



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Mater semper certa est

Resignificando lo biológico

en las técnicas de reproducción humana asistida.

Lucía Antonella Costas Pacheco

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Revisora: Anabel Beniscelli

Instituto de Psicología de la Salud

Julio, 2022

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo 1. Marcos conceptuales	5
1.1 Derechos sexuales y reproductivos	5
1.2 Salud Sexual y Reproductiva y Técnicas de Reproducción Humana Asistida	8
1.3 Psicología de la Salud	11
Capítulo 2: Duelo genético	14
2.1 Impactos subjetivos de la infertilidad	14
2.2 Duelo genético	15
2.3 Duelo genético en la ovodonación	18
2.4 Deseo de hijo, ovodonación y narcisismo	21
2.5 Epigenética	23
Capítulo 3: Des-enlaces, entre lo genético y lo vincular	26
3.1 Repensando lo familiar	26
3.2 Parentalidades	27
3.3 Filiación	30
3.4 Los orígenes	32
3.5 Lo vincular	36
Conclusiones	39
Bibliografía	44

Resumen

En el presente trabajo monográfico se abordan las novedades introducidas por las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) a nivel social, familiar y jurídico; haciendo especial énfasis en la ovodonación y sus particularidades. Así como también los impactos que tienen las mismas a nivel subjetivo.

A lo largo del mismo se destaca el rol protagónico que tiene la sociedad en la construcción de la subjetividad femenina, y los múltiples impactos que sufre la misma con las TRHA. En este sentido, se aborda la afectación del narcisismo y subjetividad de las mujeres infértiles, en una sociedad en la que “la mujer nació para ser madre”, buscando dejar en evidencia la construcción social e histórica de los roles adjudicados a la misma.

Desde esta perspectiva, con la introducción de las TRHA como solución a la infertilidad, se abordarán los efectos que generan las mismas en el entrecruzamiento de los campos social y psicológico. Destacándose el duelo genético en quienes recurren a la ovodonación, su relación con el narcisismo y la decisión de comunicar o no los orígenes a los niños nacidos por dicha técnica.

A su vez, se constituye como eje central del presente trabajo la importancia de reconocer la determinación de lo filial ya no desde lo biológico, sino en tanto construcción desde lo vincular; obligando a repensar las formas tradicionales de definir lo familiar.

Introducción

La presente monografía se enmarca como Trabajo Final de Grado, para la obtención del Título de Licenciada en Psicología en la Universidad de la República. En el mismo, se abordan las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), entendidas como un “conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo” (Uruguay, 2013), haciendo especial énfasis en la ovodonación, la cual es una TRHA heteróloga¹.

Si bien son múltiples las posibilidades de configuraciones familiares que se pueden lograr a través de las TRHA, en el presente trabajo interesa hacer énfasis en las mujeres integrantes de parejas heterosexuales que deciden recurrir a la ovodonación, y en especial en aquellas en que el motivo se debe a la infertilidad femenina. Esta elección se justifica en que nos interesa destacar la importancia que tiene la sociedad en la construcción de la subjetividad femenina, dejando en evidencia la adjudicación de roles y mandatos en base a su posibilidad “natural” de gestar, y los impactos subjetivos que tienen los mismos cuando no se pueden cumplir por la imposibilidad ubicada en el propio cuerpo. Lo anterior cobra especial relevancia en las parejas heterosexuales, dado que las mismas son consideradas socialmente como “normales”, en el sentido de que “deberían” poder lograr un embarazo sin mayores dificultades, por lo que el recurrir a una técnica de reproducción humana asistida heteróloga, las enfrenta a grandes estigmas sociales, generando fuertes impactos en la subjetividad y narcisismo.

De esta manera, se analiza la encrucijada entre la ciencia, la sociedad, la subjetividad y el Derecho que tiene lugar en las mismas, dejando en evidencia la multiplicidad de aspectos en que impactan.

Para lograr esto, se dividió el presente trabajo en tres grandes capítulos con la finalidad de lograr una aproximación en mayor profundidad de la temática. De esta manera, en el Capítulo 1 “Marcos Conceptuales” se desarrollan los lineamientos sobre los cuales se asienta la temática a desarrollar a lo largo del trabajo. En este sentido, en un primer momento se aborda el origen de los derechos sexuales y reproductivos, y el rol protagónico de los movimientos feministas en la consecución de los mismos, así como también la manera en que el concepto “género” permitió desnaturalizar los estereotipos adjudicados a la mujer, y dejar en evidencia la construcción social de los mismos en tanto reproductores

¹ Son TRHA heterólogas “aquellas en las cuales se utiliza material genético de un tercero, ajeno al proyecto parental” (González, 2016, p.222).

de relaciones de poder. A su vez, se abordan los desenlaces que habilitaron los mismos en conjunto con los avances científicos, tecnológicos y políticos, destacándose la separación entre sexualidad y reproducción a través de la invención de la píldora anticonceptiva y las técnicas de reproducción humana asistida. Para luego destacar las transformaciones en la manera de entender la salud, así como también la importancia que introducen las mencionadas innovaciones de una mirada integral, en donde se introduzca las dimensiones social y psicológica en tanto integrantes del proceso salud-enfermedad.

En el capítulo 2 “Duelo genético”, se abordan los impactos subjetivos que genera en la mujer la infertilidad -destacándose la importancia de los estereotipos relacionados con la maternidad adjudicados socialmente-, así como también se introduce el concepto de duelo genético, en tanto noción que permite desarrollar la multiplicidad de aspectos que se ven impactados ante la posibilidad de recurrir a la ovodonación, destacándose la afectación del narcisismo y subjetividad de la mujer, por el dolor psíquico, miedo y preocupaciones que genera el recurrir a material genético donado.

En el capítulo 3 “Des-enlaces, entre lo genético y lo vincular” se abordan los cambios introducidos por los avances vertiginosos de las técnicas de reproducción humana asistida a nivel de lo que, históricamente, ha sido definido como familia y sus determinantes. De esta manera, a lo largo del mismo se busca dejar en evidencia la importancia de abandonar el rol protagónico de lo biológico, en tanto determinante de la familia y los lazos filiales, y pasar a comprender a lo familiar en tanto proceso en construcción, a través de un vínculo, en el cual se ejercen las funciones subjetivantes. Lo anterior cobra especial relevancia en el caso de la ovodonación, técnica central del presente trabajo, ya que la misma rompe con el mandato de la familia bio conectada, y destaca la importancia del vínculo en la definición de familia.

Por último, se exponen las conclusiones, las cuales son el resultado de la articulación y reflexión de la información desarrollada a lo largo del presente trabajo.

Capítulo 1. Marcos conceptuales

Si bien las técnicas de reproducción humana asistida, las nuevas configuraciones y roles familiares pueden ser considerados una temática de auge actual, es posible ubicarlos dentro de una cronología de diversos hechos, acontecimientos y perspectivas sobre los que se asientan. Por lo anteriormente mencionado es que en el presente capítulo se pretende desarrollar los conceptos de derechos sexuales y reproductivos, su impacto en la salud y el abordaje que desde la Psicología de la Salud se les brinda.

1.1 Derechos sexuales y reproductivos

El origen de los derechos sexuales y reproductivos se remonta a la primera ola del feminismo, la cual se desarrolló desde el siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX. Las principales demandas de dicho movimiento estaban relacionadas con los derechos políticos, civiles y laborales, buscando a través de los mismos la reivindicación y protección de la mujer. Ello implicó que entrara en la escena de la discusión pública, la salud sexual y reproductiva de las mismas, en tanto implicó un primer cuestionamiento del lugar históricamente adjudicado como figura exclusiva del ámbito del hogar y crianza de los hijos (Carosio, 2019).

Es con la segunda ola del feminismo, la cual tiene lugar desde la segunda mitad del siglo XX hasta finales de los años 80', que la salud sexual y reproductiva toma protagonismo. Se buscaba dejar en evidencia el control político ejercido sobre el cuerpo de la mujer, sobre todo en la sexualidad y reproducción, como expresión de la subordinación y desigualdad existente (Maier, 2008).

Los avances logrados quedaron evidenciados en Ámsterdam en el año 1984, en el Tribunal Internacional del Encuentro sobre Derechos Reproductivos. Durante esta instancia fue la primera vez que se habló de derechos reproductivos en el escenario global institucional. A partir de allí, comienzan a llevarse a cabo conferencias que pueden ser consideradas los cimientos sobre los cuales se fueron construyendo las condiciones y acciones necesarias para el bienestar de la salud sexual y reproductiva (Maier, 2008).

En el comienzo de la tercera ola se da un hito con relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos, ya que en el año 1994, en la "Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo", quedan entendidos como un derecho humano (ONU, 1994).

(...) plantear los DSR como derechos humanos es hacer una ampliación del campo de los derechos humanos a terrenos nuevos, lo privado y lo íntimo como campo de ejercicio de derechos, y simultáneamente someter la sexualidad como asunto público a la regulación, a un nuevo contrato social entre los sexos y entre las generaciones fundado en los derechos. (Londoño, s/f, p.13).

