



Casos clínicos. *Deseos, hijos y tecnología*

Elizabeth Ormart y Paula Abelaira (compiladoras)

Paula Abelaira | Patricia Alkolombre | M. Angélica Córdova
Agustina Geremias | Sandra Marañón | Alicia Monserrat | Flavia A. Navés
Magdalena Novatti | Elizabeth Ormart | Evelyn Pasquali | Carolina Pesino
Silvia V. Pugliese | Gisela Untoiglich

Casos clínicos.

Deseos, hijos y tecnología

Universidad Nacional de San Luis

Rector: CPN Víctor A. Moriñigo

Vicerrector: Mg. Héctor Flores

Subsecretaria 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: neu@unsl.edu.ar

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



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



Universidad
Nacional de
San Luis

COMPILADORAS

Elizabeth Ormart & Paula Abelaira

AUTORAS

Paula Abelaira

Patricia Alkolombre

Angélica Córdova

Agustina Geremias

Sandra Marañón

Alicia Monserrat

Flavia Navés

Magdalena Novatti

Elizabeth Ormart

Evelyn Pasquali

Carolina Pesino

Silvia Pugliese

Gisela Untoiglich



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



Universidad
Nacional
de San Luis

Casos clínicos : deseos, hijxs y tecnologías / Elizabeth Ormart ... [et al.] ; compilación de Elizabeth Ormart; Paula Abelaira - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2022. Libro digital, PDF.

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-304-6

1. Salud Reproductiva. 2. Psicología Clínica. I. Ormart, Elizabeth, comp. II. Abelaira, Paula, comp. CDD 616.692

Nueva Editorial Universitaria

Directora:

Lic. Jaquelina Nanclares
Subsecretaria General UNSL

Director Administrativo:

Tec. Omar Quinteros

Dpto. de Impresiones:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

Administración:

Esp. Daniel Becerra

Diseño de tapa y contratapa:

Melina Elizabeth Patiño

Corrección de texto y diseño de interiores:

Fernanda Johanna Glden

1ra Edición: abril 2022

ISBN 978-987-733-304-6

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2022 Nueva Editorial Universitaria

ÍNDICE

Introducción.....9

**Pensar lo impensado, pensar lo impensable:
“El día que le revelemos La Verdad sobre su
origen”**

Gisela Untoiglich.....15

**Un caso de esterilidad enigmática: los
efectos de un duelo patológico**

Patricia Alkolombre.....33

**La reproducción asistida: C. en la
encrucijada de alojar una ajenidad**

Alicia Monserrat.....51

**La esterilidad secundaria: del goce del Otro
a la imposibilidad**

María Angélica Córdova y

Elizabeth Ormart.....79

Padre incierto, madre cierta es

Silvia Viviana Pugliese.....105

**El deseo de hijo cautivo en la infertilidad de
un mandato**

María Angélica Córdova.....121

Pañuelo celeste

Flavia Andrea Navés.....147

Buscando una familia para mí. Un caso de búsqueda de un hijo por donación de óvulos y espermatozoides

Carolina Pesino.....163

De Hija a Madre: un recorrido por la propia historia

Elizabeth Ormart, Sandra Marañón y

Evelyn Pasquali.....181

¿Madre es la que pare? Los espermatozoides de la madre

Magdalena Novatti.....207

Anexo

Dilemas bioéticos en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida

Elizabeth Ormart y

Agustina Geremias.....225

Entrevista: Oncofertilidad

Paula Abelaíra.....275

Sobre las autoras.....295

Las manos de la madre de Turín aferran las de su hijo colgando en el vacío. Es una metáfora del Otro que responde al grito de la vida no dejándola caer en la insignificancia, sino ofreciéndole sostén sin el cual se precipitaría al vacío. (...) la resistencia silenciosa, el ofrecimiento de las propias manos desnudas, la obstinación en no dejar a la vida sola y sin esperanza, el regalo de una presencia que no se desvanece. (...) las manos que salvan del precipicio de la falta de sentido. (...) Ese sigue siendo para mí el primer rostro de la maternidad destinada a resistir a los cambios de los tiempos y a todas las transformaciones de la familia.

Massimo Recalcati (2018)

Las manos de la madre. Deseo, fantasmas y herencia de lo materno.

Introducción

El avance científico-tecnológico, al que asistimos en el último tiempo, interpela con premura los paradigmas vigentes. Sale a su cruce rápidamente —aunque necesariamente

tarde— el discurso jurídico y las regulaciones necesarias en las que debe trabajar. En este contexto, el escenario específico de la reproducción humana asistida suele estar invadido por la técnica, donde los debates ético-legales intentan apuntalar la práctica médica. Pero, frente a la pretensión totalizante del universo normativo, la dimensión clínica se asentará en una lógica de lo singular.

Entendemos que son muchas las personas que bajo diversas circunstancias deben recurrir a la reproducción asistida. Desde la lógica capitalista en la que vivimos, se piensa en cómo poder lograr esos embarazos a través de la técnica y las posibilidades que ofrece la ciencia, pero, en este camino universalista, múltiples historias y situaciones quedan silenciadas.

En este libro, proponemos abordar los sujetos detrás de las patologías, imposibilidades para concebir y las respuestas, cada vez más complejas, que el campo médico-científico ofrece para focalizarnos en el acceso a las parentalidades y su incidencia en la subjetividad. Esto no se dará sin sus dificultades: el lugar del analista es un lugar incómodo para el discurso médico-hegemónico ya que no centra su objetivo en la “adherencia” del paciente al tratamiento. El rol del analista posibilita que

se pongan en valor los aspectos subjetivos de cada historia, y se presenta, en este ámbito particular, como articulador discursivo que habilita que la interrelación disciplinar que requiere el campo no olvide que trata con sujetos en los que su deseo se motoriza a veces la búsqueda de un hijo, pero a veces, no.

En este sentido el libro nos permite realizar un recorrido por diferentes historias y configuraciones familiares que se gestan a partir de las posibilidades que brinda la medicina.

En el primer capítulo encontraremos un caso, presentado por Gisela Untoiglich, sobre un niño de 8 años concebido a través de ovodonación que presenta síntomas de trastornos atencionales. Es gracias a la escucha e insistencia de la analista, que se pueden vincular estos síntomas al secreto sobre su origen, que pesa en los padres como algo no tramitado. Este caso, nos enfrenta con las preguntas que conmueven a los padres al haber concebido con material genético donado: ¿cuándo y cómo decir algo sobre el origen de ese niño? ¿Es una alternativa esperar su pregunta?

En el siguiente capítulo, Patricia Alkolombre nos relata el derrotero para concebir de una pareja heterosexual. La medicina reproductiva ofrece soluciones médicas para todo

tipo de problemas, incluso para la ESCA que no tiene causas biológicas identificables. Estas soluciones, que desde la lógica generalista, acaban silenciando el padecimiento subjetivo.

Luego encontraremos el caso de una mujer que desea tener un hijo, para lo cual debe recurrir a la donación de gametos y, al quedar embarazada, se siente habitada por algo extraño. Alicia Monserrat nos invita a pensar esta hiancia que se abre entre la operatoria médica sobre un cuerpo —el biológico— y la anidación de un cuerpo en el cuerpo-simbólico de la mujer devenida madre.

Angélica Córdova y Elizabeth Ormart analizan un caso de infertilidad secundaria, donde una mujer decide consultar luego de perder tres embarazos. Estas pérdidas le permitirán poner en palabras otras, abriendo camino a un especial y reservado vínculo con su cuerpo.

Silvia Pugliese nos ofrece un material complejo, a partir del cual la madre de un adolescente hace de la donación de semen para la concepción de su hijo una bandera para rebajar al padre en su función.

A continuación, María Angélica Córdova nos relata el recorrido de una pareja de edad avanzada que tras varios intentos “fallidos”

en reproducción asistida intenta construirse como ma/padres. Finalmente, hallando nuevos y singulares modos de lograrlo.

Flavia Navés se refiere al caso de una mujer que comienza una serie de entrevistas de evaluación psicológica, previas al proceso de “gestar para otros”, a partir de lo cual logra interrogarse acerca de su cuerpo y lugar de gestante en este proceso. Estas preguntas la conducirán a repensar su decisión.

Carolina Pesino, por su parte, aporta el caso de una madre soltera por elección. Esta viñeta muestra la presencia de una división entre su demanda a la medicina reproductiva y su propia historia en el relato familiar como hija desaparecida. ¿El anhelo de un hijo es un modo de buscar el origen silenciado en su propia historia?

Nos encontramos con los deseos que anidan en las madres gestantes, las fantasías que acunan a sus hijxs por venir, y aquello que las motoriza de cara al encuentro con la niña o niño deseado. El encuentro con un/a hijo/a, es siempre fallido, incluye el desencuentro y demanda un acto de adopción simbólica. El embarazo suele ser una etapa marcada por este proceso de investimento libidinal del cachorro humano, que carga con la prehistoria de su origen. En los talleres brindados por

la práctica profesional 824, dilucidados seguidamente por Marañón, Ormart y Pasquali, se hicieron presente estas historias. En una de ellas se escucha la posibilidad de elaboración de un duelo no resuelto por la práctica de un aborto inscripto en el significante “vida” de la hija por venir.

Magdalena Novatti comparte el caso de una mujer trans que atraviesa un análisis interrogando su identificación al género femenino. A partir de esto, alivia su padecimiento cuando se le brinda la posibilidad de buscar el acceso a la maternidad con una amiga, aportando su esperma.

Por último, la gestación de este libro es producto del trabajo académico realizado en la investigación UBACYT y la tarea docente en la práctica profesional 824, donde las compiladoras reforzamos nuestro interés en la transmisión de las vicisitudes que presentan estos escenarios, que introducen una novedad respecto de los contenidos de la formación tradicional de grado. Es por ello que añadimos un anexo de entrevistas y viñetas que pensamos como un recursero o material de trabajo para los y las alumnas que realizan nuestra práctica. Este anexo refuerza el carácter de transmisión con el que fue pensado el libro.

Pensar lo impensado, pensar lo impensable.

*El día que le revelemos La
Verdad sobre su origen*

Dra. Gisela Untoiglich

“Pero la pregunta sigue en pie: ¿qué es pensar? ¿Re-flexionar, comunicar, diferir, crear conceptos, interpretar, producir sentido, deconstruir, criticar? ¿Ir, y dejarse ir, hacia lo Otro, la impropiedad, la alteridad, la exterioridad, el Afuera? (...) ¿O pensar es ejercer la impertinencia, problematizar (...)? (...) ¿O pensar es pensar lo impensado, lo impensable? (...) ¿Quizá, por eso, pensar (y estaríamos tanto salvados como perdidos) es más bien ir al encuentro de lo desconocido?”

Rubén Ríos, 2016.

Una viñeta clínica

Los padres de Martín (8 años) llegan a la consulta luego de haber atravesado distintas terapias individuales, de pareja, orientación a padres y con el niño, debido a los distintos desafíos que su hijo les fue presentando a lo largo de su crianza.

Están agobiados de contar más o menos siempre las mismas cosas. En este momento, puntualmente, la consulta se debe a que Martín se niega a ir a la escuela, grita, patatea, arma escenas en la casa, en el auto, en la puerta del colegio, dentro de la escuela. Dice que él no tiene nada para aprender, que ningún adulto le puede enseñar nada, que nadie lo entiende, que nadie lo puede ayudar, que él no puede prestar atención en la escuela porque todo lo aburre. Por otra parte, es un chico curioso, inteligente, pero hay algo en el saber que lo inhibe, lo angustia. Llama la atención lo poco que confía en los adultos.

En su último tratamiento psicoterapéutico había sido diagnosticado de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) y se había propuesto medicarlo con Metilfenidato y Risperdal, cuestión con la que los padres no acordaron y por eso decidieron un cambio de enfoque terapéutico.

Indago acerca de la historia del niño, la cuentan rápido, cansados, transmitiendo que no había nada significativo allí. Estuvieron muchos años casados hasta que nació Martín. Niño muy deseado, hijo muy buscado al que le han dado “todo”. Pasan titulares. Vuelvo a preguntar. Tuvieron que hacer muchos tratamientos hasta que finalmente lograron tener a Martín. Vuelvo a profundizar: ¿con qué tratamiento lograron concebir a Martín? La mamá responde rapidito y pasa a otro tema: por ovodonación.

Les consulto si el niño sabía algo de esto y dicen que no, se sorprenden ante mi pregunta. Interrogo si alguna vez habían mencionado esto con algún terapeuta y dicen que nunca les pareció relevante, que no lo habían pensado, que era un tema del pasado que ellos preferían no recordar porque les hacía rememorar todas las penurias que habían pasado para poder llevar a término el embarazo. Indago si alguien sabía de esto y dicen que no, porque no querían que la familia o amigos lo supieran y se les escape algo delante de Martín.

Atravesaron todo el proceso en soledad, sin poder confiar en nadie. No tenían intenciones de mentir sobre el tema, si Martín preguntaba le iban a contar, pero entre tantas

dificultades que se les presentaban en la crianza, nunca consideraron que estaban dadas las condiciones para “revelarle La Verdad acerca de su origen”.

¿Cómo pensar lo impensado?

Quisiera trazar una serie de interrogantes para ir recorriendo. El primero es: ¿Bajo qué circunstancias, siendo hijo o hija de una pareja heterosexual, un niño o una niña preguntarían si fueron concebidos por ovo o espermodonación? Planteo esta cuestión ya que se escucha decir tanto a profesionales de la salud como otras personas, que los padres tienen que contar cuando el chico pregunte. ¿Pregunte qué? Ningún niño o niña interroga sobre lo que no están habilitados a indagar, ningún hijo o hija investiga lo que haría tambalear la estructura parental. Ubicar la responsabilidad de su propia historización al niño o a la niña es un grave error, es cargarlos con un peso muy difícil de transportar que conlleva consecuencias en sus modos de vincularse con los padres, con los otros, con el conocimiento, con la verdad.

¿Cómo pensar lo impensado? ¿Cómo pensar aquello que no tiene significantes en la historia, aquello que está silenciado, aquello que no está habilitado a pensarse? No se trata

de una mentira, se trata de lo no dicho, de un hueco en la historia, de un agujero negro en el centro de la subjetividad que se va tragando todo a su alrededor. Se trata de modalidades vinculares a predominio de lo silenciado, de lo desligado.

Freud, ya en 1908, escribió sobre las teorías sexuales infantiles, hacía referencia a que:

“Si el niño no está ya demasiado amedrentado, tarde o temprano emprenderá el camino más próximo y demandará una respuesta a sus padres o a las personas encargadas de su crianza, que para él significan la fuente del saber. Pero ese camino fracasa. Recibe una respuesta evasiva, o una reprimenda por su apetito de saber, o lo despachan con alguna información de cuño mitológico (...) A partir de este primer engaño y rechazo alimentan desconfianza hacia los adultos, adquieren la vislumbre de algo prohibido que los «grandes» desean mantenerles en reserva y por eso rodean de secreto sus ulteriores investigaciones. Pero así han vivido también la primera ocasión de un «conflicto psíquico», pues unas opiniones por las que sienten una predilección pulsional, pero no son «correctas» para los grandes, entran

en oposición con otras sustentadas por la autoridad de los grandes pero que a ellos mismos no les resultan gratas. Desde este conflicto psíquico puede desenvolverse pronto una «escisión psíquica». (pp. 190-191)

¿Cómo se anudan las marcas de lo silenciado a lo largo de la historia? No se trata solo de lo no dicho al hijo o la hija, sino que esto está relacionado con lo no elaborado de cada una de las historias parentales en relación a sus propios sufrimientos y angustias y, del lado del niño/a, al conflicto psíquico que se genera ante un saber que no debe ser sabido, lo cual inevitablemente produce una escisión en el aparato psíquico.

Sin embargo, no existe una eficacia absoluta del engaño o del ocultamiento. Nos encontraremos en esas historias con duelos no elaborados, marcas de un dolor no tramitado que se transmite en su imposibilidad de ser simbolizado. Nunca estamos ante la presencia de un único tema silenciado, por lo general, cuando tiramos del hilo de las temáticas silenciadas, nos sorprendemos con cuántas cosas podría haber guardadas en esta caja de Pandora.

Como expresa M. Fariña (2001), la donación de gametos solo representa un dato genético acerca del origen de ese hijo, pero, a condición de que los padres puedan ubicarlo en ese lugar. Cuando lo niegan, lo ocultan o lo desconocen pueden otorgarle un “valor patógeno” a una situación que no necesariamente debía ser patológica. En este contexto es muy difícil constituir lo que Winnicott (1963) denomina como “la confianza básica”. ¿Cómo confiar en los adultos si aquellos que tienen que garantizar sostén, mienten u ocultan?

Cuando el niño interroga a sus padres por su origen, no le interesa tanto recibir una lección de anatomía, sino saber acerca del deseo que habitó a los padres para su advenimiento. Pero si la pregunta no está habilitada y no puede indagar acerca del deseo de sus padres, lo que, en muchas ocasiones, desvitaliza su propio deseo.

Para construir un cachorro humano en un laboratorio se necesita el material genético apropiado que puede provenir de distintas personas, para que ese cachorro devenga sujeto, un deseo no anónimo tendrá que jugarse allí, anudándose en un entramado subjetivante que habilite las posibilidades de simbolizar la propia historia (Untoiglich, 2017).

¿Cómo se construye “la novela familiar” de los niños que nacen por Tratamiento de Reproducción Humana Asistida (TRHA)?

Cuando Freud escribe el texto “La novela familiar de los neuróticos” en 1909, obviamente no existía ninguna técnica de Reproducción Asistida por donación de gametos, con lo cual la fórmula jurídica que cita allí «*pater semper incertus est*», mientras que la madre es «*certissima*» (Freud, 1909, p. 209) era incuestionable. Sin embargo, a esta altura de los avances tecnológicos en cuanto a fecundación asistida, todo supuesto puede transformarse en incierto. Por otra parte, es cierto que es preciso distinguir madre y padre, de donante de gametos.

El Código Civil y Comercial argentino (2015) en su artículo 562 define que se entiende por “voluntad procreacional” a la decisión de querer llevar adelante un proyecto parental que puede ser en soledad o en el marco de una pareja (sin importar su orientación sexual) y que a partir de enunciar esa voluntad esas personas serán los padres, madres del hijo/a concebido por la técnica que fuere. Luego se subraya que el o la donante de gametos no tiene ningún vínculo filial con el nacido. Es

decir, no tiene ninguna responsabilidad futura por ese niño/a, ni tampoco puede solicitar ningún reconocimiento vincular. Tampoco el hijo/a producto de esa donación de gametos puede solicitarle al donante filiación. A partir de esto podemos plantear que para la situación de TRHA no existe el concepto de “madre o padre biológicos”, en cambio hablamos de donantes anónimos, por un lado, y de adultos que se transforman en madres y/o padres a partir de haber expresado su voluntad procreacional, por otro lado.

A su vez, en los artículos 563 y 564 de dicho Código, se plantea el derecho a la información de las personas nacidas por TRHA y dispone que la información relativa a que la persona ha nacido por el uso de técnicas de reproducción humana asistida con gametos de un tercero debe constar en el correspondiente legajo base para la inscripción del nacimiento y que, eventualmente a petición de las mismas, se podrá: a) obtener del centro de Salud interviniente información relativa a datos médicos del donante, cuando es relevante para la salud; b) revelar la identidad del donante, por razones debidamente fundadas, evaluadas por la autoridad judicial por el procedimiento más breve que prevea la ley local.

Asimismo, en el artículo 588, se indica que, en los nacimientos por técnicas de reproducción humana asistida, la falta de vínculo genético no puede invocarse para impugnar la maternidad o paternidad si ha mediado consentimiento previo, informado y libre (Rodríguez Iturburu, M., 2016).

¿Cómo edifica un niño la novela familiar acerca de su origen cuando está veado investigar? Con frecuencia los padres argumentan que no han hablado aún con sus hijos, porque los niños son pequeños para entender la complejidad de la información. Sin embargo, la mayoría de las veces esto encubre la propia preservación de la angustia que, inconscientemente, los padres realizan.

Si bien los centros en los cuales se realizan los TRHA se ocupan, en su mayoría, de comunicar a los padres que es necesario que informen a sus hijos sobre las condiciones de su concepción —y la generalidad de los padres, en un comienzo, acuerdan con hacerlo—, se desprende de distintas investigaciones, que es un porcentaje ínfimo de padres los que concretamente lo hacen. Esto, por otra parte, colisiona con el derecho a la identidad y a conocer el origen.

En realidad, como bien señalan Maier, T.; González Plá, A. y Fariña, M. (2017), se trata de un derecho a la información, ya que

el origen genético no alcanza a toda la identidad de una persona, sino a un dato específico, que será eso, solo un dato específico cuando el mismo está enunciado, pero cuando esto no está explicitado, y más aún, esté silenciado, ocasiona un enorme gasto psíquico para el niño/a, dejando absolutamente capturada su atención en entender lo que sucede en su entorno familiar. De hecho, el diagnóstico de Martín antes de que consulten conmigo había sido de TDAH y TOD.

En mi investigación doctoral sobre niños desatentos e hiperactivos (UBACyT 2003 – 2007) partí de la idea que no existen niños absolutamente desatentos, sino que se trata de niños desatentos a lo que los adultos esperan que atiendan, y que nuestro trabajo es indagar a qué están atentos esos niños desatentos a lo escolar.

Un hallazgo significativo de dicha investigación es que, en muchas de las historias analizadas, la atención está capturada en entender cuestiones no tramitadas de la historia familiar. No se trata de situaciones pretéritas sepultadas, sino de un pasado que se actualiza constantemente, al no estar habilitadas las posibilidades de interrogar y tramitar simbólicamente los acontecimientos. Pueden ser cuestiones ligadas al origen, pérdidas no simbolizadas, duelos no elabora-

dos, violencias y abusos que no tienen palabra que los nombre, y muchas otras temáticas que de algún modo sobrevuelan sin mediar palabra en el presente familiar. La cuestión no es tan solo los contenidos de las historias, sino un mensaje paradójico de atender a lo escolar sin entender aquello que desde su silencio hace ruido permanentemente en el contexto familiar. ¿Cómo se atiende a los contenidos escolares cuándo está vedada la posibilidad de indagar sobre la propia historia, sobre los vínculos? (Untoiglich, G., 2011).

Por otra parte, con respecto a los niños nacidos por medio de TRHA existe una idea generalizada de que se trata de “el día que le revelamos La Verdad sobre su origen”. Sin embargo, algunos consideramos que el modo en que fue concebido el niño tiene que formar parte de la narrativa familiar acerca de los orígenes desde un inicio. Si esto ocurre así, no habrá un día único y especial en el cual se “revele la verdad”, sino que formará parte de la novela familiar y sus modos particulares de construir esta familia. Los niños y niñas suelen transitar estos temas con mucha más liviandad de lo que lo hacen los adultos.

En la investigación que llevaron adelante Rivas y Jociles (2016) encontraron que las familias se dividen entre aquellas que no pien-

san revelar la cuestión del origen, las que están esperando “el momento adecuado” y aquellas que plantean “una conversación continuamente inacabada”. Estas últimas incluyen la temática en su cotidianeidad, lo que posibilita que los interrogantes se vayan desplegando a medida que el niño/a va sintiendo la necesidad de hacerlo en un entorno en el cual hablar, indagar, cuestionar, no son vividos como amenazantes. Claro que también puede suceder que los diferentes ámbitos por los que los niños y las niñas transcurren sus vidas, por ejemplo, las escuelas, no estén preparados para acompañar el relato de estos niños.

Una docente de sala de cinco años le propone a su grupo una actividad aparentemente sencilla y cotidiana, les solicita a los niños y niñas que indaguen acerca de cómo y cuándo cada familia decidió ponerle su nombre y compartan su historia al otro día. Los pequeños van relatando en ronda sus historias más o menos comunes, hasta que le llega el turno a Juan que dice muy relajadamente: “mi mamá me contó que el día que estaba llevando el frasquito del banco al consultorio del médico para poder tenerme, se le ocurrió que Juan podía ser un lindo nombre”. Claro, ahí nomás, el grupo de niños curiosos empezó a interrogar: ¿Qué banco? ¿Qué consultorio? ¿Y quién es tu papá? Luego del “Nervocalm” que se tomó la

maestra, de la supervisión que realizamos y de conversar con la madre de Juan, se abordó la temática de los diferentes modos de construir familias, con el grupo de niños y niñas.

Trabajar desde la Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas, como conceptualización que atraviesa todo el programa escolar y no un punto específico de una currícula, para la cual casi nunca hay tiempo, posibilita construir desde la diversidad, entender y alojar los diferentes modos de ser, de estar, de amar, de desear y muchas veces ayuda a las familias a abrir temáticas que de otro modo no les hubiese sido posible.

Volviendo a la clínica

Martín estaba desatento y no paraba de moverse, se oponía a los adultos, los desafiaba, pero ¿eran estas causas o consecuencias de lo que le sucedía?

La clínica actual en la cual los diagnósticos se realizan por sumatoria de conductas observables, de modos absolutamente apresurados, sin escuchar a los sujetos, ni profundizar en sus historias de vida, con frecuencia patologiza y medicaliza las infancias transformando en problemas médicos y habilitando intervenciones medicamentosas

que, muchas veces, nos hace perder oportunidades fundamentales en los procesos de subjetivación y en la posibilidad de intervenir sobre esos modos vinculares que pueden estar ocasionando distintos sufrimientos.

¿Qué habría sucedido en la vida de Martín si sus padres hubiesen aceptado dócilmente el etiquetamiento y la consiguiente intervención medicamentosa?

Trabajé varios meses con los padres, alojé sus angustias, temores, fantasmas acerca de lo que suponían que sucedería familiarmente el día que hablaran con su hijo. Llamativamente, el padre estaba mucho más temeroso que la madre, era a él a quien le rondaban los fantasmas de que todo se iba a desmoronar a partir de revelarle “La Verdad”. Surgen, entonces, varias asociaciones con momentos de su infancia en los que se sintió solo, temeroso, sin poder hablar con nadie, habiendo descubierto secretos de su familia de los cuales no se podía indagar. Por eso no se trata de empujar a ningún padre o madre a hacer algo para lo cual no está listo aún, no se trata de dar directivas que tranquilicen conciencias, sino de adentrarse en las historias para poder entender, pero sobre todo para que los padres y madres puedan comprender su implicación en la misma, por qué sostienen ciertos silenciamientos y

cómo a menudo esto está ligado a modalidades familiares que atraviesan distintas generaciones. Como lo expresan Davoine y Gaudilliere (2011) “lo que no se puede decir, no se puede callar” y estos agujeros representacionales se transmiten transgeneracionalmente, a menos que los mismos puedan tener un tiempo y un espacio para ser elaborados.

Finalmente, cuando ellos se sintieron listos, se sentaron a hablar con Martín. Le hablaron de su deseo, de sus reiteradas frustraciones y desesperanzas, de sus miedos de nunca concretar el sueño de tener un hijo, de sus apuestas y de la confianza en los profesionales que los acompañaron. Le explicaron el método que utilizaron en su concepción. Fueron varias conversaciones en las que de a poco, y ahora sí, a partir de las preguntas del niño, fueron contando detalles, aportando cada vez más información.

Martín, paulatinamente, comienza a relajarse, a enlazarse de otros modos con los adultos, a poder pedir ayuda ante situaciones que lo desbordan, a hablar de sus enojos, frustraciones y miedos.

En el trabajo psicoanalítico se trata de habilitar la escucha, alojar los miedos, desplegar angustias para poder, de a poco, armar trama, construir nuevos sentidos que abran a lo desconocido por-venir.

Bibliografía

- Davoine, F. y Gaudillière JM. (2011) *Historia y trauma: la locura de las guerras*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2011.
- Fariña, J.M., (2001) *La inseminación artificial con donante: un comentario en torno a la noche transfigurada*. En La encrucijada de la filiación Fariña, J.M y Gutiérrez, C. (comp). Lumen Humanitas: Argentina.
- Freud, S., (1908) *Sobre las teorías sexuales infantiles*. En Obras completas Tomo IX. Amorrortu, ediciones, 1991.
- Freud, S., (1909) *La novela familiar de los neuróticos*. En Obras completas Tomo IX. Amorrortu, ediciones, 1991.
- Maier, T.; González Plá, A. y Fariña, M. (2017) *La comunicación sobre el origen: las decisiones intrafamiliares de niños concebidos mediante ovodonación*. En Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología II Congreso Internacional de Psicología – V Congreso Nacional de Psicología “Ciencia y Profesión” Año 2017, Vol. 3 N° 2 59-77. Accesible el 10 de abril de 2021 Disponible en www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp

- Rivas, AM. y Jociles, MI. (2016) *La revelación de los orígenes según los modelos familiares: el caso de la donación de gametos*. Accesible el 10 de abril de 2021, disponible en <https://b.se-todo.com/literatura/15607/index.html>
- Rodríguez Iturburu, M. (2016) *Filiación derivada de las técnicas de reproducción humana en el CCyCN*. Accesible el 10 de abril de 2021, disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/filiacion-derivada-de-las-tecnicas-de-reproduccion-humana-en-el-ccycn>
- Untoiglich, G. (2017) *Don-antes anónimos, deseos no anónimos. En Infancias. Entre espectros y trastornos. Stavchasky y Untoiglich (autoras)*. Editorial Paradiso, México.
- Untoiglich, G., (2011) *Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica de la desatención y la hiperactividad*. Editorial: Noveduc Buenos Aires.
- Winnicott, D., (1963) *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós editorial: Buenos Aires (2013).

Un caso de esterilidad enigmática.

Los efectos de un duelo patológico

Patricia Alkolombre¹

Introducción

En este encuentro voy a presentar un caso de esterilidad enigmática de una pareja y los efectos de un duelo patológico de uno de sus integrantes. Muchas veces estas consultas llegan cuando el médico considera que ha “fracasado” la medicina, es decir, cuando no se puede resolver la consulta de una pareja desde el punto de vista biológico. También es muy común, y en este caso también sucede, que el encuentro con un psicoanalista es, ni más ni menos que el primer acercamiento con la terapia analítica.

En este sentido, la consulta no es por una motivación propia, sino que se produce una demanda invertida en la cual los pacientes

son derivados por el médico tratante. En este contexto es el analista quien posee el deseo de escucharlos, pero no son los pacientes quienes demandan esa escucha. Como sucede con el caso que vamos a compartir de Paula y Martín.

Paula y Martín

Paula tiene 34 años y Martín 36. Consultan tras años de intentar embarazarse. Ya tenían hechos los estudios médicos y habían realizado varias fertilizaciones in vitro, sin éxito. Deciden realizar un cambio de médico y este, en la primera consulta les sugiere la interconsulta psicológica, y decide realizar una modificación en el tratamiento de fertilidad. Recomienda recurrir a la inseminación, ya que considera que no existe causa orgánica que pueda justificar la infertilidad, lo que se llama en Francia la infertilidad enigmática o aquí esterilidad sin causa aparente (ESCA), llamada así porque los elementos que hacen al psiquismo son también, en este caso, una causa.

Ellos llegan a la consulta porque quieren “agotar todos los recursos”, “hacer todo lo necesario”. Traen con ellos una carpeta

con todos los estudios realizados y en el consultorio van desarrollando el devenir de esos tratamientos.

Yo suelo preguntar si ha habido embarazos previos, de alguna otra etapa de la vida, por ejemplo, la adolescencia. Suele pasar que quizás los ha habido y se interrumpieron o finalizaron con abortos provocados. También se pregunta por sus padres, si hubo embarazos previos en los padres además de los que comentan al mencionar el árbol genealógico.

La pareja va comentando una cronología de hechos. Durante una sesión Paula refiere: “Ayer me hice la intrauterina, así que ya esta semana estoy tranqui. El único tema es que ya estoy cansada de tanto pincharme. Pero sé que no me queda otra. Martín este mes intentó y él me dio las inyecciones”.

Durante las sesiones la pareja solía trabajar temas concretos, más bien evacuativos, todas las vicisitudes por las que estaban pasando. Pero por momentos Paula menciona un elemento significativo. El papá de Paula había fallecido unos meses antes de la boda de la pareja. En principio, Paula alude al fallecimiento de su padre, pero luego se corrige y menciona el suicidio del padre.

Martín durante las sesiones refiere lo siguiente: “Estamos más avanzados, pero entramos ya en la recta final, después de esto ya no tenemos más nada. Por ahora tendremos que continuar con “in vitro” o luego como algo muy lejano, la adopción. Pero el hecho de estar sanos y seguir, seguir y seguir... yo pienso que va a llegar un momento en el que nos vamos a cansar. Va a llegar a la saturación. Y vamos a decir ‘hicimos tanto que ya no queremos hacer más nada’”.

Paula lo interrumpe y dice: “Todos los meses, tenés lo mismo. De acá a 28 días vas a empezar de nuevo. Ya lo tomás como costumbre”. A lo que Martín responde: “Sí, es una rueda, todos los meses sigue, termina y comienza otra. Por el momento lo vemos así”.

Las intervenciones solían ser preguntas para acercarlos a vincular sus dichos con sus vivencias o afectos. Martín solía tomar un rol activo, y a veces el discurso tomaba tintes emocionales y se alejaban un poco de los estudios, pero siempre estaban presentes resistencias que se expresaban a través de un lenguaje despojado de afecto volviendo rápidamente al relato de los tratamientos, a los pinchazos, a los papeles que tenían o les faltaban.

Al avanzar en el análisis comienzan a aparecer algunos datos del suicidio de padre de Paula, como cuando se hunde un barco y en la orilla de la costa comienzan a aparecer trozos o restos de ese naufragio. Los invade un silencio compartido, de los dos. Y fui entendiendo que eso era un modo de protegerse, un modo de huir de una escena que para ellos había sido muy traumática.

Llegan tarde a una sesión, y al entrar Paula dice “venía manejando y él me decía, metete porque si vos frenás, se te meten todos”. Y esto sirve un tanto para trabajar que en la imposibilidad de frenar, en esta modalidad evacuativa, radica la defensa a que se metan todos, yo tomo esto como un rasgo transferencial. Me pregunto “¿Se meten qué? ¿Todos los dolores juntos?” El dolor de la infertilidad, el dolor de la pérdida del padre.

Tampoco se detienen en las sesiones, es difícil entrar en esa circulación de pensamientos, despojados de afectos. Un día les pregunté si creían que la experiencia de buscar un hijo los modificó en algo respecto a cómo eran ellos antes. Martín me dice, “no, no nos modificó en nada”. Paula ratifica, “no, no nos modificó en nada. Siempre fuimos compañeros, así que cuando uno va para abajo el otro trata de levantar”. Martín agrega, “no, no trajo problemas, no produjo desgastes”.

Esto se repite. De todas maneras, es una pareja que viene a análisis, que tiene posibilidad de conversar, de contención en relación a lo que estaban viviendo. Y, yo digo, de mentalizar, de poner en palabras de algún modo esto que les pasa.

Más adelante en el análisis Paula dice que su padre era un hombre de carácter fuerte y reacciones imprevisibles. En este punto, vuelvo a preguntar por el motivo de consulta: “¿Alguna vez pensaron este tema asociado con algo?” Refiriéndome a la dificultad para tener hijos. A veces uno asocia algunos temas en relación con otros, aunque parezca extraño, tal vez tenga que ver con esta dificultad para tener hijos.

Paula dice que “a mí todos me dicen que el tema de mi papá es algo que por ahí me afectó indirectamente”. Entonces, yo le pregunto: “¿Es algo que te dicen o que vos pensas?” Y ella responde “Yo no sé si es o no es. Martín miles de veces me lo dijo, mi mamá también. Me dicen, vos por el tema de papá, seguro que tenés algo. En el momento en que mi papá falleció, digo se suicidó, yo no reaccionaba, no tomé la situación, no entré a verlo”.

Este es un momento bisagra en el análisis. En contratransferencia, sentí mucha sorpresa por la naturalidad en que lo dijo. Y porque nunca, en todas las entrevistas anteriores, había aparecido el tema del padre con relación a un suicidio.

Martín siguió diciendo luego: “El tema es por qué lo hizo. Fue una venganza contra nuestro casamiento.” Repito como un eco la palabra: “¿Venganza?”. Martín siguió la conversación: “Él decía que para nuestro casamiento no iba a estar. No sé si ella lo tomó. No sé.” En este momento a él le cuesta formar las palabras, vacila y sigue hablando: “Lo que no sé es cómo tomó ella lo que él le decía. Que nosotros nos estábamos ocupando mucho de lo nuestro, y que a él lo estábamos dejando de lado. Que no nos importaba lo que a él le estaba pasando”.

Después de una pausa, siguió: “Él estaba deprimido, y nosotros ocupándonos de todos los preparativos para nuestro casamiento.” Y Paula agrega: “Mamá me decía ‘pero ¿vamos a hacer la fiesta?’ Y yo le decía ‘vamos a hacer la fiesta igual’, y ella insistía ‘¿vamos a poner música? ¿Vamos a bailar?’”.

Siguiendo estas ideas de Paula, frente a este padre deprimido y celoso de que su hija se iba a casar, las preguntas son: ¿vamos a vivir? ¿Vamos a tener hijos? ¿Nos vamos a detener a pensar en nosotros?

