijo).

Al finalizar los encuentros estaban tramitando el tratamiento en Ucrania y tenían pensado viajar en breve. Se los notaba muy entusiasmados, prometieron mantenerme al tanto de lo que fuera sucediendo y traer a su hijo “cuando ya lo pueda tener en mis brazos”.

Capítulo 17

La gestación por sustitución como posibilidad de acceder a la maternidad en pacientes supervivientes al cáncer

Dolores Gallo y Flavia Naves

Las mujeres con diagnóstico de cáncer poseen un alto riesgo de infertilidad debido al cáncer y sus tratamientos. A pesar de los avances existentes en reproducción humana asistida, existe un porcentaje de mujeres supervivientes al cáncer que no logran un embarazo o que no les es posible o indicado llevar adelante la gestación. A ellas, la gestación por sustitución les da la esperanza de concretar su deseo de maternidad.

¿Qué competencias son necesarias para intervenir en los casos de gestación por sustitución con mujeres supervivientes que, por indicaciones médicas, no podrían llevar adelante el embarazo?

Oncofertilidad

En el presente, la detección precoz del cáncer y sus tratamientos han aumentado la supervivencia de las

poblaciones afectadas por esa enfermedad. La *oncofertilidad*, conocida como la preservación de la fertilidad (PF) por motivos oncológicos, debería ser considerada dentro de las indicaciones previas a recibir los tratamientos oncológicos (Anazodo et al., 2018), para así contemplar las posibilidades de proyectar el deseo de formar una familia ligada genéticamente una vez finalizados los tratamientos (Gallo, 2020). La probabilidad de conservar el material genético se percibe como un éxito dentro de los aspectos psicosociales (Roca, 2009). Sin embargo, la fertilidad futura o el embarazo no siempre están garantizados, lo que se resguarda es la *posibilidad futura* de usar sus gametos.

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) elaboró unas guías (Oktay et al., 2018) en las que sugieren conversar con las pacientes y explicarles que, aun habiendo preservado sus gametos o tejido ovárico, es dable la existencia de amenazas potenciales a su fertilidad, con la concomitante posibilidad de requerir una donación de gametos o embriones o una gestación por sustitución (GS) para lograr en el futuro su deseo de maternar. La mera posibilidad de alcanzar (ya no de *gestar*) la maternidad se establece como horizonte para optimizar la calidad de vida futura (Gallo, 2019). La ESRHE (2020) ha elaborado recientemente las primeras guías basadas en la evidencia de PF en mujeres sobrevivientes al cáncer. En estas, se hace referencia al aumento de la tasa de supervivencia y de proyectos de embarazo después de los tratamientos. Si bien refieren que las tasas de embarazo entre las supervivientes son generalmente más bajas que en mujeres sanas, el embarazo no parecería aumentar el riesgo de recurrencia del cáncer. Pero ha habido una gran preocupación y debate respecto a la seguridad del embarazo en mujeres con cáncer,

específicamente con tumores sensibles a hormonas, como el cáncer de mama. Asimismo, detallan que hay investigaciones de pacientes con cáncer que también informaron sus preocupaciones sobre los riesgos de la quimioterapia para su descendencia y de la seguridad del embarazo en sí mismo. Por último, las mismas guías refieren sobre los riesgos inherentes de mujeres supervivientes que cursaron una gestación con mayores riesgos de hemorragia posparto, embarazo prematuro, bajo peso del nacido y complicaciones obstétricas. Para esas mujeres, la GS surge como una posibilidad de acceder a la maternidad resguardando tanto la salud de la madre como la del niño por nacer.

Sin embargo, se suele depositar un peso de *responsabilidad moral* en la mujer superviviente que desea ser madre para garantizar su permanencia en la edad adulta del futuro niño. Esta demanda suele compararse con el uso de la GS por parte de mujeres añosas que, pasadas de la edad natural para parir, le encargan a una gestante que tenga a su hijo (Carr, 2018). Más allá de los conflictos morales, el profesional de la psicología deberá desarrollar su quehacer profesional desde una perspectiva ética que quiebre la moral, suplementándola.

Especificidades del rol del psicólogo

El impacto en la fertilidad futura puede darse en el cuerpo de la mujer por el uso de tratamientos de quimio o radioterapia, o por cirugías (ooforectomía y/o histerectomía) particularmente para cánceres ginecológicos. El rol del psicólogo dentro de los equipos de

salud es esencial; su participación en la etapa del diagnóstico ayuda a lograr una mayor adherencia al tratamiento oncológico hasta transitar la ansiada fase de remisión, libre de enfermedad o fase de supervivencia.

Cuando una mujer es diagnosticada con cáncer, el impacto emocional es inmenso y requiere de un acompañamiento psicológico que la ayude a elaborar las emociones negativas que afectan su psiquismo, fortaleciendo sus recursos psíquicos y facilitando la expresión emocional, así como también la ayuda a transitar el camino hacia la elaboración del duelo de enfrentarse a su propia mortalidad.

Además, el diagnóstico oncológico, según la edad en la que es recibido, sobrelleva la elaboración de la pérdida de su fertilidad futura y el deseo de recuperar su sexualidad tal como era antes de enfermar. Será tarea del profesional psicólogo, junto con el médico tratante, asesorar acerca de la preservación de la fertilidad antes del inicio del tratamiento oncológico, lo que requiere de una discusión temprana sobre los problemas de la fertilidad futura dentro de un espacio psicoterapéutico que la ayude a tomar importantes decisiones, bien informadas, con el objetivo de resolver problemas, decidiendo o no preservar su fertilidad futura. Si la mujer tiene deseos reproductivos, también es parte de la labor del psicólogo acompañarla en la elaboración de varios procesos de duelo, elaboración que dependerá de las coordenadas subjetivas de cada mujer.

¿Por qué hablamos de varios procesos de duelo? Porque una mujer sobreviviente al cáncer deberá elaborar el duelo de enfrentarse a su propia mortalidad, pero también es necesario que transite el proceso de duelo por la imposibilidad biológica de ser madre, al que se le suele

sumar la elaboración del duelo por la imposibilidad genética –imposibilidad de ser madre con sus propios óvulos– y la aceptación de la donación de ovocitos. Además, en la mayor parte de los casos, la mujer sobreviviente al cáncer que desea ser madre deberá afrontar el proceso de duelo por la imposibilidad de gestar, para así poder recorrer un camino saludable hacia la maternidad (con la participación de terceras partes), en la que la GS *puede* ser la indicación médica recomendada.

Gestando en igualdad de derechos

La GS es una técnica de alta complejidad que les garantiza el *derecho* a formar una familia a las mujeres sobrevivientes al cáncer y a aquellas que por motivos congénitos no pueden gestar, pero también a los hombres que eligen ser padres solos y a las parejas igualitarias. Se inscribe dentro de las luchas que las organizaciones por los derechos de las diversidades sexuales fueron ganando.

Para Eleonora Lamm (2012), la GS es compleja, genera controversias en el plano jurídico-ético y produce un quiebre con las reglas naturalizadas, como la máxima del derecho romano: *mater semper certa est*. Asimismo, permite disociar al elemento genético (gametos) –muchas veces aportados por la pareja que desea un hijo o por donantes– del elemento biológico (la gestación) –llevada adelante por una mujer que no desea ser madre– y del elemento volitivo (la voluntad procreacional) –que da cuenta del deseo de maternar/paternar de los futuros padres– abriendo nuevas líneas de sentido para pensar la filiación y la maternidad. Nuevos sentidos que nos invitan a

deconstruir el modelo de familia heteronormativo, deslizándonos hacia las transformaciones en los posicionamientos de las maternidades-paternidades y la vertiginosidad de sus mutaciones (Fernández, 2013). Familias que, más allá del camino tomado para su formación y de quién lleve la gestación, son siempre una construcción sociocultural, un entramado vincular plasmado de contratos simbólicos entre personas.

Un caso para reflexionar

Kiara e Ignacio inician la búsqueda de un hijo, un deseo que ella menciona como “algo tardío”, ya que había aparecido casi al finalizar su último año de la carrera. Meses después, sin resultados positivos, inician consultas con especialistas en medicina reproductiva. Luego de varios estudios, a Kiara le diagnostican baja reserva ovárica, es decir, bajas chances de lograr un embarazo espontáneo, por lo que le proponen realizar una fertilización *in vitro* (FIV). Kiara inicia un tratamiento psicoterapéutico orientado en la temática para trabajar todas las emociones que el diagnóstico y el tratamiento médico despertaron. Continúa haciéndose los estudios, y en el control ginecológico previo a la FIV, hay un hallazgo siniestro: en la ecografía mamaria de rutina le detectan una formación tumoral. Biopsia mediante, Kiara se entera de que el tumor es maligno. Esta situación disruptiva exige de Kiara la elaboración del deslizamiento de la *infertilidad* al *cáncer* para posicionarse activamente y afrontar los embates de su enfermedad.

A pesar de los tiempos apremiantes, de iniciar el tratamiento oncológico y de los miedos que genera el

diagnóstico, Kiara consulta acerca de las técnicas para preservar su fertilidad futura. En menos de una semana, le realizan una laparoscopia y logra criopreservar tejido ovárico. Kiara comienza, casi sin demoras, el tratamiento oncológico propuesto: quimioterapia (6 ciclos) con el objetivo de reducir el tumor, seguido de cirugía (mastectomía izquierda, con colocación de un expansor para en el futuro poner una prótesis mamaria) y posterior radioterapia (unas 25 sesiones aproximadamente).

Unos años después de alcanzada la etapa de supervivencia, Kiara decide retomar su proyecto de maternidad, pero esta vez sin Ignacio. Su relación no resistió los embates de la enfermedad. Sabe que no va a ser fácil concretar su proyecto *monomarental*. Por su historial clínico, el médico especialista le recomienda la GS; para ello, deberá conseguir, en su entorno íntimo, una mujer que decida gestar a su bebé. Empoderada y decidida, Kiara inicia una nueva lucha, para la que nuevamente busca ayuda psicológica. Sabe que tendrá que volver a recorrer un camino sinuoso y elaborar nuevas frustraciones, angustias, duelos, estrés y ansiedad. Pero esta vez la lucha no es solo con sus emociones, ella necesita encontrar en su círculo íntimo a una mujer que decida involucrarse y poner su cuerpo al servicio de su deseo, y no la tiene. La adversidad vuelve a jugarle una mala pasada y su fortaleza y decisión la llevan a emprender el viaje hacia el encuentro de quien la ayude a cumplir su deseo. Una serie de sucesos inesperados logra dar con una posible gestante en las redes sociales. Así, inician un camino que recorrerán juntas hasta el final para que Kiara pueda encontrarse con su hijo. Analía concretará el deseo de construir su casa y ambas ganarán una amiga para toda la vida.