En la mencionada conferencia se reconoce la situación de desventaja de las mujeres con relación a los hombres, y cómo las instituciones perpetúan dicha posición, lo cual queda manifiesto a través de la inequidad de género. Por lo que, el programa de acción se orientó a fomentar la reivindicación y empoderamiento de la mujer, así como también a mejorar la salud sexual y reproductiva con el objetivo de aumentar la calidad de vida y de esta manera sobrepasar los impactos que generan las desigualdades de género en la salud-enfermedad (Galdo, 2013).

La introducción del concepto género, permitió comprender el conjunto de prácticas, discursos y representaciones que son atribuidas a cada sexo, asignando de esta manera mandatos e ideales para cada uno de ellos. Estas asignaciones a lo femenino y masculino tienen su origen en la diferencia sexual; de manera que se toma lo genital como determinante del individuo y en base a ello se le asignan roles a través de la socialización, reproduciendo a través de las mismas relaciones de poder y la consecuente subordinación de la mujer (Carril & López, 2008; Lamas, 1994).

A su vez, el concepto género permitió problematizar prácticas y asuntos socialmente naturalizados e instaurados con relación a la sexualidad y reproducción, y reconocer el carácter cultural e histórico inherente en cada uno de ellos. De esta manera, dejó en evidencia que el modo histórico de relacionamiento entre los sexos es una reproducción de la cultura, y que por lo tanto, las trayectorias, vivencias y modos de significar los acontecimientos, así como también las decisiones, prácticas sexuales y reproductivas de las personas, asuntos todos considerados íntimos, son a su vez, políticos y sociales (López, 2013; Maier, 2008).

De esta manera, los derechos sexuales y reproductivos surgen como resultado del diálogo entre sociedad civil y Estado; tras una larga lucha por parte de los movimientos feministas que buscaban el derecho a la autonomía, la vida placentera, libertad e igualdad, teniendo como objetivo fundamental la reivindicación de la mujer (Galdo, 2013; López, 2013). Lo anterior implicó colocar a la reproducción en el escenario político, de manera de discutir aquellas adjudicaciones culturales que históricamente se le han realizado a la mujer, con el

objetivo de pensar nuevas formas de comprender la familia y la reproducción, y sobre todo, el lugar, o no, de la mujer en ellas (Johnson, 2019).

La incorporación de la salud sexual y reproductiva a los derechos humanos tiene como objetivo que las personas puedan tomar decisiones con relación a su sexualidad y reproducción de manera autónoma e informada, así como también tengan garantizados el acceso a los recursos para tomar dichas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminación (López, 2013).

Abarcan desde el poder organizar la vida reproductiva libre y responsablemente; el planificar un embarazo, la cantidad de hijos que se desean tener y el intervalo entre ellos, o la toma de la decisión de no tener hijos; que se realicen actividades de prevención; el tener acceso a información sobre anticoncepción, el estado de su salud personal; el poder decidir libre y autónomamente si tener relaciones sexuales, cuándo, dónde, cómo y con quién; así como también el tener una vida sexual placentera. Los derechos sexuales y reproductivos implican que todas las decisiones que las personas tomen con relación a su sexualidad y reproducción sean tomadas de manera libre y autónoma, y que sean respetadas, sin sufrir discriminación, violencia o coacción por la toma de ellas (Galdo, 2013).

De esta manera, los derechos sexuales y reproductivos abarcan determinados derechos humanos que ya están reconocidos en documentos internacionales y de la Organización de las Naciones Unidas, así como también en leyes nacionales (Galdo, 2013).

En el caso de Uruguay, la Ley N° 18.426 de “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, aprobada el 10 de diciembre de 2008, ha permitido garantizar condiciones para el ejercicio de la salud sexual y reproductiva en tanto derecho humano. A través de la misma, el Estado busca el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, así como también garantizar el acceso universal a la cobertura de la salud sexual y reproductiva, asegurando en ella calidad, confidencialidad y privacidad. A su vez, con la mencionada ley se busca impulsar la prevención de enfermedades de origen genito-reproductivos e infecciones de transmisión sexual y su tratamiento; garantizar el acceso a métodos anticonceptivos; promover el ejercicio saludable y responsable de la sexualidad y reproducción (Uruguay, 2008).

De esta manera, se pretende garantizar un abordaje integral y acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva. Desde la aprobación de la misma ha habido grandes avances normativos, destacándose entre ellos la Ley N°18.620 “Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios”;

Ordenanza 450, de incorporación del test de resistencia de VIH; Decreto N° 293/010, creación de los servicios de salud sexual y reproductiva en todas las instituciones del país; Ley 18.987, interrupción voluntaria del embarazo; Ley 19.167, técnicas de reproducción humana asistida; Ley 19.580, Ley de violencia hacia las mujeres basada en género; Ordenanza del MSP N° 1119, todos los prestadores integrales de salud deben ofrecer la prueba diagnóstica de sífilis y VIH a la pareja de la mujer embarazada (Uruguay, 2019).

A su vez, se cuenta con el Consenso de Montevideo del año 2013, el cual fue una reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que tuvo como eje el Plan Nacional de Acción de la Conferencia del Cairo. En el mismo, se considera que los derechos sexuales y reproductivos son una parte fundamental de los derechos humanos, y que por lo tanto, su respeto y ejercicio es primordial para el efectivo goce de los demás derechos. En la misma reconocen que, si bien se han dado avances en relación al acceso universal de la salud sexual y reproductiva, los mismos son insuficientes, ya que el acceso ha sido desigual, siendo los adolescentes, LGBTI, afrodescendientes, y personas con discapacidad, las poblaciones más vulnerables y quienes menos hacen un efectivo goce de sus derechos sexuales y reproductivos por discriminación.

Por lo anteriormente mencionado es que acordaron promover, proteger y garantizar la salud sexual y reproductiva en tanto derecho humano, de manera que todas las personas puedan realizar pleno goce de los mismos de manera libre y autónoma, sin sufrir ningún tipo de discriminación y/o violencia (CEPAL NU, 2013; Uruguay, 2019).

1.2 Salud Sexual y Reproductiva y Técnicas de Reproducción Humana Asistida

Durante siglos, las posibilidades de acceso de la mujer al poder, saber y placer eran inexistentes. El ser mujer era equivalente a ser madre, ya que la reproducción y maternidad fueron por excelencia los roles adjudicados a la misma durante siglos, los cuales eran reforzados por narrativas e imágenes culturales (Thomas, 2003).

Ante la posibilidad biológica que poseen las mujeres de gestar, se construyó socialmente a la maternidad como el objetivo ideal a alcanzar por las mismas. De esta manera, la sexualidad de las mismas quedó reducida a lo reproductivo (Saletti, 2008). Por lo que, “el deseo de procrear era para ellas lo único posible y legítimo” (Thomas, 2003, p.51).

En este sentido, la maternidad en tanto construcción social, instaure como parte de la naturaleza del ser mujer el deseo de ser madre, apareciendo el instinto maternal como pilar fundamental de la identidad femenina. De esta manera, la misma se construye en torno a estereotipos ligados a la maternidad, los cuales imponen como características esperables en toda mujer el deseo de cuidado hacia el otro, el ser sumisa y tierna, y que su estado de máxima felicidad sea gracias a la maternidad (Becerra, 2011; Saletti, 2008).

Desde mediados de siglo XX, con los avances logrados en materia de derechos civiles, políticos y laborales por los movimientos feministas, en articulación con otros movimientos políticos, y el desarrollo de métodos científicos y tecnológicos, permitió que la condición social de la mujer comenzara paulatinamente a cambiar, convirtiéndose en el escenario óptimo para la revolución sexual y reproductiva (Carosio, 2019; Dhont, 2010; Mata & Vázquez, 2018; Thomas, 2003).

Es así que, a partir de este momento comienzan a ser cuestionados los roles impuestos históricamente a la mujer, asociados siempre a la función reproductiva y materna, y que, en concordancia con el desarrollo de tecnologías permitirían a la mujer el control de su fecundidad, habilitando un cambio en la manera de experimentar la sexualidad, así como también la reproducción (Dhont, 2010; Mata & Vázquez, 2018; Thomas, 2003).

Dentro de los desarrollos tecnológicos, se puede destacar el de la píldora anticonceptiva, la cual permitió desligar el acto sexual de la reproducción, así como también la posibilidad de que la maternidad sea una elección para la mujer tomada desde la autonomía y libertad, permitiendo de esta manera resignificar la maternidad, sexualidad y consecuentemente la femineidad (Thomas, 2003).

De esta manera, se redefinieron “ (...) las posibilidades del cuerpo, mediando la histórica fecundidad obligatoria con la posibilidad contemporánea de la planificación y los nuevos parámetros del placer sexual: constituyendo así a la sexualidad en un campo con legitimidad y autonomía propios” (Maier, 2008, p.6).