Martín en esa sesión encarna la nostalgia. “¡Cómo nos hubiera ayudado el papá de ella si estuviera!” El suicidio de este padre cristaliza una escena donde queda por un lado un hombre fuerte, pero también temido, de reacciones imprevisibles.

Paula dice “yo le tenía terror a mi padre. Cuando se enojaba podía llegar a ser muy violento”. El despliegue doloroso y difícil de este duelo permitió, que al cabo de un tiempo Paula llegue con la noticia de un embarazo. Ya no había que seguir velando a este padre ausente.

A partir de esta sesión se trabajó muchísimo el despliegue del duelo, poder poner palabras, darle lugar y alojar a una culpa imposible, a un dolor indecible. A un padre con una salud mental extraviada, un padre enfermo y que, a la vez, dentro de la familia, era alguien fuerte, y para el afuera un profesional muy respetado.

Y en este caso de ESCA, desde mi punto de vista es que el hijo imaginario sustituye al objeto perdido, que es el padre. El hijo no llega,

porque su espacio está inmerso en una lógica depresiva que implica la pregunta “¿vamos a seguir viviendo?” Sobre todo, porque el padre lo había explicitado.

Debate y derivas teóricas sobre el caso

Pregunta 1: ¿Ellos en algún momento asociaron, o reconocieron que la ESCA venía por el lado del duelo no realizado o recibieron el embarazo como una coincidencia?

Respuesta: En realidad, como en otros análisis, hay algunos puntos de inflexión. Y esta sesión en la que ella habla con tanta naturalidad, como si la última sesión hubiéramos estado hablando de esto, y no, habían pasado meses de tratamiento, inseminaciones, consultas médicas. Creo que algo en el trabajo elaborativo y el trabajo con las resistencias, fue muy importante. Fundamentalmente tener en cuenta el Superyó. No violentar. Es decir, acompañar el trabajo elaborativo hasta que los pacientes estén en condiciones de poder hablar. Porque en infertilidad se cabalga la emergencia, porque el mes que viene le hacen la inseminación o en dos meses tiene

una Fertilización In Vitro (FIV) o una Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). En este caso, llevó un poco más de tiempo, pero lo fundamental también fue que el médico tenía incorporada la interdisciplina, a veces esto no se da.

»El proceso dio lugar a que se abriera una puerta, tal vez hasta que ellos no se sintieran habilitados no podían darle lugar a todo aquello que les ocurría. La transferencia fue habilitando ese lugar. Yo creo que ese padre les tiró su cadáver encima. Él les dice, “¿Ustedes se van a casar? Yo estoy mal”.

Pregunta 2: Estás pensando el Superyó más en la línea del goce que en la línea edípica, ¿no?

Respuesta: Sí. Más tanática. Sin excluir lo otro, pero más como sujetar al Superyó. Claramente hay una cuestión edípica, y en este caso hay un padre estrangante. Un padre que le impide crecer, que le prohíbe salir de sus fauces. Se mata, y de algún modo a través de la culpa que genera le impide ser fértil. La deja sujeta a él, a un objeto de amor ausente por el suicidio, y no puede acceder a su propio deseo.

Pregunta 3: Otro punto interesante es cuando mencionás “La rueda” que comenzaba cada 28 días. Donde los pacientes mismos daban por sentado que se iban a encontrar con la falla.

Respuesta: Exacto. Más que rueda, es un tiempo detenido que tiene que ver con el trauma. Yo creo que en estos casos es más fácil trabajar con duelos que tienen que ver claramente con una pérdida. Porque uno puede trabajar el vínculo al objeto de amor. El amor por el padre, el terror por el padre. Esto fue por supuesto un recorte. Pero se trabajó mucho en esa ligazón. La Rueda es más bien, de pedalear en el vacío.

»Esta pareja realizó muchos tratamientos de infertilidad. Y uno se pregunta “¿y por qué no embarazaron?” Son jóvenes, sanos. 33 y 35 años...

Pregunta 4: En esta línea, ellos explicitan con la escena del auto, la sesión que llegan tarde, cómo es que se venían manejando. Seguir para adelante, seguir, seguir y que nada se meta en el medio. Porque no se sabe qué puede pasar.

Respuesta: Sí, creo que la idea de un Padre ubicado como prohibiendo crecer, era clara. Y esto hay que recalcarlo. Porque, por lo menos, lo dijo. Otros padres lo transmiten, pero de un modo menos sutil. Puede parecer muy extraño e infantil. Pero, que lo diga, ayudó a que estuviera sobre la mesa.

Pregunta 5: Desde la clínica, en general, siempre se plantea la cuestión del Estrago materno. En este caso, vos hablás del estrago por la vía del padre. ¿Cómo lo pensás?

Respuesta: Lo pienso como un padre que no autoriza a la hija a salir de su dominio. Padre omnipotente. Madre estragante, padre que lanza el mandato de que no se case, de que no continúe con su vida. Un padre que lo quiere todo, que lo pide todo, que lo exige todo. Y evidentemente era una personalidad muy perturbada, que cuando la hija siguió adelante, se mató. Algo impensable.

Pregunta 6: Hay investigaciones que dicen que las personas que se suicidan no lo hacen de un día para otro, sino que piden ayuda. Es más, estadísticamente en los últimos dos o tres meses, suelen acudir a consultas médicas, y esto es leído como cierto pedido de ayuda. Entonces, pienso que cuando

este padre dice “yo estoy mal, yo estoy deprimido” ¿No podría pensarse como un pedido de ayuda? Y de ser así, la culpa ¿podría estar ligada al haber escuchado ese pedido y aun así no haber hecho nada? Lo pienso en la línea de seguir, sin detenerse, a pesar de todo.

Respuesta: Yo creo que Paula no pudo seguir. Su cuerpo no se lo permitió, le dijo que no. Entonces en este punto podríamos hablar de un sentimiento inconsciente de culpa. Y que cuando este sentimiento inconsciente de culpa está ligado a un objeto, es más fácil la elaboración y la resolución. Que es un poco lo que ocurre en este caso. Pero estoy de acuerdo con que este padre da señales. Me da la impresión de que la madre de Paula tampoco ha podido ejercer un corte en esta demanda tanática del padre. Porque, pensemos el lugar de esta madre ¿no? que, en lugar de establecer una interdicción, le pregunta a su hija “San Juan 7,53” Entonces, en esta dinámica familiar, el padre aterrorizaba y nadie podía ponerle un límite a ello. El nivel de demanda era inapelable.

»Considero también que el deseo de Paula y Martín por seguir adelante era muy fuerte. Estuvimos muchos meses hablando,

pero no analizando. Otra pareja en su lugar, asistir a las sesiones, seguir adelante, tal vez no hubiese resistido. Ellos venían desde lejos, de noche porque trabajaban mucho. Con esto quiero hacer ver el esfuerzo, motorizado por el deseo.

»Me viene la imagen de la resiliencia, la metáfora del caballo que van a enterrar, él mueve sus patas para salir y cada vez le tiran más tierra para enterrarlo. Pero toda esa tierra que le tiran le sirve para que él, luego, logre salir. Aplicado al caso, este correr sin detenerse tiene un doble sentido: por un lado, es una huida, pero al mismo tiempo, es una búsqueda. El hecho de que ellos continuaran apostando al análisis es lo que permitió que ese encuentro sucediera.

Pregunta 7: O sea que suponés un deseo genuino de hijo que se encontraba aplastado por el imperativo del padre, que logra liberarse cuando se elabora la pérdida del objeto concreto, que es el padre. Que, a diferencia de la pérdida del hijo imaginario, que como decís vos en tu libro, es un duelo sin muerte, se dificulta más la elaboración psíquica de esa pérdida.

Respuesta: Exactamente. Estamos hablando de una muerte real, que, además, era una causa sumergida, envuelta en mucho dolor que obturaba su deseo de vivir. Ella, cuando ocurre este hecho tan doloroso, no quiere verlo. No quiere ver a su padre muerto de esa forma cruel. Y esta elección es ética. Su deseo resistió más allá del terror.

»Este tratamiento continuó durante todo el embarazo y un tiempo posterior luego de que haya nacido su hijo. Luego se dieron por finalizados los encuentros, aunque considero que sería importante que, quizás, ella continúe trabajando y elaborando todo lo que durante la terapia fue emergiendo.

Pregunta 8: Las parejas que esperan durante tanto tiempo un hijo y lo intentan de tan diversas formas, ¿qué valor viene a tener ese hijo para estas parejas? Uno superlativo. ¿Esto se manifiesta, de alguna forma, en los niños?

Respuesta: Yo creo que depende de la modalidad de la pareja. En algunos casos sí, porque son como... Recuerdo a una paciente que le puso a su hija 'Milagros', porque fue así como lo vivió. No me gusta hacer apreciaciones tan generales, pero considero que para cualquier mujer u hombre que desea tener un

hijo podría ser beneficioso pasar por terapia. Pienso que ello trastoca tantas emociones y construcciones psíquicas tan arcaicas, que, por ahí durante la pareja o el matrimonio, no se ponen en juego o no de esa manera.

»Y si los niños toman un lugar superlativo... va a depender mucho de sus padres. Si hay pareja, si no hay pareja. Si son autónomos o dependen de las familias de origen. La paciente que le pone a su hija Milagros es en quien me baso para describir la pasión de hijo en mi libro. El vínculo se había mantenido igual. La beba estornudaba y se iban corriendo a una guardia, invadía ese vínculo un estado de ansiedad enorme.

»En el caso de Paula y Martín, ellos llevaron muy tranquilos el embarazo. No sé si han tenido más hijos.

Pregunta 10: Patricia, en el caso de Marcela, hacés referencia a la fusión del hijo con la madre y toda la cuestión regresiva que pone en juego las identificaciones primarias, que da lugar a lo que vos llamás “la pasión de hijo”. En un momento mencionás que muchas veces la infertilidad enigmática o la ESCA, funciona como estabilizador psíquico. Para no dar lugar a un desborde de angustia o ansiedad mayor por efecto de concretar el embarazo.

»¿Podría pensarse que, en el caso de Paula y Martín, lo que está en juego es más bien la inhibición del movimiento deseante que se cristaliza en la inhibición de la función reproductora? Lo comento para poner un contrapunto con el caso de Marcela.

Respuesta: Sí. Totalmente de acuerdo. En el caso de Marcela se trata de otra estructura. El hijo ocupa el lugar de objeto único, en este sentido está más ligado a cuestiones primordiales, arcaicas. Paula tenía otro potencial. Ella quería seguir adelante, aunque se enredara todo. Ella tenía instaurada la terceridad, no se trataba tanto de la madre, sino del padre. No he trabajado, en el tiempo que estuve con ella, la función materna, nos atuvimos a elaborar el duelo. Pero me parece muy interesante este contrapunto. La pasión hace al ser. No admite un entre. Es blanco o negro.

Pregunta 11: ¿Qué pensás sobre el acompañamiento durante el embarazo de las familias que recurren a TRHA?

Respuesta: Bueno, yo lo doy por sentado. Nunca lo pongo en duda. Las problemáticas inconscientes con los hijos durante el embarazo no difieren ni se incrementan cuando el hijo nace. Uno puede trabajar

durante el embarazo y después los primeros tiempos, yo creo que es muy importante porque la mujer se construye como madre de ese hijo allí. Y creo que muchas veces los tratamientos son complejos, se vuelven situaciones tan maníacas que es como si se borrara todo lo que pasó. Esto es muy importante, por ejemplo, en la ovodonación se pone en juego de un modo muy fuerte lo que no se puede, la castración.

La reproducción asistida.

*C en la encrucijada de alojar
una ajenidad*

Alicia Monserrat

Todo lo que empieza acaba o se transforma.

J. Wagensberg

A manera de introducción

Aunque actualmente es imposible predecir qué modalidades asumirá la procreación humana a la vista de los avances tecnológicos que se están produciendo en nuestra sociedad, sabemos, pero no tenemos la certeza, que no se puede considerar el embarazo como un proceso natural inmodificable con características eternas.

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

Los avances tecnológicos imparables inciden hoy sobre el cuerpo humano y, en particular, sobre el cuerpo de las mujeres, ya que, por ejemplo, la investigación sobre la esterilidad masculina está menos avanzada. En este sentido, el desarrollo tecnológico se presenta como una medicalización cada vez mayor, no solo del cuerpo, sino también de la vida, de la sexualidad y del deseo.

Es mi propósito en este escrito plantear una reflexión sobre la búsqueda de un deseo de hijo/a, en el que se vivencia la trayectoria desde el pasaje del diagnóstico de infertilidad a la concepción de un hijo por las técnicas de reproducción asistida con donación de óvulo.

Cuando una pareja decide recurrir a las técnicas de fecundación asistida, cuya característica es la disociación entre fecundación y relación sexual, y que requiere la participa-

ción del grupo médico, se producen cambios con sentimientos y sensaciones en cada uno de ellos que dependen de diversos factores como la historia personal o el medio socio-cultural. También están en juego sus deseos inconscientes, con todas las creencias, prejuicios, prohibiciones y anhelos.

La infertilidad y la infecundidad implican aspectos inconscientes y de funcionamiento mental, que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de escuchar todas estas demandas, ya que el deseo manifiesto y consciente de un hijo o de un no-hijo poco dice en sí mismo de los determinantes inconscientes que lo sostienen.

Dejar de lado todos estos aspectos internos no puede sino acabar siendo fuente de problemas y conflictos, sobre todo cuando se propone y se emprende un programa de procreación asistida. En este sentido el desarrollo tecnológico se presenta como una medicalización cada vez mayor, no solo del cuerpo, sino también de la vida, la sexualidad, el deseo. Lo ético es que el hijo sea reconocido como producto del deseo y no de una tecnología médica.

Este vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías reproductivas ha puesto también en cuestión una cantidad de conceptos entre los que figuran en primer término los de mater-

nidad y paternidad, así como los de sexualidad y deseo de hijo. Por sus múltiples causalidades, es un tema digno de ser abordado desde la perspectiva de pensamiento complejo.

La complejidad en el camino de la reproducción asistida

Resulta muy apropiada la siguiente cita para desarrollar la reflexión sobre la necesidad de un pensamiento complejo que pretendo transmitir para abordar esta temática.

Los avances de las biotecnologías de la procreación permiten así intervenir en el engendramiento de niños, sin que seamos capaces de medir los efectos subjetivos y sociales que se originan; de ahí los múltiples interrogantes que surgen y que nos dejan perplejos. Los comités de ética se convierten así en observatorios de la perplejidad, incluso en observatorios de la angustia contemporánea. (Ansermet, 2015, p. 95).

En torno al tema de la investigación en psicoanálisis hay un debate abierto desde hace décadas, que periódicamente se reinstala a partir de momentos transformadores

que provienen de distintos campos del saber y que nos impulsan a revalidar, reafirmar y reformular nuestros fundamentos.

Una perspectiva psicoanalítica, que enriquece la lectura de la problemática planteada de la reproducción asistida, es el paradigma del pensamiento complejo que reside en afrontar el entramado, el juego de inter-retroacciones y la solidaridad entre sí, la incertidumbre y la contradicción. Edgar Morin (1994), señala que a partir de aquí pueden elaborarse conceptos que sean útiles para orientar las indagaciones a resolver en las que debiera emerger el paradigma de la complejidad. Según su tesis habría que reemplazar el paradigma de la disyunción/reducción/unidimensionalización por un paradigma de la distinción/conjunción que permita distinguir sin desarticular o asociar sin identificar o reducir.

El entramado propio de la clínica psicoanalítica, y la intervención en ella, es lo que obliga a una epistemología de la convergencia y no a una de la exclusión, y mucho menos a un pensamiento único o positivista (Bauleo, 1997). Es decir que el investigador-profesional debe reconocer que se halla inmerso en la complejidad para interpretar en el caso de

este trabajo lo que corresponde a los modos de concebir en las parentalidades actuales y parece pertinente preguntarnos ¿de quiénes somos hijos?, y al mismo tiempo ¿cómo queremos y podemos ser padres? Esto traerá sus consecuencias en el terreno de las fantasías de la escena primaria.

En otras palabras, para solventar dificultades en el nivel de la práctica clínica y empleando un enfoque epistemológico general, he priorizado la importancia del analista-investigador como sujeto en proceso, en tanto observador reflexivo, siguiendo el concepto de Devereaux o como portador de un esquema de referencia, según Pichón-Rivière.

Considero que la actual praxis clínica adquiere dimensiones que, más que ser cautivas de un modelo, necesitan ser seguidas en las líneas zigzagueantes que van dibujándose al querer abarcar nuevos objetos (Utrilla, 1994). Creo que es más un momento histórico de distinción y/o articulación conceptual que de exclusión doctrinal o dogmática que llevaría a un pensamiento estereotipado, tan ajeno al poder creador propio del inconsciente.

Desesperada espera.

El caso de C

“La esperanza surge de la espera”, afirma C cuando intenta definir su decisión de retomar la búsqueda de un hijo/a, a través de la reproducción asistida. Según ella es su última oportunidad después de cuatro malos intentos.

Anteriormente, cuando alcanzaba la treintena, había realizado un itinerario analítico de tres años conmigo. En ese momento su pedido de análisis respondía a su malestar por la reciente pérdida de su padre, que la había dejado en un estado depresivo del que le era difícil reponerse. Logra salir de su estancamiento emocional y laboral y consigue un ascenso profesional que le exigía arraigarse en otro país; es por ese motivo que se da por finalizado el encuentro analítico conmigo, con la idea de continuar con otro analista en el destino al que se traslada.

Desde hacía quince años no tenía noticias de ella, hasta que, durante el confinamiento por el covid-19, recibí una llamada suya para retomar el análisis. Y es así como, con una desesperada demanda de “quiero ser madre”, se reanuda el proceso terapéutico.

Su vínculo de pareja había continuado y el proyecto de ser padres estaba consensuado por ambos. Su derrumbe emocional se había precipitado cuando supieron que deberían utilizar un óvulo de una donante. La paciente se sintió infinitamente culpable de haber dejado pasar el tiempo y era presa de la sensación de que algo extraño habitaría su cuerpo. También se interroga por óvulos congelados que no serán utilizados. Los compara con meteoritos sin destino en el sistema solar.

La frustración y el duelo no elaborado por el hijo que aún no ha nacido ocupa la mente de la paciente agravados con la frustración de que ni siquiera el óvulo es suyo, no le dejan espacio para recrear fantasías creativas hacia el hijo por venir. Su desilusión se ha visto invadida por la indicación de que son necesarios nuevos óvulos y recurrir a un óvulo que no pertenece a su linaje genético la desconcierta.

Expresa sentimientos dolorosos derivados de la infertilidad y de la pérdida de su juventud. Esto le aviva un sentimiento de culpa por haber dejado pasar las oportunidades que se le presentaban. Ahora ha tomado conciencia de los límites de su vida y con ello que ya no es posible negar los duelos que esta situación supone. Se agrava ante la idea de que es su última oportunidad tras múltiples tratamientos que no han dado el resultado anhelado y, al duelo por la falta de procreación, se añade

el de los hijos no nacidos. Existen embriones congelados, y la fantasía de que están esperando reabre la herida por el hijo no nacido a causa de la infertilidad/esterilidad.

“Ellos ya no podrán habitar en mi cuerpo y ahora solo podré alojar en mi útero el óvulo de otra mujer...”.

Esta frase de la paciente me evocó el libro titulado *La mujer habitada*, de la poeta nicaragüense Gioconda Belli (1988), y consideré sugerente la propuesta de la autora para una reflexión acerca del lugar que ocupa el cuerpo de la mujer como espacio productor de sentidos, donde mora el incipiente sujeto humano, la casa primaria donde el ciclo de la vida inicia el designio de la humanidad. Ese cuerpo contiene la fuente de la vida, pero esta, dice la autora, no se instaura según el relato de la mitología o el discurso poético idealizado por el cual el proceso aparece puro, desexualizado, espiritualizado, feliz con la negación o el encubrimiento de los conflictos que conlleva, tanto los previos como los de su desarrollo, sino que es la condición humana la que altera la naturalidad o la hace más compleja.

Esto nos hace pensar en la enorme cantidad de mitos respecto a la procreación y sus vicisitudes, en la medida en que la reproducción sigue, aún, siendo considerada un enigma, el misterio de la vida, de dimensiones trascendentes.

Deseo de hijo, madre o ¿qué?

Alojar una ajenidad

Es un camino largo y costoso en todos los sentidos, lo es en el económico, pero sobre todo en el emocional. El objetivo final es incierto y no siempre está contemplado el trabajo psíquico que supone incorporar las expectativas que genera la promesa proveniente del discurso médico, de las ansiedades que despierta la incertidumbre del deseo repetidamente frustrado. Desde lo fisiológico se trata de procedimientos médicos (hormonación, ciclos, inseminaciones...), mientras que desde lo psíquico se trata de gestionar ambos niveles de realidad: en otras palabras, lo concerniente al cuerpo y a la mente, porque es frecuente que los tratamientos de reproducción asistida discurran con una “escisión” entre lo somático y lo psíquico.

En palabras de C

La paciente comenta que comenzado el tratamiento hormonal antes de que le implanten el embrión, y afirma que está de muy mal humor por tener que pincharse “como si fuera una adicta”. La analista le pregunta a qué adicción se refiere. C asegura que después de las inyecciones nota “un subidón”, lo que le hace pensar que es “adicta de hijo”, algo que para

ella supone un reto. También alude a que a raíz de esta experiencia odia a los hombres, porque no tienen que pasar por este mal trago, aunque al final asegura que será la vencedora... y habrá valido la pena tanto sufrimiento. C admite que hace este sacrificio porque el hijo llevará su sangre y el semen de su pareja y su compensación es que lo alojará en su vientre. C asimila esta situación a una batalla.

La analista interpreta que los múltiples retos de esta elección la llevan a batallas de vencedores y vencidos, y le señala a C que su preocupación radica en que, si bien quiere alojar a su hijo, tiene la incertidumbre si será posible por lo complejo del proceso y los sentimientos encontrados que le despierta.

Es interesante notar que en estas experiencias del deseo de hijo emergen las circunstancias, los momentos de la concepción, del embarazo, o las decisiones sobre la maternidad que imponen una conexión causal manifiesta que opaca los motivos de la decisión de engendrar y los encapsula/enquista sin poder articularlos con sus implicaciones en la feminidad de estas mujeres, ahora reflejadas en C.

A veces, desde un planteamiento no exento de rasgos omnipotentes, la ciencia actual y la tecnología médica permiten formas de

paternidad/maternidad que hasta ahora eran inimaginables, así como operar sobre potencialidades, programas genéticos, o embriones congelados utilizados con fines de procreación o terapéuticos. Son escenarios que pueden rozar lo siniestro cuando se trata de demandas de hijo planteadas desde un registro narcisista que debiera, necesariamente, ser satisfecho.

Desde el psicoanálisis, el “deseo de hijo” conlleva siempre una ambivalencia, un anhelo y al mismo tiempo un rechazo. Se anhela un hijo que nos sustituirá generacionalmente y que nos permite imaginar la propia inmortalidad. Pero, por otro lado, la demanda de maternidad y paternidad está teñida por las fantasías edípicas reprimidas: el niño deseado por la mujer es el equivalente de aquel que deseó tener con el padre, y en las fantasías más primitivas, con la madre. También el hombre deseó un hijo con la madre, así como también con el padre.

Y el hijo deseado en la actualidad tendría que ser, por un lado, el representante de ese niño edípico y, por otro, la prueba de que aquel niño de la infancia se perdió, y solo tras esa pérdida puede darse inicio a un buen desarrollo psíquico que tolere la diferenciación y el proceso de autonomía que por parte del hijo incluirá la elaboración de

la diferencia-diversidad de sexos, así como también la diferenciación de generaciones, lo que funda la prohibición del incesto y la asunción de la ley.

Se han propuesto muchas teorías sobre el deseo de hijo desde el psicoanálisis; diversos autores sostienen que hay diferentes hijos “en el pensamiento” de la madre, es decir que a la pregunta de qué quieren las mujeres cuando dicen que quieren tener un hijo o cuando están ya embarazadas esta corresponde esencialmente a una serie de cuestiones distintas como la del hijo imaginado, elaborado durante el embarazo. El de la fantasía inconsciente que remite a las raíces infantiles del deseo de hijo. El del portador de lo cultural y social junto con la cadena de filiación generacional, tanto de la madre como del padre, donde se conjugan los aspectos narcisistas y los edípicos.

Silvia Tubert (1991, p.56) propone establecer una diferencia entre deseo de hijo y deseo de maternidad. El primero sería el resultado de la constitución del ideal del Yo como resolución de la configuración edípica en la niña, que conduciría al tiempo del Edipo, con la identificación con los emblemas culturales correspondientes al propio sexo y asumidos

como modelo a seguir. El deseo de hijo supone el reconocimiento de la castración en tanto que el deseo de maternidad, que procede de una identificación primaria, es pre-edípico. En el primer caso se trata de tener (un hijo); en el segundo, lo que está en juego es ser (madre). En el orden imaginario hay unicidad y unidad ilusorias, fusión con el Otro, lo que permite gozar de una supuesta plenitud.

Al respecto, opino que no hay deseo humano que no esté afectado por la tensión de estos dos polos: el narcisista y el objetal. En condiciones normales, estos dos aspectos de los motivos para tener hijos permanecen fusionados en un único movimiento, de manera que el embarazo y el hijo, que es su consecuencia, representan una restauración narcisista y un cumplimiento edípico.

Así, el embarazo altera manifestaciones de la problemática narcisista y edípica, circunstancia que promete acceder a características subyacentes en los futuros padres, cuyo oportuno abordaje promueve, consolida y rectifica los vínculos de unión y permite que madure la relación de la pareja aumentando su capacidad de goce.

Por fin hay embarazo.

**La incertidumbre: el paso del
tercero excluido-incluido**

La paciente se reafirma en que no acepta bien que alguien esté dentro de su cuerpo, ya que, por ejemplo, ella no decide cuándo el feto tiene que moverse y, sin esperarlo, se mueve. Se pregunta qué sucede con su cuerpo, pues lleva en su interior algo que es suyo y al mismo tiempo no lo es, dado que el óvulo es de otra mujer. C se pregunta si en definitiva el hijo es suyo, o si será suyo, a la vez que hace consciente el hecho de que su útero ahora está ocupado. Es que lo que sigue no sé si se entiende bien. Y para enlazarlo con lo que tú dices.

Podemos comprobar que nunca un cuerpo está tan habitado como durante la gestación, como lo describe C. La paciente se percibe en una situación nueva para ella, con la interacción del otro dentro de sí, en un hábitat que modifica el esquema corporal; la embarazada tiene que adaptar su cuerpo para un nuevo habitante, el hijo, pero también su psiquismo debe albergar “otro” cuerpo, constituido por un óvulo donado. Esta ecología del espacio remite al lugar que ella misma, como todo ser humano, habitó: el cuerpo de la madre, y

recuerda que a su vez su madre residió en su propia madre. Secuencias de madres, el fruto interior de un interior y así sucesivamente hasta los orígenes del universo. Este habitar es lugar de apertura para “ser” y de recogimiento para “estar”; el ser y el estar se amalgaman en una escena imaginaria de la vida donde se funda el primer “entorno” del incipiente sujeto humano, alojando la ajenidad de un óvulo que no es suyo, pero que ha sido fecundado con el esperma de su marido.

Esta inclusión de algo diferente a su biología la coloca en una situación de inclusión-exclusión que la preocupará durante todo el embarazo. Esta ansiedad ante la incertidumbre expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que de por sí existen frente a la maternidad: son el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados con la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar.

C asegura que siente dentro de sí “un objeto extraño que la llena de envidia y de gratitud”, según sus palabras. Ella solo puede ser huésped de esa realidad que la habitará y la acompañará toda su vida para dar vida al

sueño de un hijo propio. C señala que es paradójico, pero entiende que esta búsqueda es un reto que la ha llevado muy lejos. También se lamenta nuevamente por haber dejado pasar tanto tiempo, y se rebela contra su insensatez, por creer que los hijos vienen regalados.

La analista le pregunta por qué cree que los hijos son regalados. La paciente responde que la cigüeña los deja en un cesto por Navidad. No obstante, señala que en esta situación no es un regalo, ya que ha tenido que pagar mucho para poder quedar embarazada. Asegura que esta situación que parece magia es simplemente producto de la ciencia... C argumenta sobre los progresos de la ciencia gracias a la inteligencia humana y los avances inimaginables que se sucederán.

La analista indica que el reto no es solo de la ciencia, sino que C ha ido muy lejos desde su creencia de que un niño es como un regalo hasta su actual embarazo... Deseo de tener un hijo. A pesar de todo y de las dificultades ha vencido su deseo de tener un hijo.

Sabemos que todo embarazo produce una **inevitable regresión**, un reencuentro con aspectos infantiles, deseos, temores, frustraciones, dolores, vinculados a sí misma como

hija y su relación con la madre. Freud llamó la atención sobre las teorías sexuales que los niños conciben para explicar el misterio de la concepción, del embarazo y del parto.

Una vez logrado que el embrión se anide en el útero de C, en su imaginario discurren sentimientos altamente contradictorios que transitan entre la pérdida y el hallazgo; entre un cuerpo que le es arrebatado y otro que fabrica incansablemente una ilusión de completud. Ambos aspectos pueden aparecer como un hecho, una circunstancia que prolonga la naturaleza del cuerpo. No obstante, ha necesitado de otros la ciencia, de otra mujer para albergar el deseo tan persistente de tener un hijo.

El cuerpo habitado, además de ser sede del embrión humano, está vinculado, es un cuerpo “entre dos” y este a su vez está interrelacionado con “otros y sus circunstancias”: contextos familiares, sociales y culturales.

El embarazo transforma el cuerpo de la paciente. Le señalo que ese nuevo aspecto parece que la “conforma” más que hace unos meses. Ella afirma que ahora tiene una nueva forma, y transmite una sensación de orgullo, pero esto le dura poco. En otra sesión dice que su cuerpo se ha convertido

en una carga de burra y siente una envidia terrible de las mujeres ingravidas a su alrededor y también de los hombres que no pasan por estas circunstancias.

La pregunta sobre el origen

Con todo, en la práctica clínica se hace interesante advertir que entre las personas dispuestas a servirse de las opciones no tradicionales con la finalidad de gestar o criar un niño como C, no son pocas las que se interrogan acerca de qué contarles a estos sujetos que provienen de estas acciones o intervenciones médicas. El dato no es menor, sugiere que —por rara paradoja— los avances de la ciencia y las transformaciones vinculares no hacen más que reavivar una cuestión tan vieja como el mundo: la pregunta sobre el origen. Y tanto más al comprobar que los mitos sexuales infantiles —indispensables para la organización de la psique— desde siempre atienden aquella inquietud que distingue a la criatura humana respecto a cualquier otra del planeta: “¿Quién soy? ¿Qué hago aquí? ¿Dónde estaba antes de nacer?”.

Dejar de lado todos estos aspectos internos no puede sino acabar siendo fuente de problemas y conflictos, sobre todo cuando se propone y se emprende un programa de procreación asistida. Las nuevas modalidades de concepción y crianza de seres humanos, que apuntan al corazón de nuestro destino como especie.

Por momentos pareciera que la reflexión filosófica y los ámbitos jurídico, religioso y científico apenas alcanzan a entrever las consecuencias que tales novedades insinúan, o se muestran vacilantes frente a las encrucijadas bioéticas que la técnica y las nacientes prácticas sociales avecinan. Es como si, de alguna manera, frente a su arrollador avance, nos encontráramos en estado embrionario.

Los avances de la medicina reproductiva, y el cuerpo de la mujer

Si bien el hecho de que la medicina reproductiva haya posibilitado técnicamente lo que la biología no ha conseguido es un gran logro, motivo de satisfacción y felicidad para los sujetos que aspiran a realizar sus funciones parentales, este proceso no

se hace sin costo emocional, en cual está directamente comprometido el cuerpo de la mujer. Es el cuerpo de la mujer transformado en el campo de intervención manipulado. Se trata de una sobreexposición del cuerpo femenino a intrusiones que también lo son a la intimidad de la pareja, si la hubiere. Esta queda inmersa en procedimientos clínicos que exigen gran rigurosidad (ciclos, fechas, momentos “íntimos” en las intervenciones corporales y donde no siempre se presta atención a las repercusiones psicológicas derivadas del sufrimiento que genera la frustración de no lograr un embarazo. Aún mayor es el sufrimiento cuando se añade que a una respuesta positiva de todo el proceso de fecundación que ha dado lugar a un embarazo este no llegue a término y se produzca un aborto.

Es un escenario donde queda representado el conflicto entre los deseos del orden de lo psíquico-emocional predominante y el cuerpo como elemento subordinado a aquellos. No es una acotación cerrada a la complejidad propia del tema que me ocupa, antes bien pretendo dejar el espacio abierto a re-significaciones que a veces la ciencia impide, alimentando fantasías omnipotentes y estimulando la idea de que todo es posible, negando de alguna manera el dolor y el sufrimiento.

Recordemos el tabú del incesto como intermediario entre naturaleza y cultura, regla que implica la entrada del sujeto en el simbolismo, que ordena las diferencias entre los sexos y las generaciones, entre las relaciones del deseo y las prohibiciones en los intercambios culturales. Cualquiera de los cambios en los modelos vinculares pueden transcurrir sin quebrar, sin transgredir, dicha regla. Algunos tienden a anular, a negar cómo fue el engendramiento. En otras ocasiones, la paternidad es descifrada como compartida con el donante genético o a veces vivida como adulterio.

Las técnicas actuales –hoy día la figura dominante de la ciencia parece ser la genética–, afectan al misterio de la procreación, a los secretos de la reproducción de la especie, a las incógnitas de la continuidad biológica, en definitiva, al enigma de la vida, y no están exentas de generar dudas, desconcierto, confusión en la sociedad. Como es fácilmente comprensible, hay muchas voces que se alzan alborozadas en defensa de estos avances que, de alguna manera, alteran el curso de la naturaleza para conseguir un bien deseado que de otra manera no podría darse, y también voces en contra, precisamente por la perturbación que del curso natural de las cosas se origina. Si el gran avance que los anticon-

ceptivos produjeron a mediados del siglo xx fue desligar la sexualidad de la reproducción, ahora las técnicas de reproducción asistida han conseguido desligar la reproducción de la sexualidad. No es necesario el encuentro sexual para engendrar hijos.

A manera de conclusión

Esta manera de trastocar certezas incuestionables (hasta ahora) sobre la evidencia inmutable de la transmisión de la vida ha dado entrada en distintos regímenes jurídicos a consejos consultivos éticos sobre el proceder en este campo a partir de los éxitos científico/técnicos que permiten la creación de la vida desde parámetros diferentes a los “naturales” en la historia de la humanidad.

Los primeros logros derivados del avance científico en técnicas reproductivas fueron autorizados para paliar el dolor y desesperación de parejas (hombre-mujer) sin hijos, con deseo de tenerlos. De este modo la filiación y parentalidad venían a construirse a partir del nacimiento de un hijo mediante fecundación in vitro realizada con los gametos de cada uno de los miembros de la pareja. Avanzada la salvaguardia de esta técnica, se podía también

utilizar óvulo y/o espermatozoides ajenos a la pareja. En el caso de C, el óvulo es ajeno. Hay una intrusión de lo público en lo privado, en el espacio íntimo. Un cambio de paradigma: el embarazo se hace de a tres.

Bibliografía

- Ansermet, F.: (2015) *Trabajos Psicoanalíticos 1. Cuando la ciencia supera la realidad*. p. 14 [Publicación periódica]. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid.
- Aulagnier, P.: (1977) *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bauleo, A.: (1997) *Psicoanálisis y grupalidad. Clínica de los nuevos objetos*. Buenos Aires, Paidós.
- Belli, G.: (1988) *La mujer habitada*, Tafalla (Navarra), Txalaparta.
- Bleichmar, S.: (1993) *La fundación de lo inconsciente*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bleichmar, S.: (2007) *La identidad como construcción*, en *Homoparentalidades*. Nuevas familias, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Corominas, J.: (1983) *Diccionario etimológico*, Madrid, Gredos.
- Devereux, G.: (1970) *De la ansiedad al método*, México, Siglo XXI.
- Derrida, J.: (1989) *La deconstrucción en las fronteras de la filosofía*, Barcelona, Paidós.

- Faimberg, H.: (1985) *La transmisión psíquica entre las generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Ferenczi, S.: (1984) *Psicoanálisis*, Madrid, Espasa-Calpe, T. III y IV.
- Freud, S.: (1912) *Tótem y tabú*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol. 13.
- Freud, S.: (1919) *Lo ominoso*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol. 17.
- Freud, S.: (1920) *Psicología de las masas y análisis del yo*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol. 18.
- Freud, S.: (1927) *El porvenir de una ilusión*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol. 21.
- Freud, S.: (1930) *El malestar de la cultura*, Buenos Aires, Amorrortu, Vol. 21.
- Glocer Fiorine, L.: (2001) *Lo femenino y el pensamiento complejo*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Green, A.: (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Guignard, F.: (2003) *En el núcleo vivo de lo infantil. Reflexiones sobre la situación analítica*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Kristeva, J.: (1995) *Las nuevas enfermedades del alma*, Madrid, Cátedra.
- Langer, M.: (1985) *Maternidad y sexo*, Buenos Aires, Paidós.