Reflexiones finales

La GS es la matriz psicosocial en la que deseos, proyectos y personas se entrelazan. Cuerpos imbricados, concebidos, transformados y atravesados por la ciencia invitan al profesional psicólogo a neutralizar los prejuicios para escuchar el devenir subjetivo que desarrolla su trama en el espacio terapéutico. Mujeres imposibilitadas de gestar por los avatares de la vida y hombres que necesitan de una mujer para ser padres. Entramados subjetivos que se sirven de la ciencia para transitar el camino hacia la búsqueda de un hijo. Mujeres que, por diferentes motivos, le ofrecen a la ciencia sus cuerpos gestantes.

¿Qué lugar hay para el psicólogo en esta trama filiatoria? Si la ciencia abre puertas imposibles de pensar en las coordenadas sociales de épocas pasadas y el mundo se debate entre el bien y el mal de la subrogación, ¿qué podemos aportar a este debate los profesionales de la salud mental? ¿Nos corresponde debatir y tomar posición por el sí o por el no de una técnica que viene a suplir una imposibilidad biológica?

Kiara no podía cumplir con las demandas socio-jurídicas que condicionan su acceso a la maternidad. Su realidad le indicaba que para ser madre debía luchar contra todo pronóstico, y así lo hizo. Gracias a las redes sociales, en las que han crecido los anuncios de búsqueda y ofrecimiento para esta práctica (Klock, 2020), se contacta con Analía, quien le da garantías para acceder a su tan deseada maternidad a cambio de que ella también pueda hacer realidad su deseo. Como consecuencia de grandes negociaciones, Kiara y Analía llegan al acuerdo de iniciar el tratamiento y, espacio terapéutico mediante, logran elaborar sus miedos y las fantasías relacionadas con la trama filiatoria, los lugares de cada una y los deseos ocultos

que fueron tomando forma, fortaleciendo sus recursos de afrontamiento y aprendiendo a negociar las situaciones que se presentan en cada etapa del proceso.

El deseo de un hijo no entiende de barreras sociales, religiosas, legales y/o políticas. ¿Cómo orientar nuestra labor profesional en un contexto sin regulación judicial? ¿Cuál es el límite de nuestra praxis en un contexto controversial en el que lo único que se mantiene constante es el cambio? Escenario novedoso, para nuestra cultura, que nos exige capacidad para deconstruir preconceptos, avalar polisemias de términos y sentidos, articular tensiones y revisar las propias miradas y categorías establecidas.

La GS rompe con el imaginario social de la maternidad desmintiendo la ecuación mujer = madre, lo que requiere de los profesionales psicólogos apertura y capacidad de asombro para alojar la palabra y los silencios del consultante, pero también, y, sobre todo, para incomodar con la pregunta, para instalar la angustia y la desesperanza que arrasan con el psiquismo de quien siente el deseo de formar una familia y se encuentra con la imposibilidad biológica de concretarlo.

Referencias bibliográficas

Anazodo et al. (2018). How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. Human Reproduction Update, Vol.25, No.2 (159:179).

Carr, SV (2018). *Surrogacy and ethics in women with cancer*, Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology,
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.11.001>

ESRHE: Female Fertility Preservation Guideline Development Group (2020). *Female Fertility Preservation*. Disponible en: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal>

Fernández, A. M (2013). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Buenos Aires, Biblos.

Gallo, D (2019). *Oncofertilidad: preservación de fertilidad futura, entrecruzamientos, perspectivas y motivaciones diversas*. Trabajo presentado en la 21° Jornada Anual de la Fundación Prosam, noviembre de 2019.

Gallo, D (2020). *Preservación de la Fertilidad: motivos médicos y sociales en Desafíos Actuales en la Clínica de la Reproducción Humana Asistida*. Compiladoras: Natacha Salomé Lima y Mariela Rossi. Nueva Editorial Universitaria, 2020.

Klock, S.C. (2020). *Gestational surrogacy: medical, psychosocial, and legal considerations*. Fertility and Sterility® Vol. 113, No. 5.

Lamm, E (2012). *Gestación por sustitución. Realidad y Derecho*. In dret. Revista para el análisis del derecho: www.indret.com.

Oktay, K., Harvey, B.E, Partridge, A.H., Quinn, G.P., Reinecke, J., Taylor, H. S., Wallace, W. H., Wang, E.t., Loren, A.W. (2018). Fertility preservation in patient with cancer: ASCO clinical practice guideline up-date. J Clin Oncol 2018; 14 (381:385).

Roca M (2009). *Aspectos Psicosociales de la Preservación de la Fertilidad en los Pacientes Oncológicos*. En Guías de Evaluación, Consejo, Apoyo e Intervención Psicológica en Reproducción Asistida. Segunda parte. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana.

Capítulo 18

Un encuentro lejano pero deseado

Abril Almonacid

La historia

S y J son una pareja heterosexual que, como muchas, deseaban ser padres.

S fue diagnosticada con Mal de Asheraman —el endometrio no crece o crece muy poco—, lo que produce que el embrión no pueda implantarse. Después de muchos estudios, dos operaciones y tratamientos hormonales el médico les confirmó que era incapaz de llevar a término un embarazo y les recomendó la gestación subrogada. Luego de mucho meditar, decidieron emprender el viaje hacia Los Ángeles, Estados Unidos, en busca de las posibilidades que les ofrecía el destino para concretar su deseo. El camino no fue nada fácil y tuvo sus idas y vueltas.

El primer paso lo dieron en Argentina. S, antes de viajar a Estados Unidos, se realizó la estimulación hormonal. Una vez que llegaron a Los Ángeles, procedieron con el segundo paso: realizar la extracción de sus ovocitos. De los veintidós óvulos que lograron extraerle solo quedaron once. El tercer paso fue la fecundación de sus ovocitos con el semen de J. Lograron cuatro embriones, dos de los cuales fueron transferidos a la gestante, quien, una

vez concluido el procedimiento, se marchó a su casa para hacer reposo durante dos días. Más tarde llegó el momento de la realización de estudios y análisis para determinar si esos embriones se habían implantado con éxito o si el embarazo no se había producido. Para ese entonces, debido a la imposibilidad económica para sostener los gastos de alojamiento, S y J ya estaban en Argentina, donde recibieron la noticia de la mano de la gestante. Fue ella quien los llamó y les dijo: “Lo siento mucho, los embriones no prendieron”.

La angustia fue devastadora. S y J tuvieron que elaborar, a la distancia y en soledad, la pérdida de su futuro hijo. Más allá de la angustia y del dolor, aún guardaban esperanza. Los embriones criopreservados en la clínica de Los Ángeles podrían cumplirles de sus sueños. Luego de un mes, con la llegada de un nuevo ciclo, volvieron a intentarlo, pero una vez más el resultado no fue el esperado. Otra vez la angustia, la desolación, la pérdida que hace estragos. Finalmente, en el tercer intento, recibieron la gran noticia de la gestante: “Estoy embarazada, van a ser padres”.

Cuando el sueño se hizo realidad, desbordados de felicidad y ansiedad, viajaron a Los Ángeles a encontrarse con su pequeño. Pero cuando la vida parecía demostrarles que todo sería alegría, S y J experimentaron sentimientos encontrados: de nuevo los miedos se hicieron presente y la ansiedad los invadió en ese milagroso momento del encuentro con K. Pese al amor incondicional que sentían por ese hijo tan anhelado, en el momento del encuentro, de recibirlo en sus brazos, la ajenidad se apoderó de S. No había estado en sus entrañas, pero era de ella. No vivenció el momento del parto, pero estaba allí, presente para

recibirlo entre sus brazos. Ese segundo idílico del encuentro de la mujer con su bebé se vio teñido de temores que fue elaborando durante un proceso terapéutico.

Los temores

Antes de acceder a la gestación por sustitución, S y J debieron tomar una serie de decisiones de alta relevancia que usualmente derivan en factores estresantes. Estos factores están relacionados con su entorno, con la búsqueda de una gestante, con la compatibilidad/incompatibilidad con ella, con las preocupaciones ligadas a la motivación que tiene la gestante para ofrecerse a realizar el tratamiento, la medicalización durante el embarazo, el miedo a que la gestante se oponga a entregar al bebé y los aspectos ligados al bienestar de su hijo durante el embarazo y posterior al parto (Edelmann, 2004; Ruiz-Robledillo, Moya-Albiol, 2016). Este último tiene su fundamento en la creencia de que la mujer que gesta genera un vínculo afectivo con el bebé durante el embarazo, vínculo que homologan al de una madre con su bebé. Basada en la postura de Rubin (1984), para quien las mujeres tienen diversos grados de apego hacia el feto en el proceso de embarazo, Van den Akker (2007) ha realizado un trabajo de investigación en el cual indagó el grado de afección apego de las gestantes hacia el bebé. Llegó demostrar que las gestantes tienen un menor grado de apego hacia el feto y hacia el bebé que las mujeres que gestan a sus propios hijos, lo que facilita la entrega de este (Fisher and Gilman, 1991; Van den Akker, 2007).

También, revelar el origen gestacional y/o genético a los hijos nacidos por esta técnica genera temor. En este

caso, la causa es la fantasía de los padres de que su hijo no los acepte como tales y que sienta que la madre es la gestante. Este temor, si no es bien elaborado, retrasa o anula el momento de hablar con los hijos sobre el modo en el que fue concebido. Ragone (1994) afirma que muchas madres comitentes tienen las intenciones de contarles a sus hijos sobre su origen, sin embargo, dudan acerca del momento en el que es conveniente hacerlo. En este sentido, los lineamientos americanos tienden a fomentar la apertura de los comitentes hacia sus hijos en cuanto a su origen concepcional, aunque no se especifica cuándo es el mejor momento para contárselo a un niño/a. En Argentina, el derecho a conocer su origen genético y/o gestacional se encuentra regulado en el Código Civil y Comercial, sin embargo, el acompañamiento psicológico resulta imprescindible para que esta instancia tenga lugar en las familias formadas por gestación subrogada.

Un vínculo a la distancia

En la gestación por sustitución lo vincular cobra mayor relevancia, ya que la relación madre-hijo deberá construirse una vez producido el encuentro entre ambos.

Este encuentro para S no fue fácil. Para ella, el embarazo y los cambios corporales que se producen en el cuerpo de la mujer durante nueve meses son un modo de preparación para ese encuentro. Esta imposibilidad condicionó el primer encuentro entre S y su bebé; ella sintió que “me dijeron ‘tun’ y me pusieron al bebé, y yo dije ‘¿y ahora qué hago?’”. No obstante, a pesar de la distancia, S y J siempre estuvieron presentes en cada ecografía: “Los

primeros meses nos sentíamos raros, estábamos más que felices, pero al mismo tiempo estábamos ajenos a eso”. Para S “faltaba una conexión, que me encargué mucho de trabajarla, él tiene una locura conmigo y yo con él. Pero fue muy raro”.