Posteriormente, comenzaron a desarrollarse de manera vertiginosa distintas terapéuticas para la infertilidad, destacándose entre ellas el desarrollo de las técnicas de reproducción humana asistida (Thomas, 2003). Con las mismas se hace posible la reproducción sin presencia de acto sexual. De esta manera, la “ (...) separación entre el fenómeno reproductor humano y el ejercicio de la sexualidad viene a plantear una problemática que desborda las estructuras jurídicas existentes y actúa como punto de partida para un gran número de cambios” (Lamm, 2012, p.17).

Con dichos avances, la antítesis entre naturaleza y tecnología comienza a desvanecerse, y los límites entre ambos se convierten en difusos y permeables, en constante cambio e intercambio (Blumenthal & Marín, 2019).

Los mencionados desarrollos tecnológicos implican reconocer la inminente presencia de la tecnología en nuestra cotidianidad e identidad, dado que se ha convertido en una tarea de la ciencia el poder sobrepasar los límites de la naturaleza. La utilización de la misma en los procesos reproductivos humanos así lo demuestran, ya que con su uso se potencian las posibilidades humanas y se sustituyen funciones perdidas (Blumenthal & Marín, 2019).

Con las técnicas de reproducción humana asistida se ponen en tela de juicio las que históricamente han sido consideradas los cimientos de las relaciones entre esposos, hermanos, e hijos, dado que actualmente el tener sexo, dar a luz, o transmitir genes no determina el vínculo filial (Cardaci & Sánchez, 2009). De esta manera, el principio sobre el cual se ha determinado históricamente la filiación materna "*mater semper certa est*" (la madre es siempre conocida) parece perder veracidad (Duplá, 2019) .

La reproducción deja de ser un acto exclusivo de dos personas, y se convierte en un proceso, que puede estar constituido por múltiples etapas y en el que puede participar un número variado de personas (De la Barreda, 2017). Es así que, lo que antes ocurría en el ámbito privado de la pareja, en la intimidad, ahora puede tener lugar en un ámbito externo, donde entra en juego la inclusión de la tecnociencia como un tercero (Cincunegui et. al, 2004).

De esta manera, "lo actual es lo múltiple, lo diverso, lo complejo, lo no único. Hay muchas maneras de ser familia, de ser madre, de ser padre. Hay varias y legítimas formas de concebir un hijo también" (Blumenthal & Marín, 2019, p. 27).

En el caso de Uruguay, lo anteriormente mencionado queda ilustrado con la ovodonación, la cual es una técnica de reproducción humana asistida de alta complejidad, en tanto se realiza una fecundación in vitro con óvulos donados de manera anónima, los cuales una vez fertilizados son transferidos a quien será la gestante y madre de crianza. De esta manera, es un proceso reproductivo en el que participan el padre, la madre, la donante de gameto y los técnicos en reproducción asistida, y el que a su vez consta de múltiples etapas. En dicho proceso la filiación no está determinada por la transmisión genética, sino con ocupar una función simbólica, con ahijar (Fondo Nacional de Recursos, 2015; González et. al, 2017).

1.3 Psicología de la Salud

A lo largo de la historia, las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad han variado, dependiendo de las características propias del momento histórico-cultural.

En la Edad Antigua las explicaciones relativas a dicho proceso estaban relacionadas con la magia; mientras que en la Edad Media, con la influencia de la Iglesia Católica las explicaciones eran de carácter místico, y estaban asociadas a castigos de Dios o acción de demonios. Tras grandes transformaciones culturales, en la Edad Moderna, comienzan paulatinamente a abandonarse las explicaciones religiosas, para comenzar a buscar las explicaciones en la realidad. En este periodo se consolidó una interpretación materialista y unicausal de la enfermedad, tomando protagonismo la perspectiva biologicista del pensamiento médico científico (Parafita, s/f).

A partir de la Edad Contemporánea se pueden identificar dos concepciones paralelas con relación al proceso salud-enfermedad y que aún tienen vigencia. Por un lado, se encuentran los desarrollos de ciencias que toman al individuo aislado, sin su contexto social, y que tienen como objeto de estudio a la enfermedad, siguiendo una perspectiva biologicista, unicausal, de la misma. Por otro lado, una perspectiva con una concepción más amplia del proceso salud-enfermedad, la cual pretende tener una comprensión multicausal del mismo, de manera que las causas no son una sumatoria, sino que por el contrario, interactúan entre ellas en dicho proceso. La mencionada concepción dio paso a la aparición de una perspectiva ecológica del proceso salud-enfermedad (Parafita, s/f).

Si bien ambas concepciones se encuentran vigentes y conviven, es desde mediados del siglo XX que se ha cuestionado con mayor intensidad la perspectiva biologicista, que tiene como ejes una interpretación del proceso salud-enfermedad desde la negatividad, centrándose en la enfermedad y unicausalidad del mismo. Lo anterior tiene su momento de auge con la definición de salud de la OMS (1948), la cual considera que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Dicha definición implicó comenzar a comprender la salud desde una perspectiva positiva, tomando en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que inciden sobre ella (Morales, 2015).

De esta manera, la incorporación de la psicología y las ciencias sociales al campo médico, permitió vislumbrar la complejidad del fenómeno, y destacar la importancia del contexto histórico, social, económico y cultural en que se encuentra el sujeto, así como también los

aspectos subjetivos que se ponen en juego en el mismo (Sívori, 2010) . A su vez, lo anterior llevó a un cambio de paradigma en el modo de comprender y abordar la salud, pasando del campo médico- asociado al modelo individual restrictivo-, al campo sanitario, el cual se relaciona con el modelo social expansivo (Saforcada, 2012).

Este nuevo paradigma implica reconocer que la salud es unitaria; y que no es posible comprenderla sin sus componentes subjetivos, sociales y comportamentales (Morales, 2015). Por lo anterior es que la Psicología de la Salud emerge como una rama especializada que busca dar cuenta de la complejidad del proceso salud-enfermedad, y dejar en evidencia la interacción de los diversos factores que se ponen en juego en el mismo (Morales, 2015; Sívori, 2010). Teniendo como objetivo diseñar y evaluar estrategias de intervención para proteger y promover la salud (Mucci & Benaim, 2006).

En tanto seres sociales, los seres humanos construimos los distintos sentidos sobre la salud y enfermedad en interacción con otros, así como también creamos y reproducimos prácticas con relación al mismo, por lo que la psicología de la salud también se encarga del análisis de la construcción de significados y cómo los mismos influyen en las prácticas, actitudes y modos de afrontamiento al proceso salud-enfermedad (Morales, 2015).

Es así que, la Psicología de la Salud no se centra únicamente en el individuo; sino que también tiene como objeto de estudio y análisis el contexto en que las personas se encuentran, entrando en juego lo familiar y social comunitario, así como también los discursos, prácticas y referencias existentes en el mismo (Mucci & Benaim, 2006). De esta manera, deja en evidencia la articulación existente entre lo social y subjetivo, y cómo a través de la misma se construyen significados con relación a la salud, la enfermedad, las sexualidades y reproducción (López, 2013).

El aporte de la Psicología de la Salud resulta sumamente relevante a la hora de abordar las técnicas de reproducción humana asistida, las cuales implican la manipulación de embriones o gametos humanos para lograr un embarazo (Uruguay, 2013), dado que la incorporación de "(...) estos procesos tecnológicos en el origen de los trabajos de ahijamiento forma parte de la comprensión de la dimensión contemporánea de la subjetivación" (Blumenthal & Marin, 2019, p. 26) ,

El ser humano como integrante de una sociedad comparte un imaginario aceptado y en el cual existe de manera consensuada una representación de las formas en que se logra ser madre, padre y cómo se concibe, por lo que con los avances de la tecnología con relación a la reproducción, resulta importante que desde la psicología de la salud se logren desarrollar

nociones que habiliten simbolizar los cambios logrados a través de la ciencia en dicho proceso (Cincunegui et. al, 2004).

La utilización de técnicas de reproducción humana asistida es una experiencia de gran impacto emocional, por lo que debe ser pensada, informada y procesada desde un enfoque integral, que habilite la posibilidad de analizar la vivencia subjetiva y los significados construidos sobre la misma (Albornoz, 2014).

En el caso de la TRHA que utiliza la donación de óvulos, como en todo proceso de donación de órganos y/o tejidos, se da un desajuste emocional, caracterizado por la conmoción, preocupación e incertidumbre, así como también por la resistencia a aquello que resulta desconocido, ajeno, por lo que resulta importante que se aborden los distintos procesos psicológicos que se puedan desarrollar para de esta manera resignificar dicha experiencia (González, 2016; Rossi, 2020).

Es importante que la intervención psicológica este orientada a trabajar el significado que se trae a priori sobre la ovodonación, el cual está marcado por la historia de vida, sistema de valores y creencias de la persona, y contribuir a que el contexto social y emocional sea integrador (González, 2016; Rossi, 2020).