- López Peñalver, J. L.: (1993) Vacío, dolor mental y creatividad. *El vacío mental*, Anuario Ibérico de psicoanálisis, III, 63-90.
- McDougall, J.: (1993) *Alegato por una cierta anormalidad*, Buenos Aires, Paidós.
- Montserrat, A.: (2005) *Reflexiones sobre las familias*, en Psicoanálisis Operativo, Buenos Aires, Atuel.
- Montserrat, A.: (2011) *El impacto de la diversidad en el modelo tradicional familiar*, conferencia inédita del ciclo del CACI de la APM.
- Montserrat, A.: (2021) *El aborto ¿es cosa de mujeres?*, Madrid, Editorial Duen-de.
- Muñoz Guillén, M. T.: (2018) *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*, Madrid, AEN digital, Vol. III.
- Moreno, J.: (2003) *Ser humano, la inconsistencia, los vínculos, la crianza*, Buenos Aires, Libros del zorzal.
- Morin, E., (1994): *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona.
- Olmos y otros: (2000) *Trabajo de pensamiento. Desde la perspectiva psicoanalítica*, Madrid, Revista APM, n.º 33.

- Olmos y otros: (2004) *Algunas reflexiones sobre La teoría y la práctica psicoanalíticas*, Madrid, Revista APM, n.º 42-04.
- Pichón-Riverè, E.: (1988) *La Psiquiatría, una nueva problemática del Psicoanálisis a la Psicología*, Buenos Aires, Nueva Visión. Vol. II.
- Roudinesco, E.: (2004) *La familia en desorden*, Barcelona, Anagrama.
- Roudinesco, E.; DERRIDA, J.: (2009) *Y mañana qué...*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Tubert, S.: (1991) *La mujer sin sombra. Maternidad y tecnología* [Libro]. - [s.l.] : Siglo XXI, p.169, 1991.
- Wagensberg, J.: (2003) *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál es la pregunta? y otros quinientos pensamientos sobre la incertidumbre*, Barcelona, Tusquets, 3.^a ed.
- Winnicott, D. R.: (1971) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Hormé.
- Winnicott, D. R.: (1971) *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1979.

La esterilidad secundaria.

*Del goce del Otro a la
imposibilidad.*

*María Angélica Córdova
Elizabeth Ormart*

Introducción

La pulsión contornea lo real del cuerpo en un circuito siempre fallido e imposible, y en este recorrido los tiempos son absolutamente singulares. Los tiempos de la ciencia se acompañan a los procesos biológicos y desde la lógica cuantitativa impulsan a la búsqueda incesante de una respuesta, que no siempre llega y que aplasta la subjetividad. La historia de María es una historia de pérdidas, de desajustes, de duelos sucesivos, no elaborados y cristalizados en un cuerpo que no alcanza a estatuir la dignidad de sus agujeros. Los estragos del Otro materno hacen eco en la propia posición maternal que asume María, una vivencia de oscuridad somática que se materializa no solo en la tricotilomanía, la anorexia vera, o en los

fenómenos psicosomáticos, sino también, en la trombofilia. La esterilidad manifiesta en los abortos espontáneos a repetición da cuenta de un real que no cesa de no-inscribirse, los sucesivos intentos de embarazo, con los consiguientes fracasos, conducen a un retorno de la identificación narcisista a la madre, conformándose una unidad, sin distancia alguna entre ellas, sin instauración de la castración en su dimensión imaginaria, lo que obtura un digno anudamiento con lo simbólico y lo real.

Es así como llega a análisis, ubicada en ese punto de objeto que da consistencia a la madre preedípica. Entonces, al no tratarse de una neurosis de transferencia no es posible ingresar por la cuerda simbólica, será necesaria la intervención de una analista que aloje al sujeto, que a partir de su escucha, hable; pero no descifrando o interpretando, sino construyendo, armando historias, hipotetizando, dé las palabras que faltan, que construya y, de este modo, que cada vez preste su cuerpo, su mirada, su voz, en la apuesta de una escena, habilitando que algún trazo de historización pueda advenir, esto es ya, utilizar la palabra entre los registros imaginario y real. Y así, convocar a María a conmover la petrificación como objeto de goce del Otro, lo cual, requerirá de todo un proceso de duelo que no será sin la inscripción de algún trazo de imposibilidad.

María y su único hijo

María concurre a terapia a pedido de su esposo. Él habla con la terapeuta y le dice que su mujer está deprimida.

Ella acude a su primera visita, muy temerosa, con una voz baja dice que hace poco tiempo perdió un embarazo y que es el tercero que pierde, que tomó la decisión de que “ya está”. Entonces le pregunto, qué es lo que ya está. Ella responde que no tendrá más hijos. Tiene uno que en ese momento tenía 8 años.

Entonces empieza a hablar de las pérdidas: cuando estaba su padre internado en terapia intensiva el año anterior, había perdido el segundo embarazo. Al poco tiempo murió su padre. A partir de los dos embarazos perdidos le hicieron unos estudios. Y el médico le dijo que, además de trombofilia, ella tenía anticuerpos que atacaban los tejidos de su cuerpo y de su bebe. Sin embargo, queda embarazada por tercera vez, y empieza a tomar medicación para no perder el embarazo. No obstante, unos días antes de Navidad, lo pierde. María estaba convencida de que “ella era la culpable, ella lo había matado”. En el mes de marzo del siguiente año, comienza terapia.

Lo que su marido llamaba depresión consistía en su falta de ganas para todo: tener relaciones, salir de la casa, cocinar, comer. Pero ella lo atribuía a las migrañas que empezaron cuando su padre murió. Las migrañas “se volvieron insoportables” y tenía que estar muy medicada. Con esto sobre los hombros, dormía todo el día. Se busca ubicar en terapia algún significante que se anude a estas migrañas, pero no hay palabras que recubran lo real del cuerpo dolorido.

Con muchas dificultades se va estableciendo un vínculo transferencial, con significantes sueltos, que no hacen cadena, no se trata de la ausencia del Nombre del Padre como punto de capitón, sino de la ley insensata de un Otro completo que no alcanza a ser interrogado, un Otro que maldice su narcisismo: el deber, la responsabilidad, el exceso, la exigencia de perfección. Su padre se presenta como una figura de autoridad temida y odiada, sus recuerdos son que él la encerraba por horas en el baño ante cualquier pelea con sus hermanos. Su madre no se presenta como una mujer afectuosa o preocupada por su hija, y sus hermanas (tres) y hermano tampoco son figuras de apego. María es una persona solitaria que no puede establecer vínculos satisfactorios

con su entorno. Este desencuentro se reproduce en los vínculos actuales. Las personas son figuras sospechosas, poco confiables y los vínculos superfluos. Las únicas personas que funcionan como soporte referencial son su esposo y su hijo.

Luego de 6 meses de tratamiento, en una sesión refiere una práctica sostenida en el tiempo: cuando está sola, se arranca mechones de pelo, por ese motivo siempre usa el pelo atado y no va a la peluquería, se corta el pelo ella misma. Indagando sobre los comienzos de esta práctica, explica que cuando era pequeña tuvo piojos y luego se contagiaron sus hermanas. A partir de ese momento comenzó a arrancarse el pelo, una suerte de castigo por su culpa. Esta práctica autolesiva no es la única. Ella siempre fue muy delgada, la madre le decía que estaba bien así. Cuando empezó las sesiones pesaba alrededor de 34 kilos y vivía haciendo dieta. Otra práctica habitual era salir a caminar una hora dos veces al día, lo que en algunos casos le ocasionó el desvanecimiento en su casa. Ella dice que “tiene panza”, cuando se indaga el estatuto de la panza, no hay significantes que articulen algo de esta panza a los embarazos perdidos.

Luego de varios meses de intervenciones accede a ir a una nutricionista que, claramente, le diagnostica un estado severo de desnutrición. La nutricionista me envía una nota y me comunico con ella para trabajar conjuntamente. La primera estrategia, parece ir al compás del Otro de la medicina, es que deje de caminar y luego que incorpore alimentos en su dieta magra, pero en realidad tiene otro horizonte: pretende hacer de esta derivación una posibilidad de inscripción, ingresar por la misma vía de lo real comprometido —la pulsión oral y escópica— de un modo diferente. Y, de este modo, intentar intrincar estas pulsiones en un recorrido que agujeree un cuerpo haciéndolo propio y por ende que agujeree algún punto del Otro, descompletándolo. Luego de varias idas y vueltas, pasan cuatro años.

Se fueron tramitando los duelos de la muerte de este padre y de los embarazos (que entran en la misma vía de un cuerpo ofrendado como objeto de goce-capturado por el Otro materno) buscando drenar el goce superyoico en el que está sumida. Las intervenciones tratan de poner palabras entre el cuerpo de goce y el sujeto, tratando de evitar el pasaje permanente a lo real del cuerpo mortificado.

En este tiempo, luego de momentos de adhesión y abandono del tratamiento nutricional, finalmente, María lo abandona. Ha podido llegar a pesar 40 kilos y ya no sale a caminar. Las migrañas llevaron a una intervención quirúrgica que mejoró su problema. Luego de diversas intervenciones como preliminares a la operación fue a la peluquería y se cortó el pelo y ya no se lo arranca. Emocionada dice “es la primera vez en mi vida que tengo el pelo suelto”.

Actualmente, está retomando su trabajo que había quedado suspendido por seis años, mientras duraron las migrañas. Puede levantarse temprano y sostener una actividad frente a la PC. Lo más difícil es tratar con las personas por demandas del trabajo. Su modalidad vincular es persecutoria: las personas que interactúan con ella pasan de amigas a sospechosas, a explotadoras, a abusivas.

El tratamiento se mantiene en una transferencia positiva que permite aceptar las pérdidas. Ahora continuamos en el trabajo de poder situar algo de la castración en esa demanda imaginaria, especular en cuya dualidad asoma la madre preedípica a la que está sumida.

Creo que en este caso se pueden vislumbrar los anclajes de la pulsión de muerte, vuelta sobre el sujeto, y uno de los escenarios de automortificación es la infertilidad y las pérdidas sucesivas de embarazos que se prolongan en un duelo patológico. Las pérdidas repetidas que se reavivan como brasas de un fuego que no logra extinguirse y demandan un trabajo que, por no circular por la vía significativa se hace cuerpo y sangre, encarnada en el sacrificio y la mortificación.

En la sesión previa al Día de la Madre, me comenta que los hermanos piensan hacerle un video a la madre con anécdotas que tiene cada uno y que ella no tiene ninguna. Al empezar a abrir esta certeza, dice que “el error fue que tuvieran tantos hijos. Ellos [los padres] siempre se ocuparon de dos [la hermana mayor y el hermano] el resto nada”.

Lo real. Tricotilomanía, anorexia vera, trombofilia, fenómenos psicosomáticos

María nos presenta lo real de un cuerpo que no alcanza a cubrirse con el tejido simbólico imaginario propio del funcionamiento neurótico. Varios indicadores clínicos —tri-

cotilomanía, anorexia vera, trombofilia, fenómenos psicosomáticos— no son ajenos al modo en que su cuerpo ha sido marcado por el Otro materno y señalan el fracaso parcial de las operaciones constitutivas de la conformación fantasmática.

En esta ocasión leeremos el caso clínico fundamentalmente desde las coordenadas de Silvia Amigo en su retorno a Lacan, Freud, y Winnicott. En *Clínica de los fracasos del fantasma* (2005), la autora refiere que una mujer devenida una madre lo “suficientemente buena” o “apenas buena” apuesta a que ese pedacito de carne que tiene entre sus brazos vaya a ser un sujeto. En la lactancia la madre introduce un ritmo, la alternancia y la escansión, la presencia y la ausencia, dona el campo del lenguaje, y en el mismo acto oferta el campo de la pulsión.

Pasa una palabra que demanda al niño un goce que a ella le falta, allí el registro real y simbólico se interceptan cubriendo transitoriamente sus agujeros, es aquel momento lógico en el que la maternidad puede considerarse como un estado de plenitud. Y es necesario que al principio así sea, “una madre, si lo es normativamente, solo puede vivir a su hijo como suplencia de su falta fálica (...). Ahora bien, la madre puede eternizar lo que debiera ser un momento (...). El goce fálico que la

madre obtiene de su hijo, de ser permanente (...) es vivido como goce del Otro” (Amigo, 2005, p. 37, 39). Aquí el falo como significación del deseo del Otro, pierde la posibilidad de hacer aparecer la falta en el agujero real del goce fálico del Otro materno, quien utiliza al bebé para obturar eternamente su falta fálica.

En estos casos la configuración del fantasma fracasa permanente, la autora enfatiza que el goce fálico ejercitado sin tregua sobre un sujeto en tren de estructurarse no deja lugar a la pregunta por el deseo del Otro, no puede hacerse esta pregunta ‘¿qué me quiere?’ si vive abrumado por un goce del Otro que no da respiro.

Recordemos que el fantasma ($S < > a$) es el guión de esa escena original reprimida, que se construye como una frase, una respuesta anticipada, coagulada y singular que el sujeto se da acerca de lo que el Otro desea. Esta respuesta requiere antes ser legitimada por una pregunta que se localiza en una falta, en los intersticios del discurso del Otro.

En el seminario sobre *La lógica del fantasma Lacan* (1966-1967) afirma que el cuadro de René Magritte *La condición humana* es la realización pictórica que más le recuerda la formalización del fantasma.

Así, el primer movimiento que debe considerarse en la conformación fantasmática es que el bebé pierda el goce de la cosa, que viva lo real separado de él:

En el cuadro hay una ventana por donde se mira un paisaje real (...). Que el campo de lo real aparezca como exterior, depende de que haya hecho la primera identificación al lenguaje, lo que en los autistas jamás se da. (...) Tal como Freud lo indicaba para dejar fuera el objeto de goce (...). En principio, el cuadro de Magritte muestra algo que es precondition del fantasma.
(Amigo 2005, p. 24).

Las nociones referidas nos permiten plantear una primera hipótesis.

María está dentro del lenguaje y dentro del discurso, pero su cuerpo y los actos que a él le imprime no encuentran la eficacia del punto de capitón del Nombre del Padre que tiene su discurso, no termina de instaurarse un punto de detención al goce en el cuerpo, la consistencia que otorga al goce del Otro, da cuenta de ello. ¿Por qué no pensamos a María con una estructura psicótica?

En lo que respecta a la psicosis extraordinaria o clásica, no hay en María fenómenos elementales en lo que refiere a la sintomatología positiva, como lo son las alucinaciones, delirios, o comportamiento desorganizado, y si bien su discurso da cuenta de una inercia dialéctica tiene un núcleo de escritura, conserva la coherencia, organización y direccionalidad, etc. Mientras que lo que podrían pensarse como síntomas negativos —abulia, anhedonia, aplanamiento afectivo— parecen corresponderse fundamentalmente con los efectos del psicofármaco que adormece lo poco que queda del sujeto, veremos pronto que lo sombrío en ella pasa por el registro imaginario, no se trata del retorno de lo real.

En lo que concierne a la psicosis ordinaria, lo propio es un funcionamiento subjetivo sin discontinuidad contundente, evoluciona sin ruido, sin síntomas floridos, los índices mínimos del agujero forclusivo se manifiestan sutilmente como puntos de fuga, pequeños desenganches del Otro, correlato de una deslocalización del goce, un desorden que intenta ser auto-reparado por un trabajo permanente del sujeto.

No podemos decir que la subjetividad de María haya evolucionado sin ruido, la tricotilomanía y la anorexia vera son un claro ejemplo

de ello. Incluso aunque esta anorexia cumpliera una función sinthomática es bastante ruidosa. De igual forma con la tricotilomanía, desde su infancia María se arranca compulsivamente un trozo real del cuerpo (pelo), la insistencia en esta práctica autolesiva parece obedecer a los embates de la pulsión de muerte con la concomitante satisfacción mortificante, muda. Y a la vez, esta acción para ser un modo arcaico de drenar una angustia real, masiva, frente al fallido sostén de un Otro que como espejo parlante hubiera habilitado la envoltura simbólica imaginaria del cuerpo.

Amigo (2005) describe a ciertos pacientes con estas características, se los llama “caños”, básicamente denotan una brecha insalvable entre un discurso imposible de diagnosticar como psicótico, en tanto, manifiesta todos los rastros de la función normativizante del punto de capitón, y los actos que atentan seriamente contra su vida.

El cuerpo de estos pacientes parece un cuerpo loco, sostén de actos proporcionalmente “locos” que hace que sean considerados, y con razón, ‘de riesgo’. ¿De qué cuadros clínicos se trata? Puede tratarse de pacientes que comen de más o de menos en un rango escalofriante (...). O bien ingieren sustancias químicas legales

o ilegales (...). Este consumo adictivo pone en riesgo la salud, la vida, y fundamentalmente la dignidad del cuerpo. O bien, se someten a riesgo de muerte por reiterados intentos de suicidio. O bien son pacientes que se suelen llamar ‘actuadores’. (...) para los cuales la transferencia no cesa de no instaurarse” (p. 254-255).

Lo que tiene como trasfondo fallas estructurales en el Otro de la historia, particularmente en el campo reproductivo, los estragos del Otro materno hacen eco en la propia posición maternal que asume María, como sostiene Chatel en *El malestar en la procreación. Las mujeres y la medicina del alumbramiento* (1996), el “goce de la madre” despierta en “los sucesos del cuerpo femenino ‘hembra’, tales como la regla, el acto sexual, el embarazo, el parto, el aborto, son momentos de apertura a fenómenos extraños, tal vez porque convocan la relación de una mujer con su madre” (p. 45), una vivencia de oscuridad somática, de loca proximidad con la madre.

En María lo real que habita su cuerpo se materializa también en el lugar que ocupa para ella la trombofilia, la infertilidad manifiesta en los abortos espontáneos a repetición remite a un goce opaco, en tanto, la búsqueda

de estos embarazos tiene como trasfondo la inminencia de la pérdida embrionaria en un contexto bien particular, la enfermedad del padre y su posterior muerte, un real que no cesa de no-inscribirse, un modo fallidamente mortificante de inscribir la pérdida, ¿pero a que pérdida remite? Su posición subjetiva hace sospechar que la culpa —que refiere por haber buscado un embarazo luego de anoticiada de este diagnóstico— responda a una culpa neurótica hecha y derecha.

Además, si bien la muerte del padre tendrá como efecto su desenganche del Otro laboral, advienen, sobre todo, lo que podrían pensarse como dos fenómenos psicosomáticos, la marca hace lesión en el cuerpo petrificando un goce mortificante.

Por un lado, las migrañas insoportables se presentan como pura manifestación de dolor, que requieren primero un psicofármaco que anestesia al sujeto, y luego el agujereamiento en lo real del cuerpo desde una intervención quirúrgica, veremos como, el drenaje que supone todo vaciamiento de goce ya estaba teniendo lugar por el efecto analítico.

Por otro, una enfermedad autoinmune que ataca su cuerpo, ataca al tejido propio, la agresividad de esta afección vuelta sobre

sí misma daría cuenta de la dificultad para diferenciar lo propio de lo ajeno, efecto de una especularidad alienante a lo imaginario del Otro real que la deja en espejo con el Otro materno en una apertura sin límite, sin serlo en una modalidad psicótica.

Lo simbólico.

La desintrincación parcial de la pulsión oral y escópica

Todo tejido simbólico vela, envuelve formalmente la opacidad del síntoma como letra de goce, hablamos de las formaciones de un inconsciente estructurado como el lenguaje, en tanto, hace cadena S1-S2. Esto implica, además de la identificación a lo real del Otro real, una segunda identificación, “si el sujeto no ha podido llevar a cabo la segunda identificación a lo simbólico del Otro real, entonces no va a poder enmarcar los agujeros del cuerpo ni constituir el marco escritural de su fantasma”. (Amigo, 2005, p. 26).

El marco fantasmático es lo que permite hacer entrar al objeto a, en cualquiera de sus versiones —pecho, mirada, voz, heces— retenerlo ilusoriamente, y dejarlo salir, movimiento imprescindible para hacer entrar el goce en el lazo social, y son las trazas del

Otro las que enmarcan el modo de llevar los agujeros del cuerpo. Por ello, no alcanza con que el sujeto tenga la posibilidad de acceder a lo real, sino que tiene que poder acceder a través de un marco legal:

Lo que ve en ese cuadro, es que el agujero que hace ‘ventana’ a lo real tiene marco, que permite acceder a lo real por un hueco legalmente bordeado. A veces, el sujeto ha puesto lo real fuera, pero carece de borde de ese agujero y accede a lo real por un desgarró o una rajadura dolorosa. Esta formación del marco es otro dato esencial del fantasma. (...) este marco se adquiere en la segunda identificación al rasgo unario del Otro, al rasgo fálico del Otro. (Amigo, 2005, p. 24)

Siguiendo el pensamiento de la autora, es desde la propia castración que una madre normativa instauro las primeras marcas fálicas al dar de comer la intrincación de las pulsiones oral, escópica, invocante.

Mientras alimenta a su hijo posa su mirada deseante sobre su cuerpo invistiéndolo, no es solo su objeto mirada el soporte que ella le ofrece como recorrido pulsional a partir del cual enmarque sus propios objetos, es la significación amorosa lo que transforma

el ver en la riqueza de una mirada, el grito en una llamada, la incoordinación motora en la espesura de un gesto, el tacto en una caricia, el silencio en un intervalo.

El goce de una pulsión va limitando a la otra, y en la juntura entre una y otra van apareciendo marcos fálicos. El falo como limitante y organizador del campo del goce pulsional aparece en principio en el discurso de la madre. Más tarde va a tener que ser refrendado por el padre (...). Si alguna de estas pulsiones es librada a su propia dinámica de goce, desintrincada de las demás, la pulsión induce un goce que conduce a la muerte. (Amigo, 2005, p. 37).

Son experiencias fundacionales del acto de comer ligado al modo primordial de ingreso del Otro en la conformación del sujeto, se trata del complejo alimentario materno y paterno.

Justamente, el banquete totémico es el pacto en el que se incorpora un segmento de la ley, se introduce un límite al goce y se lo orienta, es el prototipo de toda comida social que como tal está sometida a reglas sobre qué se come, cuánto se come, cómo se come, y sobre el trasfondo de una escena. Esta alimentación que pone en juego el lazo social,

no tiene nada que ver con la oralidad salvaje de la bulimia vera, ni con la oralidad abstinente de la anorexia vera.

La autora continúa, y sostiene que es en “el encuentro fatídico de un padre que por problemas totalmente propios a su neurosis, denigra o no quiere a su propia hija. A veces es la madre quien no deja pasar la eficacia de la función” (Amigo 2005, p. 141), es necesario que el padre o quien ocupe la función de detentar el falo reencause tanto, el goce materno como al sujeto, a través de la significación fálica. Allí mismo, Amigo también señala que “es el don fálico el que va a posibilitar la introyección del marco a los objetos de la pulsión, y al enmarcarlos los dignifica, de no haberlo, se produce fracaso del fantasma”.

Esto nos lleva a una segunda hipótesis.

La posible función de la anorexia vera en María. La desnutrición severa —34kg— que inicia en la adolescencia y que se sostiene hasta la actualidad, sería un precario recurso con el que desgarradamente lucha a muerte por un ahuecamiento en el que advenga el deseo, “esa *nada* que come” sería el objeto que interpone fallidamente para destetarse,

separarse de la demanda de un Otro materno que ha confundido el amor con la necesidad, cuyas trazas fallan como soporte del marco fantasmático del objeto oral y especular que terminan por desintrincarse en su pubertad. Su propia cadaverización es ofertada a la mirada de una madre absoluta a quien “no le hace falta”, pero en ese movimiento de intentar agujerearla, María queda entrampada a muerte en la eterna mirada de aquella. Un modo mortificante de satisfacción pulsional efecto de la desintrincación parcial de las pulsiones oral y escópica.

La rigidez de este recurso, aunque extremadamente problemático, parecería ser una solución sinthomática que ha suplido la función fallida del padre, preservando durante todos estos años su estabilidad psíquica de una angustia desestructurante. Hasta que, en su adultez, con la búsqueda de su segundo hijo y en el contexto de la muerte del padre, sexualidad y muerte harán vacilar este recurso, lo real del goce materno cobrará mayor consistencia: la frase ‘tiene panza’ ¿a qué inoculación refiere?, la enfermedad autoinmune que no reconoce sus tejidos ni los de su hijo ¿a quién ataca?

Lo imaginario.

Un narcisismo “mal dicho”

Entonces, cuando una madre pone en el acto de lactancia la luz narcisista de la mirada, adelanta al niño en una *imago* de buena forma, que siendo anterior al espejo posibilitará la aprehensión de un cuerpo unificado, propio del primer acto psíquico que supone el narcisismo. Esto es, una *imago* alienada al discurso de un Otro que ha nombrado —según su propio modo de goce— el cuerpo del *infans*.

Esto significa que la atribución que cuenta con el velo del amor, hace que en la *imago* misma aparezca el trazo del goce que el Otro se inhibe, lo que autora denomina “castración imaginaria - φ ”. Resultará crucial cómo fue nombrado el sujeto en su narcisismo, la única posibilidad de trascender la dualidad imaginaria, la mera especularidad yoica, es agujerear lo imaginario. En este tercer momento lógico “adviene la tercera identificación posible de lo imaginario del Otro real. Es imprescindible poder imaginarizar un objeto dentro del marco. (...) poder ‘dibujarse’, representarse, darse en lo imaginario un objeto” (Amigo, 2005, p. 25-26). Son los tres tiempos necesarios para la constitución fantasmática.

Si partimos de la base de que el primer objeto que el niño pone en juego para sostener el deseo del Otro es su propia desaparición, en estos casos, no se avanza hacia la posición de ofrecer un trozo agalmático de sí para cubrir, para significar fantasmáticamente, la falta en el Otro.

Existen gravísimos derrapes de la atribución fundante en una modalidad injuriante, se trata de un narcisismo “mal dicho”, imágenes yoicas sombrías en las que no se constata el brillo de ningún ágalma. Un ejemplo de ello se manifiesta en la anorexia vera:

Lo que yo llamo anorexia vera se da en el sujeto cuyo único objeto en juego para movilizar el deseo del Otro, es su propia desaparición. [...] la anoréxica llama al deseo del Otro ofreciendo a la mirada del Otro su cadaverización. [...] único recurso para hacerle falta a algún Otro.
[...]

Se trata de un modo típico, particular y específico de fracaso de la constitución del fantasma, por detención del fantasma en su tiempo narcisista (...) sin poder avanzar a la parcialización del objeto.

(Amigo, 2005, p. 137-139).

Tercera hipótesis

Hemos planteado en María su desnución de larga data como una anorexia vera en la que se desintrincan la pulsional oral y especular, agregamos ahora la entrega de todo su cuerpo por no poder ofrecer un trozo de sí para cubrir fantasmáticamente la falta de un Otro que ha mal dicho su narcisismo, esto vale, tanto para quien ha ocupado el lugar del Otro materno como el del Otro paterno.

No es casual que la única medida de su narcisismo sea el yo del semejante en términos especulares, entrampada en mirar al otro para saber quién es, no está más allá del espejo. A excepción de su esposo y de su hijo, ni sus hermanos ni sus padres son pares o referentes apacibles ni afectivos, el vínculo con el Otro social es superfluo, o está teñido de una especularidad persecutoria, prefiriendo mantenerse a resguardo en la soledad de su casa, o detrás de una pantalla cuando la demanda laboral así lo requiere.

Al no inscribirse en María, la fijación de goce bajo la lógica fálica, resulta fuera de la palabra, su inercia dialéctica devela que no está representada por las producciones del saber inconsciente. Al no tratarse de una neurosis de transferencia no es posible ingresar

por la cuerda simbólica, entonces, la analista, a partir de su escucha, habla, pero no lo hace descifrando o interpretando, sino construyendo, armando historias, hipotetizando, habilitando el marco para que algún trazo de historización pueda advenir, esto es ya, utilizar la palabra entre los registros imaginario y real, como nos orienta Amigo, ingresar clínicamente por las cuerdas de lo real y de lo imaginario en los casos en que fracasa el fantasma.

La analista presta su cuerpo, su mirada, su voz, su tonalidad pulsional, una sutil puesta en escena en cada sesión, cuyo semblante de charla sobre la vida cotidiana será crucial para restablecer el hueco letrado de $-\phi$ en María. Pero en el ingreso por la cuerda imaginaria “no se trata de “reforzar el yo, sino por el contrario de hacerlo devenir agujereado, estuche del objeto. (...) el duelo (...) en relación a ‘eso’ que fue el ‘yo’, objeto impúdico, gozado, humillado, rebajado a instrumento de la satisfacción del Otro” (Amigo 2005, p. 277), solo así se hará rotar el objeto de su lugar de deyecto al lugar de causa de deseo.

Ello requiere de todo un proceso de duelo, la pérdida que no cesa de no-inscribirse en los abortos espontáneos a repetición en el contexto de la pérdida del padre, parece sustentarse en una pérdida radical que no tuvo

lugar y que otorga consistencia imaginaria a lo real del Otro real, al goce del Otro materno como mandato superyoico a gozar en más.

La analista ingresa también por la cuerda real, cuando falta la falta emergiendo una angustia que es puro goce, será necesario abrir la cuerda de lo real para restablecer su propio agujero.

Lentamente se drena el goce real en María —aún antes de la cirugía que agujerea lo real de su cuerpo— y se encausa bajo un modo en que el pelo cumplirá finalmente su función de cobertura, sin ser ya ese resto real que se arrancaba compulsivamente drenando una angustia masiva.

También se habilita la intrincación de la pulsión oral y escópica —desintrincadas a muerte en su anorexia vera— pues, si ha dejado de bajar de peso y subido incluso algunos pocos kilos, no es justamente por la directiva del Otro de la medicina, posiblemente el abandono al régimen de este Otro, en el contexto actual de su análisis abre la posibilidad de estatuirle un cuerpo no sin la dignidad de sus agujeros. Y porque no, la posibilidad de conmover el deseo del Otro con un trozo de sí, amalgamado por la analista, un rasgo de escritura con el cual historizar tanto dolor mudo.

Bibliografía

- Amigo, S. (2005) *Clínica de los fracasos del fantasma*. Homo Sapiens Ediciones. Rosario.
- Chatel, M. (1996). El malestar en la procreación. *Las mujeres y la medicina del alumbramiento*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1966-1967). Seminario 14. *La lógica del fantasma*. Inédito.

Padre incierto, madre cierta es

Silvia Viviana Pugliese¹

Introducción

A partir de la donación de gametos, embriones y gestación subrogada, nos enfrentamos en la clínica con nuevas configuraciones familiares. Mi propósito, más que indagar los avatares de la infertilidad de una pareja, es comprender cómo éstos pueden incidir en la estructuración del psiquismo de los hijos.

Cuando se interviene con familias desde el psicoanálisis es porque se supone que el padecer que motiva a esa consulta está fundamentalmente vinculado al suceder psíquico que se desprende del funcionamiento intersubjetivo dentro del contexto familiar.

¹ Dra. en psicología- profesora y miembro de la Comisión Académica de la especialidad en Psicodiagnóstico en la UNR. Profesora en la Diplomatura en Psicodiagnóstico en UDA

A. Pérez (2009) señala que, en el armado de una pareja conyugal, es esperable que esté presente la fantasía de hijos que les permitirá contradecir la vivencia de moribilidad, pero también ser reservorio y transmisor del bagaje psíquico de los padres. El diseño mental de un hijo es esperable que sea entretejido por ambos e hiperestimado desde la mente de ambos padres. Lo que les posibilita no solo sus realizaciones narcisistas, sino lo más importante, su trascendencia psicológica, además de emerger como pareja parental.

Al mismo tiempo que se difunden estadísticas que demuestran que hay parejas que no desean tener hijos y aunque la vida sin hijos es más aceptable socialmente, el deseo de tener hijos sigue estando presente y la incapacidad para tenerlos genera una profunda decepción.

Si bien siempre estuvo presente la posibilidad de la adopción, el hecho de no compartir los genes ha llevado a que especialistas en ingeniería genética faciliten el acceso a quienes necesitan asistencia para la reproducción, desarrollando técnicas que comenzaron con el nacimiento del “bebé-probeta” por medio de la Fertilización In Vitro (FIV) para superar la infertilidad hasta la posibilidad de “bebés de diseño”, entremezclando las necesidades

reproductivas/terapéuticas y las aspiraciones narcisistas de los padres que pueden transformar a un hijo en un accesorio de moda.

Esta nueva puerta que abre la ciencia ante la infertilidad ha generado el impacto, asombro y extrañeza de lo nuevo que irrumpe. Y también nuevos interrogantes frente a aquellos aspectos que no conocemos y las posibles marcas en la subjetividad del hijo.

Cuando la biología interpone un obstáculo, la reproducción asistida puede quedar legitimada por el deseo de ser padres, pero también puede convertirse en una industria que gestiona la filiación humana.

Para despejar estas posibilidades necesitamos preguntarnos:

1. ¿El hijo es un proyecto de la pareja?
2. ¿Es una exigencia social: “debo tener un hijo”?
3. ¿El deseo de tener un hijo es a cualquier precio?
4. ¿La infertilidad es de ambos? ¿Es de uno de ellos?

No se desconoce la sobrevaloración de la herencia genética que está arraigada profundamente en el narcisismo y supone el deseo

de reproducirse hasta un: “cueste lo que cueste”; por lo que la imposibilidad de tener hijos genéticamente propios constituye una situación traumática que debe ser tramitada.

El modo en que los padres pueden elaborar este duelo afectará en mayor o menor medida en las funciones paternas y cómo el niño se irá organizando internamente. Si la infertilidad es de uno, cómo enfrenta el otro la infertilidad de su pareja, si entran en juego reproches y menosprecios, y cómo esta imagen degradada puede llegar al hijo. Si se detecta que la infertilidad es del padre, ¿cómo impactó en la madre? ¿Lo vivió como un agravio? ¿Pudo elaborarlo?

B. Cyrulnik (2008) cita estudios acerca de la interacción padre-bebé intraútero y destaca que no necesariamente es el padre biológico, es el “hombre de apego”, al que “la madre llama “padre” (p.100) y sintetiza las tres fuerzas que rigen el nacimiento del padre en: “el desarrollo de las vías visuales del niño que le dan acceso a la imagen, la historia de las interacciones tempranas que dan a la madre su efecto tranquilizador, y la estructura del inconsciente materno que, por su fantasmática gestual, presentará a ese hombre que la rodea

y le dará su condición de padre” (p. 104). De modo que, sea o no el padre biológico, dependerá de a quién designa la madre.

Si el padre es el infértil de la pareja, necesitamos preguntarnos cómo influye la omnipotencia de la madre ante las opciones que brinda la ciencia, ya que es posible que se consideren superiores a las madres fecundadas naturalmente, porque entregan su cuerpo para que la fecundación se produzca excluyendo las relaciones sexuales. Aquí entra también en juego la fantasía de la partenogénesis, pues el padre es un “inútil”, es azoospermico y “el hijo es mío... para eso me expuse a tantos sacrificios, hasta posibles efectos adversos (tumores de mamas u ovarios)”. La función paterna puede quedar sustituida por el médico, quién sí fue “capaz de proporcionarle un hijo”, pudo hacerla madre. Situación a la que Roudinesco (2005) considera que corresponden al sueño de autoengendramiento en el que se mezclan el poder de la ciencia y la cultura narcisista de la época.

Sabemos que la infertilidad del hombre es angustiada, no solo por la imposibilidad de engendrar hijos genéticamente propios, sino porque la infertilidad suele estar asociada a disfunción sexual y por tanto entra en juego su virilidad. El Dr. Mario Brassesco (Quelart,

2016), director médico del Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH), afirma que la depresión que le produce al hombre la infertilidad es comparable a cuando se les transmite un diagnóstico de cáncer. Si no se les otorga un espacio para la reflexión, antes de tomar la decisión de apelar a la donación de espermatozoides, se obtura la escucha, el que pueda hacer su duelo, replantearse su paternidad, su rol. Fue un “trago duro, doloroso” manifestó el padre de Joel, paciente que se abordará más adelante, ante el diagnóstico de azoospermia. “Me quedé en shock”, manifestó otro padre.

La idea de conservar el semen se remonta a 1866 cuando P. Mantegazza creó un banco de espermatozoides para uso veterinario. Y que se constituyó en el antecedente para la conservación de semen humano congelado.

En 1884, según Kelber Berger (2010), el primer caso de inseminación con espermatozoides donados lo concretó el Dr. Pancoast en Filadelfia, quien, ante la consulta de una mujer fértil y su esposo azoospermico, decidió inseminar a la mujer con el semen de uno de sus alumnos sin el correspondiente consentimiento informado de la pareja. En esos tiempos no se planteaba que debía respetarse la autonomía del paciente, la ética médica solo se sostenía en la beneficencia, es decir, el médico era el

que decidía lo que consideraba que era lo mejor para su paciente. Después del nacimiento del niño, le fue revelada la verdad al marido, quien pidió que se mantuviera en secreto a su esposa. A los 25 años, el donante del semen, lo buscó y le reveló la verdadera historia de su concepción, pero se desconoce cómo recibió esta información. Es posible que ni siquiera se haya planteado qué efecto tendría sobre este muchacho que compartía su herencia genética. Al respecto vale recordar a J. Puget (1980) al destacar que cuando un secreto se hace intolerable para el Yo, puede surgir un intento ilusorio de “excretarlo” de modo inoportuno, sin discriminar cómo y cuándo.