Asimismo, S sintió una fuerte conexión con la gestante, la cual le permitió sentirse aún más involucrada en el proceso de embarazo que, físicamente, no la tenía como protagonista.

Reflexiones

El diagnóstico de infertilidad provoca una crisis vital que afecta a cada sujeto en sus actividades cotidianas, influyendo directamente en sus relaciones interpersonales. Durante este proceso, el acompañamiento psicológico es esencial, más aún si se trata de un tratamiento de gestación por sustitución, aunque la persona/pareja aporte sus propios gametos. Una intervención psicológica adecuada ayuda a transitar este camino, a controlar la ansiedad, a fortalecer los recursos propios para llegar al final del camino con un plus que los ayude a transitar el nuevo camino.

Si S y J hubieran contado con un acompañamiento terapéutico desde el inicio del tratamiento, habrían elaborado la imposibilidad de formar una familia sin recurrir a las técnicas, habrían podido duelar la incapacidad de gestar y habrían tenido la oportunidad de fortalecer sus recursos de afrontamiento para atravesar cada etapa del proceso más saludablemente.

El psicólogo, en su rol de intervención y de acción, mediante tareas abocadas a fomentar el encuentro, la relación y la cimentación del vínculo filial, puede apoyar a cada una de las partes y colaborar con la construcción del nuevo rol y de una nueva maternidad/paternidad.

Referencias bibliográficas

Edelmann, R. (2004). "Surrogacy: The Psychological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 22, p 123-136

Fisher, S. and Gilman, I. (1991) Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry* 54,13–20.

Ragone, H. (1994). Maternidad subrogada: concepción en el corazón. Westview Press, Boulder, CO, EE. UU.

Rubin (1984). Maternity Identity and the Maternal Experience. Springer, New York.

Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25, 187-193.

Van den Akker, O. (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 13(1), 53-62. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml039>

Capítulo 19

Implicancias psíquicas de la gestación por sustitución. Algunas puntualizaciones sobre los estados anímicos que atraviesan los pacientes que recurren a este procedimiento

Soledad Expósito

Si el enigma de los orígenes del sujeto psíquico no puede reducirse ni a la biología natural ni a las implementaciones tecnológicas con las cuales comienza la ciencia a operar para producir nuevos modos de engendramiento, el psicoanálisis deberá redefinir, fundar de nuevo, a partir de los núcleos de verdad que encierra, los paradigmas acerca de los modos de circulación deseante que instauran los enigmas nunca agotables, solo teorizables, que constituyen el campo del sujeto.

Bleichmar, S. (1993). *La Fundación de lo Inconciente.*

En la actualidad, el modelo de “familia tradicional” se ha diversificado, por lo que además de las familias conformadas por hombre/mujer e hijos existen familias con un solo padre o madre o familias formadas por parejas homoafectivas de hombres o mujeres. También existen

diversas técnicas de reproducción humana asistida que les permiten tener hijos a personas que, de otra manera, no podrían. Muchas de estas familias, para constituirse, tienen que recurrir a la gestación por sustitución por diferentes motivos:

- Cuando la mujer tiene riesgos en el embarazo por salud, por malformaciones congénitas de útero o por extirpación de este (diversas causas de infertilidad femenina que le impiden quedar embarazada).
- Cuando se trata de parejas homosexuales hombres y/u hombres solos.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, por sus siglas en inglés) describe a la gestación por sustitución (en adelante, GS) como una técnica de reproducción asistida que existe como opción de tratamiento para mujeres con imposibilidad o contraindicación de llevar adelante un embarazo, para hombres solos o parejas de hombres que desean ser padres. Es decir que se recurre a este procedimiento en caso de imposibilidad de gestar y/o de llevar un embarazo a término por razones de salud, sexo, género u orientación sexual. Se trata de una técnica de reproducción donde una mujer (gestante) lleva adelante un embarazo para otra persona o pareja (padres de intención o requirentes) que desean tener un hijo y que no tienen posibilidad de lograr un embarazo. En algunos de estos casos, las personas proveerán sus gametos, pero en otros, según la causa de infertilidad, se requerirá también de donación de ovocitos o espermatozoides.

La GS es un procedimiento que en lo que hace a la labor médica no difiere de otras técnicas de reproducción asistida; las diferencias se presentan en lo legal, en lo social y en lo emocional.

En cuanto a lo legal, en nuestro país la GS no se encuentra legislada, no existe una ley que reconozca expresamente la gestación por sustitución, entonces no está prohibida ni permitida, pero en la práctica se realiza.

El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación argentina dispone que la filiación puede tener lugar por naturaleza, por técnicas de reproducción humana asistida (en adelante, TRHA) y/o por adopción. Se introduce el concepto de “voluntad procreacional” y se afirma que los nacidos por las técnicas de reproducción humana asistida son hijos de quien dio a luz y del hombre o de la mujer que también ha prestado su consentimiento previo, informado y libre. Es decir, expresa que la filiación ya no estaría dada por el material genético, sino por la voluntad procreacional de la pareja, o sea, otorgándole el lugar de padre/madre a quienes desean serlo. Pero no hace referencia a la GS.

Ante esta falta de normas, surgen dificultades para aquellos que tienen que recurrir a esta técnica, quienes a la hora de realizar este procedimiento necesitan de una tercera persona, que es quien gestará al bebé, y además deben acudir a la Justicia para ser reconocidos como padres del futuro niño.

En los países en los que la GS se acepta legalmente, se la considera como un contrato entre las partes: es una técnica basada en la decisión libre de adultos que ejercen sus derechos y prerrogativas, sin perjudicarse ni perjudicar a terceros, por lo que no puede señalarse ni objetarse a las personas que la ejercen ni a la práctica en sí misma.

En el ámbito social existen discusiones sobre esta práctica, posiciones a favor y en contra. Esta no es una situación que ocurra solo en esta temática, sino que sucede a menudo con los avances en la tecnología y en la ciencia que dan lugar a grandes cambios sociales.

La GS es un procedimiento complejo que genera polémicas, inquietudes y muchas preguntas en el ámbito social. Se trata de una problemática que está rodeada de mitos y prejuicios y, todavía, de un gran desconocimiento.

Son muchos los cuestionamientos: ¿cuáles son las motivaciones de la pareja comitente y especialmente de la gestante? ¿Se trata de una cosificación de la mujer gestante? ¿Se puede hablar de explotación? ¿Puede la gestante prestar un consentimiento verdaderamente informado? ¿Pueden predecirse las emociones asociadas con ceder a un niño? ¿Cuáles son los posibles efectos psicológicos en el niño? ¿Habrá un deseo por parte del niño de conocer a la gestante? ¿Es éticamente correcto que se le pague un monto a la gestante? ¿Corresponde decirle al niño que para su existencia se ha recurrido a una gestante? ¿Qué tipo de registros se deben mantener? ¿Debería el niño nacido tener acceso a ellos?

Lo que se desprende de todos estos cuestionamientos es la necesidad de regulación de esta práctica para que todos los intervinientes tengan seguridad jurídica, leyes que protejan a todas las partes implicadas. Con la legalización del procedimiento se protegerían las garantías de cada uno de los actores involucrados, sobre todo las del niño por nacer, sus derechos, intereses e integridad.

A veces, lo legal está muy atrasado con respecto a las necesidades y realidades sociales, es sabido que, aunque esta práctica no está legislada, muchas personas recurren a ella. Esto muestra cómo los cambios sociales se adelantan y la ley que los regula aparece después, cuando se vuelve imprescindible. Lamm afirma que

la Gestación por Sustitución es una práctica existente y hasta más frecuente de lo generalmente conocido. Ante esta nueva realidad puesta de manifiesto, la mejor solución, la más garantista, no es cerrar los ojos, ni prohibir, sino regular. El derecho es evolutivo; una situación pudo no estar contemplada por la norma porque no existía fácticamente; nada impide que la regulación surja cuando la situación aparece, adaptando y moldeando las nuevas realidades. (Lamm, 2012, p. 40)

Lo cierto es que la GS otorga mayores posibilidades para que personas que no pueden procrear puedan hacerlo. Ya es una realidad y hoy se realiza en nuestro país, con el apoyo del trabajo de los profesionales que nos dedicamos a la psicología en el ámbito de las TRHA.

Los psicólogos que nos desempeñamos en este campo de las TRHA solo podríamos intervenir dejando de lado nuestros juicios de valor y viendo “caso por caso” qué supone este procedimiento y qué consecuencias psíquicas tendrá su utilización en todas las personas que intervendrán en este proceso, incluido el niño por nacer: ¿podemos pensar que una mujer infértil es la madre de su hijo a través de la gestación por sustitución? ¿O pensarla en parejas de hombres? ¿En hombres o mujeres solos? ¿Es posible pensar que un niño puede ser querido y educado por quien no lo parió? ¿Es viable entender la voluntad procreacional como el deseo de convertirse en padres de un niño dándole desde su nacimiento todo el amor y la contención que necesita?

En una investigación realizada en México, Díaz Pérez y Neri-Vidaurre (2015) plantean que

en el ser humano la maternidad, la paternidad y filiación no pueden reducirse a un criterio exclusivamente biológico porque estamos marcados por lo simbólico mucho antes de nacer y encontramos lo fundamental de nuestra identidad en el cumplimiento de las funciones paterna y materna. (p. 111)

¿Por qué no reconocer la filiación de aquel/aquellos que han querido y buscado a ese hijo más allá de lo biológico?

Los psicólogos trabajamos con sujetos y en la singularidad de cada paciente podremos discernir las motivaciones específicas de los diferentes protagonistas que intervienen en esta manera de formar una familia. Es de lo psíquico de lo que nos tenemos que ocupar, de la subjetividad, atendiendo al cuidado y a la prevención de salud mental.

Nuestra intervención, desde lo emocional, solo es posible participando en equipos multidisciplinarios en los que se cubran todas las aristas de esta situación (lo médico, lo legal y lo psicológico), en los que se articulen miradas y acciones para llevar adelante un procedimiento de este tipo.

No existen en nuestro país demasiadas investigaciones sobre este tema que den luz sobre los procesos emocionales que deben atravesar las mujeres que acuden a la GS ni sobre los procesos que ocurren en las gestantes. Tampoco hay guías o protocolos desde las instituciones y sociedades orientadas a la medicina reproductiva que nos brinden marcos y normas que guíen nuestro accionar.