Capítulo 2: Duelo genético

La subjetividad, en tanto construcción social, tiene internalizados distintos mandatos e ideales presentes en la sociedad. Por lo anterior es que resulta pertinente abordar los impactos que generan en el psiquismo y narcisismo la imposibilidad de cumplir con ellos. En este sentido, en el presente capítulo se desarrolla el concepto del duelo genético, en su dimensión psíquica y social, en tanto expresión de la imposibilidad de cumplir con el deseo de hijo genéticamente vinculado y el ideal de familia bioconectada.

2.1 Impactos subjetivos de la infertilidad

Históricamente la maternidad se ha configurado como un ideal a alcanzar para la mujer, el cual otorgaría una aparente completud y realización suprema. Si bien esto ha comenzado a ser cuestionado, aún se encuentra vigente. “Esta estructura de significado que impera en el nivel del imaginario colectivo constituye un organizador importante de la subjetividad en el plano individual” (Oliva & Batista, 2019, p. 100).

De esta manera, el cuerpo si bien es una realidad material y biológica, está inscripto en una subjetividad que es social. En este sentido es que, existen variadas significaciones sociales que han sido atribuidas al cuerpo, a través de las cuales se determina que “ el cuerpo es un cuerpo para algo” (Oliva & Batista, 2019 p. 102), siendo en el caso de la mujer el cuerpo reproductor.

Es así que, cuando existe el deseo de maternidad y el mismo no se puede cumplir por la imposibilidad de procrear, el interés se focaliza en el cuerpo, el cual pasa de ser fuente de placer a fuente de dolor psíquico (Cincunegui et. al 2004). “Todo el cuerpo pasa a convertirse en continente hostil y frustrador, inútil e indomeñable” (Cincunegui et. al, 2004, p. 59).

Por lo que, es común que aparezcan en la mujer sentimientos de vergüenza, inferioridad, inseguridad, culpa y falla, predominando la sensación de incompletud, siendo la dimensión identitaria y autovalorativa afectada (Oliva & Batista, 2019).

Lo anterior tiene su génesis en que los procesos autovalorativos- la representación que la persona hace de sí misma y la manera en que se vivencia- es un emergente de la relación entre las condiciones reales del cuerpo en interacción con las simbolizaciones y significaciones adjudicados a él culturalmente (Oliva & Batista, 2019).

La representación que la persona hace de sí implica la existencia de emociones que se encuentran ligadas a la misma. De esta manera, emociones positivas y/o negativas expresan los estados de satisfacción o insatisfacción que la persona tiene con la representación de sí misma (Oliva & Batista, 2019).

2.2 Duelo genético

“No hay nada más bello que lo que nunca he tenido,
nada más amado que lo que perdí”

Serrat

Cuando una pareja tiene como proyecto la descendencia, “(...) todo el sistema de pensamiento, individual y compartido, se conmueve. Y el anhelo de hijo ocupará, en adelante, un lugar central en el proyecto más amplio de la pareja.” (Cincunegui et. al, 2004, p. 105).

Dicho proyecto reúne una multiplicidad de sentidos, fantasías y deseos que están influenciados por la historia personal de cada uno de los integrantes, así como de la pareja en su conjunto (Cincunegui et. al, 2004). De esta manera, la procreación queda situada en la intersección “de lo individual, lo vincular y lo social” (Cincunegui et. al, 2004, p. 47).

Si la concreción de dicho proyecto se ve truncado por dificultades en lograr el embarazo deseado de manera natural, se dan, dentro de la pareja, una serie de desconciertos, frustraciones y duelos.

En este sentido es que resulta importante mencionar los planteos de Freud con relación al duelo, quien lo definió como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1915, p.4). De esta manera, el duelo implica todos aquellos procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que se despliegan ante una determinada pérdida (Bowlby, 1993). A su vez, el objeto por el que se duela no necesariamente tuvo que haber existido en lo real.

De esta manera, el duelo tiene lugar cuando se sufre una pérdida que es significativa para la persona, sea ésta real o simbólica, consciente o no. Por lo que, la intensidad de dicho proceso no estará dada a priori por la naturaleza de la pérdida, sino por la carga afectiva que se le es atribuida (Baratas, 2002; Cabodevilla, 1999).

Cuando una pareja decide crear el proyecto de familia propia, “el primer anidamiento del embrión tiene lugar en su psiquis” (Campitelli, 2018, p. 20), ya que previo a que se de el embarazo los padres ya fantasean con ese futuro hijo, así como también lo hace la familia (Campitelli, 2018). De esta manera, cuando su proyecto de creación de una familia propia - de manera natural- se ve frustrado, se dan una serie de duelos que, dependiendo de la particularidad del caso, tendrán distinta naturaleza. Es así que, se pueden dar duelos por la infertilidad, por el embarazo no logrado, por el hijo fantaseado, por el embarazo perdido o por no poder reproducirse con su material genético, entre otros (Ormart & Abelaira, 2020).

En este trabajo, interesa hacer especial énfasis en el duelo genético, el cual es un proceso por el que pasan hombres y/o mujeres que no pueden utilizar sus gametos para reproducirse de manera natural, y que está caracterizado afectivamente por la tristeza y el dolor moral (González, 2017).

Durante este proceso, lo que se duela son las formas simbólicas en que, históricamente, se ha definido el parentesco, según las cuales el mismo estaría determinado por lazos de sangre o vínculos biológicos y genéticos (Johnson, 2019) .

Lo anterior deja en evidencia que a nivel simbólico y cultural, la conformación de una familia biológica y genéticamente conectada, continúa siendo muy relevante, valorado y buscado; por lo que, “la ausencia de lazo genético se vive como una pérdida” (Johnson, 2019, p. 77), dando lugar al desarrollo del duelo genético, en el cual se duela al hijo fantaseado en un primer momento.

De esta manera, se puede comprender

al duelo genético desde dos perspectivas: la psíquica y la social. Entendemos que como seres sociales no existe el sujeto sin cultura y esta es creadora de subjetividades. Esto se verifica en el hecho de que, culturalmente, la transmisión genética es condición para la filiación, y este es un mandato que se internaliza en la psiquis de cada uno, provocando el padecimiento subjetivo en quienes no pueden cumplir con ese requisito social (Campitelli, 2018, p. 21).

Si bien el duelo genético se da en la mayoría de personas que recurren a las técnicas de reproducción humana asistida, se pueden agrupar en tres grandes categorías a las personas que acceden a dichas técnicas, para de esta manera plantear las posibles diferencias en el proceso de duelo genético.

Por un lado están las parejas homosexuales, las cuales se encuentran desde el primer momento imposibilitadas a concebir de manera natural y genéticamente vinculado a ambos integrantes de la pareja (Campitelli, 2018). En esta estructura familiar el foco del duelo genético suele estar en el hecho de que la ausencia de conexión “biológica o genética puede obstaculizar, en determinados contextos, la filiación” (Jonhson, 2019, p.86). Lo anterior no supone una desaparición de la importancia de lo genético, sino que implica una transformación del sentido de la misma. A su vez, ligado a esto se puede pensar que la ruptura de la bioconexión familiar es vivenciada de otra manera -en comparación con familias heterosexuales-, dado que previo a esto, tuvieron que “romper” con la heteronorma, la cual se puede considerar como un obstáculo mayor (Johnson, 2019).

Dentro de las parejas homosexuales, se pueden identificar diferencias en el proceso- dependiendo las características de las mismas- las cuales pueden llevar a facilitar o complejizar el mismo. En el caso de las parejas homosexuales femeninas tienen la posibilidad de que una de las integrantes sea la donante de óvulo y la otra gestante. Lo anterior lleva a que el “cuerpo materno” se desligue de la corporalidad y se multiplique, permitiendo que ambas sean parte activa en dicho proceso (Heredia, 2019; Johnson, 2019).

En el caso de las parejas homosexuales masculinas la transición por el proceso de duelo se torna más compleja, dado que uno de los integrantes de la pareja no podrá aportar su material genético, así como también porque deberán recurrir a la ovodonación y gestación por subrogación para la existencia del bebe (Campitelli, 2018).

Por otro lado, se encuentran las personas que desean tener un hijo solas, siendo necesario desde un primer momento la donación de gametos (Campitelli, 2018). Resulta importante mencionar que, tanto en el caso de las parejas homosexuales como las personas que desean hijos solas el foco del duelo suele estar puesto en los sentidos hegemónicos existentes en la sociedad sobre lo familiar (Johnson, 2019).

Por último, se encuentran las parejas heterosexuales, las cuales llegan a consulta de TRHA luego de mucho tiempo de búsqueda por quedar embarazados de manera natural sin éxito, con alteraciones emocionales provocadas por dicha situación, predominando la frustración, el miedo y angustia, (Campitelli, 2018). De esta manera, las mencionadas parejas experimentan fuertes tensiones dado que se sienten diferentes y fuera de la norma (Heredia, 2019).