Este caso dio lugar a cuestionamientos éticos y legales por cuanto se realizó sin el consentimiento de la pareja, con el objetivo de “resolver el problema”. Y también se originaron planteos psicológicos y médicos. No obstante, las investigaciones continuaron.

En 1972 se creó en Francia el Centro de Estudios y Conservación de Semen Humano (CECOS), donde recibían donaciones anónimas de semen para ser destinada a parejas estériles. En 1948, según Warnock (2004), ante el avance de la inseminación artificial con donante, el arzobispo de Canterbury pidió que se la considerara como un

delito penal. En la actualidad los bancos de esperma congelados existen en el mundo y por distintos motivos. Los donantes pueden ser anónimos o conocidos, en cuyo caso, el centro cuenta con un registro al que puede acceder quien, teniendo la mayoría de edad, desea conocer su identidad biológica.

Estos avances de la ciencia marcaron una ruptura entre el parentesco social y el biológico. Y generaron planteos acerca de las posibles dificultades en la vida familiar, derivadas por ser descendiente biológico de la madre y un padre desconocido, en caso de ser anónimo; y si fuera un donante identificado, sobre los efectos que tendría la inclusión de una tercera persona implicada en la concepción del hijo.

Caso clínico

Un adolescente, que llamaremos Joel, producto de la fertilización asistida y esperma donado no identificado, llega a la consulta porque su madre “sospecha que el padre lo abusa”.

Los padres están separados con un divorcio conflictivo y violento. Joel vive con su madre, con quien presenta un vínculo más estrecho que con su padre. En las visitas o viajes con el padre, la madre manifiesta temor a

que lo descuide y lo dañe. De hecho, impidió que realizaran juntos algunos viajes, los que ya tenían planeado, con la consiguiente frustración y enojo de Joel.

Al momento de la consulta Joel presenta trastornos de sueño y trastornos psicosomáticos (inapetencia), autoagresiones (pegarse).

Winnicott (1980) señala que:

No es posible comprender la actitud de los padres para con los hijos si no se tiene en cuenta qué significa cada uno de los hijos en términos de fantasía consciente e inconsciente de los progenitores con respecto al acto que dio lugar a la concepción. Los padres tienen sentimientos y actitudes muy distintas con respecto a cada uno de los hijos, lo cual obedece, en gran medida, a la relación que existía entre los padres en el momento de la concepción, durante el embarazo de la madre, en el momento del parto y posteriormente (p. 62).

Los padres de Joel, luego de un largo peregrinar por diferentes tratamientos, acuden a la FIV con la esperanza de una fecundación exitosa.

A la madre le extraen óvulos, al mismo tiempo que le diagnostican la azoospermia al padre. No hay margen para pensar, “ahora es el momento”, dice el médico. La madre toma la decisión de que se fecunde con espermia de donante anónimo. Estaba claro que ambos tenían el proyecto de hijo, pero la madre no deja lugar para que su esposo pueda elaborar la herida narcisista que le implica este diagnóstico y decidir si está de acuerdo con esta fecundación.

Tal como nos recuerda Roudinesco (2005) “el orden procreativo se convirtió entonces en potestad total de las madres, poseedoras hoy del poder exorbitante de designar al padre o de excluirlo” (p. 181). Y Lacan (1999) advierte acerca de la relación dual madre-hijo, si no se incluye al padre, el niño queda preso en una relación confusa donde los dos se interpenetran y no puede disponer de su individualidad. Sin padre no hay autonomía progresiva. Pero el lugar del padre solo está presente si es reconocido por la madre, de lo contrario, permanece sujeto a la madre. No tendrá acceso a la “metáfora paterna”, pues la función del padre es la que marca el pasaje de la endogamia a la exogamia.

Durante el primer año de vida de Joel, a la madre le diagnostican cáncer de mama que termina en una mastectomía y quimioterapia. La madre elige a una amiga como madrina de bautismo “para que se haga cargo de él si yo me muero”. Como si no tuviera un padre y solo dependiera de ella. ¿Será que, al no poseer su material genético, da por supuesto que no es aceptado como su hijo?

La madre decide revelar a Joel el origen sin acordar con el padre; hecho que generó reacción en el padre por haberlo excluido sobre un tema que lo involucra.

Ante el impacto que generó en Joel, la madre le aclara que con el padre podía tener la relación que él quisiera. ¿Le habrá querido decir que si lo excluye no se opondría porque no lleva su sangre? Sin embargo, Joel continuó el contacto con su padre.

Joel, cuando llega a la consulta, se presenta como “medio adoptado” y en ese sentido se sentía “diferente a los demás”, y lo plasmó en el Dibujo Libre: dibujó a saturno, “porque es un planeta diferente a los demás”.

Cuando los padres se divorcian y la madre decide mudarse con su hijo a Argentina y el padre se queda en el país vecino, donde

residían. Esto le permitió considerar a su hijo como su patrimonio genético y genealógico, bajo el argumento de que el padre “legal” no era el padre biológico ni este tenía superada su infertilidad, de hecho, no lo habría revelado a su familia. El rol del padre además del apellido debía limitarse a ser un proveedor económico y evitar todo contacto posible. Hecho que tuvo un efecto paradójico: a más exigencia económica de parte de la madre, más exigencia de contacto de parte del padre, no tanto por necesidad afectiva y más como reacción ante el intento de apropiación de parte de la madre.

Esta búsqueda de acercamiento de parte del padre es resignificada por el hijo, que desea “ser mirado por su padre”, mientras se acrecienta la relación conflictiva con su madre, especialmente ante los intentos de impedir los encuentros. Todo ello genera reacciones violentas en la madre, que busca apropiarse del hijo, con el argumento que el padre es un hombre violento y abusador, aunque no tenga hechos para demostrarlo. También expresa su enojo cuando no se le corrobora la posibilidad de que abuse de su hijo; en su lugar considera que el padre “con su poder de seducción” induce a los profesionales a que se diagnostique lo contrario.

Joel junto a dos compañeros, aprovechando que no había nadie en una oficina de la escuela, robaron material escolar pero fueron descubiertos y citaron a los padres. La madre lo obligó a pagar con sus ahorros el material robado. Luego lo conmina para que se lo cuente a su padre, pues si se enteraba, el padre la podría demandar por “no educarlo correctamente”. Joel sentía vergüenza y temía decepcionar a su padre y se rehusó a referir el episodio. Esta negativa enfurece a la madre. ¿Será que la madre busca que su padre lo rechace “por ladrón” y así conseguir alejarlo? Tal vez porque no había conseguido que Joel se desvincule de su padre al mudarse a otro país ni al revelar su no paternidad biológica.

A modo de conclusión

La ingeniería genética con sus avances en la FIV y la donación de gametos permiten la maternidad biológica y la paternidad simbólica o la inversa; pero cuando las fallas narcisistas de los padres no fueron elaboradas previamente, es posible que conviertan al hijo en un objeto de necesidad, no de deseo y por tanto vivido como una extensión de ellos o de uno de ellos, parafraseando a P. Aulagnier

(2017), como un objeto autoengendrado por la omnipotencia del propio deseo. Al contrario de cuando se trata de padre y madre ciertos, capaces de “identificar al hijo en sus deseos y en sus necesidades y que deseen abrirlo al mundo y a su necesidad”, como sintetiza J. Mc Dougall (citado en Rotenberg, 2015, p. 7).

Bibliografía

- Aulagnier, P. (2017). *Qué deseo, de qué hijo*. Revista de Psicoterapia y Psicossomática, XXXVII (95).
- Cyrulnik, B. (2008). *Bajo el signo del vínculo*. Gedisa.
- Kelber Berger, J. (2010). Editorial. Anales Médicos, 4-6.
- Lacan, J. (1999). *La formación del inconsciente*. Paidós.
- Pérez, A. (2009). *Familia: enfoque interdisciplinario*. Lugar Editorial.
- Puget, J. (1980). *Los secretos y el secretar*. Psicoanálisis 2 (1), 917-952.
- Quelart, R. (24 de 1 de 2016). *El problema está en tu semen*. La Vanguardia. Obtenido de <https://www.lavanguardia.com/vida/20160122/301591047985/infertilidad-masculina.html>
- Rotenberg, E. y. (2015). *Homoparentalidades*. Nuevas familias. Lugar Editorial.
- Roudinesco, E. (2005). *La familia en desorden*. Fondo de Cultura Económica.

Warnock, M. (2004). *Fabricando bebés*. Gedisa.

Winnicott, D. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Ediciones Hormé.

El deseo de hijo bajo la infertilidad de un mandato

María Angélica Córdova

1. El pujar de un malestar

El caso que presentamos remite al tratamiento de una pareja heterosexual que llega a la consulta luego de un derrotero de siete años por el campo de las técnicas reproductivas, sin embargo, esta ofrenda al Otro de la medicina no será el motivo de consulta.

Recorremos la posición subjetiva de ambos, aunque nos detenemos particularmente en la de ella. Trazando el singular recorrido de lo que se leerá *après coup* como un genuino deseo de hijo, ya que, durante los primeros cuatro años el goce sentido comandará la repetición bajo las técnicas reproductivas en la vertiente imaginaria de la inhibición, degradando el deseo de hijo en demanda de hijo. Esta vertiente del goce

sentido se diferenciará de la consistencia imaginaria que se le otorga al goce del Otro en la siguiente etapa.

Específicamente, los tres años a continuación desmarcan un segundo momento lógico bajo la égida del goce del Otro, ella arremete con todo la búsqueda de un hijo con las características propias de un imperativo superyoico que le ordena ser madre, esto es, la vertiente real de la inhibición deseante que erige un deseo de hijo en deber de hijo.

Después de más de un año de terapia, tanto el monto de angustia como su ofrenda al Otro de la ciencia disminuyen significativamente, pero el azar “convierte” en madre a las dos únicas mujeres de su familia que junto a ella no lo eran, entonces la voz áfona del Otro materno recrudecerá la herida narcisista del hijo que no llega, y nuevamente la vertiente real de la inhibición juega su mayor partida. La erección del deseo de hijo en deber de hijo solo depone sus amarras luego de un largo proceso de duelo que desempolvó la cara simbólica del goce fálico, metaforizando el objeto a en lo que siempre había sido un deseo de hijo cautivo. Un

deseo que logra liberarse en dirección contraria a entregarse al Otro de la medicina, y que toma cuerpo en la adopción de un hijo.

Hemos organizado el caso en función a la prevalencia de los goces que comandaron los tiempos lógicos del sujeto en la repetición bajo las técnicas reproductivas.

2. Los goces que comandan la repetición bajo las técnicas reproductivas

2.1 El goce sentido: el otro especular, gratificación narcisista, demanda de hijo

El primer encuentro

M es psicóloga, se especializa en niños y adolescentes en estado de vulnerabilidad, al momento de la consulta tiene 47 años. P tiene 70 años, actor y cantante de vocación, comerciante de ropa para niños, tiene dos hijos de la pareja anterior: José de 42 años y Pedro de 40 años. P será quien realice el contacto telefónico.

M y P se conocen desde hace 12 años dado que comparten una pasión en común, la actuación; se establece el vínculo como pareja aproximadamente a los dos años de conocerse, la convivencia se concreta dos años después.

El motivo de consulta manifiesto

Para P es el hartazgo por los permanentes reproches que M le profería respecto a la indiferencia de José, y la preferencia que él tiene por este hijo respecto al menor. Enfatiza, “no me gustan las discusiones... ella sabe cuánto la quiero, pero no para, no para... Tengo miedo de dejarlo todo, no aguanto más, por momentos no me reconozco”.

Para M, la posición que P asume frente a José supone su aval y le fastidia significativamente el lugar de “pobrecito” que le da. Enfatiza “él calla cosas para evitar el conflicto y después es peor”.

Él se defiende y nombra su malestar, “José fue siempre igual, desde chiquito hacía lo que fuera para llamar la atención y lo conseguía... pero los quiero a los dos por igual... Si hay algo que me duele es que me remarques lo que no puedo cambiar, me llenas de bronca... Todo lo de José le molesta, todo”.

El motivo latente

P refiere no tolerar más a M, “está envidiosa... insiste en que la ex de José no lleva bien la crianza de sus hijos. ¿Sabés qué dijo? Que Dios le da pan al que no tiene dientes”. Mientras que M aclara que, “se acercaba la transferencia, estaba irritable, bajoneada, anticipándome a que no iba a salir bien, y lo dije”.

Veremos que el contexto en el que M dice esta frase que tanto le pesa a P, no es solo el “descuido maternal” de la ex de José, sino también, una escena familiar en la que P con apenas pronunciar “Pobre José...” toca una fibra radical en M, su propia maternidad. Ello puede leerse, por ejemplo, en una frase contundente que M sostiene “me fastidia muchísimo el lugar de pobrecito en el que lo coloca... José no es ningún pobrecito, tiene todo en la vida... tiene dos hijos lindos, sanos, que lo quieren...”.

Ambos coinciden en que las peleas son cada vez más intensas. Hacía más de siete años que recibían asistencia reproductiva, se acercaba una de “las últimas oportunidades de tratamientos que tenían”, y no

querían hacerla en esas condiciones. También mencionan que el Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines Adoptivos (RUAGA) aceptó su legajo para enlistarlos a la espera de un proceso de adopción.

En el transcurso de las sesiones siguientes

“Él callaba y ella no paraba”, pero cuando él comienza a hablar fueron necesarias varias sesiones para que —casi sin mirarla— descargara como un vómito todo lo que tenía atragantado. Algunas problemáticas que surgieron durante el tratamiento vincular son reconducidas a trabajar en el espacio individual, sin embargo, insisten en el de pareja.

M describe la relación de sus padres como “machista, patriarcal, autoritaria. Mi mamá dejó de trabajar cuando se casó o cuando nació mi hermana. Por otro lado, mi papá era súper cariñoso con mi mamá, y con nosotras también”.

Respecto a la relación con su madre dice, “mi mamá dice que soy más dulce que mi hermana y más dócil [...] De todos

modos, cuando mi hermana se casó siempre estuvieron más pendientes de ella [...] Cuando mi papá falleció la llevó a vivir a su casa casi sin preguntarle, cambió a mi papá por mi hermana”. A meses de la muerte de su padre M concreta la convivencia con P, con él comienza a plantearse la maternidad.

A la vez refiere de su hermana, “ella hubiera querido ser psicóloga”, M es psicóloga. “Siempre quise conformar una familia como ella”. Al poco tiempo de que su hermana se casa, también lo hace M con su anterior pareja, sin embargo, su divorcio no tardará en llegar.

Su hermana es madre de dos hijas, hacía más de siete años que M se fertilizaba. Es en la mudez de esta insistencia que subyacen los goces que amarran su cuerpo y su deseo, y condicionan significativamente el vínculo con su pareja.

P teme por los efectos que las técnicas puedan causar en el cuerpo de M, pero “respeta” su decisión. Para el 2011 venían de cuatro años de fertilización, y es entonces cuando P enferma, M sostiene “fue el peor

momento, tuvo el linfoma, ahí se paró todo. Me había empezado a poner muy ansiosa con el embarazo, a conseguirlo sí o sí”.

P recuerda frecuentemente esa etapa, se emociona cada vez que lo hace, “ella fue incondicional conmigo. Pensaba... cuando salga de esta me caso con ella. Y así fue”.

M sentía que él era lo que más le importaba, pero cuando P termina el tratamiento oncológico, se adentra nuevamente a la búsqueda de un hijo, con las características propias de un imperativo superyoico, ya veremos cómo.

Por otra parte, P describe a su madre como alguien con carácter. La relación de sus padres se caracterizaba por el compañerismo y el respeto, la madre decidía tanto como el padre. “Papá era tranquilo, de pocas palabras, trabajaba mucho, nunca esperaba algo malo de él. A él le debo los amigos, la música, el canto”. Nunca los escuchó discutir.

También refiere que el vínculo con su exesposa duró más de 20 años “no discutimos nunca, nunca pasaba nada”, en ese contexto advienen sus dos hijos.

Cuando P tenía 10 años su hermana se casó, su partida implicó que “mamá estuviera más encima mío”. Dos años después del casamiento enfermó su padre, lo que potencia la demanda de la madre hacia él. P se encontró con 13 años en la situación de tener que asumir como el hombre de la casa, tuvo que salir a trabajar, tomar decisiones sobre cómo continuar con el emprendimiento familiar e incluso respecto a la enfermedad de su padre, situaciones que lo llevaron a posicionarse como el sostén emocional de su madre.

El anudamiento imaginario-simbólico-real que hace existir la complementariedad sexual que no hay

A continuación, puntualizamos algunas hipótesis respecto a los puntos de engarce entre los partners y el punto de inflexión que los trae a la consulta.

En P la referencia edípica parece encauzar la elección del objeto amoroso, no lo asocia conscientemente, pero encuentra un rasgo de su madre en M: ambas lo convocaban al lugar de sostén, un lugar del que obtiene una impor-

tante gratificación narcisista, no parece casual que en las dos situaciones en que muere el padre de ambos, P vaya a cumplir una función similar.

Cuatro meses después de la muerte del padre de M, ella convoca a P —23 años mayor— a una convivencia que hace pie en el amor, pero también tapona la falta del Otro paterno y del lugar que ahora ocupa en el Otro materno. M no solo había perdido a ese padre “cariñoso”, también perdía el lugar que tenía para su madre cuando su hermana mayor “se la lleva”.

P parece oficiar de soporte en la trama fantasmática de M, él no duda en elegirla, ella es la mujer que logra conmover el adormecimiento en el que P se encontraba desde hacía más de 20 años con su anterior pareja. Con M las cosas habían sido distintas, sin embargo, desde hacía un tiempo una posición similar se venía coagulando, la maternidad cobraba cada vez mayor consistencia para M, y P al principio se limitaba a “respetar” su decisión. Al igual que la madre de P, M es quien suele monopolizar la palabra, mientras que —identificado con el padre— a él “le bastan unas pocas palabras para ahorrarse cualquier discusión”.

Pero el hijo que no llega hará vacilar el acople entre los parteners.

El reloj biológico avanza, el embarazo no llega y M se adentra con prisa a todo tratamiento imposible, se terminan las últimas coberturas de la obra social y, entonces, la ansiedad y la frustración pronuncian la envidia y los celos depositados específicamente sobre José, el hijo mayor de P.

José, al igual que su hermano menor Pedro, tiene los hijos tan preciados que M anhela, pero ella se solidariza con el hijo menor, se identifica con el lugar del no incluido. P siempre reconoció una diferencia notoria en la dinámica que mantenía con sus hijos, una diferencia que a M le actualiza un escenario extrañamente familiar.

Los reproches sobre José son, en gran parte, un desplazamiento de la relación ambivalente que M mantenía con su hermana mayor, este otro especular a la vez rival y modelo, con quien inconscientemente se disputaba el amor de su madre.

M incorporó los cánones de una familia patriarcal en la que todas las mujeres son madres, y las que aún no lo son, lo serán. Le

era necesario un hijo para ser parte del linaje materno. La necesidad de sentirse incluida, digna hija de su madre, fija un goce sentido que le impide resignar su lugar de hija, desde esa posición subjetiva no hay lugar para la madre del deseo, solo una demanda de hijo tiene lugar en la repetición bajo las técnicas reproductivas.

Pero hacía casi tres años que ya no se trataba del predominio del goce sentido en la vertiente imaginaria de la inhibición deseante degradando el deseo de hijo en demanda de hijo, sino que la vertiente real de la inhibición juega ahora su mayor partida.

2.2 La consistencia imaginaria al goce del Otro: el imperativo del fantasma en el deber de hijo

M relata una historia de abuso sexual intrafamiliar que inició apenas entrada su adolescencia, y que marcó a fuego su cuerpo. Desde su adultez temprana continuaba mortificándose, buscaba la confrontación permanente con el sujeto que la había abusado, no para desenmascararlo públicamente sino para ridiculizarlo durante las reuniones familiares, nunca lo lograba, sostiene “siempre sale bien parado”.

La otra vertiente con la que M se posiciona frente al abuso sexual es la simbólica, dedica su ejercicio profesional a la protección de niños y adolescentes en estado de vulnerabilidad.

Pero el hijo que no llega mutará la consistencia imaginaria del goce sentido al goce del Otro “sin barrar” desplegado en la vertiente real de la inhibición, lo que empuja a que todo su cuerpo sea ofrecido al Otro de la ciencia como relevo de la omnipotencia del goce del Otro abusador que aún la tenía cautiva.

Como se mencionó, luego de un tiempo de búsqueda convencional la pareja comienza un derrotero interminable por el campo de las técnicas reproductivas, más de siete años. El diagnóstico —útero tabicado, fibromas-miomas en los ovarios— le implicó varias cirugías y procedimientos a repetición. Fertilización In Vitro (FIV) primero con donación de óvulo, luego heteróloga por la inviabilidad espermática. A la dificultad para utilizar los propios gametos se le suma la imposibilidad de fecundarlos, por lo que, recurre también a la transferencia embrionaria (FIVTE).

M enfatiza, “pasé muchísimos momentos de angustia, ansiedad, desesperación. En las vacaciones era peor porque veía a parejas con sus hijos y pensaba cuándo nos pasará a nosotros”. Si bien aclara que P era muy compañero, ella lleva estoicamente el tratamiento, muchas veces iba sola, “no quiero contaminarlo, yo pongo el cuerpo”.

Mientras que P agrega “los médicos siempre te dicen que salió una técnica nueva que funcionó con otros, y ella ya se mete en internet, ya quiere probar, a veces recién estamos saliendo de la transferencia... Pero bueno, respeto su decisión”.

En los primeros cuatro años de los procesos reproductivos, la repetición bajo las técnicas reproductivas tuvo lugar bajo el comando del goce sentido en la vertiente imaginaria de la inhibición del movimiento deseante, pero luego de concluido el tratamiento oncológico. Los tres años siguientes subsisten bajo la égida del goce del Otro, bajo el imperativo de un fantasma que “la quiere madre”, propio de la vertiente real de la inhibición deseante.

M no se detiene, el ofrecimiento de su cuerpo en las técnicas reproductivas parecía no tener fin, todo esto comienza a retornar

en P también desde una dimensión real. Si en P, el casamiento de su hermana potenció el “encimamiento” de su madre sobre él, y la enfermedad de su padre lo convocó a ser el sostén literal de esta madre, pagará un precio altísimo por la gratificación narcisista que hasta entonces obtenía. Ya que, con la muerte del padre experimenta todo el peso de su madre, “cuando murió mi papá se me vino una pared encima”.

Así, es posible leer en P que el no plantar posición frente a M daba cuenta no solo de su dificultad para hacerse cargo de su deseo — con la cubierta imaginaria de sostenerla y de ser tan “incondicional” como lo fue ella con su enfermedad— sino también de un real que le retorna en los excesos de M. Ese “ella no para” deja en manos del otro cualquier movimiento posible, así como la responsabilidad del mismo, sumiéndose en la impotencia de no lograr acotarla.

Entonces el mismo rasgo materno que lo convoca al lugar de sostén, a través del cual se engarza la relación amorosa con M, muestra su reverso y denuncia el desencuentro, el malentendido bajo la forma del reproche como una pura voz que aturde. Esa demanda asfixiante

de que la haga visible para su hijo mayor, José, encubría una demanda de hijo como mandato superyoico que se erigía en deber de hijo. M le hace síntoma, se le torna insoportable como a la última versión de su madre “una pared que se le viene encima”.

P reconoce la dificultad para expresar sus diferencias, particularmente frente a M sostiene, “me cuesta hacer hasta de un personaje violento. Llevo la mochila de mi viejo”, un padre de quien nada “malo” se podía esperar, identificado con su padre, tomar la palabra le asegura la discusión y esto le es sinónimo de violencia.

Pero no se deja aplastar y en una sesión se regala una pista, P dice que siempre le ha gustado escribir, inventar historias, “dar-se rienda suelta, librarse a la imaginación”.

Pues bien, frente al goce mudo que ausentaba a P durante la pura voz de M, se lo convoca a tomar posición en un escrito donde pudiera soltar aquellas palabras que en ese momento le hubiera querido decir. Así fue, para su sorpresa dijo haber sentido que se sacaba un “peso” de encima, ¿un

ladrillo de la pared? P se sirve de un rasgo del padre, un bien decir a través del arte, del canto, pero la escritura es de su propia cosecha. Lentamente intenta apropiarse de ella, plantar posición, no sin momentos de tensión hace un listado de temas guardados y “le canta las 40” a M.

Comienza a introducir preguntas que estaban amordazadas, “¿por qué tus padres se quedaron en el molde (respecto al abuso sexual)?”. “No te despegás de tu hermana, te juro que no te entiendo, siendo que decís que tu cuñado te cagó la vida”. “Ese tipo me da asco, encima es un soberbio”. “A tu familia lo que más le importa es la plata”. “Son un clan”.

Esta posición de P parece molestar a M, pero en realidad le causa otro efecto: el escucharlo con “los pantalones puestos” enaltece su potencia fálica.

M comenta, “sé que él (P) me incluye y yo a él en mi familia, y Pedro siempre me hizo sentir parte, pero con José no sé qué pasa”. “Siento que me quedo afuera”. “Me reconozco celosa”. “En algo coincido con él, mi familia es súper endogámica. Pero en lo que no coincido es que yo no soy así... estoy súper integrada a

su familia, por lo que yo les genero también”. “Y sí, es un ser detestable (el cuñado), un *hdp* que me cagó la vida”.

Se les remarca que, si bien ambos despotrican contra el sujeto en cuestión, ellos continúan sosteniendo los encuentros familiares como si nada pasara. Ella en su intento de ridiculizarlo “lo deja bien parado” y queda con un malestar en todo su cuerpo, mientras él, aunque enojado, es un asiduo espectador de esas escenas.

Esto da pie para que M se haga una pregunta ¿por qué seguía entregando su tiempo a este sujeto, sus pensamientos, su cuerpo? De algo empieza a desembarazarse, se la convoca una vez más a trabajar estas cuestiones en su espacio individual, y se le agrega otra pregunta: ¿se trataba del mismo cuerpo que entregaba sin parar en las técnicas reproductivas?

Los dos primeros tramos del tratamiento convocan a la pareja a implicarse en su discurso, acotando el reproche verborrágico de M y lo que subyace en su ofrecimiento interminable al Otro de la ciencia, como también apuntala

en P el apropiamiento de un decir con el que pudiera escucharse, hacerse escuchar, y quizás desde allí bordear también los excesos de M.

2.3 La cara simbólica del goce fálico. El relanzamiento del deseo de hijo

Después de más de un año de tratamiento la dinámica entre los partners está encausada, quedan algunas pocas sesiones para el cierre, pero el azar “convierte” en madre a las dos únicas mujeres de su familia que junto a ella no lo eran, sus dos sobrinas quedan embarazadas, una recién iniciado el año, la otra poco después. Entonces la voz áfona del Otro materno empuja a M a una “regresión”, la angustia le brota por los ojos. Tres piezas claves desanudan esta etapa, un sueño de angustia, la maternidad biológica desidealizada, y otra forma de maternar.

Un sueño viene a desentrañar la cuestión

Corrían los meses de embarazo y M deletrea sesión tras sesión la importancia que tiene para ella la maternidad, nuevamente lo real de la inhibición gana terreno sobre el deseo. En un momento algo la golpea, “cada vez se me

hacen más difícil las reuniones familiares, va a ser el primer día de la madre en el que todas las mujeres de mi familia son madres, Daniela tuvo hace poquito y Ester está embarazada”. Un silencio la atraviesa, se angustia.

Se intenta equivocar el sentido con una interrogación: “¿Pobre?” Nuevamente un silencio sepulcral es la respuesta. Recordemos que “pobre” era un significante con el cual se identificaba, ni su hermana y ni José lo eran, ambos tenían la familia con hijos que ella siempre había querido tener.

Pocos días después y en vísperas del día de la madre, tiene un sueño. No recuerda bien el contenido, pero si el impacto en su cuerpo. “Es un lugar difuso, no hay nadie, no está mi hermana, ni mis sobrinas, habían desaparecido, solo estaba mi mamá. Le digo que no, que no puedo, que no quiero ser madre, ella se entristece, no recuerdo más, solo sé que me desperté extremadamente angustiada”.

Reproducimos la serie con una pequeña trampita “hermana, sobrinas, agreguemos a tu vieja... ¿Qué pasa si desaparecemos a todas las madres?”.

M responde, “posiblemente no sentiría la presión de tener un hijo”.

Este sueño entra en la lógica de la castración, rasga la imagen de un Otro omnipotente que se entristece, a quien le puede decir que no, de modo que puede decirse a sí misma que no, en consecuencia, rasga la propia castración. La desaparición del Otro materno y de los otros maternos es uno de los puntos que —sumado al trabajo de duelo que venía haciendo— echa por tierra la maternidad como obediencia yoica.

***La maternidad biológica
desidealizada, otra forma de maternar***

Con el correr de las sesiones M dice, “Daniela es cero maternal, dice literalmente ‘No nací para ser madre’...”. También le impacta una frase de su amiga “Me arrepiento de haber tenido hijas”. M va resignificando que ser madre no es norma, no se nace madre, que incluso deseándolo no existe un modelo de madre. Refiere, “con las bebés me doy cuenta de que estamos los dos fuera de edad, en nuestra vida un bebé sería complicadísimo”. “Me doy cuenta que puedo mimar y sentir el amor de un bebé en mis sobrinas pequeñas, canalizo mi deseo de un bebé con ellas”.

Los últimos vestigios de la fertilización

Se eclipsa cada vez más la solución fantasmática que cobra consistencia real: el “ella me quiere madre”, lo que parece paradójico da cuenta de ello, cuanto más toma forma su deseo de hijo, más se aleja de ofrecer su cuerpo a las técnicas reproductivas.

Así, se libera un deseo genuino degradado primero en una demanda de hijo, y aplastado después por un imperativo del fantasma que lo había erigido en deber de hijo. Para ello, fue necesario que algo de la castración se pusiera en juego, que se hiciera lugar al despliegue de la cara simbólica del goce fálico.

A la par de los procesos de fertilización, hacía un buen tiempo —desde antes del inicio de la terapia— su legajo había sido aceptado en el RUAGA, pero hasta el momento la adopción solo había sido un ensayo, un “por si las dudas”. Luego de estos movimientos subjetivos, la adopción cobra un brillo especial para ambos, hablan de sus temores, de sus expectativas, de cómo se imaginan siendo padres, de cómo se complementarán según la edad y el sexo del niño/a, etc.

Ella preferiría una niña “creo que tendríamos más temas en común, si no es muy grande mejor para poder abrazarla sin inhibirme”. P refiere que la adopción lo conmueve de una forma particular, relata su admiración por la historia de un joven cercano que jamás llegó a ser adoptado, “me moría de ganas de decirle que estamos por adoptar (...). Adoptar es sublime, me da bronca que la edad nos juegue en contra”. Deciden aumentar la franja etaria del niño para tener más posibilidades.

3. Se abre una nueva etapa

P siempre ha sido el que busca una red en el afuera y ahora recurre a Anidar, una institución que acompaña y asiste en todo el proceso de adopción, querían “escuchar en primera persona la experiencia de padres pre-doptantes”. También deciden concurrir a las convocatorias públicas para adoptar.

Se les propone ir cerrando el espacio gradualmente, continúan la terapia cada 15 días. En una de las sesiones.

M expresa, “me siento rara con la adopción, no sé si me estoy desconectando o tengo miedo...”. Su tono de voz y su mirada parecen indicar lo segundo, se la convoca a tomarse su tiempo para descubrirlo y casi como una tentación psicoterapéutica se la invita a escribirle una carta a esa hija adoptiva que hacía tiempo venía imaginando.

Escribirá una carta extremadamente conmovedora y sin saberlo habrá pujado a su hija... Con el correr de las sesiones dirá: “Esta transferencia es definitiva, incluso teniendo embriones congelados”. “Me di cuenta que mi deseo de ser madre va más allá de la edad del niño y de la manera de tenerlo... que en mí hay una madre más allá de tener un hijo o no”. Luego de un largo proceso de duelo, decide poner fin a la asistencia reproductiva.

Poco a poco ambos comenzarán a compartir con su familia la elección de la adopción.

El amor volvía a florecer, esta vez un terreno in-fértil es el más próspero para anidar un hijo. M (mamá) y P (papá) están rebosantes de felicidad, fueron aceptados e inician un proceso de vinculación, nada

más ni nada menos que con la adolescente a la que le seguían los pasos tan de cerca, de la que no podían dejar de soñar en voz alta.

Claro que esta historia continúa, pero la dejaremos aquí.

Bibliografía

- Lacan, J. (1974-75). El seminario. Libro 22. RSI. Inédito.
- Schejtman, F. (2015). Sinthome. Ensayos de clínica psicoanalítica nodal. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Soria, N. (2009). Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires. Editorial Del Bucle.
- Turbert, S. (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad. España. Editorial Siglo XXI.

Pañuelo celeste

Flavia Andrea Navés

Entrada en situación

Corre el final del mes de noviembre del año 2020, las calles de Buenos Aires inundadas por la marea verde. Por segunda vez en la historia de nuestro país se debate en las cámaras de diputados y de senadores el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está próxima a ser ley gracias a los históricos reclamos de las organizaciones feministas. Es “un triunfo de una lucha colectiva” afirman las abogadas especialistas en temas de género. El patriarcado se resquebraja lentamente, aunque resiste.

Del otro lado de la vereda ideológica están los pañuelos celestes, mujeres y hombres que abogan por *las dos vidas*, y que luchan por impedir la sanción de la IVE.

En este contexto histórico que tuve la suerte de vivenciar, llega a mi consultorio Jorgelina. Una mujer que, con apenas 19 años y un bebé de 12 meses en brazos, me había contactado para iniciar un proceso de evaluación y asesoramiento psicológico con la finalidad de iniciar un tratamiento de gestación por sustitución.

Jorgelina se presenta como la gestante de Sandra y Luis a quienes conoció a través de un grupo de facebook el que ingresó para ofrecerse como gestante gracias a la recomendación de una prima que ya estaba embarazada de 6 (seis) meses.

Ella se define como tímida y muy introvertida, lo que no le ayuda mucho en la búsqueda de los requirentes o padres intencionales adecuados, aquellos con los que se sienta cómoda y a quienes podría elegir para llevar adelante el proceso.

Luego de unas cuantas entrevistas va ganando experiencia en el arte de la negociación y confianza en sí misma; aprende a entrevistarse con las parejas que la contactaron y a valorar el trabajo que realizaría. Sabe que debe transitar un largo período de su vida con quienes elija para ser su gestante sustituta.

“A Sandra y Luis los conocí en Facebook. Leí un post que hicieron buscando una gestante, su historia me conmovió y decidí hablarles. Estuvimos hablando un tiempo hasta que decidí conocerlos personalmente. Cuando me dijeron que querían encontrarse les dije que no podía por mi bebé. Necesitaba estar segura de que quería conocerlos. Cuando sentí que me daban confianza los conocí. Me cayeron bien, nos sentimos cómodos y llegamos a un arreglo económico que me pareció justo. Por eso estoy acá. Con la plata me voy a comprar un terrenito y voy a construir mi casita, no quiero que mi bebé pase lo que estoy pasando yo. Me volví a la casa de mi mamá porque el papá de la beba se droga, toma y se pone agresivo. No quiero eso para ella”.

Jorgelina había conocido a Matías en la secundaria, iban a la misma división. Se pusieron de novios en segundo año. Terminando quinto año quedó embarazada. Sexto lo cursó como pudo; se mudó a la casa de Matías para no estar sola durante el embarazo. No obstante, unas semanas atrás, le dijo a su madre que quería volver a su casa con su bebé porque *“con Matías no da para más”*.

La motiva ser gestante, el interés por progresar, y ve en la subrogación una salida económica. Además, le interesa estudiar, pero sabe que necesita tiempo para que el bebé crezca. Ahora su prioridad es darle un lugar dónde vivir a su hijo y, si tiene un poco de suerte, seguir estudiando. Quiere ser profesora de educación física.

Primeros encuentros

Apenas llega Jorgelina al consultorio, con su amiga y su bebé, me pregunta: *“¿Mi amiga puede pasar conmigo así me tiene a la bebé y de paso ve como son las cosas? Ella también está pensando en hacer esto”*. Accedí a su petición y los dos primeros encuentros entraron juntas con la bebé que se turnaba de brazo en brazo.

Luego de las preguntas habituales para conocerla y saber cómo había llegado a iniciar este proceso de gestación solidaria le sugiero que vea a un médico para que la revise, la asesore y certifique si podría llevar adelante un embarazo.

Hablamos sobre su vida sexual, cómo cuidarse y de los efectos del tratamiento médico sobre su cuerpo. Ella y su amiga escucharon

con mucha atención. Tenían hijos sin haberlos buscado “*nunca me explicaron estas cosas*” dijeron ambas.