Desde CATRHA, Comisión Asesora en TRHA, se ha elaborado la *Guía de buenas prácticas en gestación por sustitución* (2017) en la que se define el rol del psicólogo, abarcando las funciones de evaluación y asesoramiento tanto de los padres de intención o comitentes como de la posible gestante.

Para los profesionales psicólogos es importante articular nuestro bagaje teórico y nuestra experiencia con otras temáticas y situaciones de la medicina reproductiva para trabajar en esta situación, pero teniendo en cuenta las diferencias distintivas de esta práctica.

Se trata de uno de los procedimientos de la medicina reproductiva en la que más cuestiones emocionales están en juego, ya que hay aspectos diferenciales y fundamentales a tener en cuenta:

- La falta de regulación legal hace que las personas que deben recurrir a estas técnicas incrementen sus miedos e incertidumbres al iniciar un proceso en el que lo judicial es algo que se suma como factor de tensión, factor que ya está resuelto en cualquier otro tipo de tratamiento.

- Se incorpora un tercero a la búsqueda de un hijo. A diferencia de otros tratamientos, esta tercera persona es conocida y deberán establecer una relación diferente con ella, estén vinculados previamente o no.

En mi experiencia profesional en el ámbito de la medicina reproductiva, que ya lleva más de quince años, me ha tocado participar en varios casos de GS: en algunos ya se ha hecho el requerimiento a la justicia, otros están en proceso, muchos niños ya han nacido y otros aún son un deseo de sus futuros padres.

Como protocolo dentro del centro de fertilidad donde me desempeño, mi función es evaluar, asesorar y acompañar tanto a padres de intención como a posibles gestantes, realizando entrevistas a cada uno de ellos y entrevistas de vinculación en las que puedan establecer acuerdos necesarios en el presente y a futuro.

El objetivo es asesorar y acompañar a ambas partes en todas sus dudas, fantasías y temores antes de tomar la decisión. La tarea no puede limitarse solamente a las evaluaciones iniciales, sino que el psicólogo se ocupa del acompañamiento durante todo el proceso y para todas las partes implicadas.

Presentación y articulación teórica de un caso clínico

Los casos clínicos son fuentes de información que permiten revisar nuestras creencias y cuestionar nuestros juicios, motorizan la reflexión y posibilitan la formulación de nuevas ideas y estrategias analíticas.

Sandoval Casilimas (2002)

A través de un caso clínico, intentaré mostrar los procesos psíquicos por los que atraviesan los pacientes que deben recurrir a este procedimiento, los duelos y renunciaciones previas que han debido elaborar, los temores, ansiedades y fantasías que esta situación puede despertar, la capacidad para aceptar este modo de ser familia y los efectos en la subjetividad.

El proceso de acompañamiento de los padres de intención debe ser realizado teniendo en cuenta la situación

de ilegalidad en la que se encuentra este procedimiento en nuestro país y que la gestante es una persona que se introduce en el procedimiento, con la que tendrán que vincularse.

Se trata de una pareja a los que llamaré Juan (37) y Ana (35), que llegaron a la consulta derivados por un médico de la institución como requisito previo para entrar en el programa de GS.

Ana: “Nosotros participamos de un *zoom* de un grupo de gestación por sustitución en Argentina y ahí nos enteramos de la clínica de ustedes, y escucharlo al médico nos dio tranquilidad, saber que ustedes trabajan con un equipo, con abogados”.

Juan: “Nosotros tratamos de informarnos, pero uno no sabe por dónde empezar. Buscar un abogado, no sabíamos de qué se trataba el ir a pedir a la Justicia que nuestro hijo sea reconocido como nuestro”.

¿Qué impacto tiene en su psiquismo la situación de ilegalidad de este procedimiento?

Comenzar este recorrido ha despertado en ellos temores, la sensación de “no saber ni por dónde empezar”, sensación bastante ajustada a la realidad ya que los pacientes que necesitan de esta técnica ingresan a un mundo nuevo, desconocido. Aparecen sensaciones de desprotección, ellos desconocen el camino a seguir, por eso la necesidad de trabajar con un equipo interdisciplinario que pueda asesorarlos y acompañarlos.

Aparecen temores frente a complicaciones que puedan surgir, al proceso judicial, a la decisión de la Justicia, no tienen la certeza de que se les reconozca la filiación y se sienten a la sombra de lo legal.

Juan: “Aparecen gestantes en Facebook y otras redes, pero da miedo, uno no sabe quién es y muchas veces nos dimos cuenta de que hay perfiles falsos, con distintos nombres inventados”.

Ana: “A mí me despertaba temores buscar a una gestante, me preocupaba que no sea responsable, que no cuide el embarazo, si lo hace por plata, que haga una maniobra para interrumpir el embarazo, total ya cobró”.

Juan: “Un poco daba miedo al ser algo desconocido, nuevo, sabiendo que se hace y se hizo, pero sin saber los riesgos. Antes habíamos pensado hacerlo en Ucrania, pero no solo es la distancia, no podés intercambiar una palabra, es otro alfabeto, es como irte a otro planeta”.

Al involucrar a una tercera persona marca un aspecto muy diferente con otras técnicas de reproducción asistida: aquí, la tercera persona será conocida (de antemano, si es un familiar o amiga de la pareja) o desconocida (si se conocen para realizar este procedimiento), pero será una persona con quien deberán vincularse, establecer acuerdos y depositar su confianza. Esto genera muchas dudas, miedos y una sensación de falta de control.

Ana: “Todo esto comenzó en 2012, yo tuve un embarazo que se complicó, se comportó como un cáncer y estuve en tratamiento oncológico un año”.

Juan: “Fueron cinco años, fue una malformación genética, un embrión que no era viable, era una bola de células, como de 100 cromosomas”.

Ana: “La placenta se llenó de quistes, terminé haciendo quimioterapia”.

Juan: “Fuimos a hacer una ecografía para ver al bebé y nos dicen: ‘No es un embarazo, vayan al oncólogo’”.

Ana: “Fueron cinco años porque, después de todo eso, perdí dos embarazos más por problemas de vascularización en el útero, vivía con hemorragias. En 2018 me sacaron el útero”.

¿Qué marcas han dejado en cada uno de ellos estos años de infertilidad? ¿Qué impacto habrá tenido en el psiquismo encontrar una enfermedad (enfermedad trofoblástica gestacional) cuando se espera un bebé? ¿De qué manera han elaborado la pérdida de embarazos? Luego de perder el útero, ¿cuáles son los efectos subjetivos que esta situación ha generado en ellos?

Sabemos que la infertilidad tiene su correlato en el psiquismo, provoca dolor psíquico y tiene consecuencias en el estado anímico de los pacientes. Jadur y Duhalde (2005) sostienen que: “Podemos hablar del dolor psíquico, que contempla el dolor por: la pérdida del cuerpo sano, la pérdida de la capacidad reproductiva, las renunciaciones y postergaciones que implica la no fertilidad” (p. 36). Esta pareja ha atravesado todas estas situaciones que, indudablemente, han generado en ellos dolor psíquico.

“El dolor psíquico no es un fenómeno patológico, al contrario, acompaña muchos momentos de nuestra vida. El dolor es un afecto que surge por la ruptura de un lazo que hemos anudado con otro, surge por la pérdida de algo. Tanto en el cuerpo como en el psiquismo (no hay uno sin el otro) el dolor aparece porque el orden esperable se altera” (Nasio, 1996, p. 22)

En el caso de estos pacientes, se esperaba un bebé, pero aparece el cáncer. “El dolor es la señal que atestigua que estamos atravesando una prueba, la prueba de una separación, separación de un objeto que al abandonarnos nos trastorna, nos conmueve y nos fuerza a reconstruirnos” (Nasio, 1996, p. 22); pérdida de la fertilidad, pérdida de un proyecto de vida, pérdida de la posibilidad de gestar.

Ana: “Yo hice terapia con una psicooncóloga durante el tiempo de la quimio, haciendo el duelo. El tema de la enfermedad los siguientes años y las intervenciones para la embolización de las arterias uterinas nos provocaba mucha tensión”.

Juan: “Yo también hice terapia y la psicóloga me decía: ‘Si pudieras cambiar de cuerpo con tu mujer, lo harías’. Y sí, yo creo que para el que está al lado, si bien no pone el cuerpo, es muy doloroso, me daba impotencia no poder decirle a ella ‘correte y me pongo yo’”.

¿Qué es un duelo? Es un proceso adaptativo, normal y necesario de recuperación y reestructuración frente a las pérdidas. Es un proceso de despedida, es despedirse de algo con lo que uno contaba, de un modo que uno esperaba y aceptar otros.

¿Qué marcas han dejado en ellos los procesos de duelo que les han tocado vivir? ¿Cómo los han atravesado?

Ana: “Yo fui bien a la histerectomía. Después de tanto, yo no quería inmolarme, seguir poniendo el cuerpo, y la verdad es que nos cambió la calidad de vida”.

Juan: “En el momento fue ¡por fin se termina el calvario! Y empezar a pensar: ¿nos quedamos como

estamos o vamos por la adopción o la gestación por sustitución?”.

La necesidad de aceptar esta situación y pensar en nuevas opciones. El recurrir a esta técnica provoca un efecto psicológico, se debe haber efectuado una renuncia a la posibilidad de llevar adelante un embarazo, una elaboración de la imposibilidad de gestar a su hijo. La elaboración del duelo es fundamental para poder recuperar la energía necesaria para invertir el nuevo proyecto ¿Cómo lo hicieron ellos?

Juan: “Empezamos a pensar en esto y también comenzamos con el trámite de adopción”.

Ana: “No lo descartamos tampoco, tuvimos entrevistas con el equipo técnico”.

Juan: “En las entrevistas, al tener que contar todo esto, aparece la angustia”.

Ana: “Una emocionalidad aparece, si hablamos de manera detenida, se te cae una lágrima, pero nos vemos resilientes. En esto que nos pasó nosotros celebramos la vida y vamos por más vida”.

“Cuando resulta imposible aportar un útero donde anidar un hijo, ¿cómo continuar con el proyecto parental? Para lograrlo, se requiere la elaboración del proceso de duelo y de la aceptación de las limitaciones biológicas y, tal vez, también genéticas. La mujer que atraviase esta situación deberá aceptar que no será ella quien lleve en el vientre a su hijo, deberá duelar la imposibilidad de gestar, la ilusión del hijo en el vientre, la imposibilidad de parir, de amamantar, para luego aceptar que se necesita a una mujer ajena a la pareja para que geste al bebé anhelado” (Naves et al 2018, p. 25-26).