De esta manera, un mismo procedimiento reproductivo, puede dar lugar a diversas configuraciones familiares, radicando la diferencia en el valor y sentido que se le es

asignado a lo biológico, así como también a la técnica utilizada en el procedimiento (Johnson, 2019).

2.3 Duelo genético en la ovodonación

Cuando una pareja heterosexual se ve imposibilitada a lograr un embarazo con gametos propios, la posibilidad de la donación de gametos aparece como opción. La decisión de recurrir a dicha técnica no resulta sencilla. Preocupaciones, incertidumbres y renunciamentos se hacen presentes y toman protagonismo en este momento (Rossi, 2020).

Recurrir a la ovodonación implica asumir que no se podrá lograr el embarazo de manera natural, a través de relaciones sexuales, y que para lograrlo será necesario atravesar un proceso en el que participaran múltiples otros. A su vez, implica reconocer que los genes de la receptora no serán transmitidos al hijo (Rossi, 2020).

De esta manera, se suscitan en los usuarios de dichas técnicas pensamientos e interrogantes relacionados con la pérdida de la herencia genética y el legado familiar, el desarrollo del vínculo afectivo con el futuro hijo y la posible influencia de la donante. Es así que, el duelo genético abarca una amplia variedad de aspectos que tienen en común el estar unidos por la dimensión genética (Heredia, 2019).

De esta manera, uno de los aspectos que toma protagonismo en el duelo genético por ovodonación es el de la preocupación por las diferencias físicas que los hijos podrían presentar con relación a la apariencia de los padres, y a su vez que tal diferencia sea percibida por la sociedad, operando como una amenaza para la validación social de su vínculo (Heredia, 2019).

Pensamientos e interrogantes tales como; “*No se va a parecer a mí*”, “*Mi rol como madre se verá disminuido por la ausencia de lazo genético?*”, “*Los demás notarán que no es verdaderamente mi hijo?*”, son los que predominan (Campitelli, 2018; Ormart & Abelaira, 2020; Rossi, 2020).

Para salvar esto se recurre al *matching fenotípico*, el cual tiene como objetivo posibilitar una continuidad fenotípica entre los usuarios que recurren a la técnica con el material genético donado (Campitelli, 2018; Ormart & Abelaira, 2020). De esta manera, los rasgos físicos que toman mayor relevancia a la hora de realizar el *matching fenotípico* son la etnia, la altura y la raza a la que pertenece la donante (Heredia, 2019).

En el caso de Uruguay, lo anterior está reglamentado en el artículo 16 de la Ley N° 19.167 de “Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida”, el cual establece que “Los receptores de gametos o embriones tienen derecho a obtener información general sobre las características fenotípicas del donante, de acuerdo al protocolo que el Ministerio de Salud Pública establezca” (Uruguay, 2013).

La búsqueda de dicha continuidad tiene varias razones; en primer lugar, porque se cree que el parecido físico opera como un soporte en la filiación, en tanto, ayuda a cerrar la herida ocasionada por la imposibilidad de la transmisión genética, permitiendo a los padres un impulso en la normalización de la situación gracias a la ausencia de reacciones -con relación al parecido- por parte de su círculo social (Campitelli, 2018; Heredia, 2019; Ormart & Abelaira, 2020). De esta manera, el matching fenotípico opera como cierto control imaginario, en donde se pierde la posibilidad de incorporar el azar- propio de los procesos reproductivos “naturales”- así como también la importancia de la cultura en la construcción de parentalidad (Ormart, 2019). En segundo lugar, y relacionada con la anterior, dicha continuidad por un lado conecta a la madre con el hijo, y por otro distancia a la donante (Heredia, 2019). Por último, pero no menos importante, estudios demuestran que con la utilización del matching fenotípico se busca mantener los caracteres de una etnia (Campitelli, 2018; Ormart & Abelaira, 2020).

A su vez, ligado a la preocupación por el parecido físico está la del carácter del futuro hijo y las posibles características no físicas que podría heredar de la donante. Lo anterior está determinado por la creencia de que existe una correlación entre genética-personalidad y el desconocimiento de la importancia que toma el ambiente en el desarrollo de su carácter, dado que, si bien existen perfiles temperamentales, los mismos pueden modificarse con la acción del círculo social más próximo, así como también por la cultura (Heredia, 2019).

Otro de los aspectos que suele estar muy presente en el duelo genético por ovodonación es el de la preocupación por el desarrollo del vínculo afectivo con el futuro hijo, por la creencia de que el vínculo genético es fundamental para la existencia del mismo. De esta manera, pensamientos tales como “*Lo sentiré como hijo propio?*” y/o “*Mi hijo me reconocerá como madre?*”, se hacen presentes (Campitelli, 2018; Ormart & Abelaira, 2020; Rossi, 2020).

Es así que, predominan sentimientos de inseguridad con relación al afecto que sentirán sobre sus futuros hijos, temiendo la existencia de vínculos afectivos débiles por la ausencia de lazo genético, así como también dudas sobre la “realidad” de su sentir como madre (Heredia, 2019).

Lo anterior conlleva a que la persona que dona su material genético sea percibida por la madre como una amenaza para el vínculo, de manera que, generalmente se busca un distanciamiento o negación de su existencia al no hablar de ella o despersonalizándola, permitiéndole a la receptora reafirmar su rol de madre (Heredia, 2019). De esta manera, la donante es percibida en muchos casos como una fantasmática, como un tercero en la pareja parental (González et.al, 2017).

Es así que, lo anteriormente mencionado opera en muchos casos como condicionante en la decisión sobre revelar o no el proceso, orígenes y métodos utilizados, tanto al niño como a familiares (Heredia, 2019).

La ausencia de control sobre la herencia genética implica además la presencia de temores relacionados con la posibilidad de que el futuro hijo establezca relaciones sentimentales con otro hijo de la misma donante y el consecuente riesgo de incesto (Heredia, 2019). La presencia de dicho temor se debe al desconocimiento por parte de los usuarios de la cantidad máxima de hijos nacidos por donante, lo cual está legislado en cada país. En el caso de Uruguay, es 25 el máximo de nacimientos por donante (De la Fuente et.al, 2022; Heredia, 2019). A su vez, es importante poder mencionarle a los receptores que según estudios, la probabilidad de encuentro entre medios hermanos, es muy baja, por lo que la preocupación sobre la posibilidad de incesto debería disminuir (Heredia, 2019).

Por otro lado, la renuncia a la herencia genética, lleva a la aparición de dudas y temores con relación a la donante. De esta manera, interrogantes tales como, “¿quién es?”, “¿por qué lo hizo?”, “¿a qué se dedica?”, se hacen presentes.

Si bien las interrogantes mencionadas anteriormente toman presencia, el aspecto que más les preocupa a los receptores es la salud de la donante. Aparecen temores relacionados a la posibilidad de que el hijo pueda heredar enfermedades genéticas.

Lo anteriormente mencionado está cubierto en el artículo 13 de la Ley N° 19167 de “Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida”, el cual establece que la donante deberá,

Acreditar un buen estado de salud psicofísica, de conformidad con las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio que demuestre que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas que comprometan la viabilidad del embrión o que sean transmisibles a la descendencia y no puedan ser tratadas luego del nacimiento (Uruguay, 2013).

De esta manera, todo el proceso de selección de donante tiene como objetivo minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades a la descendencia. Lo anterior se logra a través de interrogatorios realizados por médicos, en busca de conocer la historia familiar con relación a enfermedades hereditarias y/o genéticas; así como también a través de la realización de estudios de laboratorio y genéticos a la donante (De la Fuente et. al, 2022). Si bien el objetivo siempre es minimizar la probabilidad de riesgo, la misma nunca es igual a cero (0), ya que es posible que en el momento que se llevaron a cabo las evaluaciones la donante aun no las haya desarrollado. Por lo anterior es que en el caso de Uruguay una vez que las muestras son extraídas de la donante, las mismas no son utilizadas enseguida, sino que entran en fase de cuarentena, tiempo durante el cual a la donante le realizan estudios de serología infecciosa para disminuir riesgos de transmisión (De la Fuente et.al, 2022; Heredia, 2019).

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que el duelo genético implica una serie sucesiva de duelos, que son ineludibles y singulares, y que tienen como base el dolor psíquico de ser padres de otra manera (Ormart, 2019). En este sentido, resulta necesario que los padres puedan realizar el esfuerzo psíquico

mediante el cual se comprenda que cuando existe el deseo de un hijo, esto lleva a enfrentarse con el dolor de no compartir la genética, aceptar la contingencia de los datos de una herencia anónima y la inclusión irreversible de un/a tercero/a. Se trata de una elaboración de duelos que al ser tramitados construyen el armado de relatos propios y singulares sobre los orígenes de la identidad familiar (Ormart, 2019, p. 57).

2.4 Deseo de hijo, ovodonación y narcisismo

Desde el psicoanálisis, el “deseo de hijo” es el resultado de un proceso inconsciente que tiene diversas formas de procesamiento. Se considera que tiene su génesis en un conglomerado de acontecimientos de la historia libidinal de quien lo porta, por lo que es singular en cada sujeto y sus raíces son múltiples (Alkolombre, 2014; Alkolombre, 2019).