Al finalizar el encuentro Jorgelina pregunta: “*¿Puedo volver?*”. “En quince días nos vemos”, le respondí.

A la semana siguiente, el mismo día y la misma hora del encuentro anterior, Jorgelina me llama por teléfono para contarme que ya había ido a la salita del barrio para que la revise el médico. “*Le pregunté si podía volver a tener un bebé o si debía esperar un tiempo más, me dijo que era prudente esperar, al menos, unos seis meses más. Le pregunté cómo cuidarme para no quedar embarazada. Tengo muchas preguntas para hacerte. ¿Puedo volver a verte?*”.

Su llamada me confiere la señal de que debía confrontar a mis prejuicios, no había más excusas. Jorgelina está allí, demandando un acompañamiento para iniciar un tratamiento de gestación por sustitución y buscaba asesoramiento para encaminar sus decisiones.

Accedo y quedamos para la semana siguiente a la misma hora. Pero, antes de cortar la llamada sus interrogantes no se hicieron esperar: “*Me quedé pensando ¿si pierdo el embarazo cobro igual?*” Preguntó. “Depende

de las razones”, le respondí. “El lunes lo hablamos bien. Anotá todas las dudas que tengas así pensamos juntas”, le sugerí. “*¿Cuándo nazca va a estar a mi nombre? Yo no lo puedo cuidar, no quiero un hijo*”. “Lo hablamos bien el lunes”, insisto. “Mientras me das tiempo para consultar con un abogado”, le aclaro.

Luego de casi media hora de charla telefónica me dice “*¿puedo volver a ir con mi amiga? Así que hablamos con ella camino a casa*”.

Al segundo encuentro Jorgelina llegó puntual a mi consultorio acompañada de su amiga y su bebé. Como la sesión anterior llegaron puntuales, aún a pesar de las dificultades con las que se encontraron debido a las demoras del tren. “*Con las cosas que nos explicaste le pude preguntar al médico muchas cosas. Me sugirió que use preservativos porque estoy dando la teta. Creo que hacer esto es lo mejor. Además, me dijo que para tener otro bebé es mejor que espere al menos a que cumpla el año y medio; me falta medio año. ¿Puedo seguir viniendo mientras esperamos?*”.

Si algo está claro es que Jorgelina se siente cómoda en este nuevo espacio que había ganado gracias al tratamiento. Los interrogan-

tes borbotean de su boca sin cesar. Meticulosa y decidida, hace lugar a sus dudas y las plantea con ansias de saber. *“Me dijiste que ibas a hablar con un abogado. Tengo muchas preguntas para hacerte. Me gustaría saber qué pasa si hago tratamiento y no quedo embarazada ¿me pagan igual? ¿y si pierdo el embarazo? Me dijiste que dependía de algo, ¿cómo es? ¿Y si tengo más de uno? ¿Se van a quedar con todos? Y ¿Si nace enfermito, se hacen cargo igual? porque no quiero traer un bebé al mundo para que quede tirado. Yo no quiero ser madre otra vez”*.

El pool de preguntas y respuestas ordena la sesión. Cada explicación introdujo nuevas preguntas, interrogantes que se hacen paso con firmeza para derribar la incertidumbre. Jorgelina, está decidida a saber y nada podía interponerse ante su deseo.

Una vez saciada la curiosidad de los aspectos legales que más le interesa saber, se dispone a cambiar el rumbo y se adentra en sus preocupaciones cotidianas dejando entrever parte de sus inquietudes y de la angustia provocada por su realidad; angustia que escondía detrás de una cierta arrogancia acompañada de curiosidad.

Finalizada la sesión acordamos un nuevo encuentro en siete días.

Empezamos con la toma de los tests.

Tercer y cuarto encuentro

A partir del tercer encuentro entra sola al consultorio; su amiga se queda en la sala de espera con su bebé. Jorgelina llega puntual. Siempre impecables y con muchas preguntas para hacer. Algunas surgen como consecuencia de las reflexiones provocadas en los encuentros anteriores y otras emergen en las largas charlas que tiene con su amiga que es su gran apoyo emocional.

Entre test y test empezamos a pensar situaciones límites, pero posibles de suceder. Entre ellas la siguiente:

«¿Pensaste qué harías si te piden hacer un aborto? Sabés que es una posibilidad que esto suceda si el feto tiene alguna anomalía, ¿verdad?»

Su respuesta fue un contundente no. «*No me voy a hacer ningún aborto*».

«¿Te quedarías con el bebé?» «¡NO!».

«Si los futuros padres quieren hacer un aborto es porque no quieren tenerlo. ¿Lo pensaste? ¿Qué harías? ¿Lo dejarías tirado?».

Ella se queda pensando. El silencio inunda el consultorio. Por primera vez Jorgelina no tiene palabras que expresar ni dudas ni certezas. No era el momento de apresurar las cosas por consiguiente decido finalizar el encuentro, no sin antes invitarla a pensar las posibles respuestas para seguir trabajando en los próximos encuentros.

¿Y ahora qué?

La negativa rotunda de Jorgelina reestructura el universo situacional en términos de derechos, justo cuando los pañuelos celestes y la marea verde invaden las calles de Buenos Aires.

¿Se trata de vulnerar los derechos del niño por nacer o de los derechos de Jorgelina a decidir sobre su propio cuerpo? ¿Uno excluye al otro? ¿El derecho de Jorgelina a decidir sobre el propio cuerpo prevalece por sobre el derecho de los padres a tomar decisiones sobre su bebé (supone la decisión de abortar)? ¿Podemos pensar la situación en términos de

autonomía de la gestante en contraposición con la comercialización del cuerpo femenino? ¿La IVE contempla esta situación? ¿Se trataría de una interrupción legal del embarazo (ILE) o un aborto inducido con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre? ¿Quién es la madre? ¿Es posible aplicar La Ley de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia? ¿Cuáles son los límites del contrato en estos casos? ¿Es su negación a un aborto inducido un motivo de exclusión?

Según la normativa argentina vigente las personas tienen derecho a la **ILE** si el embarazo representa un peligro para la vida o para la salud (entendida la salud como el bienestar físico, mental-emocional y social) de la mujer, siempre que no puede ser evitado por otros medios o si el embarazo proviene de una vio-

1 Su objetivo es acompañar a las mujeres embarazadas y a los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad durante su primera infancia, disminuir las situaciones de vulnerabilidad, brindar herramientas a las mujeres para que puedan tener un proyecto de vida, ayudar a las mujeres a que alcancen la terminalidad educativa y logren la inserción laboral, garantizar el acceso a la salud integral y disminuir la morbilidad materno infantil.

lación. Asimismo, la IVE (Ley N° 27610/202) protege a las mujeres que quieren interrumpir voluntariamente su embarazo y resguarda a los profesionales de la salud contemplando las causales de la ILE. Ni una ley ni otra contempla el caso de Jorgelina. Ella da su consentimiento para embarazarse para otros, no para interrumpir el embarazo.

Su decisión puso sobre el tapete la paradoja de la situación, ¿cómo salir de esta paradoja?

Como profesional de la salud mental soy convocada para realizar la evaluación psicosocial de Jorgelina, esto incluye la coordinación de las expectativas de ella y de los futuros padres, mediando intereses y buscando formas de abordar y gestionar los conflictos y/o expectativas estableciendo conversaciones grupales que permitan vehiculizar los deseos y las fantasías de todos con el propósito de lograr el éxito en el tratamiento.

Jorgelina, con pleno ejercicio de su autonomía, supo decidir antes de emprender alguna negociación.

Del quinto y sexto encuentro

Como en los encuentros anteriores, Jorgelina llegó puntual, acompañada de su amiga y su bebé. Retomo lo planteado al finalizar la sesión anterior dispuesta a escuchar a Jorgelina y a estimular su poder de negociación y la toma de decisiones. Su negación volvió a ser contundente.

“No acepto un aborto, soy pañuelo celeste. Esa es la razón. Hago esto para traer vida, no para quitarla. Ellos quieren ser padres y yo puedo darles un bebé. Si el bebé tiene problemas, ¿por qué van a querer matarlo? ¿Acaso no están buscando un hijo?”.

Trabajamos sobre los alcances de su decisión durante la quinta y la sexta sesión. ¿Qué significa para ella ser pañuelo celeste? ¿Cuáles son las fantasías de Jorgelina sobre el destino del bebé? ¿Quién se haría cargo de él si llegara a este mundo y los padres no lo aceptan? ¿Debemos obligar a los padres para que lo acepten?

Caída en picada

El séptimo encuentro Jorgelina llega 20 minutos tarde debido a demoras en el tren. Demoras que en encuentros anteriores supo sortear sin dificultad.

Apenas entra al consultorio me dice que se había quedado pensando en lo que habíamos hablado la sesión anterior y que entendía que no podía exigirles a los padres que se quedaran con el bebé.

“Soy pañuelo celeste, respeto las dos vidas, pero, no puedo hacerme cargo de ese bebé y tampoco quiero. No quiero ser madre de nuevo. Quiero embarazarme y darles el bebé a los padres, yo no voy a ser una madre”.

Ser pañuelo celeste comienza a tomar otro significado para Jorgelina, junto con su decisión de gestar para otros. La necesidad económica que motoriza la decisión de emprender el camino de la gestación por sustitución da lugar a una motivación desconocida para ella.

El respeto por las dos vidas confluye en el deseo de traer vida, de ayudar a quienes no pueden hacerlo, pero con una condición: que esa vida sea respetada más allá de toda limitación.

Jorgelina suspende la octava sesión. Me avisa sobre la marcha que no iba a llegar por alguna excusa que nunca le había resultado un impedimento. Quedamos en que nos veríamos la siguiente semana.

Atenta a los indicadores situacionales que me alertaban que algo no anda bien me dispongo a recuperar las pautas contractuales y el día anterior a la novena sesión la llamo por teléfono para preguntarle qué iba a hacer y para aclararle que, si no se presenta en el consultorio, o si vuelve a llegar tarde, debía darle de baja como postulante para la gestación ya que la falta de compromiso en un proceso tan breve como el de la evaluación y asesoramiento psicológico es un indicador irrefutable de las altas posibilidades de no llegar a completar el proceso médico. Me confiesa que no quiere seguir con el tratamiento de GS.

“No estoy dispuesta a matar a un bebé o dejarlo a su suerte”. Me dijo. Pero, me pregunta: *“¿Puedo seguir consultándote “algunas dudas” sobre mi relación con Matías?”.*

Jorgelina decide no ser gestante. Elige un nuevo camino para salir adelante. Supo que iba a necesitar ayuda para emprender el viaje y tiene la valentía para reconocerlo y pedirla.

Actualmente, Jorgelina aprovecha la virtualidad para estudiar el profesorado. Su mamá le ofreció una parte del terreno para que construya una pieza con cocina y baño; para autosustentarse cuida a otro bebé. Como puede, ahorra para comprar materiales de construcción. Sabe que le va a llevar tiempo, pero está decidida. Todo empezó con las ganas de tener su propio hogar y hace todo lo que está a su alcance para lograrlo.

Bibliografía

Ley N° 27.611 Ley Nacional de Atención y
Cuidado Integral de la Salud Durante
el Embarazo y la Primera Infancia

Ley N° 27610/202 Acceso a la Interrupción
Voluntaria Del Embarazo.

Buscando una familia para mí.

*Un caso de búsqueda de un
hijo por donación de óvulos y
espermatozoides*

Por Carolina Pesino

Introducción

El deseo de tener un hijo ocupa un lugar simbólico mucho antes de producirse la gestación. Habita en la novela familiar del sujeto y se expresa a través de los decires y fantasías que se escuchan al hablar de “ser padres”.

Es en esos decires, en el lenguaje mismo, donde se inscribe un hijo en el orden humano, es el origen que constituye el entramado y el tejido de la novela familiar, la inscripción de significantes que vienen del campo del Otro sobre el cuerpo y que a la vez inaugura un espacio deseante.

En ese espacio, en el lenguaje, se puede leer el deseo de ser padre/madre que trae cada sujeto que consulta cuando se somete a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA).

Es posible que, en esa manifestación explícita de ser madre/padre, se esconda un deseo más profundo de querer saber por secretos, silencios, encuentros y desencuentros de su propia historia y buscar a través de un hijo la resolución del orden de lo no posible de su propia historia. Estas son hipótesis que se fueron gestando a partir de la escucha.

A continuación, se presenta el caso de una mujer que ha querido someterse a técnicas de reproducción asistida para tener un hijo. Esta búsqueda resulta ser tan imposible de lograr, como saber sobre su propia historia y del deseo que habita por detrás de ese deseo de maternar.

El caso

La paciente, que vamos a llamar Laura, es derivada por una médica especialista en fertilidad dado que en las dos oportunidades en las que se le iba a realizar la transferencia por Fertilización In Vitro (FIV) del embrión,

ocurrieron dos situaciones que se lo impidieron: en la primera oportunidad se esguinzó un pie cuando iba a la clínica a realizarse la transferencia y en la segunda oportunidad se enfermó.

Es en ese momento que la médica infiere que algo se estaba interponiendo entre ella y su deseo de ser madre y decide derivarla a una psicóloga. Las situaciones podrían ser leídas como accidentes fortuitos, sin embargo, la médica pesquisó un “algo más” que no se podía dejar librado al azar. El interés médico estaba orientado a adaptar al sujeto a la práctica, a poder llevar adelante en los tiempos biológicos necesarios la operatoria de implantación. Un intento fallido, suponía una pérdida económica y de tiempo para el profesional y la clínica.

En la primera entrevista, Laura se presenta preocupada por lo que le está sucediendo y deja esbozar la pregunta de no saber por qué le pasan estas cosas justo cuando va a realizar la transferencia del embrión.

Se le pregunta sobre los motivos que la llevaron a realizar un tratamiento de fertilidad. Se presenta dividida entre el deseo del hijo y la imposibilidad. Ubica un saber en juego allí, del que no dispone.

Laura busca tener un hijo por ovodonación y por donación de esperma. Es el punto al que ha llegado por su edad y su deterioro ovárico y el desencuentro con un hombre que quiera construir un proyecto conjunto de familia.

Laura tiene 43 años, es soltera y nunca tuvo hijos. Viene de varias relaciones con hombres con los que nunca pensó en formar una familia y tampoco le interesaba. Su deseo de ser madre surgió tardíamente.

Hace poco más de un año empezó a pensar en esa posibilidad con una pareja que reunía, según ella, todos los requisitos para ser el padre de su hijo. En un primer momento, ese hombre aceptó tener un hijo con ella y al poco tiempo le confiesa que es estéril, lo que provocó, entre otras cosas, la ruptura de la relación de pareja. ¿Se trató de querer satisfacer su demanda de hijo o de un engaño? ¿Por qué un hombre estéril aceptó un proyecto fallido? ¿Por qué no podían buscar juntos el sueño de un hijo o de una familia, con sus fallas biológicas que la ciencia hubiera podido subsanar?

Es así que comienza a pensar en ser madre soltera y a buscar a través de las TRHA esa posibilidad.

De su historia relata que es la hija menor de dos hermanas. Sus padres, ya mayores, viven juntos. Ella vive sola y tiene una buena relación con sus padres.

De su madre dice que es una mujer poco demostrativa, dedicada a la limpieza y cuidado de la casa; de su padre habla poco y recuerda que de chica casi no lo veía porque era colectivo y trabajaba todo el día, llegaba tarde a la casa, cuando ellas ya dormían.

Su hermana, siete años mayor, está casada y tiene dos hijos adolescentes con los cuales mantuvo un vínculo muy próximo cuando eran chicos, los sacaba a pasear, los llevaba a dormir a su casa, etc. Ahora que son grandes ya no los ve tan seguido porque “salen con sus amigos y están en otra”. Con su hermana se habla seguido, pero no se ven mucho, es contadora y trabaja bastante.

Laura es abogada y al comienzo del tratamiento trabajaba en un estudio jurídico de un abogado, ya mayor a punto de jubilarse. Le pagaba muy mal, tenía malos tratos para con ella y le delegaba todas las responsabilidades sin retribución ni reconocimiento del esfuerzo que ella hacía.

De su vida amorosa cuenta haber estado de novia de muy jovencita y que su novio murió repentinamente a raíz de una enfermedad que le provocó una muerte súbita en un momento en el que estaban pensando en separarse.

La otra relación, quizás la más importante que relata de su vida, fue durante casi 10 años con un señor varios años mayor que ella que tenía hijos ya grandes. A este señor, coleccionero, lo conoce en sus viajes diarios a trabajar ya que tomaba el colectivo a la misma hora que él pasaba. La paciente comienza a advertir algo del orden de la relación con su padre y se sonríe cuando piensa en esa “casualidad”.

Confiesa haber estado profunda y obstinadamente enamorada de este hombre. La relación tuvo muchas marchas y contramarchas y cuando estaban separados ella concurría a la parada a la hora que sabía que él pasaba solo para verlo e imaginando que él la vería.

En los últimos momentos de la relación comenzaron a hablar de tener un hijo cosa que no sucedió.

Expresa haber estado tan obsesionada con esa pareja que no pensó hasta último momento en tener un hijo, “solo pensaba en él y en verlo”, “y así fui perdiendo la oportunidad”, luego vino la otra pareja que le revela ser estéril.

De a poco Laura va pudiendo enlazar las relaciones entre la espera de un padre ausente por el trabajo con la espera obsesiva de la llegada del colectivo de su pareja.

Aparecen en sus relatos los significantes “fracasos” (en relaciones de parejas, en lo laboral, en no poder tener un hijo y en lo sucedido cuando iba a realizarse la transferencia embrionaria).

Respecto a tener un hijo, al romper con su última relación sentimental y verse lejos de poder tener otra pareja, decide acudir a las TRHA. Los estudios que realiza dan como resultado óvulos envejecidos debido a la edad, por lo tanto, de querer quedar embarazada debería recurrir a la donación de óvulos y esperma respectivamente.

Sus planteos sobre qué podría suceder de tener un hijo en esas condiciones: ser madre soltera y con un hijo gestado por ovodonación y donación de esperma eran: “¿qué va a pasar cuando mi hijo vaya al colegio y le pregunten por su papá?”, “¿y si no se parece a mí?”, “pensé en buscar donantes que tuvieran características físicas similares a las mías”, “¿qué y cómo le voy a decir que no es hijo genético mío?”, “¿querrá saber en algún momento

quiénes son sus padres genéticos?”, “¿qué le diría a mi familia?”, “¿lo podré mantener económicamente?”. Preguntas muy comunes en gestantes por donación.

Cuando planteó a sus padres la posibilidad de tener un hijo con estas técnicas sus padres no opinaron mucho, lo cual dejó a Laura con una incertidumbre si convenía o no llevar a cabo el tratamiento. Esta apatía parental muestra un desinterés por la historia de Laura y sus proyectos. Lo que lleva a retomar una de sus primeras opiniones sobre llevarse bien con sus padres, ¿por qué tanto desinterés?

Aparece, además, la idea de tener un hijo porque se veía sola cuando fuera mayor, sin pareja, sus padres no iban a vivir siempre y los hijos de sus amigas y sus sobrinos ya eran grandes como para compartir momentos como antes, todo eso la angustiaba. El hijo/a emerge en el horizonte como una compañía en su envejecimiento.

Durante el transcurso del tratamiento comenzó a hablar de sus padres y al ser interrogada por recuerdos de cuando era chica, surge algo por demás interesante para el devenir del tratamiento:

Relata no tener recuerdos de cuando era pequeña, solo algunos muy breves y poco precisos. No recuerda sus festejos de cumpleaños, pero sí los de su hermana, y hace mención de no tener fotos de cuando ella era bebé ni de un poco más grande, sí hay fotos de su hermana. Esto comienza a hacerle ruido, a molestarla y confiesa que nunca se le ocurrió preguntar a sus padres sobre su infancia.

Llega a una sesión diciendo que preguntó a su madre por fotos de cuando era chiquita y esta le dijo: “deben estar por ahí, buscalas”, “y si no, no sé dónde deben estar”. Con el correr de las semanas y cuando concurría a la casa de sus padres buscó las fotos, pero no las encontró por ningún lado, ni tampoco objetos que le hayan pertenecido en su niñez. Su padre le decía: “preguntale a tu madre”. Tampoco recuerda que sus padres hayan contado anécdotas de su infancia salvo que era una nena muy buena y se portaba muy bien.

Dada la preocupación por su historia personal derivada de su interés por ser madre, le planteo la posibilidad de preguntarle a su hermana acerca de algún recuerdo respecto de su nacimiento y de su infancia teniendo en cuenta que ella era siete años mayor y, por ese motivo, podía tener algún recuerdo que le pudiera compartir.

Nunca llega a preguntárselo, o porque no se daba la situación, o porque la estaba viendo poco, o porque su hermana acababa de separarse o porque se olvidó.

Es indudable que el encuentro de Laura con datos de su historia la confrontaba con su propia novela familiar construida en base a silencios y desconfianza.

El único lazo posible entre ella y su historia se veía postergado, como su maternidad, su crecimiento profesional y sus lazos sentimentales.

Las pruebas de realidad referidas a no concretar la maternidad se iban haciendo más evidentes, Laura se había puesto el límite de los 45 años para quedar embarazada y si no lo lograba entonces desistiría.

Para ese entonces había renunciado a su trabajo para dejar de ser maltratada por su jefe y esa decisión, por un lado, saludable, la obligaba a tener que vivir con dinero que tenía ahorrado, que tampoco era mucho, hasta poder conseguir un mejor empleo. El pago del alquiler le estaba pesando mucho y comienza a distanciar las sesiones cada 15 días por el tema económico.

De nada valió que yo le dijera que ese no era el problema mayor y que podíamos llegar a un acuerdo. A lo que contestó que no quería tener más deudas. Laura en verdad tenía una deuda, pero era con ella misma, se debía su propia historia. Se debía un lugar en una trama que no sentía propia.

Comienza un período crucial del tratamiento donde habla sobre sus fantasías respecto de los donantes, explicita que solo va a poner su vientre, sin saber quiénes y cómo son ellos. No se pregunta mucho sobre el hecho de adoptar, aunque en algún momento pentó en esa posibilidad que luego descartó.

Aparece muy velada la posibilidad de haber sido adoptada, ya que las fotos y objetos de cuando era niña no estaban. Era como si sus rastros de infancia hubiesen desaparecido.

Un posible análisis

En la novela familiar común a la mayoría de los sujetos (neuróticos o no), es el niño el que se libera de su familia de origen para adoptar otra más conforme con su deseo; pero en el caso de Laura, ¿de qué mito estamos hablando?, ¿del que parte de no ser historizada por sus propios padres?, ¿acaso la paciente gene-

ró un mecanismo fantasmático subjetivo que proyecta la incertidumbre de su propia gestación en la imposibilidad de gestar un hijo?

Su deseo ¿genuino? aparece cuando ya no puede tener hijos por la edad, también por las imposibilidades económicas y por entender que no podía mantenerlo, ni organizarse para criarlo.

Desde otra vertiente, no es difícil ni extraño pensar, para los que hemos trabajado en estos temas, en la posibilidad de que haya sido apropiada durante la dictadura militar en Argentina ya que muchos elementos convergieron y fueron comunes a muchos hijos de desaparecidos en esa época la edad, la falta de fotos de su madre embarazada y de ella cuando era bebé, y hasta el miedo a preguntar para no reconocerse en ese lugar incierto que se negaba a develar. No se llegó a trabajar esta presunción porque no hubo un espacio para abrir el interrogante durante los meses que duró el tratamiento.

Su deseo de tener un hijo estaba ligado a la presunción insegura de su propia genética, ubicada en la donación de espermatozoides y de óvulos de personas desconocidas. En tanto y cuanto

su gestación sea incierta, la búsqueda de otros genitores para su hijo iba a estar comprometida con los fracasos.

En cuanto a la relación con su pareja de muchos años, el colectivo, se sonroja al reconocer la relación entre éste y su padre en cuanto a que compartían el mismo trabajo. No se cuestiona por su vínculo paternal, por su padre ausente.

¿A quién esperaba tan insistentemente ver llegar con el colectivo? ¿A este hombre o a su papá? Y si de padre se trata: ¿qué padre esperaba? ¿al suyo de la infancia que casi no veía? ¿a ese posible e incierto padre? ¿al futuro padre de sus hijos que ya tenía hijos con otra mujer? ¿por qué cuando aparece la posibilidad de tener un hijo con su pareja (el colectivo) casi inmediatamente se produce la separación definitiva decidida por ella? No era este último el padre que buscaba.

Con todo este material me surgía una pregunta: ¿Laura estaba buscando un hijo o estaba buscando un padre?

La posibilidad de que sus padres no fueran los genéticos aparece fuertemente en la búsqueda de “otros” padres para “su” hijo, los donantes, quedando de esa manera instalada la duda de su filiación genética.

Gestar un hijo con donantes para Laura está en relación a su propia filiación incierta y en esa línea los padres genéticos para su hijo tendrían que ser otros, provenir de otra genética que no estuviera dentro de su núcleo familiar.

Acceder a la maternidad de esta manera resultaba imposible en tanto y cuando no pudiera acceder a su propia historia. Una historia incierta y velada que sus padres se encargaron de afianzar: una madre que la invita a mirar y buscar hacia otros lados vacíos de historia (los cajones que estaban vacíos de fotos), a girar la mirada donde algo falta, una historia que le impide a Laura continuar una historia de descendencia.

Una pregunta es: ¿tener un hijo para Laura podría responder sobre el deseo de sus padres? ¿contestaría las dudas sobre su propia concepción? ¿sería acaso el camino para saber sobre ella misma? ¿un hijo le daría la respuesta a su lugar como hija? ¿Qué lugar ocuparía para ella un hijo?

¿Cuál es el precio que debe pagar Laura para ser madre? No hay precio en términos de dinero que pueda pagar, eso queda claro cuando interrumpe el tratamiento por no

poder sostenerlo económicamente. El precio de lo imposible de pagar sería la presentificación de su propia castración. El bebé que puede ser tenido o adquirido por las TRHA es el mismo que limita su posibilidad de ser madre, la convierte en su propia imposibilidad de acceder a un deseo imposible de alcanzar. Querer tener un hijo suprime en este caso la dimensión de sujeto allí presente, la dimensión del tener anula cualquier posibilidad de ser.

Para Laura, no poder tener un hijo entra dentro de la secuencia de no poder tener un trabajo, no tener dinero, ni una casa propia, ni una pareja. Es en ese lugar donde su deseo queda aplastado por la dimensión del tener que anula cualquier posibilidad de ser.

Laura busca en la tecnología la posibilidad de tener algo (un hijo) y queda entrampada en su propio juego sintomático del perder. Cuando se pregunta por los padres genéticos de su hijo, “¿quiénes y cómo serían?”, ¿se está preguntando por sus padres genéticos o los de la novela familiar? Este es un punto crucial que hubiese necesitado un tiempo más extenso de tratamiento para el encuentro con su propio deseo.

Pero lo que recae sobre el sujeto no es ser únicamente objeto de una filiación. Será condición necesaria pero no suficiente. Aún es requerido el consentimiento, la elección de la filiación. Esta elección como acto fundacional del sujeto ético tiene como antecedente una cadena generacional. Sin esta cadena no hay posibilidad de elección.

Conclusión

“El inconsciente tiene estructura de lenguaje” (Lacán, 1964, p. 28). Tesoro de significantes conducentes a la identificación, causa primordial del sujeto.

Escucho el relato de la paciente y en él encuentro el campo propicio donde atesora la riqueza de los significantes que señalan lo que el sujeto dice por detrás de su discurso.

La imposibilidad de tener un hijo genético se apoya como síntoma en la búsqueda de su propia historia.

Hay algo de la continuidad generacional que está roto, que aparece en el orden de lo que no se puede transmitir. Hay un pasado silenciado, oculto en algún lugar imposible de encontrar, en esas fotos que se supone que

están en “algún lugar”, que ella deberá encontrar antes de poder “dar luz” a una nueva vida, pero en la medida que ese pasado siga silenciado y no haya encontrado inscripción en la memoria simbólica esa luz permanecerá apagada.

Lo apremiante del trabajo con estas técnicas es el tiempo, pacientes que deben tomar decisiones cruciales en tiempos acotados, historias personales que se enlazan con el deseo de tener un hijo, imposibilidades que demandan soluciones inmediatas.

En esta época que encuentra a las madres, entre el esplendor del poder y las demandas perentorias a las TRHA, el psicoanálisis puede aportar referencias que permitan a cada uno, a cada una, encontrar su solución, singular.

Bibliografía

- Abuelas de Plaza de Mayo. (1977) *Restitución de niños*. Buenos Aires. Edit. Eudeba.
- Ferrari, H (comp). (2009) *Psicoanálisis a la medicina*. (2009) Rosario, Argentina. Edit. Corpus.
- Lacán, J. (1964) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires Edit. Paidós.
- Lacán, J. (1977) *La Familia*. Buenos Aires. Edit. Homo Sapiens.
- Ormart, E (comp). (2018). *Cuerpos y familias transformadas por las técnicas de reproducción asistida*. Buenos Aires. Edit. Letra Viva.
- Ormart, E & Fariña, M. (2014). *Reprogenética y subjetividad en aesthética vol. 10*. Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte.

De Hija a Madre.

*Un recorrido por la propia
historia*

Elizabeth Ormart

Sandra Marañón

Evelyn Pasquali

“Escuchando los pedidos de interrupción voluntaria del embarazo, me di cuenta hasta qué punto no hay embarazo que sobrevenga por azar, que todo embarazo es un signo del sujeto, un efecto en el cuerpo de una necesidad inconsciente, aun cuando vaya a ser suprimido. La fecundidad humana es fruto de una nodalidad que efectúa el encuentro significante”.

Chatel (1993).

Introducción

¿A qué lugar viene un niño/a en el deseo de su madre? ¿Qué prehistoria lo cobija o lo desampara en el encuentro con ese deseo no anónimo? ¿Qué nombre lo marca desde ese Otro que libidiniza su ser viviente?

En este escrito, nos proponemos explorar estas preguntas a propósito de un espacio terapéutico habilitado en el contexto de confinamiento producto de la pandemia. Su producción está enmarcada en el proyecto de investigación UBACyT: *Las competencias del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de la reproducción humana asistida. Parte 2* dirigido por la Dra. Elizabeth Ormart.

Junto con la Universidad de Granada¹, se investigó sobre los efectos del aislamiento social producto de la pandemia por covid-19 en mujeres embarazadas.

¹ PID2019-110115GB-I00 Universidad de Granada: El papel del estrés perinatal en el temperamento, psicopatología y reactividad de la descendencia. (Childs-tress). Proyecto concedido por el Ministerio de Ciencia y Educación I+D. Investigadora Principal: María Isabel Peralta Ramírez.

Para eso, se aplicó en ambos países una encuesta que evaluaba datos sociodemográficos, test y escalas de medición del estrés y ansiedad en esta población².

Dentro de la encuesta, se encontraban los test SCL-90, la escala de estrés percibido, la escala de preocupaciones prenatales, entre otros, a la vez que se evaluaba la resiliencia, la satisfacción con la vida y el insomnio.

A quienes contestaron esta encuesta se les ofreció la posibilidad de participar en cuatro talleres gratuitos que tenían el objetivo de disminuir la ansiedad y habilitar un espacio virtual para poner en palabras las vivencias de un momento tan particular por el que atravesaban estas mujeres³.

² Los test usados en esta investigación son: el SCL-90-R (90 ítems), el Cuestionario de Preocupaciones Prenatales (PDQ) (12 ítems), la Escala de Estrés Percibido (EEP) (14 ítems), la Escala de Resiliencia (Connor y Davidson, 2003) (10 ítems), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (5 ítems) y la Escala Atenas de insomnio (EAI) (Soldatos et al., 2000) (8 ítems).

³ En la propuesta de la Universidad de Granada se ofrecen ocho talleres con una perspectiva teórica TCC. Aquí hemos ofrecido cuatro talleres desde un enfoque psicoanalítico, para lo cual hemos creado un modelo nuevo de talleres.

El caso presentado a continuación se desarrolló en los talleres del mes de enero del 2021 y fue coordinado por las autoras. De los diferentes talleres realizados y de las diferentes participantes hemos tomado un caso que nos permite un análisis en profundidad de la presencia del fantasma del niño perdido. Nos referimos a una mujer joven que se realizó un aborto previo y que, en este nuevo embarazo, insiste en la necesidad de reparar algo que no pudo ser.

El estudio de un caso en profundidad permite el análisis de ciertos rasgos ejemplares que se replican en otras mujeres que atravesaron pérdidas similares, y proponemos hacer lugar a una escucha de esta singularidad. De eso se trata, un psicoanalista que escucha la decisión de abortar en el pasado como un designio mortífero en el futuro, del que es necesario librar a la criatura. Recubrir con un significativo “vida” que la abriga y la libera de esa clausura inicial.

Como dice Chatel (1993) “Un psicoanalista que conduce el diálogo siguiendo el hilo lógico de lo que se dice permite articular el embarazo enigmático en un contexto personal, preciso y familiar que es causa del surgimiento de este ‘accidente’ del sujeto” (p. 31). Acciden-

te que, en el caso de C, reedita lo mortífero que quedó velado en una inscripción que data de hace diez años.

El caso C

C tiene 28 años, trabaja con niños pequeños y vive en una ciudad costera de la provincia de Buenos Aires. Al momento de iniciarse los talleres, tiene alrededor de 28 semanas de gestación. Aún no se decide si tener a su hija por parto normal o por cesárea. Por un lado, sabe que el parto natural es mejor, pero que a la vez quiere tener controlada la fecha del nacimiento. El tema de la necesidad de controlar todos los aspectos de su vida y del embarazo se vuelve por momentos motivo de frustración y ansiedad.

Ese mismo mes, arrancó yoga 4 veces por semana, en dos centros distintos.

Ella se define como muy organizada, estructurada, payasa y espiritual.

A los 18 años quedó embarazada de una pareja anterior y menciona que decidió abortar porque se sentía muy sola. Nadie la podía acompañar en eso. Sus ojos se llenan de lágrimas y comienza a hablar de su soledad en ese momento.

De su familia manifiesta que tiene una hermana en Europa que va a venir a acompañarla para el nacimiento de su bebé. Su padre y hermanos viven en otra ciudad de la provincia de Buenos Aires. Sobre su madre asegura que “tiene depresión” y comenta tener una relación difícil con ella y tener miedo de que esa enfermedad se transmita en los genes.

Con el padre de la bebé hace 5 años que están en pareja. Viven juntos. Ella, a lo largo de los talleres, se refiere a él como “su novio”.

C opina que “la pandemia no es el mejor momento para quedar embarazada, porque te podés morir” y que quedó embarazada por no ir a retirar las pastillas anticonceptivas al centro de salud.

C contó de su embarazo a los cuatro meses. Sin embargo, a su papá se lo reveló a los cinco meses por carta, ya que le parecía muy poco emotivo hacerlo por videollamada y verbaliza que fue precavida por la incertidumbre. Asegura: “Este mes estoy embarazada, el que viene no sé”. Aparece la alusión a la posible pérdida del embarazo, e inclusive a su muerte.

La participante cuenta haber sido muy “fiestera”. Cuando sus amigas se enteraron del embarazo le preguntaron con quién iban a

salir ahora y ella les contestó que “pasó a otra etapa”. Ella expone que disfruta del humor negro, pero “ahora que voy a ser madre tuve que borrar un montón de stickers”. Asevera que a enero de 2021 tiene pensamientos negativos que le generan ansiedad y miedo, como el hecho de que su hija nazca con alguna discapacidad, específicamente motora.

Según C, antes de enterarse que estaba embarazada “se portó muy mal” (en el sentido de tomar alcohol) lo que le genera aún hoy dudas sobre si su bebé está bien. En cada consulta, pregunta eso.

Hasta ese entonces, C tiene una foto de la ecografía como fondo de pantalla de su celular.

Por la pandemia comenta que no dejan entrar a su novio a las ecografías y que eso la pone triste. Según ella, su pareja “no cae” sobre el embarazo y no poder presenciar las ecografías no ayuda.

Comenta que al momento del parto solo puede estar una persona. Originalmente, ella quería que estuviera la hermana, pero “el que debería estar es el papá”. Su pareja manifiesta no importarle la decisión, que si prefiere que esté su hermana está bien, pero ella opina que

sería bueno que esté él, ya que “él va a estar cazando moscas agarrado de mi mano”, y eso la tranquiliza. En cambio, la hermana “se pondría a gritar junto con ella”.

En un momento del relato hace referencia a “estar atravesando el embarazo sola” y a continuación, reflexiona que “los seres humanos venimos solos al mundo” y que su hija “la va a completar” y que “la va a acompañar por muchos años, por lo menos hasta la adolescencia”.

Sobre la bebé indica que a las 11 semanas se enteró que era una nena y se puso “re” contenta, porque ella quería una niña, en cambio, su pareja quería un varón. Expresa que eligieron el nombre que “alude a lo vivo”. Al decirlo, se emociona. Anuncia que eligió un nombre porque tiene que ver con su vida, y que lo eligió “con mucha garra” para que pueda “enfrentar cualquier situación pandémica que se le ponga delante”. Sobre su propio nombre, cuenta que su madre lo decidió en el momento del parto, porque tenía cara de “C”. Su segundo nombre es una adaptación del nombre brasileiro de una ex pareja de su padre. C buscó a esta mujer en Facebook con la fantasía inconsciente detrás de que “ella es mi verdadera madre”. Fantasía que, claramente, alude al deseo del padre. La mujer que el padre deseaba, no era su madre.