Elaboración necesaria que no implique la negación de lo que han atravesado, pero sí la aceptación de las nuevas condiciones de procreación.

Ana: “En el medio de todo esto aparece Laura en nuestras vidas, es una conocida, no es amiga, nosotros no nos imaginamos nunca que viniera de ella”.

Juan: “Ella se enteró de nuestra historia y se conmovió, nos contó que antes de hablar con nosotros habló con sus hijos para primero saber cómo se sentirían ellos”.

El objetivo del acompañamiento psicológico tanto de los futuros padres como de la posible gestante es contribuir a la relación mutua durante todo el proceso, ya que tendrán que establecer muchos acuerdos. Para esto, es conveniente hacerlos anticipar en el pensamiento cualquier situación de conflicto que pudieran imaginar, facilitando la expresión de sentimientos, fantasías y ansiedades que despierta esta situación nueva.

Intentando que puedan poner en palabras cómo esperan que se dé este proceso y que puedan anticiparse a situaciones que pudieran surgir, en el marco de las entrevistas se trabaja la necesidad de establecer acuerdos claros y consensuados con la posible gestante y reflexionar sobre situaciones que pudieran surgir a futuro. Acuerdos que permitirán generar condiciones saludables para ambas partes a lo largo del proceso.

En cuanto al vínculo, ¿cómo esperan que sea?

Ana: “Nosotros habíamos intentado buscar gestante, pero era raro, poco claro, dudoso, parece que el deseo hizo que se dieran las cosas. A Laura la estamos conociendo más, es sensible, es madre, ella nos está contando su historia, de su familia, su pareja, sus chicos. Es una persona muy afectuosa”.

Juan: “Es amorosa, para hacer esto tiene que tener una personalidad especial, va a gestar a un hijo para otro”.

Ana: “A mí me emociona, me imagino que voy a estar rellorona durante todo el proceso, nunca se nos ocurrió pedirle a alguien. Para nosotros fue una sorpresa la generosidad de Laura, más allá de que queremos darle una compensación”.

Juan: “La compensación pienso que es algo justo, es una forma de compensarle lo que hace por nosotros, además es una cuestión lógica, ella hasta tiene que dejar de trabajar en algún momento, va a tener más gastos, ropa, accesorios, cosas. Yo creo que siempre hay una acción de bien, es altruismo”.

Ana: “Creo que hay una decisión libre y voluntaria, pero sobre todo es un acto de amor”.

Juan: “Hay polémica con esto en la sociedad, pero si una persona sabe lo que va a hacer y lo hace libremente, no se puede hablar de explotación, más si lo está firmando frente a un juez”.

¿La compensación económica excluye el altruismo? Son muchas las motivaciones que llevan a que una mujer se ofrezca como gestante, muchos opinan que, si se da en el ámbito intrafamiliar o a partir de una amistad previa, se descartaría el tema de la retribución. Lo que no se puede afirmar es que en estos casos no quede una deuda simbólica que no pueda ser saldada.

Ana: “Esto a nosotros nos da la posibilidad después de tanto tiempo de tener a nuestro hijo, Laura es quien nos va a ayudar a lograrlo”.

Juan: “A nosotros realmente no nos importa, es nuestro hijo; también íbamos por la adopción”.

Ana: “Yo no congelé óvulos, no sé cómo está mi reserva ovárica. Será en función de esos análisis que sea con mis óvulos o no, yo lo tengo recontra aceptado”.

Juan: “Con sus óvulos o sin sus óvulos es nuestro hijo, yo estoy esperando que le dé mal el análisis para que no pase por las hormonas”.

Afirman Kletnicki y Alfano (2013) que “las TRHA habilitan la disociación de las tramas biológica y genética, erigiendo como elemento central el de la voluntad procreacional, circunstancia en la que el consentimiento libremente informado constituye la fuente y la prueba de la paternidad” (p. 117). El concepto de voluntad procreacional determina que padres serán aquellos que han explicitado su voluntad para serlo, con independencia de la existencia de vínculo biológico o genético. El ser padre o madre parte de la voluntad y del deseo y no de la biología. En el caso de la gestación por sustitución, lo que hay que diferenciar es el “gestar” del “maternar”. Si bien hay una imposibilidad de gestar, no se encuentra impedida la posibilidad de maternar.

Un objetivo de las entrevistas iniciales es valorar la capacidad que poseen de comprender el proceso y sus fantasías con respecto a su futuro hijo, el significado que le dan a esta forma de ser padres y el valor que le dan a la biología, la genética y al ambiente en la relación padres/hijos.

Desde la teoría psicoanalítica, la maternidad es un hecho de la cultura y no de la biología. Lo más importante en la procreación humana no es el proceso de concepción y gestación, sino la tarea social, cultural, simbólica y ética de hacer posible la constitución de un nuevo ser humano. Entendiendo a la parentalidad como una función, sostén estructural fundante del psiquismo del niño, sabemos que

es en el interjuego y en el vínculo entre quien cumple la función parental y el bebé donde se sientan las bases del desarrollo del psiquismo. Funciones que no tienen que ver con la biología ni con la genética, sino con el deseo, con la espera y con la voluntad de ser padre o madre.

¿Qué entienden por filiación? ¿Cómo esperan a su hijo?

Juan: “Yo lo único que quiero es despertarme un sábado, estar con mi hijo jugando, explicándole cosas, hablando”.

Ana: “Para mí verle la carita a mi hijo vale todo, incluso he pensado sobre si hay alguna forma de que lo pueda amamantar. Me imagino verlo crecer”.

Piera Aulagnier (1977) plantea que el sujeto se constituye en el espacio conformado por la pareja parental y el niño; el discurso de la pareja parental anticipa y precatectiza, incluso antes de haber nacido el niño, el lugar que este va a ocupar. Un concepto clave es el de “sombra hablada”:

Precediendo al nacimiento del sujeto hay un discurso preexistente que le concierne: especie de sombra hablada y supuesta por la madre, tan pronto como el infans se encuentre presente, ella se proyectará sobre su cuerpo y ocupará el lugar de aquel al que se dirige el discurso. (Aulagnier, 1977, p. 117)

Se trata de un conjunto de enunciados que son testimonios del anhelo maternal concernientes al niño, previos aun a la concepción e independientes de la biología.

Reflexiones finales

El campo de las TRHA extiende su territorio modificando sustancialmente lo que signa y significa a las relaciones sexuales, la reproducción, la gestación y la crianza. Los psicólogos que nos dedicamos a esta área, desde el campo de la clínica psicológica y la práctica psicoterapéutica, nos planteamos interrogantes acerca de las relaciones entre los seres humanos, en lo que hace a la conformación de familias, la filiación, territorios subjetivos en los que las respuestas nos serán brindadas en el abordaje del “caso por caso”.

Estamos inmersos en nuevas problemáticas que posibilitan nuevos modos de pensar la realidad psíquica. Se trata de cambios que sacuden la comodidad de nuestras referencias teóricas e implican la modificación de paradigmas que considerábamos universales desde nuestra profesión, como así también desde nuestras convicciones y prejuicios. Un desafío necesario que nos posibilita seguir adelante desafiando nuestros saberes previos: resignificarlos y cumplir las tareas para las que nos hemos preparado.

Conocer las historias, las pérdidas y las dificultades por las que atraviesan los padres de intención y las motivaciones que llevan tanto a las personas que necesitan de este procedimiento como a las mujeres gestantes a elegir esta modalidad de paternidad/maternidad nos permitirá acompañarlos. Basta con escuchar a los sujetos y reflexionar a partir de la escucha sobre los sentimientos y la elaboración psíquica de una mujer que no podrá gestar a su propio hijo y en otra mujer que gesta a un hijo que no desea para sí, pero que sí desea para otros, deseo de ayudar a otro a convertirse en familia.

Lleva a pensar también en la importancia de la voluntad como criterio decisivo de la filiación: gestar a un niño es una función biológica de la que no necesariamente deriva la maternidad/paternidad, entendiendo que en el ser humano la maternidad, la paternidad y filiación no pueden reducirse a un criterio exclusivamente biológico, sino que se desarrollan en el cumplimiento de las funciones paterna y materna y que será este intercambio lo que le brindará al niño la estabilidad que necesita para alcanzar la madurez psíquica, sexual y cultural.

Bibliografía consultada

ASRM (2013) Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2013). Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(7), 1838-1841. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.042)

Aulagnier, Piera (1977). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado, Bs. As, Amorrortu.

Aulagnier, Piera (1996). El aprendiz de historiador y el maestro brujo Bs. As, Amorrortu

Bleichmar, S (1993) La Fundación de lo Inconciente Bs As Amorrortu

CATRHA (2017). Guía de buenas prácticas en materia de gestación por sustitución. Recuperado de <http://www.SAMeR.org.ar/>

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (2015)

Díaz Pérez MA, Neri-Vidaurre P. (2015) Aspectos psicológicos en infertilidad y Gestación subrogada. *Reproducción (México)*. 2015 octubre; 8 (2):101-129.

Jadur, S.; Duhalde, C. (2005) Aspectos emocionales y la relación médico-paciente en la consulta por infertilidad. Revista Reproducción. SAMER

Kletnicki, Armando y Alfano, Adriana Lilian (2013). Las tecnologías de reproducción humana asistida como nueva fuente de la filiación. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Lamm, E. (2012) Gestación por sustitución realidad y derecho. Revista InDret. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Argentina

Lamm, E. (2012) Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres. Barcelona, España: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

Nasio, J. (1996) El libro del amor y del dolor. Editorial Gedisa. Barcelona España

Naves F, Moscuzza, C, Thomas Moro M, Barontini G, Szkolnik I (2018). Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario. Edición de autor.

Capítulo 20

La voz de la gestante

Roxana Gabriela Soria

Investigaciones sobre los motivos que llevan a estas mujeres a prestar su vientre para llevar adelante una gestación, demuestran que, si bien en muchos casos se produce una mediación de una suma de dinero, estas mujeres se involucran principalmente por altruismo. Este dato se observa tanto en investigaciones confeccionadas en países donde la subrogación solidaria es legal como Reino Unido, como también en otros países que admiten la posibilidad de una compensación económica a cambio, como el caso de algunas regiones de Estados Unidos (Ruiz y Moya, 2016).