En el caso de la mujer, el deseo de hijo se considera que es de orden fálico. Lo anterior se debe a que, en un primer momento, en el desarrollo libidinal de la niña, el mismo se encuentra asociado al deseo de pene y envidia del mismo en el Complejo de Edipo. Luego, dicho deseo es reemplazado por el deseo de tener un hijo, en donde la niña toma al padre como objeto de amor para cumplir dicho propósito (Alkolombre, 2019).

A su vez, se considera que el “deseo de hijo” tiene componentes pre-edípicos, en donde “la niña toma a la madre como modelo, y desde la identificación desea ser madre como su madre” (Alkolombre, 2019, p.102). Además, el deseo de hijo se encuentra influenciado por la etapa pregenital anal, a través de las ecuaciones simbólicas “heces-pene- hijo- dinero-regalo” (Alkolombre, 2019, p. 102).

Por último, se considera que tiene fuertes componentes narcisistas, ya que como planteaba Freud en varias de sus obras, el amor parental es el propio narcisismo de los padres depositado en un objeto. De esta manera el amor parental es la transformación del amor narcisista, en amor objetal (Alkolombre, 2014; Bayo-Borras, 2011).

Entendido de esta manera, el “deseo de hijo” en la mujer aparece como un deseo fálico, el cual está fuertemente influenciado en su génesis por el deseo de pene y la envidia del mismo, así como también por componentes pre-edípicos, pregenitales anales, edípicos y narcisistas (Alkolombre, 2014; Alkolombre, 2019).

De esta manera, el “deseo de hijo” anuda las historias pertenecientes a la historia libidinal de quien lo porta, dando lugar al objeto fantaseado, el cual es provisto por el Yo ideal- siendo la imagen narcisista del Yo- y sostenido por el Ideal del Yo- el cual corresponde a los mandatos e imposiciones de la cultura (Ormart & Abelaira, 2020)..

Desde este punto de vista, el hijo ocupará el lugar del falo en la estructura psíquica, logrando de esta manera una unidad en la que se completaría el narcisismo de la madre. Es así que, en un plano consciente, el deseo de hijo remite a la búsqueda de aquello que falta, y sobre lo cual, su encuentro llevará al placer y completud (Ormart & Abelaira, 2020; Cincunegui et. al, 2004).

En el caso de las mujeres que no pueden tener hijos por la pérdida de su capacidad reproductiva, su narcisismo sufre una nueva herida al constatar nuevamente su propia castración, ya que en el deseo de hijo se encontraba la ilusión de ser completa (Ormart & Abelaira, 2020). Por lo que se despliegan generalmente sentimientos de incompletud, vivenciados como defectos y/o faltas (Cincunegui et. al, 2004). Lo anterior se acentúa aún más en el caso de la ovodonación, en donde a lo ya mencionado se le suma la “completud” de la otra mujer, “la mujer que prestó lo que la mamá no tenía” (González et.al, 2017, p. 28), así como también la imposibilidad de no poder cumplir las imposiciones que provienen de la cultura con relación a los ideales de familia (Ormart & Abelaira, 2020).

Lo anterior queda manifiesto en el duelo genético, en donde “se corporiza, en aquel pedazo de uno mismo que prometía la completud, la perpetuación propia en el tiempo y a través de las generaciones” (Ormart & Abelaira, 2020, p.47). En este sentido, la descendencia implica una satisfacción a nivel narcisista, dado que permite verse reflejado en la misma y a su vez que algo del sujeto siga vivo ella, permitiendo así la posibilidad de sobrevivir al tiempo y logrando cierta inmortalidad (Olza & Fernández, 2020; Ormart & Abelaira, 2020). De esta manera, el hijo deseado tiene asignado a priori un lugar en la cadena generacional, operando el sujeto como articulador entre el pasado y el futuro de la misma (Cincunegui et. al, 2004). Lo anterior implica “el reconocimiento emocionado de la inserción del hijo en una historia generacional en la que ese hijo y él mismo, en relación a sus padres, son a la vez, el todo y eslabones de una cadena” (Cincunegui et. al, 2004, p.119).

De esta manera, en los casos que es necesario recurrir a la ovodonación el narcisismo nuevamente se ve afectado, ya que la búsqueda de verse eternizado en el tiempo a través de la descendencia se ve imposibilitada, por lo que la finitud del sujeto se hace realidad. A su vez, la imposibilidad de transmitir los genes corta la cadena generacional, el legado familiar, pasando a ser el último eslabón de la misma. Es así que, durante dicho proceso “lo que se duela entonces es la propia herida narcisista de no poder cumplir con esas expectativas que provienen del otro y de uno mismo” (Campitelli, 2018, p. 20).

Lo anteriormente mencionado es un imaginario el cual pierde de vista que, para que un sujeto advenga como tal y con sentido de pertenencia a una genealogía no es necesario que exista unión biológica, sino que basta con que exista voluntad procreacional, la acción simbólica de filiar (Ormart & Abelaira, 2020).

Lo anterior remite al deseo de hijo en la pareja, el cual es el deseo por llevar a cabo funciones parentales, las cuales implican reconocer al hijo como otro, así como también “auxiliarlo en sus necesidades y demandas, de asistir a su crecimiento y maduración, de ayudarlo en su realización como persona” (Ormart & Abelaira, 2020, p. 52). De esta manera, a través de las funciones parentales se logra la transmisión de huellas sobre las que se construye el psiquismo del hijo, así como también su sentimiento de pertenencia a una genealogía, base de su identidad (Blumenthal & Marín, 2019).

2.5 Epigenética

Tradicionalmente se ha creído que la salud de una persona es determinada por la interacción entre genética y ambiente luego de su nacimiento. Lo anteriormente mencionado

ha comenzado a ser cuestionado paulatinamente con la teoría de la programación fetal, la cual hace especial énfasis en la importancia de los aspectos ambientales prenatales en la determinación de la salud, tanto física como mental de la persona. De esta manera, la teoría de la programación fetal plantea que las condiciones ambientales existentes durante el embarazo pueden modificar ciertas “instrucciones” marcadas por la genética (Olza & Fernández, 2020). La mayoría de los efectos de la programación fetal se dan a través de los procesos epigenéticos.

La epigenética es una ciencia que tiene como objeto de estudio los cambios ocasionados en el organismo por “la modificación de la expresión génica sin alteración en la composición del código genético” (Olza & Fernández, 2020, p.106). De esta manera, la epigenética se encarga del estudio de cómo influyen las señales del ambiente en la activación o inhibición de determinados genes, y cómo a través de las mismas queda determinado el fenotipo (Olza & Fernández, 2020). Por lo que, podríamos decir entonces que a través de procesos epigenéticos “las células tienen la capacidad de marcar qué genes deben ser expresados, en qué grado y en qué momento” (Ormart & Abelaira, 2020, p. 44).

En este sentido es que interesa hacer mención al papel que juega la epigenética en los casos de ovodonación y su impacto en el duelo genético, ya que, comúnmente, los médicos que llevan a cabo dicho procedimiento hacen mención de la epigenética, con el objetivo de hacer saber a las pacientes que la información genética de la donante se relativiza, en el sentido de que en la manifestación de los genes toma importancia el ambiente en que se desarrollan (Ormart & Abelaira, 2020).

Teniendo en cuenta que la gestación la llevará adelante la madre, la epigenética es vivida por las mismas como la oportunidad para realizar su aporte genético y que el mismo no quede reducido únicamente a la donante. Es así que, la epigenética opera como “un paliativo al duelo genético” (Ormart & Abelaira, 2020, p. 47), dado que les permite creer que a través de la gestación lograran trascender información genética suya y de esta manera, evitar los renunciamentos que se dan en el duelo genético, permitiendo que el bebe sea tan de ellas como imaginaron en un primer momento (Ormart & Abelaira, 2020; Rossi, 2020).

Hacer referencia a la epigenética es continuar dándole relevancia a la genética, por lo que interesa pensar y cuestionarse si la misma en su unión con el matching fenotípico, opera realmente como un paliativo al duelo genético, o si más bien apunta a reprimirlo, dado que probablemente conlleve a la negación del mismo, imposibilitando de esta manera el proceso de duelo (De la Fuente et. al, 2022; Ormart & Abelaira, 2020; Rossi, 2020).

Con relación a dicho proceso lo fundamental es que se pueda dar una elaboración del mismo en el cual se puedan aceptar las ajenidades y diferencias, lo no propio, de manera que las mujeres que acceden a la ovodonación puedan trascender lo genético, y sentirse madres a pesar de ello, que logren hacer propio lo que en un momento se sintió ajeno. Lo anterior resulta esencial para que la construcción del camino hacia la maternidad no tenga un impacto emocional negativo en la usuaria (Blumenthal & Marín, 2019; De la Fuente et.al, 2022; Heredia, 2019).