Al momento de los talleres, C asegura sentir temblores y latidos, “como si fuera un terremoto”. Ella se imaginaba los movimientos del bebé más rítmicos.

Sobre su rol materno una vez finalizado el embarazo piensa que “si puede con 13 en un jardín de infantes, va a poder con 1”. Imagina a su hija amigable, “medio princesa” (por la numerología del nombre) y como “Bam Bam” (el dibujito de los picapiedras) porque va a ser de Aries, personas a las que se les adjudica ser muy activos, caerse mucho, ser justicieros, entre otras cosas.

Para esperarla, C pintó la pieza de color blanco. Dice querer hacerle un afiche con su árbol genealógico (a partir de una actividad sugerida por el taller) y tener el interés de hacerle un “cuadernito” con los hitos más importantes en la vida de Vida, pero eso a partir de su nacimiento. Entramar a los hijos e hijas en la historia familiar es estramarlos en un discurso propio, colmado de representaciones y creencias que irán construyendo su identidad y les dará raíces, como ese árbol que C quiere pintar en el cuarto de Vida.

Derivas teóricas en torno al caso

Muerte y vida

Durante toda la infancia, las mujeres son performadas (Butler, 1993) para la maternidad: los colores, los juegos y las prácticas sociales van construyendo en la mujer el deseo/ la imposición de ser madres. Pero cuando el embarazo llega en condiciones adversas, la inclusión de ese/a niño/a por venir a los esquemas mentales y representacionales le puede resultar a la mujer una experiencia atroz e incluso, podría no lograrlo (Rosenberg, 2020).

Las prácticas del aborto han existido desde siempre en la sociedad, sin embargo, con el peso de su penalización, muchas mujeres se vieron obligadas a llevarlo adelante en la clandestinidad con el consecuente riesgo que eso trae no solo para su salud reproductiva futura, sino también para su vida. Afortunadamente, en la última década y de la mano con los movimientos feministas y “ni una menos”, se logró que la criminalización del aborto se disgregara: si bien seguía siendo ilegal, llevarlo adelante dejó de ser (tan) condenado socialmente. Estos procesos derivaron en la

legalización de la interrupción legal del embarazo el pasado diciembre de 2020. Cuando C realizó esta práctica aún no era legal.

A pesar de la sanción en diputados y senadores, el aborto, sigue siendo un tema tabú y del que cuesta hablar, lo cual aumenta el impacto psicológico que puede causar en las subjetividades que deciden llevarlo adelante. Tomar la decisión de practicar un aborto, es un hecho trágico, sobre todo si ser madre está en los planes vitales de esa mujer (Rosenberg, 2020). Sumado a esto, la desaparición gradual de las prácticas sociales asociadas al luto, generan que el proceso de duelo sea innombrable. Tal expulsión del derecho a llorar, trae consigo manifestaciones que, a veces, resultan ser patológicas (Aries, 1975). El hecho de haber practicado un aborto a los 18 años tiene lo que parece ser, un poder mortífero sobre su vida posterior que se manifiesta en fantasías, en temores e incluso en la elección del nombre que C hizo para su hija.

Stern (1999) dice que en la elección misma de un nombre las madres proyectan la elección de “cierto tipo” de niño/a. En este punto se podría pensar cuál es el rol del padre en la elección del nombre y qué tipo de cuestiones subjetivas se ponen en juego. Sin embargo, en el caso de C, el padre de la

niña no parece haber tenido un rol central en esta elección; respeta la elección de C, el padre parece limitarse a elegir el segundo nombre de la pequeña.

El nombre ‘Vida’ parece tener más relación con el pasado de C que con lo que se espera de la beba; “Vida” en contraposición a la “muerte” de un feto decidida por ella diez años atrás, incluso, cuando ser madre era su proyecto vital.

“Todas las madres esperan que sus bebés satisfagan algunas de sus necesidades personales, ambiciones y deseos, y, por lo tanto, reparen algunos de sus fracasos y decepciones” (Stern, 1999, p. 63). En esta nueva *Vida* que se le juega a C a partir del embarazo, también parecieran estarse elaborando cuestiones mortíferas que se relacionan con la madre de C. Ella espera que Vida tenga “toda la fuerza”, “toda la garra” que evidentemente no tuvo su madre por haber sufrido de una depresión severa. C espera tener con su niña la relación estrecha que no pudo tener con su madre, tiene la fantasía de que puede disponer de esa niña para que la ame en forma incondicional (Stern, 1999), dado que los hijos/as encierran la promesa inconsciente del cumplimiento de fantasías infantiles (Brazelton y Cramer, 1990); en el caso de C, el anhelo de una rela-

ción más estrecha con su mamá. Sin embargo, la mujer que ve en su hijo/a el falo que la completa, corre el riesgo de gozar del cuerpo de ese hijo para que la colme de distintas maneras (Ormarty y Wagner, 2020).

Fantasías asociadas al embarazo

Existe una cantidad de miedos normales que acechan a las futuras madres. Estos miedos están asociados a la cantidad de semanas de gestación, pero el temor a tener un/a hijo/a con malformaciones es uno de ellos (Stern, 1999). En el caso presentado puede verse como este temor aparece (y la culpa asociada a este miedo) cuando nombra el hecho de que le preocupa que su bebé nazca sin un brazo.

Otro rasgo común entre las futuras madres es la imposibilidad de imaginar al bebé venidero hasta que no esté asegurada la viabilidad del embarazo, seguridad que aparece alrededor de la doceava semana. Esta ensoñación se acrecienta si la mujer ha tenido un aborto o considera su embarazo en situación de riesgo por alguna razón (Stern, 1999).

Durante la gestación la persona gestante atraviesa diferentes etapas en las que confluyen su propia historia de gestación, la crianza

y la historia familiar de embarazos. Se producen cambios físicos, de humor, sentimientos contradictorios y aumento de la sensibilidad. También se reactualiza la relación con su propia madre y los conflictos con ella, derivando así en una “regresión emocional” en la que se encuentren más dependientes de su entorno. Las fantasías que surgen se remiten a la posibilidad de tener un hijo o hija sanos, a la posibilidad de fallecer en el parto o que su propio hijo muera en ese momento (Soifer,1992).

En el caso de C, incluso al haber pasado el lapso temporal que menciona Stern, la seguridad del embarazo no llega. Frases como “hoy estoy embarazada, mañana no sé” o “me puedo morir” pueden dar cuenta de marcas simbólicas que el aborto anterior está teniendo en este nuevo proceso de gestación. El hecho de que la interrupción del embarazo anterior haya sido su voluntad no hace más que acrecentar los riesgos de que algo malo le pueda ocurrir a este bebé en camino, a causa de su irresponsabilidad en el periodo inicial del embarazo y la necesidad de re-asegurar en cada consulta que “todo está bien” y que nada malo le ocurre a su hija.

Ser madre más allá de su madre

Podemos inferir a partir del relato de C que su hiperactividad se opondría a la depresión de su madre. Una madre que está ausente, que no acompaña, que no apoya a C. Más bien, ella es la que activa, mueve, hace. Sus amigas la acompañan en este hacer desenfrenado, constante, permanente. Son amigas que la invitan a seguir de fiesta. Pero la maternidad parece aquietar un poco a C.

En términos de Stern (1999), podríamos decirle a C: “Usted siempre ha sido la hija de su madre, y esta relación, buena o mala, ha estado cerca del centro de su identidad. Cuando usted tiene un niño, empieza a identificarse más con una madre que con una hija. Su vida como la hija de alguien se convierte en su pasado de la misma manera que su futuro como madre empieza, con todas sus mejores posibilidades” (p. 16). Ahora bien, ¿cómo hacer este pasaje, ¿cómo ser una madre, pero no ser igual a su madre? ¿Cómo ser una madre presente, activa, alegre, cómo ser la madre que C quería tener?

“En su deseo de tener un hijo, la mujer experimenta una singular forma de doble identificación. Se identificará simultáneamente con su propia madre y con su feto y así

representará y elaborará los roles y atributos tanto de la madre como de su bebé sobre la base de experiencias pasadas con su propia madre y ella misma como bebé” (Brazelton y Cramer, 1990, p. 39). Es decir, el embarazo brinda a las madres la posibilidad para elaborar los conflictos de separación promoviendo una individuación de las relaciones simbióticas originales (Brazelton y Cramer, 1990). Es por esto que los hijos/as encierran la promesa de renovar viejos lazos, los amores de la niñez. Es por eso que se le adjudican atributos de ciertas personas importantes en el pasado del progenitor. En este caso, el deseo de que, a través de su hija, C pueda separarse de su madre y de las marcas simbólicas que la depresión de esta dejó en C. El único terreno es el de la creación ficcional de una madre futura. “La mente, durante el embarazo, se convierte en un lugar de trabajo en el que se proyecta el futuro y se trabaja sobre él de la misma manera que se elabora un invento” (Stern, 1999, p. 36).

Sobre el lienzo del futuro, C tiene que inventar la madre en la cual ella se va a convertir. Pasaje mediado por ese feto-hija de ensueño que habilita el lugar futuro.

Para Brazelton y Cramer (1990), “en su deseo de tener un hijo, la mujer experimenta una singular forma de doble identificación. Se identificará simultáneamente con su propia madre y con su feto y así representará y elaborará los roles y atributos tanto de la madre como de su bebé sobre la base de experiencias pasadas con su propia madre y ella misma como bebé” (p. 39).

Seguramente, el temor de lo que se transmite de su madre, no se agota en lo genético. Otra cosa se transmite, se propaga, se respira en este segundo intento de encarnar a una madre que no sea mortífera. La herencia de la madre depresiva, sin vida, sin energía, será algo que C deberá seguir transmitiendo. La forma de inmunizar a su bebé de la madre muerta será el significante de la vida.

No solo C tiene que hacer todo este trabajo de identificación con su propia madre, sino también con los arquetipos de madre impuestos socialmente. ¿Ser madre invalida el ser mujer? ¿Ser madre y ser una buena madre invisibiliza la ambigüedad del amor materno, sus contradicciones y muchas veces sufrimientos? Casi como un imperativo categórico, ser madre de tal modo que toda tu subjetividad esté inundada por el deber de

ser una buena madre y no tal vez la madre suficientemente buena, esa madre que aloja, sostiene y habilita el nacimiento psíquico de ese bebé (Winnicott, 1965, p.63).

Embarazo y covid

Durante el análisis cualitativo de los datos recabados a lo largo de la investigación —ya no solo el caso C—, se pudo reconocer la insistencia de la conmoción subjetiva que produce en las embarazadas entrar solas a las ecografías. Por cuestiones protocolares por la pandemia de covid-19 se trata de reducir la circulación de personas por los espacios, y, aún más, por los centros de salud; en uno de esos recortes se encuentra la imposibilidad de que los padres entren a ecografías. Sentimientos de tristeza, enojo e impotencia fueron los más mencionados, incluso una de las participantes comentó haber mandado una carta al director del sanatorio resaltando la importancia que tenía para ella estar acompañada, y para su marido, conocer al bebé, llegando incluso a amenazar con iniciar acciones legales. Sin embargo, la respuesta fue la misma, acceso denegado. Las medidas sanitarias son por momentos inhumanas, crueles, al tiempo que necesarias y preventivas.

Desde el Ministerio de Salud se indicaron medidas que intentaron conciliar el riesgo que implicaba acceder a las instituciones de salud por los posibles contagios y los derechos adquiridos en relación a la atención de las personas gestantes. El protocolo tenía, y aún tiene, como objetivo dar orientación a los equipos de salud sobre el manejo de personas gestantes, recién nacidos y menores de un año en el contexto de la pandemia covid-19. En el momento de construcción de los protocolos el conocimiento disponible en relación con el impacto de covid-19 en embarazadas y recién nacidos era limitado. No obstante, aun con políticas de restricción de visitas, se permitía la presencia de una persona sin signos de infección ni sospecha de covid-19 positivo. Esta persona, elegida por la gestante como acompañante, no tenía que pertenecer a los grupos de riesgo establecidos.

A pesar de las recomendaciones para preservar los derechos adquiridos durante estos años para las personas gestantes, el contexto del covid-19 habilitó que, según las características de las instituciones, la posibilidad o no de atención, la disponibilidad de recursos y las posturas profesionales se hayan vulnerado

derechos. Por ejemplo, que las personas gestantes no puedan estar acompañadas durante los controles o el parto en esta etapa tan sensible del ciclo vital.

En la primera etapa del embarazo, los progenitores se “adaptan” a la noticia del embarazo que va acompañada por cambios en el cuerpo de la madre, pero no aún por pruebas de la existencia real del feto (Brazelton y Cramer, 1990). Alrededor del cuarto mes, la mujer empieza a sentir los movimientos del bebé que se convierten en evidencias irrefutables de su existencia y con esto, la madre empieza a añadir datos al bebé que se comienza a imaginar (Stern, 1999). En el caso presentado, puede verse como la niña ya tiene adjudicadas características de “inquieta” en base no solo a que se mueve como un “terremotito” en la panza, sino también en base al discurso y creencias de su madre sobre la importancia del signo del zodiaco según la fecha esperada de parto. Esa niña será movediza como su madre, se imagina C.

“En general, después del tercer mes, una vez que el doctor da luz verde a la viabilidad del embarazo, entra en juego la imaginación. En este mo-

mento las nuevas madres empiezan a actuar con más rasgos específicos de la personalidad y físicos que su bebé podría tener” (Stern, 1999, p. 38).

No es casual que el rasgo que marca a la bebé es el que la aleja a C de su propia madre.

Sin embargo, para el futuro padre la cuestión es distinta. Al no sentir los cambios corporales, ni los movimientos del bebé en camino, la integración de ese nuevo miembro familiar a sus esquemas mentales queda más supeditado a los datos *reales* más que a los *imaginarios* y *simbólicos*. Este hecho se evidencia en los dichos de C, quien dice que su pareja “no cayó” aún, y que “ahora se da cuenta, porque tiene panza.” Sin embargo, nos preguntamos cuánto espacio hay para que comience a gestarse la función paterna, cuánto espacio psíquico hay en este embarazo para el padre. Un padre que pareciera acompañar silenciosamente en la medida que es habilitado por C.

Las paternidades han cambiado a lo largo de la historia. Cambios sociales, culturales y políticos fueron conformando una “nueva paternidad” que se caracteriza por un mayor involucramiento de los padres con sus hijos, destacando como una fun-

ción paterna dar cariño y amor. En donde, además de protector y proveedor, el padre cumple la función de formar y educar a sus hijos (Araújo y Lodetti, 2005; Orlandi, 2006). ¿Será esto posible en el caso de Vida que viene a “completar” a su madre?

En este punto es que “*el contexto se hace texto*” (Fernandez, 1989) y la pandemia por covid-19 marca simbólicamente a los niños/as por nacer. En el caso presentado, desde la elección del nombre, que se espera “que le sirva para afrontar cualquier situación pandémica” hasta una posible relación con los progenitores; no solo con el padre, quien encuentra dificultades para relacionarse con el embarazo de su pareja y con el bebé a advenir, sino también con la madre, ya que “el reconocimiento del rol del padre ayuda a la madre a ver el bebé como un ser separado de ella misma. Si tiene presente que su embarazo es el resultado de un acto por parte del padre tanto como de ella e idealmente el *deseo del padre de tener un hijo*, la madre evitará caer en la ilusión de que ella sola tuvo el bebé” (Brazelton y Cramer, 1990, p. 49).

En este punto, y aún más en este contexto, la imagen visual del feto real adquiere aún más importancia; el hecho de poder tener las ecografías de la misma manera que después se llevarán fotos permite la incorporación gradual del futuro niño/a a los esquemas mentales y familiares (Stern, 1999). En el caso de C, los dichos de Stern se evidencian en el hecho de que ella tiene la ecografía como fondo de pantalla. Sin embargo, no hay datos de cómo el padre se relaciona con la niñita. Empero, en este caso, la bebe vía su imagen, crea con su presencia virtual una nueva familia, formada por C y su pareja.

Reflexiones finales

La identidad no es un constructo estático, sino que es dinámico. Se compone de quienes somos, de quienes fuimos, de quienes queremos ser, así como también de quienes nuestros antepasados fueron, y de los deseos que estos tuvieron para nosotros. La identidad no es un constructo psicoanalítico, sin embargo, puede ser leído freudianamente como una cristalización de identificaciones.

El embarazo, es un tiempo de conmoción de la identidad, donde la madre queda triangulada entre su propia madre y la hija. Es la oportunidad de renovar los lazos identificatorios que nos unen (o que nos separan) de nuestros antepasados.

El caso presentado evidencia, que ya en la futura “Vida” a advenir, se hayan presentes cuestiones que intentan distanciar a la pequeña de su abuela; acercarla a su madre y reparar el daño de un aborto. El contexto en el que fue concebida y las razones también serán parte de su mito de origen, mito que tendrá que elaborar a lo largo de su trayecto. Mito enigmático que rodea el eterno agujero de la sexualidad y la muerte.

La niña aún no ha nacido, y tiene adjudicadas características, expectativas e ilusiones que la parecieran predisponer a un camino. Vida tendrá un largo trabajo psíquico a realizar para construir su subjetividad más allá de las marcas del discurso maternal y social que se ha proyectado sobre ella como “sombra hablada” (Aulagnier,1977). Estará en ella tomar las riendas de su Vida y decidir si recorrerlo con sus propios pasos, o sobre las huellas de los pasos de los Otros.

Bibliografía

- Araújo, S. & Lodetti, A. (2005). *Paternidad e cuidados: sentidos de prácticas de cuidados dos filhos Florianópolis*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Aulagnier, P. (1977) *La violencia de la interpretación*. Ed Amorrortu, Buenos Aires
- Ariés, P. (1975). *La historia de la muerte en Occidente*. Acantilado. ISBN: 978-84-95359-17-9
- Brazelton, T.B y Cramer, B.G, (1990). *La relación más temprana*. Paidós.
- Butler, J (1993) *Cuerpos que importan: Introducción*. Paidós, Buenos Aires:2002.
- Chatel, M (1993) *El malestar en la procreación*. Nueva visión.
- Fernandez, A. M (1989) *El campo grupal: Notas para una genealogía*. Nueva Visión
- Stern, D. N (1999). *El nacimiento de una madre*. Paidós
- Ormart, E. y Wagner, A. (Comp), (2020). *Aspectos psicológicos de la reproducción médicamente asistida*. Nueva editorial universitaria. ISBN: 978-978-733-245-2

Ormart, E (2020) *Tensiones entre lo femenino de la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida*. Premio Facultad de Psicología. UBA

Rosenberg, M. (2020) Escuchar las demandas, instituir la subjetivación del derecho al aborto En *El derecho al aborto en la formación “psi”: tensiones demandas y desafíos*. Editorial Teseo. ISBN: 978-987-86-5904-6

¿Madre es la que pare?

*Los espermatozoides de la
madre*

Magdalena Novatti

Introducción

En el presente trabajo me propongo interrogar la incidencia de las técnicas de reproducción asistida (TRHA) en lo que podríamos llamar nuevas configuraciones familiares, a la luz de un caso clínico. Es mi intención dar cuenta de cómo el trabajo clínico desde el psicoanálisis permitió un cambio en relación al cuerpo que, posteriormente, dio lugar a la emergencia de la pregunta por la maternidad en una paciente trans, con diversas implicaciones.

Caso

Manuela, de 32 años, consulta luego de realizar varios tratamientos por adicción a la cocaína. Se presenta como “trans”, refiere haber sido echada de la casa familiar en su pubertad por su elección homosexual, luego de lo cual comienza a prostituirse y a los 18 años le hacen la primera intervención en el cuerpo, para agrandar sus senos. En el transcurso de las entrevistas cuenta que después de años de vivir y trabajar en la calle, contexto en el cual empieza a consumir cocaína, decide terminar el secundario; deja la prostitución y consigue trabajo en un comercio. A partir de esto, cambia su posición y retoma contacto con su familia. Son los conflictos con ellos, especialmente con su madre, motivos de angustia para la paciente, reapareciendo los recuerdos del rechazo familiar inicial. Cuenta que no se identifica como travesti: porque considera que es algo asociado a la calle y “las travestis son jodidas, exigen cosas: que te operes, que seas el estereotipo, tipo Moria Casan”.

Ella está realizando tratamientos endocrinológicos para detener el crecimiento del vello corporal, pero algo la inquieta en relación a la influencia de las hormonas en su órgano sexual: “Soy sexualmente pasiva y acti-

va, no quiero que cambien eso porque sería encaminarme hacia ser transexual y no quiero”. Dice luego que, cuando era más chica, hizo cambios en su cuerpo porque se lo exigían “las madamas” para permitirle prostituirse en la calle, pero ahora quiere tomarse su tiempo: “tengo barba y me maquillo; uso el pelo largo, salgo con chicos y chicas, no me identifico con nada”. Un tiempo después, refiere una recaída en el consumo de cocaína, de lo cual señala: “me lo permití”. Al preguntarle por este tema, comenta que está teniendo una “crisis de identidad”, respecto a la cual alega que no se siente a gusto con su identidad femenina; ubica en la actualidad que varios de los cambios que hizo en ese aspecto, tales como intervenciones en su cuerpo o incluso la tramitación de su DNI, se dieron a partir de la presión que había sentido por tener una posición definida respecto a ser hombre o ser mujer. Asocia entonces que cuando consume se pone en contacto con su costado masculino.

A partir de sucesivas elaboraciones en relación al “permitir” y sus deslizamientos, pasa a decir que elige no ser Manuel, tampoco ya Manuela, sino “Manu”, de lo cual refiere: “me tengo que permitir encontrarme con quién soy”.

En el dispositivo se evidencia una favorable evolución, cesa el consumo de cocaína. Enuncia que su identificación como “Manu” la alivia mucho, si bien utiliza pronombres femeninos para referirse a ella misma y retoma los tratamientos hormonales que detienen el crecimiento del vello corporal. Luego de un tiempo, comenta en sesión que una amiga suya está pensando en tener un hijo y han hablado respecto a la posibilidad de acudir a las TRHA para llevar a cabo un proyecto conjunto, pero que no las uniría como pareja. Manu comenta que está haciendo consultas médicas para saber si está en condiciones de donar o preservar espermatozoides y cuál debería ser el procedimiento. Manifiesta que algo del deseo de “maternidad” ha aparecido por primera vez. Se indaga respecto a este proyecto y el modo de abordarlo, clarificando algunas cuestiones en relación a los estudios médicos a realizar y su derecho a acceder a la cobertura. Esta nueva instancia en relación a su órgano y su cuerpo, así como las implicaciones de la “maternidad” para ella, comienzan a orientar la dirección de la cura.

Después de algunas semanas comenta que el proyecto con su amiga está pausado, pero ella continúa haciendo sus estudios médicos y evalúa la criopreservación de espermatozoides

para resguardar su fertilidad y poder retomar los tratamientos hormonales que tuvo que dejar para realizar los estudios requeridos.

Desarrollo

Tiempo atrás, la posibilidad de pensar en una familia constituida por dos personas que no tenían un vínculo amoroso o la idea de pensar en la procreación diferenciada de la sexualidad, generaba una serie de incomodidades éticas, biológicas y legales que no podían ubicarse fuera del cine de ficción. En la actualidad, las leyes y la biotecnología, enmarcadas en cambios sociales, posibilitan esto y mucho más.

El deseo de maternidad o paternidad implica, en muchos casos, un trabajo singular en relación al propio cuerpo, incluso para aquellas personas que no poseen dificultades reproductivas. Para el psicoanálisis, el cuerpo no se circunscribe al discurso médico y la biología, ni se limita al organismo: no se nace con un cuerpo, sino que es el tratamiento significativo el que podrá producir un cuerpo pulsional, a diferencia de un organismo viviente. La sustancia del cuerpo, de los órganos, es lenguaje, no es material: “El cuerpo de los hablantes está sujeto a dividirse de sus órganos, lo bas-

tante para tener que encontrarles función. (...) Así, por el discurso psicoanalítico, un órgano se hace el significante” (Lacan 1972, p. 480). El cuerpo es erógeno, tiene agujeros; y también genitales, que según algunas lecturas posibilita asignar una categoría, dentro de un binomio: hombre o mujer. Además, la asunción del sexo por el sujeto no está dada desde el nacimiento, sino que es un punto de llegada.

El caso de Manu propone considerar, también, que categorías como hombre/mujer, femenino/masculino, podrían pensarse en relación con lo singular, con la inscripción que de eso haya, con lo que se elija. Al enlazarlo con las TRHA, desde el psicoanálisis cabe destacar que, en la praxis: “Como clínico, se trata de entrada de orientarse a partir de lo que nos revelan los que se embarcan en estas prácticas. Son los que recibimos quienes nos enseñan: los que toman los nuevos caminos de la procreación, los que actúan sobre su género, bigénero, géneros fluidos, a-géneros, los que desafían los puntos de referencia habituales y la diferencia de sexos y de generaciones” (Ansermet, 2021).

Resulta interesante pensar que, salvando las distancias insalvables, al igual que ocurre en el ámbito de las TRHA, la población trans (transgénero, transexual, travesti) puede requerir las opciones que brinda la ciencia

para intentar alcanzar ese cuerpo (¿deseado o forzado?) en pos de la salud o de la identidad: cirugías, tratamientos hormonales, estéticos; que eluden la existencia de lo real.

En la época donde, de acuerdo con Miller (2004), el objeto *a* comanda al sujeto, cabe destacar que “el psicoanálisis fue inventado para responder a un malestar en la civilización (...) para hacer existir la relación sexual, hay que frenar, inhibir, reprimir el goce. [...] La dictadura del plus de gozar devasta la naturaleza. (...) puede ir hasta la cirugía y una intervención sobre el cuerpo mucho más profunda”. A su vez, si bien las tecnologías reproductivas son más actuales, el deseo de maternidad o paternidad en personas trans no es nada nuevo, tal como la historia de Lili Elbe refleja, quien vivió entre 1882 y 1931. Su caso ha sido bellamente immortalizado en la película *La chica danesa* (Tomas Hoppe, 2000).

En Argentina, la Ley de Identidad de Género de 2012 puede leerse como un marco regulatorio con efectos propios: abre la puerta a un lugar diferente para lo trans, menciona la autopercepción, la posibilidad de obtener un DNI e incluso los cambios físicos necesarios para adecuar lo existente a lo percibido, lograr llegar a lo que se desea, sin necesidad de diagnóstico ni evaluación alguna. Lejos de

patologizar, toda intervención de este estilo — en este ámbito u otro; a nivel real, imaginario o simbólico— puede tener efectos incalculables, de modo tal que debe ser enmarcada dentro de la valoración subjetiva, especialmente al considerar que varias de ellas son irreversibles. La ley habilita la realización de modificaciones, pero considero prudente no dejar de lado el pensar estas situaciones también con la lógica del caso por caso, entendiendo que la posibilidad de estos cambios no implica que sean obligatorios ni que deban transformarse en un mandato. Tampoco la autopercepción es universal: los rasgos que hacen signo o que hacen ruido, los que se quieren modificar, pueden variar en cada caso (rasgos faciales, la voz, cirugía de reasignación, múltiples opciones). En la misma línea, la Ley de Reproducción Médicamente Asistida de 2013 habilita el acceso a las técnicas, pero ¿siempre son la mejor alternativa? Me parece importante pensar, y distinguir, en qué casos se trata de una elección saludable y en qué casos podríamos hablar de un *acting out* o pasaje al acto.

En los dichos de Manu escuchamos a una paciente que, sin sentirse cómoda con la identificación como “hombre” o “mujer”, manifiesta su deseo de “maternidad” en el marco de un proyecto conjunto con una amiga. Fuera de la concepción de familia tradicional, se trata de

la procreación desligada del sexo, incluso de la pareja: “podemos tener padres que son mujeres, o madres que son hombres, trastocando los hitos a través de nuevas formas de manejar la diferencia de los sexos posibilitados por las nuevas biotecnologías, abriendo a nuevos malentendidos inéditos en el origen” (Ansermet, 2021). ¿Qué lugar para el psicoanálisis en este caso? ¿Acaso hay algo que decir?

Incluso la tecnología se encuentra al servicio de estos nuevos proyectos: hay aplicaciones para conocer gente con quien tener una cita, con quien tener un encuentro sexual, o con quien tener un hijo. *Modamily* es una aplicación que ayuda a encontrar personas con las que co-paternar en el contexto de una relación romántica, de crianza compartida o de donantes conocidos: “La coparentalidad es como saltar directamente al divorcio, sin el trauma de tener que ver cómo tu padre y tu madre se desenamorán. [...] Ninguna configuración familiar es sencilla y todas las familias tendrán periodos complicados, pero en el caso de la coparentalidad platónica los padres pueden prepararse para ello desde el principio” (citado en Andropoulou, 2021).

En relación al proyecto compartido, si aún se escuchan reservas frente a proyectos monomarentales, monoparentales o incluso

parejas homosexuales, ¿qué ocurre frente a esta propuesta? Al igual que cuando hay hombres gestantes, ¿cómo pensar a una madre que aporta sus espermatozoides?

“El Nombre del Padre como el que prohíbe a la madre es una imagen anticuada y abusiva. La verdadera función del padre es que el niño no lo sea todo para la madre. Por lo tanto, no del lado de la prohibición, sino del lado del no-todo. Esta función puede, entonces, ser ocupada por un hombre, por Otra mujer, por un amigo, por un amante... A partir de ahí, se pueden inscribir todas las nuevas formas contemporáneas de «hacer familia». Lo que cuenta es que el «desear un hijo» de la madre no obstruya su deseo, y no le impida seguir deseando, en cuanto mujer, otra cosa que el hijo” (Albert, 2021).

Es justamente la concepción lacaniana de la maternidad y la paternidad como funciones la que permite despejar esta encrucijada que se aleja del determinismo biológico al igual que lo hace cuando piensa en hombre y mujer como posiciones sexuadas. Incluso pensando en la configuración familiar tradicional, ¿qué ocurriría en este caso? ¿Un proyecto conjunto es lo mismo que una familia? ¿Qué es una familia? Indudablemente, las TRHA permiten la creación de nuevas familias, nuevos modos de vincularse y, por qué no, de anudarse.

¿Qué ocurriría con la maternidad de Manu, a la luz de su propia historia? ¿Qué lugar viene a ocupar la maternidad para ella? El vínculo con su familia, especialmente con su madre, ha estado marcado por el descuido, el abandono, el destrato: ¿está lista para encarar su maternidad? ¿Nos corresponde decidir eso? En tal caso:

“Seguramente es necesario el encuentro de un sujeto con un niño, de un sujeto que pueda ponerse en juego a sí mismo para que el semblante «maternidad» pueda recubrir algunos fragmentos de lo real. Esta gracia de la contingencia nos revela que hay madres que no han portado a su hijo, y madres no todas sometidas a la verdad genética. Para algunos sujetos, la ecuación hijo/falo no pasa por el apareamiento, el embarazo o el parto” (Harrison, 2021).

Por último, pero no menos importante: ¿influye de alguna manera el hecho de pensar que se trata de una paciente de salud mental? ¿Cuál es la posición al respecto? ¿Corresponde decir algo en esta coyuntura entre salud mental y TRHA? ¿Es suficiente el deseo de hijo para aceptar o avalar el acceso a las TRHA? Que haya un “para todos” no borra la singularidad.

Conclusión

Considero que en este caso queda clara la importancia que la Ley de Reproducción Médicamente Asistida nro. 26.862 tiene en relación a la Ley de Identidad de Género nro. 26.743. Asimismo, se puede pesquisar la posibilidad de pensar la maternidad como una función no ligada al determinismo biológico. Aquí, la idea de un proyecto conjunto —que podría pensarse como una familia compuesta por dos mamás, una cisgénero y una transgénero (la cual, si bien utiliza pronombres femeninos, se reconoce alejada del binario hombre-mujer)—, se ve posibilitada por la ciencia y la jurisprudencia que permite el acceso a la misma. Parecería que el encuentro de Manu con su identidad y su cuerpo, a partir de las elaboraciones hechas, le han permitido encontrarse con algo nuevo en relación a su deseo: la maternidad, a través de sus espermatozoides.

Bibliografía

- Albert, S. (15 de abril de 2021): *¿Qué es una madre?* En Congreso Pipol 10 Vouloir un enfant? Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://www.pipol10.eu/es/2021/04/14/que-es-una-madre-solenne-albert/>
- Alakolombre, P. (2008): Deseo de hijo. Pasión de hijo. *Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis*. Buenos Aires, Letra Viva, 2012.
- Andropoulou, D. (11 de marzo de 2021): *Coparentalidad: la procreación en la era del A.V.E.N. y Modamily* [Versión electrónica] En Congreso Pipol 10 Vouloir un enfant? Recuperado el 4 de Junio de 2021, de <https://www.pipol10.eu/es/2021/03/11/coparentalidad-la-procreacion-en-la-era-del-a-v-e-n-y-modamily-despina-andropoulou/>
- Ansermet, F. (2018): La fabricación de los hijos. *Un vértigo tecnológico*. Buenos Aires. Unsam, 2018.
- Ansermet, F. (19 de febrero de 2021): *Del deseo de tener un hijo a los malentendidos del origen* [Versión electrónica] En Congreso Pipol 10 Vouloir un enfant? Recuperado el 4 de Junio de 2021, de

<https://www.pipol10.eu/es/2021/02/18/del-deseo-de-tener-un-hijo-a-los-mal-entendidos-del-origen-francois-anser-met/>

Brousse, M. H. (2006): *Un neologismo de la actualidad: la parentalidad* [Versión electrónica] Recuperado el 7 de Junio de 2021 de

<http://ccbcn.info/xv-conversacion/docs/biblio/M-HBrousse.pdf>

Harrison, S. (1 de abril de 2021): *Cuando la madre “se produce”* [Versión electrónica] En Congreso Pipol 10 Vouloir un enfant? Recuperado el 4 de Junio de 2021, de

<https://www.pipol10.eu/es/2021/04/01/cuando-la-madre-se-produce-ste-lla-harrison/>

Lacan, J. (1962-63): El Seminario. Libro 10: *La angustia*. Buenos Aires, Paidós, 2011.

Lacan, J. (1972-73): El Seminario. Libro 20: *Aún*. Bs. As., Paidós, 2011.

Lacan, J. (1972): “El Atolondradicho”. En *Otros escritos*, Bs. As., Paidós, 2012.

Mc-Carthy, R. (30 de abril de 2021): *¿Confluyen lo elusivo del origen y el impasse de la no relación sexual en el deseo de familia?* [Versión electrónica] En Congreso Pipol 10 Vouloir un enfant? Recuperado el 4 de Junio

de 2021, de <https://www.pipol10.eu/es/2021/04/30/confluyen-lo-elusivo-del-origen-y-el-impase-de-la-no-re-lacion-sexual-en-el-deseo-de-familia-ros-mccarthy/>

Miller, J. A. (2004): *Una fantasía* [Versión electrónica] En IV Congreso de la AMP. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de

<http://2012.congresoamp.com/es/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>

Naves, F., Moscuza, C., Thomas Moro, M., Barontini, G., Szkolnik, I. (2018): *Gestación por sustitución. Un abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires, 2018.

Ormart, E. (Comp) /2018): *Cuerpos y familias transformados por las TRHA*. Buenos Aires, Letra viva, 2018.

Ormart & Wagner (2020): [Abordajes psicológicos en reproducción médicamente asistida](#). Editorial NEU.

Roitenberg, J. (2015): *Género, diversidad y parentalidad en Psicoanálisis* [Versión electrónica] Recuperado el 7 de Junio de 2021 de

<http://www.aappg.org/wp-content/uploads/judith-rotemberg-diversidad-genero-y-parentalidad.pdf>

ANEXO

Dilemas bioéticos en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida

Responsables de la compilación

Elizabeth Ormart

Agustina Geremias

A continuación se desarrolla una serie de casos que se analizan y debaten poniendo en tensión los derechos en pugna, las competencias del/as psicólogo/as en esas situaciones y los dilemas bioéticos que se nos presentan. Los casos reales o ficcionales están organizados en torno a grandes ejes temáticos, compilados y traducidos del inglés y del portugués. Algunos de ellos son utilizados para interrogar a psicólogos/as sobre lo que creen que se debería hacer en estas situaciones o cómo sería conveniente que el psicólogo opere, en el caso que sea posible.

Los ejes temáticos están atravesados por más de una cuestión bioética, pero se consideraron de forma separada por fines didácticos.

Eje 1. Embriones

Durante los años 2016 a 2018 hemos llevado adelante una investigación referida a embriones humanos, como resultado hemos publicado diferentes artículos en revistas de investigación, a continuación, se coloca el informe final de dicho proyecto. Los primeros casos reseñados fueron objeto de la investigación.