Respecto de los efectos psicológicos que puede producir la práctica de la GS, los testimonios obtenidos en estudios sobre las gestantes indican que durante el embarazo tuvieron sentimientos positivos en sus vidas y refieren que su autoestima aumentó de forma positiva. Incluso estas gestantes mencionan haberse sentido más autoeficientes (Ruiz y Moya, 2016). Asimismo, se demostró que a largo plazo estas mujeres han conservado una buena estabilidad emocional, exponiendo niveles de autoestima y sintomatología depresiva categorizados como normales. Estos resultados fueron facilitados por evaluaciones psicológicas que se les ha administrado, a

partir de instrumentos tales como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). También, investigaciones sobre los perfiles psicológicos de las gestantes, han detectado en estas mujeres una combinación de características como tenacidad y sensibilidad, en proporciones equilibradas, que les confieren la capacidad de manejar adecuadamente su rol en la GS. Tales rasgos psicológicos les permiten sentar límites emocionales en lo respecta al apego con el bebé (Pizitz et al., 2013).

En cuanto a las motivaciones para gestar, investigaciones llevadas a cabo en el Reino Unido por Imrie y Jadvá (2014) reflejan que es más frecuente que las mujeres decidan gestar para otras personas, debido a un “deseo” de ayudar a otros a que puedan lograr una maternidad o paternidad. Esto representó un 59% de la muestra. También se encontró que las gestantes toman esta decisión, porque disfrutan de atravesar la etapa del embarazo, pero ya no desean tener hijos propios (15% de la muestra) y que, en menor medida, quienes se inclinan a realizar esta elección son mujeres que manifiestan querer ayudar a que un familiar, amigo o amiga pueda tener un hijo (9% de la muestra). En concordancia con esto, Tarducci (2016) afirma que “existen casos de “altruismo” entre mujeres y parientes sin que medie dinero” (p.3). Es decir, en estas situaciones se ubicaría un vínculo afectuoso previo al proceso de GS, por lo que quien gesta no recibe un pago, sino que se le cubrirán los costos económicos implicados a lo largo del proceso. Otra situación común entre las entrevistadas es que indican haber reflexionado sobre la manera en que pudieron concebir a sus propios hijos, es decir, haciendo una valoración sobre la ausencia de dificultades y, en consecuencia, haber podido imaginar lo difícil que debe ser para otras personas el no poder concebir

de forma convencional. En la misma línea, Garde (2018) entiende que entre los motivos que guían la decisión de estas mujeres se encuentre el objetivo de experimentar una manera de ayudar a parejas a lograr formar una familia (Garde, 2018) tratándose de una motivación personal sobre “hacer algo con su vida” para los demás, más allá de la motivación financiera (Olavarría, 2018).

Más allá de las razones que motivan a las mujeres a gestar para otros, cada una de ellas atravesará diferentes cambios psicológicos, hormonales, físicos y todos ellos exigen una elaboración. Díaz Pérez y Neri-Vidaurre (2015) consideran que se establece un vínculo madre-bebé, ya que están en estrecha relación durante aproximadamente nueve meses, en los que ella siente cómo crece en su vientre y a veces es difícil entregarlo, eliminando este sentir de un instante a otro (p.112) lo que posiblemente desencadene ciertas emociones y sentimientos. Otro aspecto esencial es el apoyo de su entorno para tomar esta decisión ya que “llevar a cabo una GS es, para estas personas, un proyecto que las involucra en tanto miembros de una familia” (Olavarría, 2018, p.88).

En suma, se hace imprescindible la presencia de un profesional psicólogo que atienda las cuestiones relacionadas a la subjetividad de la mujer gestante, tanto para el beneficio de su salud mental como para su bienestar psicofísico.

Presentación del caso y análisis de la entrevista

Agustina, es una mujer joven de 26 años que decidió gestar para una pareja de varones que persiguen el deseo de

convertirse en padres; al momento de realizarse la entrevista se encontraba transitando su semana 26 de embarazo. Con el objetivo de dar a conocer la importancia de una regulación de esta técnica que contemple plenamente los derechos de las personas gestantes y para desmitificar algunas creencias Agustina dio su consentimiento libre e informado para que su historia sea dada a conocer en las páginas de este libro.

Ella cumple con los requisitos estipulados para ser gestante, conoce a los padres requirentes, aunque no mantenían, hasta el momento de iniciar el tratamiento, una estrecha amistad. Al iniciar los procedimientos médicos supo que ella donaría su capacidad de gestar, pero no su material genético “*los óvulos no son míos, no lleva ni mi ADN ni nada*”, afirmó Agustina.

Para llevar a cabo el análisis, se tomarán las siguientes categorías: Motivación, Relaciones interpersonales, Efectos psicológicos producidos por la falta de regulación, Efectos psicológicos producidos por el tratamiento médico, Efectos psicológicos producidos por el embarazo, Su percepción sobre el rol del psicólogo en GS.

Motivaciones

Concerniente a la motivación que condujo a Agustina en el camino de gestar para otras personas, puede encontrarse que esta resulta mixta. Si bien hay una necesidad económica también pueden apreciarse elementos del orden del altruismo. Ella afirma “*estoy pensando en un microemprendimiento para que mis hijos puedan vivir mejor y también quiero hacerlo para ayudarlos porque*

desean mucho tener un varón y ¡es un varón! Es un bien para ambos". Su discurso pone en evidencia que "convertirse en gestante por altruismo y por generosidad no es incompatible con la remuneración" (Merchant en Olavarría, 2018, párr.101). En otras palabras, en general, las gestantes expresan querer ayudar a los demás y a ellas mismas; como sostienen Cambra Badii y Mastandrea (2017), mayormente sucede que quienes desempeñan el papel de gestante son mujeres que en miras de recursos que le son escasos contemplan en su cuerpo una alternativa con la cual arribar a una solución para su situación financiera.

En síntesis, el discurso de Agustina nos pone sobre la pista de que, como afirma Olavarría (2018), no hay, en su discurso contradicción entre el deseo de "ayudar y ayudarme" (p.100) ya que existen situaciones en la cuales la motivación para ser gestante inicia con las razones financieras, pero en el transcurso del proceso de GS aparecen muestras de querer contribuir con otros.

Relaciones interpersonales

En la dinámica del vínculo con los padres requirentes, observamos en el discurso de Agustina que ellos son los que toman las decisiones sobre los aspectos operativos del proceso y ella es quién se ocupa de fortalecer el vínculo entre ellos y el bebé que esperan. Agustina se siente cómoda con ellos, mantiene contacto frecuentemente con ambos, pero, es con uno de ellos con el que se siente más cómoda para conversar y hacer bromas. Le interesa que ellos puedan crear un vínculo con el bebé. Expresa: *"trato de sacarme fotos o mandarles un vídeo de la panza. Les*

pregunté si quieren hablarle, si quieren que yo le diga algo de ellos". Sobre los vínculos que se establecen durante el proceso Olavarría (2018) entiende que "los padres intencionales deciden qué tipo de relación desean entablar: si quieren un lazo personal continuo o íntimo o no entrar en contacto" (p. 98). En este sentido, se observa que las partes han establecido sus preferencias en cuanto al tipo de lazo. Se desprende de esto, la posibilidad de reducir cualquier nivel de ansiedad que pueda emerger durante el embarazo y de beneficiar al bienestar de esta "tríada".

En lo que atañe a los hijos de Agustina ella mantiene con ellos una conversación clara y sincera sobre su participación en la GS. Recurrió a una psicóloga de niños especializada en GS para saber cómo explicarles que su madre haría un favor a unos amigos teniendo un bebé en su panza para ellos. Sin embargo, las preguntas "*¿quién es su mamá si vos no sos su mamá?*", "*¿y cómo va a tener dos papás?*" se hicieron oír buscando una explicación satisfactoria. Agustina les explicó "*fui a un doctor y me puso la semillita de su mamá y la de su papá, y ahora la estoy cocinando*". Hasta el momento de la entrevista la explicación resultó suficiente porque los niños continuaron sus vidas sin inconvenientes. Lo que resulta un buen indicador de un buen ajuste de la madre para con sus hijos, pues es esencial considerar qué alcances puede llegar a tener el hecho de gestar para un tercero, dentro de la red familiar y social de la gestante (Garde, 2018).

En el entorno familiar Agustina cuenta con una red de apoyo conformada por sus hermanos y su pareja lo que resulta beneficioso para el proceso ya que "cuando más apoyo emocional y psicológico tenga, más estable y confiable será" (Díaz Pérez y Neri-Vidaurre, 2015, p.113).

En contraposición con lo anterior, en su barrio natal se han generado distintos rumores sobre su decisión; comenta Agustina *“hice todo el proceso acá (Buenos Aires) y en el barrio se dicen muchas cosas, ideas locas. Lo que pasa es que la gente no sabe de qué se trata esto. Entonces hablan”*. Estos comentarios sugieren una ausencia de información y de educación sexual respecto a la implementación de las técnicas de reproducción humana asistida, una problemática observada tanto a nivel nacional como internacional. Lo que da cuenta de la necesidad de elaborar estrategias psicoeducativas para la sociedad en general informando de qué se trata esta técnica, sus alcances, sus limitaciones, la filiación de los nacidos y, también, para desmitificar las creencias asociadas a la mujer que gesta para otros y la maternidad.

Efectos psicológicos producidos por la falta de regulación

Un aspecto interesante hallado en el discurso de Agustina es que en ella surge la necesidad de contar con un espacio para resolver las dudas e inquietudes legales que emergen en el proceso. En palabras de Agustina: *“Me hubiese gustado hablar con otras chicas que estén pasando por lo mismo, sobre cuánta fue la cantidad de dinero, porque acá en Argentina no es legal, no se cual monto es el correcto. O si lo que yo firmé estaba bien”* Sus palabras traslucen la preocupación y la angustia que producen la información confusa sobre las pautas contractuales. A su vez, este planteo que hace Agustina pone en evidencia el impacto que produce la ausencia de una información

precisa contradiciendo el principio del consentimiento libre e informado que toda gestante debe firmar antes de iniciar todo el proceso. En relación con esto, Lamm (2016) sostiene que el hecho de que este método carezca de regulación o sea silenciado, provoca un riesgo de probabilidad de que las gestantes puedan ser explotadas en la práctica o que se pueda llegar a cometer alguna injusticia en la misma. Asimismo, Iturburu (2018) entiende que poder regular esta forma de reproducción asistida, parece ser una opción que servirá como una medida más protectora, realista, capaz de velar por la seguridad jurídica.

Por otra parte, encontramos que Agustina se trasladó a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el objetivo de realizar la transferencia del embrión a su vientre y nunca volvió a su ciudad natal. Dice Agustina *“iba a pasar mi embarazo en Trenque Lauquen, iba a estar en mi casa. Y de pronto, cuando firmé el contrato me dijeron que era mejor que me quedara acá porque el parto se tiene que atender en capital”* Esta medida se tomó con el objeto de lograr inscribir al bebé como hijo de los requirentes, de forma directa. Estas medidas, consecuencia de la falta de regulación de la GS, afectaron directamente la vida cotidiana de Agustina, su desarraigo produjo efectos psicológicos inesperados que podrían haberse evitado si la GS contara con una regulación que respeta los derechos de todas las personas involucradas en el proceso.