Capítulo 3: Des-enlaces, entre lo genético y lo vincular

La actualidad se caracteriza por su vertiginosidad y diversidad. Lo anterior implica que sean cuestionados y repensados conceptos que se encuentran arraigados en la sociedad, y que por su valor simbólico en tanto determinantes de sistemas fundamentales, como la familia, han permanecido estáticos. De esta manera, en el presente capítulo se busca analizar a la familia y su des-enlace con lo biológico; las nuevas parentalidades y su diversidad; y los impactos subjetivos que tienen los mismos.

3.1 Repensando lo familiar

Las técnicas de reproducción humana asistida en tanto avance biotecnológico se torna de una importancia actual muy significativa en relación al deseo de hijo y familia, dado que, a partir de las mismas se ha posibilitado la concreción del mismo a personas que se encontraban imposibilitados a realizarlo de manera “natural” por diversas razones (Blumenthal & Marín, 2019).

Aun así, dichas innovaciones “no van a la misma velocidad que las adecuaciones a los nuevos modelos de vida que ellos implican” (Blumenthal & Marín, 2019, p.56). En este sentido, es posible identificar resistencias por parte de la sociedad a los cambios que dichos avances introducen. Los mismos tienen su génesis en la existencia de modos de pensamiento binario, en donde lo novedoso y diferente, resulta inaceptable, y por lo tanto excluido (Blumenthal & Marín, 2019).

En este sentido es que resulta pertinente hablar de diversidad, y no de diferencia, dado que en la palabra “diferencia” se encuentra implícita la idea de bueno/malo, sano/patológico; mientras que el término “diversidad” denota multiplicidad. De esta manera, a través del pensamiento de la complejidad, es posible entender al sujeto como resultado de la interacción existente entre otros, fenómenos y sistemas, los cuales permiten la aparición del azar y lo novedoso (Blumenthal & Marín, 2019).

Desde esta perspectiva, lo novedoso en el presente trabajo, refiere a las nuevas formas de acceso y organización familiar, así como también los nuevos modos vinculares que ellas conllevan.

Lo anterior implica reconocer que “lo familiar es una organización compleja, abierta a cambios y a diversidad de configuraciones, donde se respeta la asimetría, en la que adultos responsables ejerzan las funciones subjetivantes respecto de los niños y adolescentes que habiten dicha organización” (Blumenthal & Marín, 2019, p. 78). De esta manera, “nos encontramos con que ante la diversidad de configuraciones vinculares el modelo de familia nuclear ya no nos alcanza, no hace lugar a los “mas lugares” que habitan en las configuraciones diversas” (Blumenthal & Marín, 2019, p. 78). Dado que actualmente, conviven las familias nucleares, junto con las homo, mono y coparentales, así como también con las ensambladas. Lo anterior, lleva a pensar la determinación de la familia más allá de lo biológico, lo genético y lo sexual (Blumenthal & Marín, 2019).

La constitución de familia a través de las técnicas de reproducción humana asistida heterólogas poseen una gran excepcionalidad con relación a las familias tradicionales, nucleares, por lo que a nivel de la sociedad es posible identificar ciertas resistencias y/o prejuicios con relación a las mismas (Jociles & Lores, 2021).

Su excepcionalidad radica por un lado en el modo de concepción, el cual ya no es llevado a cabo mediante coito por una pareja heterosexual, sino que es un procedimiento llevado a cabo en un centro medico, en el que participan otros, y en el que media la donacion anonima de un gameto. Por otro lado, forma parte de su excepcionalidad la estructura familiar que pueden formar a traves de dicho procedimiento, cabiendo la posibilidad de que sea hetero, homo o monoparental (Jociles & Lores, 2021).

Lo anteriormente mencionado lleva a interrogarse por la determinación de la relación filial dada la ausencia de conexión genética, así como también por la cuestión de los orígenes y la identidad del hijo, aspectos todos que serán abordados a continuación.

3.2 Parentalidades

Las innovaciones introducidas por los desarrollos biotecnológicos implican adecuaciones por parte de la sociedad, así como también la necesidad de que sean repensados los sujetos y las diversas formas de vínculos que estos desarrollos traen consigo (Blumenthal & Marín, 2019). En este sentido, es que en el presente subcapítulo interesa poder pensar y analizar las parentalidades actuales.

La parentalidad podría definirse como las condiciones, prácticas y aptitudes mediante las cuales los sujetos “traen al mundo, socializan, otorgan identidad y filiación, afecto y

posibilidad de acceso a bienes materiales y culturales a las nuevas generaciones” (Santos et.al, 2018, p.82). Entendido de esta manera, la parentalidad va más allá de las que históricamente han sido nombradas como las funciones parentales de sostén y corte, dado que implica a su vez la respuesta por parte de los adultos a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y afectivas de los hijos (Blumenthal & Marín, 2019).

Es así que, en la parentalidad surge un vínculo que tiene como característica fundamental el ser una tarea constante, que une a los sujetos implicados en él, y que tiende a la estabilidad, aun cuando padezca vicisitudes y/o alteraciones (Blanco et. al, 2012).

De esta manera, se mantiene en construcción permanente, y sus integrantes se construyen de manera recíproca. En este sentido, es a través del mismo que los hijos son construidos por los hombres y/o mujeres que desean cumplir con las mencionadas funciones, a la vez que los adultos advienen ahijadores a través de los hijos (Blumenthal & Marín, 2019). De esta manera, “una madre o un padre produce un hijo si y sólo si un hijo los produce a ellos” (Blumenthal & Marín, 2019, p. 51).

Dicho vínculo se encuentra inmerso dentro de un contexto social y cultural que lo condiciona, operando lo transubjetivo en la determinación de modalidad de parentalidad, mientras que será lo intersubjetivo lo que le dará una forma particular a cada vínculo y sobre lo que se asientan las funciones parentales (Blanco et. al, 2012; Blumenthal & Marín, 2019).

El mismo requiere que los adultos reconozcan a sus hijos en tanto otro, ajeno, distinto, y consecuentemente con su propia singularidad. De esta manera, “vincularse implica entonces, la imposibilidad, aceptada o negada, a propósito del contacto con la ajenidad del otro, y constituye un conjunto de operaciones de las cuales un sujeto deviene otro, a partir de lo significativo de ese vínculo” (Blanco et. al, 2012, p. 27).

Lo anterior se debe a que, es a través de la parentalidad que los padres transmiten a sus hijos marcas, huellas sobre las que éste construirá su psiquismo (Blumenthal & Marín, 2019).

Una transmisión bien lograda habilita la posibilidad de diferenciación, dado que la información que se transmite nunca se repite con exactitud, por lo que en el intento de transcripción, se inscribe su singularidad. De esta manera, en el devenir de dicho vínculo se es portador y transmisor, dado que cada individuo posee una historia singular pero que a su vez está influenciada por el contexto (Blumenthal & Marín, 2019).

De esta manera, lo que los padres ejercen son funciones subjetivantes, las cuales

configuran un entramado necesario en el cual se constituyen los sujetos a través del tiempo con sus vicisitudes vinculares. Esto implica por parte del o los adultos responsables: sostén, corte, tolerancia a la frustración, narcisización, construcción de narrativas y de bordes permeables, con reconocimiento de la alteridad y sustracción al goce (Blumenthal & Marín, 2019, p.79).

Es así que un ser deviene sujeto, a través del proceso de interrelación existente entre el mismo, la cultura, los otros y el territorio. En este sentido es que en dicho proceso tiene protagonismo la forma, es decir, el cómo cada ahijador ejerce las funciones subjetivantes, y no en quién las realiza (Blumenthal & Marín, 2019). El énfasis está puesto en comprender el vínculo en tanto historia, y la manera en que un otro significativo favorece, o no, el proceso de estructuración psíquica del niño (Blanco et. al, 2012; Blumenthal & Marín, 2019).

En esta línea, Blumenthal & Marín (2019) toman el título de la obra de Erik Fromm “El arte de Amar”, y lo aplican como descripción de la forma de ejercer dichas funciones, en tanto consideran que ARTE contiene lo necesario para el vínculo, “(...) A, de Amor y Amistad. R, de Respeto y Responsabilidad. T, de Tolerancia y Ternura. E, de Entusiasmo(..)” (p.75).

Desde esta perspectiva, pensar la parentalidad en tanto construcción a través del vínculo, lleva a interpretarla “como un proceso, no como un estado del ser” (Bestard, 2009, p.89). Lo anterior implica una transformación en la manera en que históricamente ha sido definida la familia y el parentesco, así como también lleva a cuestionar la aparente naturalidad existente en las mismas, dado que a través de las TRHA,

donde “lo natural” de la familia no se encuentra definido y el carácter artificial de las mismas abriría el parentesco a la incerteza, las técnicas han traído nuevos desafíos al poner en cuestión el peso otorgado a lo definido como “social” y/o “natural” (Johnson, 2019, p. 80).