Elección del sexo del embrión

Un profesional de la psicología trabaja en un Centro de Fertilidad realizando entrevista de admisión junto al genetista cuando llega la siguiente consulta: una pareja, con cuatro hijas mujeres, desean un quinto hijo varón. Solicitan comenzar un tratamiento de alta complejidad reproductiva para asegurarse que, a través de un Diagnóstico genético Preimplantatorio (PGD), el embrión implantado sea varón. Están dispuestos a pagar cualquier precio por el servicio y no aceptan un no por respuesta. Si

bien la Clínica de Fertilidad refiere que no está autorizada a realizar la selección de sexo por motivos de balance familiar, la pareja arremete diciendo que abortaran tantas veces como la mujer quedara embarazada de una niña. Este caso está inspirado en el libro Gen-ética de Mayana Zatz, traducido y adaptado del portugués por Nora Gonzalez y Elizabeth Ormart. En este caso, se produce un dilema basado en la posibilidad que brinda la técnica de elegir el sexo del embrión, a la vez que se discrimina uno de los sexos. Se visibiliza una elección por valores personales o sociales como en la eugenesia, produciéndose la exclusión de un grupo, el de las mujeres, dentro de una sociedad donde prima el patriarcado.

Destinos de los embriones postmortem

Una pareja que llevaba 8 años de casados comienza un tratamiento reproductivo en el Centro de Fertilidad de su ciudad. Luego de intentar concebir sin éxito a partir del coito programado, pasan a realizar un tratamiento de alta complejidad reproductiva con gametos propios. Algunas semanas antes de realizar la transferencia embrionaria, se detecta en la mujer un cáncer de mama que le impide con-

tinuar con el tratamiento. Transcurren seis meses y la mujer fallece. Al año siguiente se presenta en el Centro Reproductivo el hombre, con una nueva pareja, solicitando que los embriones criopreservados sean transferidos a esa nueva mujer. El médico no está seguro de llevar adelante el tratamiento y le sugiere al hombre consultar con un profesional de la psicología antes de continuar.

Aquí se presenta el dilema entre continuar o no con el tratamiento para lograr un embarazo con embriones criopreservados, sabiendo que la mujer que era parte de ese proyecto familiar falleció. En un caso como este, el psicólogo debería escuchar, por un lado, sobre el proceso de duelo que atraviesa ese hombre y si ese futuro hijo llegaría para reemplazar o no a esa mujer que ya no está. Por otro lado, debería escuchar a la nueva pareja, si hay en la mujer algún deseo de hijo, qué lugar tiene ella en ese entramado y por qué accede a tener un hijo con los embriones criopreservados de la mujer fallecida. Actualmente existe un vacío legal en los tratamientos de reproducción humana asistida post-mortem, por lo que cabe preguntarse qué sucede con el consentimiento informado que firmó la mujer para realizar el

tratamiento, si la voluntad procreacional puede extenderse después de la muerte. Se sabe que previo a cada procedimiento de reproducción asistida, se debe firmar un consentimiento informado, y en este caso, no hay un documento firmado por la mujer que murió donde se hayan cedido los embriones al hombre; los embriones pertenecen a los dos miembros de la pareja, aunque surge la pregunta de si en realidad esos embriones, que son extracorpóreos, pueden ser o no propiedad de alguien, puesto que no llegan a ser una persona, pero tampoco son objetos.

Destinos de los embriones post-divorcio

Una pareja heterosexual se encuentra cursado un divorcio conflictivo. El hombre ha formado una nueva pareja con quien desea ampliar la familia. Tienen un hijo en común de 6 años que nació a partir de un tratamiento de alta complejidad reproductiva. La mujer se acerca al Centro de Fertilidad para solicitar la implantación de un embrión que ha sido formado con los gametos de su exmarido. El marido se niega a firmar el consentimiento informado para una nueva transferencia embrionaria diciendo que prefiere descartar

los embriones. La mujer de 42 años refiere que no puede concebir naturalmente y que por el proceso de divorcio no puede afrontar otro ciclo de tratamiento reproductivo. Sostiene que esos son sus hijos también y que no está dispuesta a descartarlos.

En esta viñeta, surge el problema de permitir o no que se le implanten a esa mujer los embriones que fueron formados con los gametos del exmarido, sabiendo que él está en contra de ese pedido. Si se permitiera, nacería un niño como fruto de una disputa. No se puede obligar al hombre a ser padre y se debería respetar la decisión de no querer tener hijos con su expareja. No se puede hacer caso omiso a lo que él no quiere, por lo que los embriones no son algo a disputar.

Mala praxis en transferencia de embriones

Una pareja estaba siendo atendida en una clínica de fertilidad al momento de comenzar un tratamiento de fertilización in vitro. Tan pronto como los embriones fueron transferidos, el médico tratante se dio cuenta de que éstos pertenecían a otra pareja. El equipo médico informa del error al director de la

clínica, que inmediatamente consulta a ambas parejas. Una de ellas (la genética, es decir, los comitentes de los embriones que fueron transferidos), solicita que se permita la oportunidad del implante, y, si el embarazo resulta exitoso, el bebé o bebés pasarán de nuevo a ellos. La mujer con los embriones reemplazados en su interior está firme en que quiere que el ciclo de tratamiento sea abortado inmediatamente.

En este caso, se está frente a derechos contrapuestos. Por un lado, frente al derecho de la pareja que concibió al embrión, que quiere que ese embrión continúe con su vida; y por el otro, se está frente al derecho de la mujer, que tiene el embrión implantado, de disponer de su cuerpo y poder decidir el interrumpir ese embarazo. Estas cuestiones en pugna son las que un especialista en bioética debe escuchar para poder alojarlos y dar alguna recomendación. Por su parte, el psicólogo abogaría para que no se aplaste la subjetividad. En este caso, prima el derecho de la mujer que tiene que gestar el embarazo, ya que es una persona, a diferencia del embrión que aún no lo es. Entonces, el psicólogo debe trabajar con la pareja para que pueda hacer el duelo por ese embarazo mal logrado por mala praxis, que pueda procesar la pérdida.

Elección de embriones enanos

Una pareja consulta a un genetista para recurrir a la fertilización in vitro y sobre la posibilidad de realizar test genéticos (PGD) a los embriones producidos mediante la mencionada técnica. El motivo por el que querían acceder a un PGD es porque el futuro padre tenía acondroplasia (que es una forma común de enanismo) y no querían tener un hijo de estatura normal. Accediendo al PGD podrían implantarse al embrión en el que estuviera presente este trastorno genético.

En este caso aparece una idea de bien que se confronta con las posibilidades tecnológicas. La técnica existe y permite que el embrión tenga el trastorno genético solicitado. Ahora bien, cabe preguntarse cuáles son los fines de esa elección, si está basada en criterios eugenésicos, es decir, en la selección de rasgos e incluso de personas. ¿Ese criterio social está cubierto por motivos médicos? ¿Cuál sería el motivo médico para excluir un embrión con enanismo? ¿Existe fundamentación médica de que con este trastorno hay problemas para vivir en el futuro? Se trata de un dilema del orden de la bioética. Por lo tanto, no hay mucho peso en el accio-

nar del psicólogo en esta situación, aunque lo que puede hacer es escuchar el deseo de esos padres: si ese hijo ocupa el lugar de réplica suya, si viene a un lugar narcisista, de ser espejo de lo que es el padre, o escuchar si existe la posibilidad de la diferencia, de aceptar la alteridad de su hijo.

Elección de embriones con sordera genética

A continuación presentamos un caso reseñado por BioEdge:

H. G. Wells, quien tuvo siempre una aguda percepción de los dilemas éticos en la ciencia, escribió en 1904 un relato breve sobre la discapacidad llamado *El país de los ciegos*.

En el mismo, un explorador descubre un valle remoto en los Andes donde todos sus habitantes son ciegos.

Considerándose a sí mismo poseedor de un don superior y desconocido para ellos, intenta instruir a los aldeanos acerca de las virtudes de la visión, pero se burlan de él.

Además, en muchos aspectos este explorador se revela como siendo inferior a los lugareños. Finalmente, para poder casarse con la chica que ama, él acepta que le saquen los ojos. Pero en el instante final algo se abisma en su decisión.

En relación con la selección de embriones ciegos sugerimos el visionado del episodio “El que no quiere ver” de Terra Dois y profundizar en su análisis a través del artículo: *Aquel que no quiere ver. Selección de embriones, de Laso y Lima*, disponible en: <https://www.eti-caycine.org/TerraDois>

Ahora bien, mientras que la ceguera no tiene defensores como una forma de vida normal, la sordera sí los tiene. Al respecto existe una creciente bibliografía que apoya el derecho de los padres sordos a utilizar el diagnóstico genético preimplantatorio (PGD) para seleccionar niños sordos.

Jacqueline Mae Wallis (citado en Cook, 2019), filósofa de la Universidad de Bristol ubicada en Reino Unido, sostiene en la revista *Medicine, Health*

Care and Philosophy que esto es moralmente aceptable. La filósofa escribe que “la selección para la sordera, con la sordera entendida como mera diferencia y valorada por su identidad cultural, no supone necesariamente daños morales”. Para la mayoría de las personas esto suena inverosímil, pero ella ofrece argumentos frente a las objeciones más comunes:

¿Se le hará daño al niño? No necesariamente. Incluso podría ser bueno que un niño sea sordo, ya que tendrán la posibilidad de aprender una lengua de señas y serán más sensibles a las “experiencias visuales y vibracionales de mayor sutileza”.

¿Restringirá sus planes de vida futuros? No necesariamente. “Los defensores de los sordos pueden responder que ser sordo abre planes de vida futuros que no pueden escuchar, y que las familias que buscan elegir la sordera para sus hijos no ven esto como una limitación”.

De hecho, un niño oyente nacido de padres sordos podría encontrar la vida más difícil.

Wallis (citado en Cook, 2019) señala que la mayoría de las personas con discapacidades no se describen a sí mismas como deficientes o disfuncionales, sino más bien como funcionales.

Concluye diciendo que “algunas familias pueden tener buenas razones, moralmente fundamentadas, para seleccionar la sordera genética para un futuro niño” (Wallis, citado en Cook, 2019).

¿Habría aprobado H. G. Wells esta perspectiva?

Eje 2. Diagnóstico genético intrauterino

Diagnóstico genético

Este caso está inspirado en el libro Gen-ética de Mayana Zatz (2012), traducido y adaptado del portugués por Nora Gonzalez y Elizabeth Ormart.

El caso es de una joven de 19 años que acababa de saber que estaba embarazada. Jeanne había perdido dos hermanos y dos tíos maternos por distrofia de Duchenne. Tenía plena comprensión de la gravedad de la enfermedad y ya había sido examinada y sabía que

era portadora de la mutación y, por tanto, con un riesgo del 50% de tener un hijo afectado. Su embarazo no había sido planeado, pero quería tener el niño desde que supo que ella no tendría la enfermedad. Infelizmente se le realizaron estudios y se comprueba que el feto era de sexo masculino y portador de la mutación, es decir, estaba la certeza de que mantendría la distrofia. Cuando se le cuentan las malas noticias, ya que el feto había heredado la mutación, comienza a llorar. Su madre y su abuela, que estaban con ella, la abrazan y exclaman enfáticamente: “no lo pienses dos veces, interrumpe ese embarazo inmediatamente”. Jeanne, que es una persona religiosa, pregunta a las especialistas médicas “¿será que Dios quiere que yo interrumpa este embarazo?” Una de ellas la mira a los ojos y le dice: “la única cosa que puedo decirte es que tu abuela y tu madre tuvieron hijos con distrofia porque no sabían que tenían ese riesgo. No tuvieron elección. En tu caso, Dios quiso que lo supieras”.

En esta situación, Jeanne refiere que “es Dios el que quiere que ella interrumpa el embarazo”. Frente a una afirmación así, el psicólogo podría decirle que no se puede saber qué quiere Dios e interrogar si hay en ella un deseo o no de seguir el embarazo, y cuál sería la razón

de interrumpirlo. En caso de que ella decidiera abortar, dicho profesional puede hacer una escucha de la posición que la paciente tiene frente a la interrupción del embarazo, la razón que la lleva a hacerlo. Puede indagar si toma la decisión desde el orden del mandato, durmiendo en los signos del Otro social, cultural o religioso, o si lo hace desde un lugar por fuera de ello, es decir, desde el deseo.

Mujer India de una tribu

Este caso está inspirado en el libro *Gen-ética* de Mayana Zatz (2012), traducido y adaptado del portugués por Nora Gonzalez y Elizabeth Ormart.

Se relata aquí otro dilema que fue presentado por una asistente social que quería que el Centro de Estudios del Genoma Humano hiciera el diagnóstico prenatal de una joven india. Ella quería saber el riesgo de que el feto fuera portador de un gen que causa distrofia muscular progresiva. La joven indígena ya había tenido dos hijos afectados. Esta era la tercera gravidez y estaba en el octavo mes de gestación. Cuando la asistente social soli-

citó el examen, la reacción inmediata de la especialista médica fue decirle que ya no tenía sentido hacer un diagnóstico tan tardío. ¿Qué habría hecho con esa información? Fue ahí que la asistente social le revela una situación chocante: en la cultura de aquellos indígenas era costumbre enterrar vivo cualquier niño que naciera con un defecto visible. Como en el caso de la distrofia, la enfermedad no se manifiesta antes de los tres o cuatro años, ella temía que la tribu quisiera enterrar ese bebé luego de nacer para no correr riesgos. La esperanza de la asistente social era que, a través del estudio genético, se revelara que el feto no sería afectado, salvando al bebé. El riesgo de que ese bebé fuera portador de la mutación que causa ese tipo de distrofia era del 25%.

En esta situación, se está frente a un dilema bioético entre el derecho de los grupos de tener distintas creencias y culturas, y los Derechos Humanos. El primero entra en conflicto con los DDHH, los cuales tendrán primacía sobre la práctica cultural particular. Esta práctica tiene un límite que es la dignidad de la persona humana.

Eje 3. Gestación por sustitución

Gestación por sustitución y decisión de abortar

Una pareja heterosexual recurre a la gestación por sustitución con material genético propio mediante una autorización judicial. Al cabo de unos meses se detecta una alteración genética en el feto. Bajo estas condiciones los comitentes deciden abortar ya que “no quieren tener un hijo en estas condiciones”. Pero, la gestante no considera esa opción válida porque teme que su vida corra peligro. El médico interviniente no sabe cómo resolver la situación y deriva el caso al psicólogo del equipo de salud.

En este caso, se trata de una situación dilemática entre la autonomía y el derecho de la mujer gestante sobre su propio cuerpo y la voluntad procreacional de la pareja que aportó su material genético para concebir. El psicólogo/a debería escuchar tanto los miedos de la mujer gestante sobre la posibilidad de realizarse un aborto, como la postura y las razones que da la pareja que ya no quiere a ese hijo por la alteración genética. Respecto del temor por

poner en peligro la vida de la mujer que gesta, puede ser pertinente la explicación de cómo es el procedimiento de la interrupción del embarazo y los riesgos que conlleva, para tomar una decisión fundamentada. Aquí, el psicólogo/a ocuparía el rol de informante de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, lo más importante es que pueda escuchar qué le pasa a esa mujer con esto y acompañarla en el proceso. Además, se podría interrogar respecto al hecho de que la gestante quiera llevar adelante ese embarazo y dilucidar qué es para ella ese bebé, en esta situación en la cual ella gesta para otros y esos otros no quieren al bebé. En este caso, se pone de manifiesto el carácter instrumental de la mujer, que no se basa en el deseo de tener un hijo, sino en gestar y trabajar para otros.

Caso de gestación altruista de abuela mexicana

Una mujer se convirtió en abuela y madre al mismo tiempo. Es una mexicana que decidió prestar su vientre para que Jorge, su hijo homosexual de 31 años, pueda convertirse en padre. Los óvulos fueron donados por la mejor amiga de Jorge. Tras la extracción, se realizó una fecundación in vitro, con espermatozoides.

del interesado. Una vez que el óvulo fue fecundado, se obtuvo un cigoto y éste se cultivó en laboratorio. Finalmente, el embrión se introdujo en el útero de la abuela y madre sustituta.

El desafío para cumplir el sueño de Jorge comenzó el 9 de noviembre de 2009. Cinco meses más tarde, la madre sustituta estaba felizmente embarazada. Además de ayudar a su hijo, la intención de la madre era devolver el favor a Jorge, quien unos años antes había donado un riñón para salvar la vida de su padre (Ormart, 2018).

En este caso se puede indagar sobre qué lugar ocupará ese hijo en esa familia, en aquella estructura familiar donde parece que se trastocan los lugares entre las generaciones. Por otra parte, la decisión de esa abuela para gestar a su nieto no fue meramente motivada por el altruismo, sino que se trataba de saldar una deuda al hijo; entonces queda para reflexionar qué sentido inconsciente cobra ese pago simbólico en la estructura familiar. En una situación de gestación por sustitución altruista como esta, el psicólogo puede escuchar qué tipo de compromiso, deuda o vínculo existe entre la gestante y el padre del bebé,

indagar por qué una madre quiere gestar para un hijo y si en ese deseo de gestar hay deudas simbólicas a saldar con la gestación.

Gestación por sustitución y conflicto de intereses

Una pareja tiene el deseo de tener hijos, pero la mujer se encuentra imposibilitada para llevar adelante un embarazo por falta de útero. Se enteran 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 de la gestante, motivo por el cual deriva a los interesados al consultorio de la psicóloga del centro.

En esta viñeta aparece una problemática de orden bioético. Surge la pregunta de si la mujer que se ofrece como gestante lo hace por motivos altruistas o por presión debido a la relación laboral existente, ya que puede haber conflictos de intereses. Existe la posibilidad de

que la mujer, al trabajar al servicio de la pareja solicitante, sienta que debe acceder al pedido de la gestación por sustitución por miedo a la pérdida del trabajo.

Eje 4. Fecundación post mortem

Los padres del cadete fallecido en West Point obtienen derechos para usar su espermia para crear un hijo

Un juez de Nueva York ha dictaminado que los padres de Peter pueden usar su espermia para crear un hijo, aunque él nunca haya dado su consentimiento para tal procedimiento. El juez dice que los padres tienen la autoridad para determinar el uso de su espermia, que ha sido almacenado en un banco de espermia.

Varios especialistas en bioética tienen serias dudas sobre el uso post mortem de los espermatozoides.

Pero el juez argumenta que los deseos de Peter podían discernirse por medio de sus acciones: fue registrado como donante de órganos, por lo que no se habría negado a la

extracción del esperma; y a menudo expresó el deseo de tener hijos. Los padres de Peter sienten una gran necesidad de tener un nieto, preferentemente un varón, para continuar con el apellido de la familia. “Estamos desesperados por tener una pequeña parte de Peter, que pueda vivir y continuar difundiendo la alegría y la felicidad que Peter trajo a todas nuestras vidas”, refirieron.

El accionar del psicólogo, en este caso, puede dirigirse al proceso del duelo de estos padres, intentando colegir si ese hijo, que se desea concebir, es en realidad un sustituto del hijo perdido, si es un niño que vendría al lugar del hijo fallecido.

Eje 5. Donación de gametos

¿Deben ser anónimos los donantes de esperma?

Inmaculada De Melo-Martín (2014), especialista en bioética, publicó un artículo en The Hastings Center Report. Allí reivindica el derecho al anonimato por parte de los donan-

tes de gametos. Afirma que negarles tal derecho al anonimato resulta “innecesario, socialmente doloroso y moralmente problemático”, en otras palabras, poco ético.

La idea central de De Melo-Martín (2014) es que cada uno construye su propia vida, que nadie está condenado a actuar según un guión genético.

Muchas veces se le da enorme importancia a la genética para la construcción de la identidad. Sin embargo, esto se refiere exclusivamente a la identidad estática, dentro de la cual el material genético es tan sólo un elemento más. Los seres humanos no somos definidos en totalidad por la genética que llevamos, sino que influyen otros factores, como los sociales, ambientales, etc.

Respecto al material genético donado, a partir de las modificaciones realizadas en 2015 en el Código Civil de nuestro país, los niños y niñas que hayan sido concebidos con gametos donados tienen derecho a acceder a la información sobre la salud del donante.

Caso de niño concebido por gametos donados

Ormart (2018) relata el caso de una pareja que consulta porque su hijo tiene un trastorno atencional en la escuela y ha sido concebido por una fecundación con gametos donados. Ellos creen que puede haber relación entre la enfermedad del niño y el ocultamiento de la forma de concebirlo. Se plantea la disyunción entre contarle al niño que ha sido concebido con material genético donado o no. ¿Cómo cree que tiene que ser la intervención del psicólogo?

En este caso, la situación se relaciona con los miedos y fantasías de los padres por la forma en que concibieron a ese hijo, es decir, a través de la fecundación con gametos donados; y a la vez con el momento y las razones para contarle (o no) al niño sobre su origen.

La intervención del psicólogo/a podría basarse en indagar sobre los miedos y fantasías que giran en torno a la concepción por medio de técnicas de reproducción asistida, y cómo ésta última se relaciona, para esos padres, con el trastorno atencional que tiene el hijo. Además, se podría trabajar con los padres en las maneras posibles de

abordar la situación de revelar el origen al niño, dicho en otras palabras, pensar en los modos para contarle que fue concebido con material genético donado.

El hecho de no contarle su origen al hijo funciona como obstáculo, en la medida en que el niño manifiesta síntomas, tratándose de un saber no sabido que impacta sobre su cuerpo. Aquí no hay dilema ético ni legal puesto en juego, sino que se trata de una cuestión específica de orden psicológico, de la subjetividad de ese niño y su familia.

***“Mi donante de óvulos fue a Harvard.
¿Y la tuya?”***

“Padres que quieren niños inteligentes” Comienza con una entrevista a una mujer de Vancouver de 41 años, Shannon Copeland, que no puede tener un hijo en su segundo matrimonio. Quiere que su descendencia tenga dotes académicos. Ha fotografiado a su hijo de un año acostado sobre montones de trabajos académicos.

¿Por qué son tan importantes los genes del genio?

“Donantes que quieren buenos padres”. Una mujer, Michelle, insiste en conocer a los futuros padres y refiere lo siguiente: “Necesito asegurarme de que las personas que están recibiendo mi genética sean buenas personas con cuyos valores esté de acuerdo, que puedan nutrir cosas que yo pudiera transmitirles a sus hijos”.

En este caso aparece nuevamente la cuestión de la eugenesia, ya que los embriones son elegidos de acuerdo a criterios que son valorados socialmente, como, por ejemplo, la elección de donantes que hayan estudiado en universidades prestigiosas como Harvard. Aquí puede perderse de vista el deseo de hijo, debido a la mercantilización del material genético, es decir, que los gametos son considerados mercancía a elegir.

Por otra parte, hacia el final del artículo, se observa un problema de comprensión del lugar del donante. Parece que no se ha procesado que el vínculo que el donante tiene con el bebé no es filiatorio, sino que solamente se aporta material genético para otros. En la donante del caso que insiste en conocer a los futuros padres, aparece la idea de que se trata de un hijo que es criado por otros, desvirtuando el carácter del donante como mero aportante de material genético.

“La donación de esperma es un gran negocio”

Un hombre de Iowa se entera a los 47 años de que su padre biológico es el doctor Sidney Yugend, el médico de su madre, quien realizó el tratamiento de fertilidad.

Médicos de 20 estados han sido acusados de utilizar su propio esperma para sus pacientes.

Existe también el caso de un médico británico, Bertold Wiesner, que podría haber sido el padre biológico de más de 600 niños.

Con el auge de los bancos de esperma y las clínicas de fecundación in vitro, puede haber disminuido la tentación de los médicos de atender a sus pacientes personalmente. Sin embargo, como señala un artículo de The Atlantic, ahora las mujeres buscan esperma en Facebook. Nadie lleva la cuenta de cuántos niños han engendrado estos hombres.

En este caso, se trata de la mercantilización del material genético sin limitación ética alguna, llevando a la posible desobjetivación de las personas concebidas con ese material.

Eje 6. Edición genómica

“Biólogo ruso planea editar el genoma humano”

El biólogo ruso, Denis Rebrikov, se está preparando para editar el código genético de los óvulos humanos para eliminar un gen que causa grados de sordera, lo cual causó sensación en la comunidad científica.

Muchos científicos están descontentos con el apuro de Rebrikov. Algunos cuestionan los beneficios de este procedimiento, ya que la pérdida auditiva no es una condición fatal. Otros refieren que Rebrikov debería esperar hasta que se haya acordado un marco claro, lo cual llevaría tiempo.

El objetivo de este biólogo es editar los genes para eliminar el que causa grados de sordera, lo cual entra en tensión con las personas que tienen sordera y quieren que sus hijos la tengan también, ya que la consideran un rasgo cualitativamente positivo.

El querer eliminar la sordera puede referir a motivos eugenésicos, ya que en esa edición genética se estarían seleccionando rasgos deseables que a futuro podrían replicarse a toda la descendencia humana.

La edición genómica es un área que está en proceso de investigación, por ende, supone avanzar en un terreno donde se desconocen los efectos que pueden producirse en las generaciones futuras. En este sentido, apelando al interés superior del niño dentro de la Ley 26.061 de la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la edición de los genes podría afectar a esos niños, por lo que no se debería experimentar con ellos.

En todo caso, lo mejor sería postergar la edición genética en humanos e investigar en otros campos.

Los embriones editados con tecnología CRISPR no deben ser utilizados, al menos por ahora

Según el reciente informe de una comisión internacional integrada por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos y la Royal Society del Reino Unido, los embriones humanos edita-

dos con tecnología CRISPR no deben utilizarse para generar un embarazo hasta que se determine que es seguro.

Las ediciones del genoma que pueden ser heredadas y transmitirse a las generaciones futuras plantean dilemas científicos, médicos, éticos, morales y sociales. De acuerdo al informe, en primer lugar, se necesita un amplio debate social sobre el tema. Los usos iniciales se deben limitar a la prevención de enfermedades monogénicas graves.

El informe indica que se debe profundizar la investigación sobre la utilización de células madre para crear óvulos humanos funcionales o espermatozoides, el cual constituye una de las temáticas más controvertidas. Esta técnica podría reducir o eliminar la necesidad de edición del genoma en el momento de la fertilización o después de ella.

En este caso se debería ponderar en qué medida el avance científico tiene sentido y cuál es la finalidad que persigue. Además, indagar si existen otros modos de trabajar científicamente que no supongan la edición genética, sobre todo porque se carece de información sobre los efectos adversos que puede producir. ¿Vale la pena arriesgar la vida humana por el avance científico?

Eje 7. Maternidades y paternidades trans

Escocia: batalla legal por el espermatozoides de una niña trans

Ellie Anderson, una niña transgénero escocesa de 16 años, murió por causas “no determinadas” después de comenzar su tratamiento de terapia hormonal. Dos años antes, Ellie había congelado su espermatozoides para poder tener dos hijos con la ayuda de una donante de óvulos y una madre sustituta.

Su madre afirma que su hija le hizo prometer que, si algo le pasaba a ella, sus hijos serían traídos al mundo, y, por lo tanto, haría todo lo posible para honrar su deseo. Sin embargo, esto no es legalmente posible en el Reino Unido y se supone que el espermatozoides debe ser destruido. Si Ellie hubiera estado en una relación amorosa al momento de su muerte, su pareja habría tenido derecho a pedir que se le devolviera el espermatozoides. Pero su madre no tiene ese derecho.

La presente situación permite aislar tres problemas diferentes:

- 1.** Los derechos de niños y niñas transgénero a iniciar tratamientos con bloqueadores hormonales y las responsabilidades médicas, personales y familiares, en tales iniciativas.
- 2.** El destino de los gametos cuando muere la persona que decidió congelarlos con fines reproductivos futuros.
- 3.** El valor del “legado procreacional” de una persona y el derecho de terceros involucrados.

En consonancia con otros casos, aquí también el psicólogo interviene indagando los motivos de esa decisión y trabajando cuestiones del duelo por esa hija que murió. El profesional puede intentar colegir si ese bebé que se quiere viene a ocupar el lugar de la joven fallecida, si se pretende reemplazarla.

Además, aparece la criopreservación de embriones con fines reproductivos a futuro, pero la persona que hizo uso de esa técnica murió. ¿A quién pertenecen los embriones? ¿Quién puede hacer uso de ellos? En esta situación, el embrión se encuentra en posición de objeto, que entra en un juego de intercambio.

El Tribunal Superior del Reino Unido define la “maternidad” a partir de un controvertido caso transgénero

En el Reino Unido un hombre trans ha perdido su oportunidad de ser considerado padre en el certificado de nacimiento de su hijo, a pesar de que lo concibió, lo gestó y lo dio a luz.

El futuro padre, Freddie McConnell, nacido con sexo femenino, queda profundamente decepcionado por la decisión y dice que planea apelar.

En 2012, Freddie McConnell comenzó a hacer la transición de mujer a hombre. En 2014 se sometió a una doble mastectomía, pero conservó su útero. En enero de 2017 solicitó un Certificado de Reconocimiento de Género confirmando que era hombre.

En abril de 2017 fue inseminado y en enero de 2018 dio a luz a su bebé. Todo el proceso se llevó a cabo rodeado por las cámaras, estando el embarazo avanzado, “si todos los hombres quedarán embarazados, se tomaría más en serio”. Ahora su historia ha sido estrenada como una película de la BBC con el título “Seahorse”. El título fue elegido porque los hipocampos machos gestan a sus crías.

La condición de ‘madre’ surge del papel que ha asumido una persona en el proceso biológico de concepción, embarazo y nacimiento.

Independientemente de que Freddie McConnell figure o no como madre o padre, solo uno de los padres aparecerá en el certificado de nacimiento del niño, ya que el padre biológico es un donante de esperma anónimo.

Para pensar este caso, primero hay que saber frente a la maternidad y paternidad, existen dos funciones diferentes.

Una es la función biológica que atañe la concepción, el embarazo y el nacimiento.

La otra es la simbólica, que alude a las prácticas de crianza, al vínculo, etc. Freddie McConnell encarnaría ambas funciones, tanto la biológica como la simbólica; y dentro de esta última desempeñaría las funciones materna y paterna, ya que se trata de una familia monoparental.

Sin embargo, por el sistema patriarcal, binario y heteronormativo, la función materna se asocia a lo femenino, por lo que es comprensible que él, como varón trans, no se sienta cómodo con tal denominación y, en cambio,

quiera ser el padre de su hijo, puesto que la función paterna se asocia con lo masculino. Entonces, no sólo se debe respetar su identidad como varón trans, sino también el hecho de ser padre.

Eje 8. Planteos eugenésicos

Una informante denuncia la esterilización sin consentimiento de inmigrantes detenidas en instalaciones de los Estados Unidos

Hay más de 170 miembros del Congreso de los Estados Unidos que han solicitado una investigación ante la denuncia de que una serie de mujeres inmigrantes sufrieron histerectomías de forma innecesaria en centros de detención del Servicio de Control de Inmigración y Aduanas (ICE, por sus siglas en inglés) del Servicio de Salud, en el estado de Georgia. La acusación fue realizada por una denunciante de la instalación, dirigida por el ICE. Una enfermera denuncia que muchas mujeres la informaron respecto de un doctor de la instalación que les había

extraído el útero: “Esa es su especialidad, él es el recolector de úteros”, dice una de las mujeres.

Estas denuncias fueron negadas de forma vehemente por el doctor en cuestión y aún no han podido ser verificadas.

La enfermera declara: “Cuando conocí a todas estas mujeres que atravesaron cirugías, pensé que esto se asemejaba a un campo de concentración experimental. Es como si estuvieran experimentando con nuestros cuerpos”.

Los reportes sobre histerectomías masivas causan gran preocupación en lo que respecta a la violación de la autonomía corporal y de los derechos reproductivos de las personas detenidas.

Cualquier persona tiene derecho a controlar sus elecciones en materia de reproducción y a llevar adelante decisiones informadas en lo que respecta a su propio cuerpo.

Esta es una problemática que atañe a la bioética. Se trata de una práctica eugenésica, similar a las que se produjeron a principios del

siglo XX, las cuales sirvieron de fundamento a la teoría de las razas superiores y al nazismo. En ese momento, la medicina se encontraba en pleno auge y distintas corrientes, como el darwinismo social, fortalecieron la noción de raza. Como resultado aparece lo que Galton (1883) propuso como Eugenesia, la ciencia del mejoramiento del linaje. Este movimiento eugenésico tomó dos formas: una positiva, que apuntaba al desarrollo de las “mejores razas” y otra negativa, que limitaba el desarrollo de las razas “menos buenas”. Esta última se expresa en prácticas de eutanasia y esterilización, como en el caso expuesto arriba, en el que mujeres inmigrantes sufrieron una histerectomía. Es evidente que este tipo de prácticas, que llevaron a la solución final en su momento, atentan contra los derechos humanos, contra la diversidad y el respeto por las personas, a la vez que toman a las personas como objetos y no como sujetos de derecho.

Trasplante de útero: cuestiones éticas

En 2014 nació en Suecia el primer niño gestado en un útero donado. Si bien la investigación sobre el trasplante de útero se encuentra todavía en sus fases iniciales, muchas personas evalúan

esta modalidad como un éxito potencial. ¿Pero qué se puede decir respecto de las cuestiones éticas involucradas?

Hasta ahora, los procedimientos llevados a cabo en todo el mundo han dado como resultado el nacimiento de diez niños gestados en un útero transplantado; ocho de ellos en Suecia.

En 2016, y a propósito de la gestación subrogada, se sostenía que no debía permitirse su realización altruista. Partiendo de esta premisa, Guntram y Williams (2018) conjeturaron que el trasplante de útero sería menos problemático que la subrogación altruista. Algunos de los temas presentes en su investigación incluyen:

- 1.** Que el trasplante de útero puede representar una amenaza para la autonomía del donante, ya que este puede verse sometido a presión.
- 2.** Que las intervenciones de trasplante de útero pueden conducir a la explotación de los cuerpos de las mujeres. Existe el riesgo de que los úteros se conviertan en otro órgano que circule en el mercado negro.
- 3.** Que la investigación sobre los riesgos físicos y psicológicos que enfrenta el niño por nacer resulta claramente insuficiente. Poco se sabe de las consecuencias del trasplante de útero para el niño.

Este artículo lleva a pensar en la experimentación con seres humanos que se realizaba durante el nazismo en un marco eugenésico, ya que el trasplante de útero se trata de un proceso en el que se ubica a la persona en un cuadro experimental, sin resguardo. Un proceso que produce dolor tanto física como psíquicamente. ¿Es ética esta manera de proceder? Además, hay que tener en cuenta la situación de la persona que dona el útero, que en algunos casos es una madre, quien puede sentirse en deuda con su hija por la falla que esta última tiene y razón por la cual necesita del útero de otra persona. Frente a esa deuda, la madre puede sentir culpa y por lo tanto presión para donar el órgano para gestar.

Eje 9. Impronta genética en el parentesco

Los aristócratas británicos se quedan atrás con las reformas de la reproducción asistida

Una pareja de marqueses de Reino Unido ha tenido problemas para tener hijos, por lo que su segundo hijo nació con la ayuda de una madre de alquiler en California.

Para los barones y pares del reino, esto supone un problema. A efectos de la sucesión, estos hijos se consideran “ilegítimos”. Esto significa que no sucederán al título ni siquiera a los derechos de sucesión. En este sentido, están en peor situación que los plebeyos.

En 2016, Simon Pringle fue privado de su derecho a ser baronet de Stichill en favor de su primo segundo. El caso se basó en pruebas de ADN. Se determinó que el mayor de los tres hijos del octavo baronet, no era *ac heredibus masculis de suo corpore*¹. Por ende, el título debería recaer en un descendiente del segundo hijo.

En este caso, se ve cuán arraigado está socialmente el orden biológico de la concepción, de modo tal que los títulos nobiliarios se siguen basando en la transmisión de sangre. Para la aristocracia, la importancia radica en la biología y la genética, dejando en segundo plano el vínculo de cuidado y amor que debería darse en toda familia. Entonces, de acuerdo a dicha importancia,

1 Un heredero varón de su cuerpo

un niño concebido por técnicas de reproducción asistida no puede obtener ningún título, a pesar de que sea su hijo.

Escasez de donantes de esperma en Reino Unido

A continuación se adjunta una nota extraída de El Mundo (Fresneda, 2015):

El registro nacional británico solo cuenta con nueve donantes válidos.

En el Reino Unido les llaman los bebés vikingos, rubios y fuertes: nacidos por inseminación artificial y con semen procedente de Dinamarca, el principal exportador europeo.

Laura Witjens, directora ejecutiva del banco creado en el Hospital de Mujeres de Birmingham, anticipa el lanzamiento de una campaña al estilo danés, que apela al macho que cada británico lleva dentro para poner fin a la anómala situación... Afirma que: “Si nos anunciáramos diciendo: ‘Hombr**e**s, probad lo que valéis y mostrad lo buenos que sois’, seguramente tendríamos cientos de donantes. Eso es lo que hacen en Dinamarca. Ellos presumen con orgullo la nueva invasión vikinga”.

“Vamos a recurrir al factor Superman en la nueva campaña de promoción”, asegura Laura Witjens. “Pero el mensaje de fondo es muy serio: necesitamos realmente donantes con un esperma fuerte”.