Efectos psicológicos producidos por el tratamiento médico

Antes de lograr el embarazo, Agustina atravesó por intentos fallidos que no le resultaron indiferentes *“ya en el*

tercer intento ya había tirado el test, estaba muy enojada, pero, resulta que ya estaba embarazada”, relata Agustina, dejando en claro la frustración que sentía cuando, por tercera vez consecutiva, el embarazo no resultaba. Sentía que estaba faltando a su compromiso, que a pesar de poner su cuerpo y estar cumpliendo con todos los procedimientos que los profesionales médicos le habían indicado no lograba cumplir con el propósito por el que había firmado su contrato y dejado atrás su casa, sus cosas, sus amigos, su familia. Al mismo tiempo, esta vivencia escenifica su capacidad de entrega a estos procedimientos y la voluntad de decidir continuar intentado.

Además, al iniciar el tratamiento médico *“tomé pastillas, tomé unas hormonas a la mañana, a la tarde y a la noche. No me acuerdo ahora el nombre. Y bueno tuve un proceso de pastillas, me hicieron una inseminación, y en la primera no prendió bien. Lo perdí como a la semana. Después en la segunda, trataron de hacerlo con mi período, entonces no tomé pastillas por un tiempo y tomé tres días antes las pastillas, pero tampoco funcionó. En la tercera, si quedé embarazada y fue de vuelta con las pastillas. Ahí quedé embarazada (...) tuve a veces algún cambio de humor por las hormonas”* Sobre estos cambios, Agustina afirma que fue informada por el médico y que firmó un documento –el consentimiento informado- en el que consiente la administración de la medicación y de las técnicas. Ella se siente tranquila porque dice que el médico le explicó que ella es fértil y que quizás podría notar cambios a nivel hormonal.

Efectos psicológicos producidos durante el embarazo

Al momento de realizar la entrevista Agustina se encontraba cursando la semana 26 de gestación y comentó que ha tenido un buen ánimo durante el embarazo, lo lleva de manera amena, no manifiesta haber tenido dolores o complicaciones y, al igual que los demás embarazos, engordó lo que la llevó a cambiar la talla de los pantalones, aunque afirma que *“allá tenía mi ropa, era diferente”*. Siente curiosidad por el parto. Todos los partos anteriores fueron llevados a cabo de manera tranquila, sin dificultad alguna, pero, sabe que todos son diferentes. Siente que tiene una buena conexión con el embarazo y con los futuros padres. Se siente respetada por ellos y siempre va a los controles con los futuros padres.

Su percepción sobre el rol del psicólogo en Gestación por Sustitución

Tanto Agustina como los padres requirentes reciben asistencia psicológica. En lo que respecta a la gestante, la entrevistada menciona que se le han administrado test psicológicos y entrevistas para determinar si es adecuada para colaborar en este plan de formar una familia y que, también, recibió de la psicóloga asesoramiento para hablar con sus hijos, sobre los aspectos médicos atinentes a su situación y sobre el alcance de las técnicas de reproducción humana asistida, y, también, sobre los aspectos legales, aunque estos le resultaron confusos. Cuando dejó su ciudad

natal y llegó a Buenos Aires, cambió de psicóloga lo que le produjo angustia y sensación de abandono. Sus palabras expresan con claridad el rol del psicólogo antes y después de la firma del contrato o de la autorización judicial previa al inicio de tratamiento y la importancia de su presencia durante todo el proceso. En palabras de la gestante: *“La otra psicóloga me hablaba más del proceso, me explicaba cómo iba a ser cada proceso. Con la segunda psicóloga es diferente, porque es más como hablar entre nosotras. Yo le cuento y ella me responde. Es más fluido. Me parece importante un psicólogo”*. En síntesis, tal como sostiene González (2020) frente a los usuarios de las técnicas de reproducción humana asistida el psicólogo tiene la oportunidad de prestar un apoyo e interceder en esa posición pasiva, propiciando que se genere un cambio y que el sujeto –la gestante en este caso- perciba un mejor nivel de manejo del proceso que atraviesa. En consecuencia, al momento de tomar decisiones la persona se sentiría más cómoda.

A modo de cierre

Quisiera destacar que, en este país, es posible que una gestante pueda albergar en su decisión motivaciones económicas con tintes altruistas. Como afirma Agustina “es un bien para ambos” el hecho de que ella participe y ayude en este procedimiento. Lo importante es que las personas que gesten para otros sean acompañadas por un profesional de la salud mental durante todo el proceso. Un profesional que además de poseer una adecuada especialización en GS e instrucción, se ajuste o adecue a las necesidades del sujeto. Pero, principalmente es necesario que las voces de

las gestantes sean escuchadas para que la sociedad conozca sus experiencias de modo de que esto sirva de información a aquellas mujeres que se embarcan en el proceso de GS (como también a los padres requirentes) y a su vez se comiencen a eliminar ciertos mitos que circulan en la cotidianidad.

Finalmente, podemos considerar cuán necesaria es la existencia de una ley que regule la GS en el territorio argentino, para que las gestantes que deciden someterse a esta práctica puedan ser protegidas de circunstancias como la explotación y para que se cuide la dignidad humana, tanto de ellas como de los menores por nacer a través de esta técnica. De esta manera, se establecería mayor control sobre los compromisos asumidos por ambas partes –la gestante y los futuros padres- y en consecuencia se podría brindar más tranquilidad a quien presta su vientre para gestar y a quien o quienes atraviesan el camino de procrear mediante las técnicas de reproducción humana asistida.

Referencias bibliográficas

Cambra, I. y Mastandrea. P. (2017). Gestación subrogada: elementos para una deliberación singular. Conferencia: IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación y 13º Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.

Díaz Pérez MA, y Neri-Vidaurre P. (2015). Aspectos psicológicos en infertilidad y gestación subrogada. *Reproducción (México)*. 2015 octubre;8 (2):101-129.

Garde, M. (2018). Gestación subrogada: Aspectos emocionales y psicológicos en la mujer gestante. *En Rosana Triviño Caballero: Cuestiones abiertas sobre la gestación subrogada*. Ilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas, nº 28, 41-49

González, N. (2020). El lugar del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud reproductiva. en Comp: Ormart & Wagner (2020) *Abordajes psicológicos en reproducción médicamente asistida*. Editorial NEU.

Imrie, S. y Jadvá, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. Article volume 29, issue 4, p424-435, october 01, 2014. [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(14\)00353-8/fulltext#secst0095](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(14)00353-8/fulltext#secst0095)

Irrázabal, G. y Johnson, M.C. (2019) Reproducción asistida, gestación por sustitución y creencias. Un análisis desde las usuarias de tecnologías, los expertos religiosos y las regulaciones estatales en Argentina. *Polít. Soc. (Madr.)* 56(2) 2019: 317-339

Iturburu, M. (2018). “Gestación por sustitución: Las cosas por su nombre, ni alquiler de vientre ni maternidad subrogada” Estado actual en la Argentina. *Diario DPI Suplemento Civil, Bioética y Derechos Humanos* Nro 34 - 21.02.2018

Lamm, E. (2016). Una vez más sobre gestación por sustitución, porque sin marco legal se siguen sumando violaciones a derechos humanos. *Ars Iuris Salmanticensis* vol 4 pp 61-107. vol. 4, junio 2016, 61-107. Ediciones Universidad de Salamanca. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5580622>

Merchant, J. (2016). "The Legal and Political Panorama of Surrogacy in the United States", en: *La gestation pour autrui: resituer la France dans le monde*, París: 1er Colloque Scientifique International en France sur la GPA.

Olavarría, M. (2018). *La gestación para otros en México. Parentesco, tecnología y poder. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, Universidad Autónoma Metropolitana Departamento de Antropología.*

Pizitz, T. D., McCullaugh, J., & Rabin, A. (2013). Do women who choose to become surrogate mothers have different psychological profiles compared to a normative female sample? *Women and Birth*, 26(1), e15-e20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187151921200039X?via%3Di%3Dhub>

Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2016). Gestational surrogacy: Psychosocial aspects. *Psychosocial Intervention*, 25 (3), 187-193.

Tarducci, M (2016) *Las políticas de la reproducción asistida. Filo debate. Facultad de Filosofía. UBA.*

Sobre los autores

Paula Abelaira

Licenciada en Psicología, UBA. Doctoranda en Psicología, UBA. Miembro fundador y coordinadora de la Comisión de Bioética de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana y Asistida - SAPRHA-. Jefa de trabajos prácticos de Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA, y docente de Psicología, Ética y Derechos Humanos (Cat.1) de la Facultad de Psicología, UBA. Docente en Dèsir Salud.

Nicolás Aguas

Licenciado en Psicología, UBA. Estudió en la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana y se encuentra cursando el diplomado en "Acompañamiento a fin de vida" en El Faro: Asociación civil. Formó parte del equipo docente de la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA de la Facultad de Psicología, UBA y colaboró con el comité de Investigación y en prensa en la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida -SAPRHA-. Realiza evaluaciones psicodiagnósticos y evaluación de pacientes usuarios de TRHA (Técnicas de reproducción humana asistida).

Rocío Alaniz

Licenciada en Psicología, Universidad de Mendoza. Máster en Psicología de la Reproducción Asistida,

Universidad de Barcelona y la Sociedad Española de Fertilidad, con prácticas en el Hospital Quirón Salud de San Sebastián, España. Psicóloga orientada en reproducción humana y fertilización asistida acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) y Diplomada en Psicología de la reproducción asistida por la Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva (ALMeR). Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Psicología de la Reproducción Humana y Asistida -SAPRHA- Asociación Civil. Docente universitaria. Educadora y orientadora en Sexualidad, con Diplomado en Diversidad Sexual y Derechos Humanos por la Confederación Latinoamericana de Ciencias Sociales (CLACSO) y la Federación Argentina LGBT. Reconocida por la H. Cámara de Diputados de Mendoza, por su labor en actividades comunitarias de divulgación de la Endometriosis.

Abril Almonacid

Licenciada en Psicología, UBA. Psicóloga Clínica. Posgrado en Psicoanálisis de atención clínica con especificidad en Adultos, Institución Fernando Ulloa.

Sebastián Ayala

Licenciado en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Psicólogo orientado en reproducción humana y fertilización asistida acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Miembro fundador y coordinador del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Psicología de la Reproducción Humana y Asistida -SAPRHA- Asociación Civil. Desarrolla su

práctica clínica en Córdoba donde trabaja en forma particular, en consultorio privado.