Esa es, aparentemente, una de las razones de la falta de donantes, pues pasan por rigurosas pruebas médicas para determinar una salud impecable y la calidad de su semen. La campaña para donar semen en el Reino Unido se lanzó en noviembre de 2015, apelando al orgullo masculino para dar el paso adelante: “Se necesitan hombres dispuestos a darlo todo”.

En este caso, la forma de presentar las publicidades para los donantes de esperma apela a la lucha y al orgullo por su país, intentando hacer sentir a los ingleses que su nacionalidad peligró puesto que los descendientes no tendrían sangre inglesa, sino de Dinamarca, de donde provienen la mayoría de los donantes de esperma. Ahora bien, cabe preguntarse por qué razones existe un número tan pequeño de hombres que tienen la iniciativa de donar su esperma: ¿Influyen cuestiones ligadas al anonimato?, ¿Se necesita una motivación económica mayor?, ¿Es suficiente el

altruismo en la decisión?, ¿La mayoría de los hombres no es apto por problemas de salud? Frente a estas preguntas, se pone en duda el hecho de que la publicidad sea el único recurso efectivo, tal vez haya que indagar en mayor profundidad lo que sucede con esa población y tomar cartas en el asunto.

Eje 10. Preservación de la fertilidad

¿Querés preservar tu fertilidad?

La criopreservación de ovocitos es una técnica de laboratorio que requiere de la estimulación ovular para extraer en el quirófano los ovocitos que se preservarán en nitrógeno líquido, con la posibilidad de utilizarlos más adelante cuando la mujer desee un embarazo. También se pueden criopreservar gametos masculinos, embriones o tejido ovárico y testicular, los cuales pasan por un proceso de congelación lenta o vitrificación para preservar dicho material biológico a temperaturas extremadamente bajas. En Argentina, la preservación de la fertilidad está contemplada en la ley 26.862 (2013) de acceso integral a los procedimientos y técnicas médicas de

reproducción asistida. “Quedan comprendidos en la cobertura prevista en este artículo, los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos, según la mejor tecnología disponible y habilitada a tal fin por la autoridad de aplicación, para aquellas personas, incluso menores de dieciocho (18) años que, aún no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas puedan ver comprometida su capacidad de procrear en el futuro.” (Ley 26.862, artículo 8°).

La ley contempla la vitrificación ovular por motivos médicos (por ejemplo, en caso de requerir tratamiento oncológico o para los casos de las personas transgénero que quieran realizar un tratamiento hormonal que pudiese afectar sus gametos). Mientras que no está cubierta la guarda de gametos o tejidos reproductivos por motivos sociales, como podría ser la postergación de la maternidad para priorizar un proyecto laboral, por ejemplo; o como veremos en el siguiente artículo del New York Times, para priorizar el vínculo de pareja.

***“No pongas todos tus óvulos
(congelados) en la misma canasta”***

Por último, se relata un caso, extraído de Clarín (Ackerman, 2019), de una pareja en la que el hombre no quiere tener hijos, pero la mujer sí. Ella lo ha intentado todo para librarse de su deseo, ha consultado con expertos en fertilidad con la esperanza de que su cuerpo no le permitiera tener hijos para que su relación no estuviera condenada al fracaso, sin embargo, todos los resultados dan bien.

A los 35 años de ella, edad en la que empieza a decaer la capacidad fértil de la mujer en general, la pareja contrae matrimonio. Ella aún con esperanzas de que su marido cambie de opinión respecto a tener un hijo.

Nueve meses después del casamiento, la mujer congela sus óvulos pero no leyó la letra pequeña. Era 2013 y la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva acababa de anunciar que apenas el año anterior el procedimiento dejaría de ser experimental. Ella no sabía que su comité de ética había emitido una opinión con la advertencia de que congelar óvulos puede dar una falsa seguridad sobre la capacidad de tener hijos en el futuro.

Ella creía que el congelamiento de óvulos era como una póliza de seguro. Al congelar sus óvulos, ella no comprendió que la “preservación de la fertilidad” solo tiene de un dos a cuatro por ciento de tasa de éxito por cada óvulo descongelado.

Ella creyó que necesitaba más tiempo, que su marido cambiaría de opinión en algún momento, y ese tiempo se lo daría la preservación de sus óvulos. Cuando se realizó la intervención para preservar su fertilidad, su médico le informó que tenía catorce óvulos congelados. Pasarían dos años más antes de que su esposo le pidiera el divorcio.

Con el tiempo, la mujer conoció a otro hombre, con quien luego de estar dos años juntos, decidieron usar los óvulos preservados de ella hacía seis años. Su doctora le dijo que solo ocho de sus catorce óvulos habían sobrevivido al descongelarlos. Fueron fertilizados con el espermatozoide de la nueva pareja, pero solo tres se habían convertido en embriones. Pero los tres habían dejado de crecer.

Ella ya tenía 41 años y sentía que las posibilidades de traer un bebé biológico al mundo se le escurrían entre sus dedos. Intentaron con otros procedimientos, pero tampoco

funcionaban. Ella refiere que la tecnología de reproducción asistida le da da esperanzas a las mujeres, pero no es una varita mágica. Sin embargo, ella aún fantasea con su nueva pareja, ya no pensando en sus óvulos congelados, sino en la adopción o la donación de gametos.

A lo largo de este capítulo, se pretende dar cuenta de que existen numerosas situaciones dilemáticas que el psicólogo debe enfrentar respetando la singularidad del caso por caso, teniendo en cuenta los derechos que se ponen en juego y en tensión. Otras situaciones aluden a la bioética, donde la dignidad de la persona humana debería primar sobre cualquier otra cuestión. Todos estos casos llevan a la reflexión, a la duda y sobre todo a seguir abriendo preguntas.

Bibliografía

- Ackerman, R. (22 de julio de 2019). No pongas todos tus óvulos (congelados) en la misma canasta. Clarín. https://www.clarin.com/new-york-times-international-weekly/pong-as-ovulos-congelados-misma-canasta_o_rECTMuwOJ.html
- Cook, M. (6 de marzo de 2021). Poor things! Britain's aristocrats left behind by assisted reproduction reforms. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/poor-things-britains-aristocrats-left-behind-by-assisted-reproduction-reforms/13726>
- Cook, M. (22 de mayo de 2021). Sperm donation is big business. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/sperm-donation-is-big-business/13808>
- Cook, M. (19 de septiembre de 2020). Whistle-blower claims that detainees in US facility were sterilised without consent. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/whistle-blower-claims-that-detainees-in-us-facility-were-sterilised-without/13558>
- Cook, M. (6 de septiembre de 2020). CRISPR-edited embryos should not be used. Not for the moment, that is. BioEdge.

<https://www.bioedge.org/bioethics/crispr-edited-embryos-should-not-be-used.-not-for-the-moment-that-is/13540>

Cook, M. (29 de agosto de 2020). Scotland: legal battle over trans girl's sperm. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/scotland-legal-battle-over-trans-girls-sperm/13529>

Cook, M. (26 de mayo de 2019). Parents of deceased West Point cadet get right to use his sperm to create a child. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/parents-of-deceased-west-point-cadet-get-right-to-use-his-sperm-to-create-a/13072>

Cook, M. (10 de mayo de 2020). My egg donor went to Harvard. And yours?. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/my-egg-donor-went-to-harvard.-and-yours/13423>

Cook, M. (29 de septiembre de 2019). UK High Court defines 'motherhood' in controversial transgender case. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/uk-high-court-defines-motherhood-in-controversial-transgender-case/13236>

Cook, M. (29 de septiembre de 2019). Is it ethical for deaf parents to choose to have deaf children?. BioEdge.

<https://www.bioedge.org/bioethics/is-it-ethical-for-deaf-parents-to-choose-to-have-deaf-children/13235>

Cook, M. (17 de junio de 2019). Russian scientist plans to edit human germline. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/russian-scientist-plans-to-edit-human-germline/13106>

Cook, M. (30 de septiembre de 2018). What are the ethical complications of a womb transplant?. BioEdge. <https://www.bioedge.org/bioethics/what-are-the-ethical-complications-of-a-womb-transplant/12837>

De Melo-Martín, I. (14 de febrero de 2014). *The Ethics of Anonymous Gamete Donation: Is There a Right to Know One's Genetic Origins? The Hastings Center Report*: <https://doi.org/10.1002/hast.285>

Fresneda, C. (4 de septiembre de 2015). *Escasez de donantes de esperma en Reino Unido*. El Mundo. <https://www.elmundo.es/salud/2015/09/04/55e88db546163f08498b4589.html>

Galton, F. (1883). *Inquiries Into Human Faculty and Its Development*. Londres, Inglaterra: Eugenics Society.

Ormart, E., Lima, N. y Naves, F. (2018) *Dos escenarios para pensar el derecho a la identidad*. En E. Ormart (Comp.), *Cuerpos y familias transformadas por*

las técnicas de reproducción asistida (pp. 33-52). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

Salomé L. N. y Ormart, E. (2018). *Aportes de la psicología a la reflexión sobre los dilemas éticos en embriones criopreservados*. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 10(1), 63-81.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84009>

Yee, J. (8 de septiembre de 2011). *Should sperm donors be anonymous?*, BioEdge.

https://www.bioedge.org/bioethics/should_sperm_donors_be_anonymous/9733

Zatz, M. (2012). *Genética: Escolhas que nossos avós não faziam*. San Pablo, Brasil: Globo Livros.

Oncofertilidad.

Entrevista a una usuaria

Paula Abelaira

Francesca es una mujer de 34 años, licenciada en marketing. Es de nacionalidad italiana, pero vive en la Argentina desde hace más de 10 años. Hace 5 años fue diagnosticada con cáncer de mama, motivo a partir del cual decidió criopreservar sus óvulos.

A través de esta entrevista intentaremos acercarnos a la experiencia de preservación de la fertilidad por tratamiento oncológico.

—Para iniciar me gustaría que me cuentes cómo llegaste a la decisión de congelar los óvulos.

—Bueno, en 2015 me diagnosticaron cáncer de mama. Me operaron al toque, entonces el mastólogo me recomendó un oncólogo

del instituto Fleming. Obviamente, ellos [los médicos], lo que intentan es arrancar la quimioterapia y radioterapia preventiva lo antes posible, pero en esa primera consulta, como el oncólogo vio mi edad, que yo era muy joven (en esa época tenía como 28 o 29 años) pensó enseguida en la congelación de óvulos.

»Me preguntó si lo había pensado y si ser mamá era algo que tenía en la cabeza o no. Yo le dije que obviamente que sí. Ahí me dijo que había probabilidades, no siempre, pero hay un riesgo de que la quimioterapia perjudique tus ovarios. Así que la congelación era una opción que estaba bueno hacer. Le dije que sí, que absolutamente.

»Como él quería empezar el programa de quimio muy rápido, en esa primera consulta que tuve, llamó al jefe del Cegyr, el instituto donde hice todo el tratamiento. Le dijo: “Mirá tengo acá una paciente joven, quiero que empiece quimio en 20 días, ¿la podés tomar mañana para verla para el proceso de congelación de óvulos?”. Así fue, al día siguiente conocí al doctor Papier, que es el jefe del instituto, me explicó las opciones que había y me asignó una doctora que es la que me siguió todo el tratamiento.

»La verdad es que fue rápido, lo hice medio express. Al ser joven, el cuerpo respondió bien y rápido, yo tenía una reserva de óvulos alta. Tuve dos semanas de estimulación de ovarios y al toque me sacaron los ovocitos.

—¿Cuáles fueron las opciones que el médico te ofreció?

—No sé si técnicamente lo voy a explicar bien, pero lo intento. La primera opción era la que hice: sacar los ovocitos y congelarlos. Después hay otra opción que es sacar parte del tejido de tu útero, que luego ellos usan para toda la parte de reproducción. El problema con ese método es que si llega a estar contaminado el tejido (hay pacientes con metástasis u otros problemas) después te encontrás con que no se puede usar. Así que lo más fácil era congelar los ovocitos directamente.

»Hice la estimulación, luego me sacaron los ovocitos y 11 estaban en muy buen estado, que es un número alto y bueno. Hay mujeres a las que les llegan a sacar solo 2 o 3 que pueden ser usados.

»Están congelados, yo pago una cuota todos los años para que los preserven ahí. En el futuro, cuando quiera ser mamá, primero se

va a intentar de manera natural y después, si llega a haber algún problema, ahí se piensa en hacer fertilización avanzada.

—Cuando estabas con el oncólogo y te dijo por primera vez que la quimioterapia podría afectar a la fertilidad, qué pensaste ¿cómo te sentiste?

—La verdad es que estoy súper agradecida de que me lo haya dicho, porque en el momento vos tenés cita tras cita con doctores diferentes. El mastólogo, el cirujano, el oncólogo, y es mucha información. Por ahí es algo que hace que vos estés más en el momento, porque hay un montón de cosas en las que pensar (cómo voy a hacer, cuándo voy a empezar la quimioterapia, cuándo me voy a operar, cómo voy a resolver esto, voy a sobrevivir). Si el médico no me lo hubiera ofrecido y no me hubiera mencionado el tema, yo no sé si en el momento me hubiera preocupado por eso. Entonces, estoy súper agradecida de que me lo haya comentado y de que me haya dado la posibilidad de hacer el tratamiento rápido antes de que yo empezara la quimio. Lo que sí pasó es que todo fue tan rápido que, en realidad, yo fui al Cegyr, y al Cegyr no lo cubre mi obra social.

Después me enteré que Osde tiene unos centros que cubren el tratamiento. El tema es que por ahí iba a tomar más tiempo, y yo no tenía tiempo. Necesitaba hacerlo ya, y quería hacerlo en el mejor centro. Tuve que pagar por mi cuenta el tratamiento y la operación.

—Como que ahí no estuvo la información de qué cobertura tenías vos, sino que te mandó donde él conocía y ya está.

—Sí, exactamente.

—Ante esta pregunta concreta de si vos querías ser mamá, ¿era algo que vos habías pensado en ese momento, que lo tenías presente o fue algo nuevo que no estabas calculando, cómo viviste eso?

—Creo que depende mucho de la persona, pero yo siempre tuve en claro que sí quería ser mamá, y sí quiero una familia. Entonces, no hubo ni duda, y directamente dije que sí porque lo quería hacer lo más rápido posible. Si yo tuviera que aconsejarle a alguien, le diría a cualquiera de hacerlo. Porque en realidad, lo que te permite tener los óvulos congelados es

la libertad de poder elegir. Eso te da libertad. Que vos después quieras o no ser mamá, lo verás en el futuro, pero por lo menos tenés las puertas abiertas. Mientras que si no lo hacés ya es una opción que se te quita directamente. Yo aconsejo hacerlo en todos los casos.

—Y respecto de la estimulación ovárica y la extracción, ¿cómo fue el proceso médico?

—En la estimulación, básicamente, te dan unos medicamentos que tenés que inyectarte en la panza y te llenan de hormonas. Te tenés que inyectar todos los días a la misma hora, durante, no me acuerdo si fue una semana o diez días. Yo tuve la suerte de que no tuve moretones en la panza, cambios de humor muy fuertes, pero sé que en otras personas puede tener un impacto mucho más fuerte en el cuerpo. Yo no lo viví tan mal, entonces me inyectaba directamente en la panza. Ellos van estimulando y te van chequeando la reserva y tenés que ir todo el tiempo al instituto a hacer ecografías para ver en qué punto están. Cuando ven que tu reserva está llena y que es el mejor punto para sacártelos, ahí te organizan la operación que es súper rápida, tiene anestesia total, pero en realidad, dura 15 minutos.

No es invasiva porque no te cortan nada. Básicamente usan algo como si fuera una aspiradora, digamos, y aspiran los óvulos por ahí. Vos llegás ese día al instituto, te lo hacen y te vas a casa. No tenés que pasar ninguna noche allá. Lo único que podés tener como consecuencia es, a veces, unas pérdidas de sangre, pero nada más.

—Durante toda la etapa de las inyecciones que tenías que gestionar vos, ¿te sentías segura de hacerlo, te enseñaron cómo hacerlo, te generaba algún tipo de miedo?

—Me mostraron cómo hacerlo. Yo tengo una médica que es una genia, es joven, estaba cien por cien disponible. Si tenía dudas, si tenía miedos, la podía contactar. Me acuerdo que las primeras veces, las inyecciones me las hizo mi mamá. Después, cuando me di cuenta que yo lo podía hacer, que no dolía, me las hacía yo. También, como había que ser muy puntual sobre la hora, en el que me las hacía, por ahí había noches en que salía a cenar o que salía a un bar, y quería salir igual. Me llevaba la inyección en la cartera y en un momento iba al baño del restaurante y yo me hacía la inyección.

—O sea, no tuviste mucho rollo con esto. No era algo que te daba miedo o te perturbaba de alguna manera.

—No, no. Lo que me traumó más que las inyecciones fue todo lo que es sacar sangre, porque, en mi caso, estaba haciendo esto porque después tenía que empezar la quimio. O sea, me estaban sacando sangre de todos lados. Desde la parte oncológica, hasta la parte de fertilización. Había semanas en las que me tenía que sacar sangre todos los días. Eso en el momento no lo sufrí tanto, pero después me quedó el trauma. Aún hoy en día odio que me saquen sangre.

—¿En qué sentido el trauma?

—Al principio cuando me sacaban sangre estaba todo bien, porque mis venas eran jóvenes y fuertes, en ese momento pre-quimio y cuando me estaban haciendo todo lo de la fertilización. Pero, en el brazo donde me la hice, la quimio me destruyó las venas. Ahora son muy finitas. Entonces, hubo veces donde me tenían que sacar sangre, no para fertilización, sino para otros temas y no me encontraban la vena o tenían que estar media hora buscando.

Eso, en oncología es así: te hacen la quimio y te sacan sangre del brazo de la parte no operada. A mí me operaron de la mama derecha y me quitaron unos ganglios en el brazo, entonces me hicieron una quimio del brazo izquierdo. Las venas de ese brazo están muy desgastadas.

—Claro. Y una vez que arrancaste con la quimio, que ya había finalizado el proceso de congelamiento, ¿te olvidaste de la parte reproductiva o era un tema que volvía a aparecer?

—No, una vez que hice eso me dio paz sobre ese tema, como que me sentí segura y dije listo: este tema está arreglado. Yo sé que, si un día quiero tener hijos, ahí están los óvulos, ahora me voy a despreocupar de esto y me voy a concentrar en la quimioterapia y en la radio. Creo que el tema vuelve más ahora, que ya pasaron unos años, que estoy en pareja, y empiezo a tener ganas de tener familia.

»Voy a hacer un paréntesis que me parece que también es importante. Después de que me hicieron el tratamiento, como un año después, me sacaron sangre, me hicieron un estudio que se llama la antimülleriana, que básicamente te da una taza que muestra tu

reserva de óvulos. Es un estudio que todas las personas se hacen para ver si son fértiles o no. Cuando me lo hice, mi reserva había bajado un montón. Efectivamente la quimio había tenido un impacto sobre mis ovarios, aunque durante la quimio me pusieron unas inyecciones de un medicamento que es para proteger los ovarios. Si yo, hoy en día, no tuviera los óvulos congelados estaría mucho más estresada porque creo que me costaría. No empecé a buscar, pero hoy en día, si empiezo a buscar, no sé si voy a poder, con esa reserva baja, tener hijos naturalmente. Por ahí sí, por ahí no. Mucho más riesgo.

»Cuando tuve los resultados de la antimülleriana me puso muy triste porque pensé que, por ahí, había una chance de que la quimio no hiciera impacto, pero sí hizo. En ese momento cuando tuve los resultados pensé: bueno listo, ya lo tengo aceptado, si un día quiero tener hijos tiene que ser por fertilización y por tratamiento. En realidad, no es tan así, yo después lo hablé con la doctora y no es que tengo cero de reserva. Entonces uno siempre empieza por la parte natural, con estimulación y ahí, obviamente después de un tiempo, si no funciona, se puede intentar con la fertilización.

—En caso de que te quedés embarazada espontáneamente, ¿qué pensás de los ovocitos que tenés congelados?

—Es una muy buena pregunta a la que no tengo la respuesta todavía. Es un tema que me voy a plantear una vez que haya formado mi familia. Me gustaría tener varios hijos. Una vez que tenga dos o tres y si tengo todavía óvulos congelados ahí voy a hacerme la pregunta. Me parece que es un tema delicado, no es tan simple, es muy personal. Por un lado, soy totalmente consciente de que hay muchas mujeres que no pueden tener hijos, que quieren ser mamás y necesitan una ovodonación, y del otro lado, uno siente que son sus óvulos y es su ADN. La verdad es que no sé todavía qué voy a hacer.

—¿Cómo te representás la ovodonación? ¿Pensás que están dando un hijo, material genético, células?

—Me cuesta pensar que estoy dando algo abstracto. Yo sé que es material genético, que no está fecundado. En mi cabeza yo estoy dando una parte de mí, aunque sea muy chiquita.

[Sobre esto, se queda pensando]

—Por eso te pregunté qué representación tiene para vos. Cuando uno da sangre también da una parte de uno, no se hace una historia tan grande, porque la representación que tiene de la sangre es otra que la que uno tiene de los gametos que hacen a la reproducción.

—Totalmente, sí, es verdad. Acá uno se pregunta: en ese caso, digamos que uno de esos óvulos hace una fertilización in vitro con el espermatozoides de un hombre y ese hijo que va a nacer, la mitad de su carga genética va a ser mía y va a estar con otra familia. Creo que ahí es un poco complicado. Creo que si uno lo hace tiene que tener muy en claro que es para ayudar a otras familias que no pueden tener hijos. Es un acto de solidaridad y de amor por esas personas, porque esa persona podría ser yo. En el sentido de que, si yo no hubiera congelado los óvulos y ahora quisiera tener hijos, por ahí yo necesitaría una ovodonación y lo que sé es que la ovodonación es mucho más complicada que el espermatozoides. Creo que los bancos de espermatozoides están mucho más llenos que los bancos de óvulos. Y también se ve que es un tema que a las mujeres les cuesta. He leído varios artículos sobre países como Canadá o EEUU, donde tienen un problema de *stock de óvulos*. Es decir que están todas estas mujeres que

hayan tenido familia o no, tienen esos óvulos congelados en *stand by*, pero no los quieren ni tirar, ni donar. Entonces quedan ahí y los institutos van acumulando óvulos y llega un momento que ya no saben en dónde meterlos.

—Me contaste la opción de donarlo a otra persona, también está la opción de donarlo a la investigación, ¿cómo lo ves?

—Sí, eso no sé por qué, pero creo que me molestaría menos. Como que tendría un dilema menos grande, porque siento que el hecho de donarlos a la ciencia puede hacer avanzar algo. Estoy dando mi granito de arena a la ciencia para que puedan estudiar un óvulo de una mujer joven que tuvo cáncer de mama y que puedan sacar alguna conclusión. Esa idea me es menos brutal.

—¿Y la tercera opción de desecharlos?

—Mirá, esa... estoy pensando mientras me hacés la pregunta, no sé si lo pensé tanto en detalle. Siento que darlo a la ciencia o tirarlos son opciones por default, que no tenés que pensar tanto. “Tengo mi familia, cerré fábrica, no me van a servir más, entonces los doy

a la ciencia o los tiro”. Mientras, donarlos, creo que implica una reflexión y una elección mucho más consciente y mucho más grande que tirarlos o donarlos a la ciencia.

—¿Hablaste de esto con tu pareja?

—¿Lo de la ovodonación o lo de la fertilización?

—Y, para empezar, lo de los óvulos congelados y las posibilidades que hay frente a eso, ya sea que lo tengan que usar ustedes en algún momento o ya sea que tengas que tomar la decisión de su destino.

—Sí, que los tengo congelados, sí. Creo que lo hablé desde el principio. Es un tema del que no tengo mucho problema de hablar. Los llamo mis *Minions*, es algo que, más que nada, hago promoción de eso, no solo para gente que tuvo que transitar enfermedades, o que va a transitar enfermedades, sino por todas las tendencias que hay en este momento sobre las mujeres que tienen hijos siendo más grandes. Es algo que recomiendo a las mujeres que tienen dudas, si quieren tener hijos (o no) arriba de los 35 yo les digo que lo hagan.

»Para mí es un tema que hay que visibilizar muchísimo más. Tengo la suerte de que lo pude hacer en la Argentina, pero hay muchos países donde no es ni legal. Yo tengo contacto con chicas de mi edad que tuvieron cáncer de mama en Italia, en Francia, y no lo pudieron hacer. Entonces, me siento muy afortunada. Pero sí, mi novio sabe que tengo los óvulos congelados y yo le dije lo que dijo la doctora, que el día que tengamos ganas de tener familia hay que intentar como todas las parejas por vía natural, por sexo, y después sí puede que hacer un tratamiento sea una opción. Tampoco sé si tengo una mirada muy positiva, pero por el hecho de que tengo muchos óvulos, once, no estoy preocupada. Yo creo que, con once óvulos, si quiero dos hijos, no creo que vaya a haber un problema gigante.

—Pensémoslo, por ejemplo, del lado de tu pareja. Si alguien con quien tuviste tus propios hijos dona sus gametas, ¿vos cómo creés que lo viviría él? No sé si lo hablaste.

—No, no lo hablé, esto debe variar con cada persona, pero siento que él es un hombre de ciencias, digamos, no creo que tenga un problema con esto. O sea, lo debería pregun-

tar, pero yo no sé si él tiene la misma mirada que yo, que estaría dando una parte de mí a otra familia, etc. Él es mucho más pragmático sobre estas cosas y mucho más científico. Yo por ahí miro más el lado emocional.

—Retomando algo que dijiste antes, ¿por qué les pusiste Minions?

—[risas] Porque, no sé, son once y cuando vi la película vi que son un montón, re chiquitos y son como huevos amarillos y me salió ese nombre. Así que los llamo Minions. Ahora, por ejemplo, en junio, voy a ir a ver a la doctora porque en realidad, ella me hizo todo el tratamiento de fertilización, pero me quedé con ella como ginecóloga. Para los chequeos, el PAP [la prueba del Papanicolau] y todo eso, sigo yendo con ella. Ahora en junio que me tocan todos los chequeos, sí quiero ir a hablar con ella porque, como nos vamos en julio¹, mis Minions van a quedar acá congelados, entonces quiero tener un poco más de información sobre si llegamos a Francia y en un año tenemos ganas de empezar a buscar, cuál sería el proceso, quiero saber cómo serían las cosas.

¹ Comentó en una conversación telefónica previa que en julio se irán a vivir a Francia.

—Quizá exista la posibilidad de que te los manden.

—Sí, puede ser. Igual no me molestaría viajar. Creo que en todo el proceso de fertilización de las parejas o cuando uno lo hace solo, la parte psicológica y emocional es súper importante. Me gusta el centro, confío en los doctores que están ahí y no sé si querría ponerme en manos de desconocidos. Habría que ver un poco.

—Hablando de la parte psicológica que decís que es importante. Durante el procedimiento, ¿te ofrecieron hablar con algún psicólogo, tuviste algún acompañamiento en este sentido?

—Yo sé que en el centro hay una parte de psicología. La verdad es que no me acuerdo si me lo ofrecieron, puede ser que sí. Pero yo sé que tienen una oficina con todo el soporte a nivel de psicología. Siento que mi doctora tuvo mucha contención en ese momento. Entonces no es algo que me vino espontáneo.

—No lo pediste, digamos.

—No, no lo pedí. La realidad es que yo sé, porque lo vi en otras parejas, que hay mujeres que viven un proceso mucho más difícil, donde la estimulación les deja moretones en el cuerpo, que tienen que intentar el tratamiento varias veces, porque pierden el bebé. Procesos que son muy largos y mentalmente te desgastan mucho, que crean a veces problemas con la pareja, porque el sexo se vuelve como una obligación, que hay que hacerlo entre tal y tal día. Yo todo eso no lo viví. Yo en ese momento no tenía pareja y lo único que quería hacer era el tratamiento rápido, sacar los óvulos y empezar con la quimio. Entonces, esa parte no la tuve o todavía no la tuve, no sé cómo será.

—Estabas más focalizada en curarte de la enfermedad que en esto que era algo más paliativo de los efectos secundarios que la quimio pudiera tener.

—Exacto. Ese tema del proceso de fertilización es algo que me preocupa más ahora que en ese momento. Eso es lo que le voy a preguntar ahora. En el caso de que haya que hacer el tratamiento: cuántas semanas de estimulación son, cuántas veces me tiene que sacar sangre, cuántas veces hay que intentar, cómo funcio-

na. Yo toda esa información no la pedí porque en el momento no me interesaba. Solo quería congelar. Ahora se viene la segunda parte.

—Hay algo más que te parezca importante, que quieras comentar, que no te pregunté.

—No, nada, me parece que todo lo que es congelación de óvulos es un tema que habría que hablarlo muchísimo más. Con pacientes con cáncer o sin cáncer, de las dos maneras. Recuerdo ahora una anécdota, tiempo después de mi tratamiento, me contactó una amiga que trabaja en un banco. Habían hecho un contrato con uno de los centros de congelación de óvulos para ofrecer descuentos a sus empleadas. Ella trabaja en la parte de marketing y tenía que mandar la campaña, y estuvimos hablando porque la realidad es que no sabía ni a quién mandársela ni cómo hacerlo. Cómo promover el hecho de congelar óvulos. Me pareció súper interesante, creo que es un tema que hay que hablarlo muchísimo más porque si no a veces las mujeres, entre los estudios y los primeros trabajos, por ahí no tienen una pareja estable y llegan a los 37 o 38 (yo tengo muchas amigas que fueron mamá por primera vez a los 37 o 38), y hay mujeres que se dan cuenta que tie-

nen una reserva ovárica que es baja y que les cuesta muchísimo más. O hasta mujeres que deciden tener hijos solas, pero más tarde. Es un tema que hay que visibilizar mucho más.

—Gracias.

Sobre las autoras

Paula Abelaira

Licenciada en Psicología. Becaria Doctoral UBACyT. JTP de la práctica profesional 824: *El rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida* y ATP1 en Psicología, Ética y Derechos Humanos (CAT1) -Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Investigadora formada del proyecto UBACyT: *Las competencias del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. Ex-concurrente de Psicología Clínica-Hospital Muñiz (GCBA). Miembro fundador de la *Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida*. Miembro de la *Red Latina de Investigadores en Biotecnologías Reproductivas* (REDLIBRE).

pmabelaira@psi.uba.ar

Patricia Alkolombre

Licenciada en Psicología. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Actualmente Co-Chair por Latinoamérica del Comité Mujeres y Psicoanálisis de la API (COWAP- API). Miembro enlace de COWAP (en los períodos 1999-2002/ 2013-2017). Docente de postgrado en la Maestría APA-UBA. Autora de diversos libros y artículos.

patricia.alkolombre@gmail.com

María Angélica Córdoba

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Magíster en Psicoanálisis, Universidad de Buenos Aires. Efectos subjetivos en procesos de Fertilización Asistida. Especialista en Clínica de Adultos. Hospital Interdisciplinario. J. T. Borda. Emergencias I.

mariancordova4@hotmail.com

Agustina Geremias

Licenciada en Psicología. Becaria UBA-CYT. Participante de la investigación: *Las competencias del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. ATP2 en Psicología Evolutiva: Niñez, Cátedra I. Participante del Taller anual de Envejecimiento Saludable, UBANEX 2019.

agustinagere@gmail.com

Sandra Marañón

Licenciada en Psicología, UNMDP-Esp. en Psicología perinatal y primera infancia. Doctoranda en Trabajo Social, UNR. Docente, extensionista e investigadora en facultad de Psicología, UNMDP, Cátedras Antropología y Deontología Psicológica y en Escuela Superior de Medicina, UNMDP Cátedra Psicología, comunitaria social e institucional. Directora del Proyecto de extensión *Nacer entre palabras*, Facultad de Psicología UNMDP. Docente responsable Cátedra Abierta Salud mental perinatal, Facultad de Psicología UNMDP.

sandramaranon@hotmail.com

Alicia Montserrat Femenía

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Psicoanalista titular con función didáctica y reconocida como psicoanalista de niños y adolescente por la IPA. Especialista en grupos, familias e instituciones. Publicó libros y trabajos científicos relacionados con el deseo de maternidad y la feminidad.

amonserrat@cop.es

Flavia Navés

Licenciada en Psicología, UBA. Doctoranda en Psicología, UCES. Psicóloga Orientada en Reproducción Humana y Fertilización Asistida acreditada por SAMeR. Presidenta de la Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida -SAPRHA-. JTP 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. Miembro de la *Red Latina de Investigadores en Biotecnologías Reproductivas* (REDLIBRE).

flaviaandreanaves@gmail.com

Magdalena Novatti

Licenciada en Psicología, UBA. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, UBA. Maestranda en Psicoanálisis, UBA. ATP en la práctica profesional 824: *El rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. Psicóloga clínica y coordinadora de talleres en Hospital de Día y Consultorios Externos.

mandy.novatti@gmail.com

Elizabeth Ormart

Doctora en Psicología. Doctora en Filosofía. Especialista en Psicología clínica por concurrencia hospitalaria. Magister de la Universidad de Buenos Aires. Directora de Investigaciones en UBA y UNLaM. Presidente del Capítulo Salud Sexual y reproductiva en AASM. Coordinadora de las prácticas 824: *El*

rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida y 846: Problemas bioéticos en ESI. Profesora Adjunta Regular de Psicología, ética y derechos humanos en Facultad de Psicología, UBA. Autora y coautora de numerosos textos. Profesora invitada por diferentes instituciones y universidades nacionales y extranjeras de Portugal, España, Brasil y Colombia.

eormart@gmail.com

Evelyn Pasquali

Licenciada en Psicología, UBA. Participante de la investigación UBACYT: *Las competencias del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. ATP en Práctica profesional 824: *El rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. Psicóloga Clínica en Institución Ulloa. Tutora de carrera en Digital House.

pasqualievelyn@outlook.es

Carolina Pesino

Licenciada en Psicología. Docente UBA. Psicoanalista. Coordinadora y supervisora de grupos de formación psicoanalítica en Centro Dos. Autora de artículos para congresos nacionales e internacionales, revistas y libros especializados. Investigadora UBACyT: *Las competencias del Psicólogo en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida*. Disertadora en congresos nacionales, internacionales e invitada como expositora de temas referentes a la mujer en las comunas de la Región Autónoma de Friuli Venezia Giulia y Universidad de Udine (Italia).

capesino@hotmail.com

Silvia Pugliese

Doctora en Psicología. Profesora y miembro de la Comisión Académica en la Especialización en Psicodiagnóstico, Universidad Nacional de Rosario. Profesora en la Diplomatura en Psicodiagnóstico, Postgrado, Universidad del Aconcagua. Coordinadora Científica de la Biblioteca Virtual de Salud -Psicología- Argentina (BVS.Psi.Arg) (desde 2007 a la actualidad).

silviavpugliese@gmail.com

Gisela Untoiglich

Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Co-directora académica del Curso de Posgrado *Despatologizando diferencias en la clínica y las aulas*, organizado por Forum Infancias y FLACSO, modalidad virtual. Co-directora del Programa de Actualización: Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia, Posgrado de la Facultad de Psicología, UBA (2006-2015). Profesora invitada por diferentes instituciones y universidades nacionales y extranjeras de México, España, Uruguay, Brasil y Chile. Miembro fundador del Forum Infancias. Supervisora de equipos de diferentes instituciones públicas y privadas. Autora y coautora de numerosos textos.

giselauntoiglich@gmail.com

El avance científico-tecnológico, al que asistimos en el último tiempo, interpela con premura los paradigmas vigentes. Sale a su cruce rápidamente —aunque necesariamente tarde— el discurso jurídico y las regulaciones necesarias en las que debe trabajar. En este contexto, el escenario específico de la reproducción humana asistida suele estar invadido por la técnica, donde los debates ético-legales intentan apuntalar la práctica médica. Pero, frente a la pretensión totalizante del universo normativo, la dimensión clínica se asentará en una lógica de lo singular.

Entendemos que son muchas las personas que bajo diversas circunstancias deben recurrir a la reproducción asistida. Desde la lógica capitalista en la que vivimos, se piensa en cómo poder lograr esos embarazos a través de la técnica y las posibilidades que ofrece la ciencia, pero, en este camino universalista, múltiples historias y situaciones quedan silenciadas.

En este libro, proponemos abordar los sujetos detrás de las patologías, imposibilidades para concebir y las respuestas, cada vez más complejas, que el campo médico-científico ofrece para focalizarnos en el acceso a las parentalidades y su incidencia en la subjetividad. Esto no se dará sin sus dificultades: el lugar del analista es un lugar incómodo para el discurso médico-hegemónico ya que no centra su objetivo en la “adherencia” del paciente al tratamiento. El rol del analista posibilita que se pongan en valor los aspectos subjetivos de cada historia; y se presenta, en este ámbito particular, como articulador discursivo que habilita que la interrelación disciplinar que requiere el campo no olvide que trata con sujetos en los que su deseo se motorizar, a veces, en la búsqueda de un hijo, pero otras veces, no.

En este sentido el libro nos permite realizar un recorrido por diferentes historias y configuraciones familiares que se gestan a partir de las posibilidades que brinda la medicina.