Estela Chardón

Licenciada en Psicología, UBA. Psicóloga Perinatal CIIPME-CONICET. Psicóloga Cognitivo conductual Pareja y familia, Universidad de Mar del Plata-Aiglée. Psicóloga Orientada en Fertilidad acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Docente Cátedra Psicología Perinatal, UBA. Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Perinatal, UBA. Fundadora de la Asociación Civil CONCEBIR. Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida -SAPRHA-. Miembro del Equipo de niñez y familia Aiglée. Miembro del Equipo de psicología en Reprotec. Miembro del Equipo de Medicina Fetal Fundación Hospitalaria. Miembro del equipo de Gestación Solidaria CREAR VIDA

Soledad Expósito

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Diplomada en Psicología en Reproducción Humana Asistida por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Desde el 2005 es miembro del equipo de profesionales del equipo de profesionales de Nascentis Medicina Reproductiva realizando asesoramiento y acompañamiento de pacientes que atraviesan la infertilidad, psicoterapia individual y de pareja, proceso psicodiagnóstico, proceso de evaluación y proceso de admisión de donantes y receptores de gametos, actividades de interconsulta con el equipo médico,

actividad de investigación, aspectos psicológicos en el programa de Gestación por sustitución: evaluación, acompañamiento y asesoramiento de gestantes y padres de intención.

Dolores Gallo

Licenciada en Psicología, (UBA). Es miembro fundador y coordinadora del Comité de Ateneos de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida -SAPRHA- Asociación Civil. Es miembro activo y Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Posee formación de Posgrado en reproducción humana asistida, género y diversidad sexual, psicoprofilaxis quirúrgica y psicooncología. Se desempeña como psicóloga en consultorio particular.

Florencia Helman

Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario (2012). Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR 2017). Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Psicóloga en Centro Médico Proar de Rosario desde el año 2018.

Ludmila Jurkowski

Licenciada en Psicología (Universidad de Belgrano, 2005). Doctoranda de la Universidad de

Palermo. Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Realizó la formación internacional de Terapeuta Certificado en Análisis Bioenergético y cursó un Postgrado en Teoría y Técnica de Psicoterapias Psicoanalíticas, entre otros. Codirectora del curso universitario avanzado "Técnicas de reproducción humana: parentalidades e infancias" de la Universidad de San Martín. Investigadora en Psicología Clínica, actualmente trabaja en diversos proyectos de investigación en Reproducción Humana. Tiene publicaciones en libros y revistas científicas. Periódicamente realiza presentaciones en eventos científicos. Se desempeña como psicóloga clínica de adultos y parejas en consultorio privado. Coordina supervisiones grupales e individuales vinculadas a la reproducción humana.

Natacha Salomé Lima

Doctora en Psicología (UBA). Master of Science in Bioethics *Erasmus Mundus*. Diplomada en género y salud en un mundo global (UNSAM). Coordinadora de la Diplomatura de Psicología en Reproducción Humana Asistida de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). IP UBA del proyecto *Social Challenges of Medically Assisted Human Reproduction in Ibero-American Countries of Catholic Culture Tradition* USP-02-2019 de la Unión Iberoamericana de Universidades (UIU).

Patricia Martínez

Licenciada en Psicología, UBA. Postgrado en Psicología de la Reproducción Humana Asistida, Universidad de Barcelona. Posgrados UBA en: Psico-profilaxis del parto, Actualización en Adopción y Nuevas técnicas de Reproducción Asistida. Profesora Nacional de Ciencias Biológicas, Escuela Nacional Normal Superior de profesorado “Abraham Lincoln”, Provincia de Buenos Aires. Ex concurrente del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino”. Admisora y terapeuta del equipo de adultos del Centro de Salud Mental de Medicus. Integrante del Equipo de Subrogación Uterina, del Equipo de Ovodonación y del Equipo de Oncofertilidad y Preservación de gametas de Halitus Instituto Médico de Buenos Aires, Argentina. Profesora Titular y jefa del departamento de Biología en el Colegio Nacional Mariano Moreno (1990-2001).

Inés Mintz

Licenciada en Psicología, UBA. Maestranda en Neurociencias, Universidad Nacional Arturo Jauretche. Diplomatura Superior en Neurofisiología Clínica (EEG y Video-EEG), Universidad Nacional Arturo Jauretche. Posgrado en Neurociencias cognitivas, neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica, Universidad de Favaloro. Fellow en Neuropsicología con pacientes adultos mayores y Fellow en Neuropsicología con pacientes con epilepsia candidatos a cirugía en el ENyS. Terapeuta clínica del Centro Donde quiero estar. Co ayudante de la Cátedra II de Psicología General de la Facultad de Psicología, UBA hasta el 2018.

Paula Morente

Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario. Formada en Psicología de la Fertilidad, ejerce como profesional en Centro Médico Proar, de Rosario. Trabaja en psicología clínica, con adultos

Flavia Andrea Navés

Licenciada en Psicología, UBA. Doctoranda en Psicología, UCES. Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Presidenta y miembro fundador de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida - SAPRHA-. Jefa de Trabajos Prácticos de la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA y Docente de la Cátedra I de Psicología, Ética y DDHH de la Facultad de psicología UBA. Investigadora formada del proyecto UBCyT: Las competencias del psicólogo en el ámbito de las TRHA. Docente de posgrado, UBA y docente invitada de las diplomaturas de UNSAM y de la UB. Integrante del proyecto financiado por la Unión Iberoamericana de Universidades (UIU) Social Challenges of Medically Assisted Human Reproduction in Ibero-American Countries of Catholic Cultural Tradition Referencia/código USP-022019 desarrollado conjuntamente por investigadores de la UB, UBA, UCM, USP y UNAM.

Elizabeth Ormart

Doctora en Filosofía, especializada en Bioética. Doctora en Psicología. Especialista en Psicología clínica

por concurrencia hospitalaria. Magister en Psicología Educacional, UBA. Profesora Adjunta Regular UBA y Universidad de La Matanza. Coordinadora de la práctica Profesional 824: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA y de la Práctica de Investigación 846: Problemas bioéticos en ESI de la Facultad de Psicología, UBA. Presidente del Capítulo Salud Sexual y reproductiva de la Sociedad Argentina de Salud Mental. Miembro de la Secretaría de Género de ADUNLAM. Miembro de la International Chair in Bioethics, centro de referencia de la World Medical Association. Investigadora Categoría 1.

Diana Pérez

Licenciada en Psicología por la Universidad Argentina J. F. Kennedy. Psicóloga orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Terapeuta con formación clínica en el ámbito privado. Psicóloga asociada a Procreate Red de Medicina Reproductiva y Molecular. Coordinadora académica y docente de la “Diplomatura en Reproducción Asistida” en la Universidad de Belgrano. Participante en numerosos proyectos de investigación en el campo de la salud, la sexualidad y la reproducción humana, educación, juventud y programas sociales financiados por organismos nacionales e internacionales. Algunos trabajos publicados “Guías de Buenas Prácticas para la Evaluación y Asesoramiento de donantes de Ovocitos” (en colaboración), Investigación “la otra cara de las TRHA: las mujeres donantes” (en colaboración); “El olvido del origen en nuevas formas de hacer familias: las mujeres donantes”.

Carolina Pesino

Psicoanalista. Docente UBA. Autora de trabajos para Congresos nacionales e internacionales, Revistas nacionales e internacionales, Capítulos de libros de investigación. Invitada a participar en exposiciones internacionales sobre temas de la mujer y derechos humanos. Docente y supervisora en Centro Dos.

Mayra Quinteros

Licenciada en Psicología, UBA. Estudiante del Profesorado de enseñanza media y superior de Psicología, UBA. Participación en el dispositivo de reinserción social y laboral en el Servicio N°17 del Hospital Psico asistencial Interdisciplinario “José T. Borda”.

Guadalupe Romero

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Técnica en Corrección de Textos por el Instituto Superior de Letras Eduardo Mallea. Integrante del Proyecto de Desarrollo Estratégico (PDE, 2019) Circuitos de la Reproducción Asistida: una matriz de toma de decisiones e intervenciones sobre el origen. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires.

Mariela Rossi

Licenciada en Psicología, UBA. Diploma de Honor. Realizó la concurrencia clínica en el Centro de Salud Mental N.º1 "Hugo Rosario" en el equipo de Adolescencia. Se encuentra actualmente cursando una

Maestría en Familia y Pareja en el IUSAM (Instituto Universitario de Salud Mental-ApdeBA). Realizó el Posgrado en Psicoanálisis y Género en el año 2015. Recibió, por parte de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), el reconocimiento como Psicóloga Orientada en Fertilidad y Reproducción Humana Asistida. Dirigió el Curso Anual de Psicología en Reproducción Humana Asistida durante los años 2015 al 2018 y presidió el Capítulo de Psicología (SAMeR) en el período 2016-2018. Docente de grado UBA y de posgrado en UNSAM. Co-directora del curso universitario avanzado "Técnicas de reproducción humana: parentalidades e infancias" de la Universidad de San Martín. Se desempeña como psicóloga clínica atendiendo pacientes con dificultades reproductivas en dos centros de Reproducción Humana Asistida y en su consultorio privado.

Pamela Rossi

Licenciada en Psicología. Diplomada en Psicología de la Reproducción Humana por Red Lara y certificada por Dra. Leticia Urdapilleta (2019). Formada en Psicología de la Reproducción Humana por el Instituto Universitario IVI, Valencia, España (2015). Psicóloga Clínica, perteneciente al Servicio de Psicología de INVIDA, Medicina Reproductiva, Bahía Blanca y Psicóloga Perinatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Italiano Regional del Sur, Bahía Blanca. Vicepresidente, fundadora y docente de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida —SAPRHA— Asociación Civil. Fundadora de la Comisión de Psicología Perinatal D1.

Roxana Gabriela Soria

Estudiante de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se encuentra a la espera de su defensa de tesis La voz de la gestante

Antonella Wagner

Licenciada en Psicología, UBA. Maestranda en Psicoanálisis, UBA. Investigadora UBACyT. Ayudante de trabajos prácticos en la Práctica Profesional: El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA de la Facultad de Psicología de la UBA. Docente de enseñanza media y superior de Psicología. Socia activa SARPHA

Marlene Zaia Verdi

Licenciada en Psicología, UBA. Especialización en Psicología Forense en curso, UBA. Formación en Sexología Clínica, Fundación Foro. Concurrente Ad Honorem en el Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal Ciudad de Boulogne, San Isidro. Actualidad VII Pasantía Hospitalaria Teórico-Práctica 2019 en Salud Mental, "El Psicoanálisis Inter-Disciplinado" en el Servicio de Salud Mental del Hospital Municipal Ciudad de Boulogne, San Isidro.