De esta manera, esta ruptura lleva al surgimiento de múltiples formas de nombrar los papeles que cumple cada involucrado en el proceso, apareciendo así las figuras de padres, madres, donantes y gestantes, dejando en evidencia el carácter cultural y socialmente construido de cada uno de ellos, siendo distribuido el valor simbólico de lo biológico (Johnson, 2019) .

3.3 Filiación

La determinación de la filiación en las familias formadas a través de técnicas de reproducción humana asistida constituye un desafío a nivel normativo por las singularidades relacionadas con las clasificaciones y roles familiares (Jociles & Lores, 2021).

De esta manera, la noción de voluntad procreacional, introducida en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, resulta fundamental para pensar la determinación de los vínculos filiales en los casos de técnicas de reproducción humana asistida, ya que a partir del mismo se considera que, a las distintas formas de determinación de paternidades- sea por vínculo biológico o adopción-, se le suma la voluntad de filiar. De esta manera, la incorporación de dicha noción amplía el alcance a vínculos que van más allá de la filiación genética, dado que reducir el origen de un humano a lo genético no abarca la dimensión de las paternidades, ya que la misma no alude a cuestiones biológicas, sino con ocupar, o no, la función simbólica de filiar (González et. al, 2017; Tomas et. al, 2017).

Desde esta perspectiva, “padres serán aquellas personas que han prestado su voluntad para serlo, independientemente de que hayan aportado o no su material genético” (González et. al, 2017,p. 25).

Entendido de esta manera, y aplicado al caso de la ovodonación, se puede distinguir madre de quien aporta los gametos, ya que son lugares muy distintos. En el caso de la primera está presente la voluntad procreacional, fundamental en la parentalidad y su labor de filiar; mientras que la segunda lo que realiza es un proceso en el que dona su óvulo en una operación técnica, por lo que, cuando el niño nazca será considerado hijo legítimo de la primera, sin posibilidad de impugnar la filiación argumentando razones genéticas (Blumenthal & Marín, 2019; González et. al, 2017; Tomas et. al, 2017).

En el caso de Uruguay, lo anterior se encuentra regulado en el artículo N° 14 de la ley N° 19.167 de “Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida”, en donde se asienta el hecho de que “La donación de gametos no genera vínculo filiatorio alguno entre los donantes de gametos y el nacido, quienes tampoco tendrán entre sí ningún tipo de derechos ni obligaciones.” De esta manera, en nuestro país, el vínculo filiatorio de los niños nacidos a través de ovodonación estará determinado por las personas que ejerzan las funciones subjetivantes y no por quienes donen su material genético (Uruguay, 2013).

En la misma ley, pero en el artículo N° 21, se establece que las personas nacidas mediante ovodonación, tienen derecho a conocer su origen genético, en caso que lo deseen. Para

poder acceder a dicha información es necesario que el sujeto nacido a través de dicha técnica -o su descendencia- sea mayor de edad, y presente certificación judicial que habilite acceder a la misma. Para cumplir con ello, es necesario que el centro de reproducción asistida que llevó a cabo el proceso tenga un registro riguroso de las prácticas realizadas así como también de los datos relacionados con la donante (Tomas et. al, 2017).

Con relación a lo anteriormente mencionado es que resulta oportuno mencionar que, el acceder a dicha información no establece ningún tipo de relación filial entre el niño y la donante, ya que en las TRHA heterólogas se consideran a los lazos afectivos como formadores de lazos filiales, familiares (Blumenthal & Marín, 2019).

En este sentido, se plantea que “cuando se recurre a TRHA heterólogas, el derecho a conocer el origen es genético y debe distinguirse del biológico, el cual tiene lugar cuando la filiación es adoptiva, o incluso en la filiación por naturaleza, cuando se trata de probar el vínculo mediante prueba de ADN (González, 2016, p.222),

Dicha distinción tiene su base en la diferencia que plantea la autora entre “identidad estática” e “identidad dinámica”. Según González (2016) la primera está relacionada con los datos genéticos acerca de los padres, mientras que la segunda toma en cuenta la historia del niño. En este sentido es que, en el caso de ovodonación, el derecho afecta la identidad estática, por lo que corresponde hablar de “derecho a la información” y no derecho a la identidad. Lo anterior se debe a que, “no se trata de la identidad en sí misma, sino de un dato acerca del origen” (Tomas et. al, 2017, p.62).

La noción de “origen” se puede pensar que actúa de manera paradójica entre el intento de “naturalizar la filiación y la intensidad de la tecnificación que interviene en el proceso de reproducción asistida” (Jociles & Lores, 2021, p.2), dado que en torno a la misma se encuentran diversas formas de familia, de reproducción, de instrumentos jurídicos y dispositivos gubernamentales que dejan en evidencia la compleja conexión existente entre los diversos agentes intervinientes en las técnicas de reproducción humana asistida (Jociles & Lores, 2021).

A su vez, en lo anterior ,

lo que se pone de relieve son las discontinuidades entre la sexualidad, la procreación y la filiación- y entre estos y la “identidad” del hijo-, pues los distintos planos en los que se reencuentran lo social, lo técnico y lo biológico, implican el

solapamiento de un amplio espectro de cursos de acción y marcos de experiencia entre diferentes agentes y artefactos” (Jociles & Lores, 2021, p. 6).

3.4 Los orígenes

La pregunta por el origen, lleva a la aparición de una discusión en relación a la unicidad y/o pluralidad del término en el caso de las técnicas de reproducción humana asistida, ya que en ellas el mismo suele utilizarse en plural. Dicha discusión tiene su génesis en el significado subjetivo que se le otorga a la palabra “origen” (Jociles & Lores, 2021).

En este sentido, es posible identificar por un lado la utilización del término origen como sinónimo de orígenes, en tanto se entiende que en el contexto de las TRHA, ambos aluden a de donde viene ese hijo, a lo genético, por lo que, en este caso el foco estaría puesto en la conexión biológica (Jociles & Lores, 2021).

Por otro lado, se puede identificar una utilización del término en el que se pone el énfasis en la pluralidad de fenómenos que son parte del mismo. En este sentido, “orígenes” no hace referencia a una única proveniencia, sino que por el contrario, se lo comprende como un conglomerado de factores que lo componen (Jociles & Lores, 2021).

En este sentido, “los orígenes” hacen referencia al proceso que realizaron las madres para poder concebir su hijo y todos los elementos que fueron necesarios para tal fin. En este contexto, el origen no remite a lo único, sino que por el contrario, implica multiplicidad (Jociles & Lores, 2021).

Históricamente, los médicos relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida aconsejaban a los futuros padres mantener en secreto absoluto los orígenes de sus hijos. Sumado a esto, en la década de los noventa (90) la *American Society for Reproductive Medicine* le sugería a la pareja mantener relaciones sexuales inmediateamente despues de haber realizado el proceso de inseminacion, de manera de fomentar la fantasia a nivel de la pareja de que ese futuro hijo estaba conectado geneticamente con ambos integrantes (Albornoz, 2014). Lo anterior se debía a la creencia de que la comunicación de la información sobre el origen era perjudicial para el vínculo padres-hijos, así como también para la salud emocional del niño (Tomas et. al, 2017).

Fue así que la cuestión de los orígenes tradicionalmente se manejó como un secreto de la pareja, al que nadie debía de tener acceso más allá de ellos. De esta manera, son muchas

las personas nacidas por ovodonación que no saben esta información con relación a su historia (Albornoz, 2014).

Paulatinamente ha comenzado a ser cuestionada esta necesidad de secreto con relación a los orígenes, dado que diversos estudios han demostrado que lo que produce dificultades en el vínculo padres-hijos está relacionado con el ocultamiento o develamiento tardío de la información y no con la comunicación en sí misma (Tomas et. al, 2017).

Lo anterior provocó la aparición de la polémica sobre qué es lo más saludable, si transmitir o no esta información. Con relación a esto último es que interesa pensar, “qué es lo mejor para los adultos y qué para los niños” (Albornoz, 2014, p. 59).

Actualmente se cree que lo mejor es tener una postura de apertura con relación a la transmisión de la información de los orígenes al niño. Lo anterior se debe a que estudios demuestran que en un vínculo de padres-hijos no resulta beneficioso el mantener secretos, mucho menos los relacionados con los orígenes del hijo, dado que los niños pueden percibir el ocultamiento de información, lo cual consecuentemente puede derivar en un distanciamiento o debilitación del vínculo e impactar de manera negativa en el desarrollo socioafectivo del mismo. El revelarles la historia de sus orígenes habilita a que los niños hagan preguntas con relación al proceso, permitiendo que los padres participen de manera activa en la comprensión de su historia (Albornoz, 2014).

Con relación al impacto que tiene en los padres el transmitir esta información a sus hijos, se ha encontrado que los mismos se encuentran felices y satisfechos de haberlo realizado, dado que consideraban por un lado que era lo mejor para sus hijos y el vínculo; por otro lado, porque consideraban que era un derecho de sus hijos, y por último, para aliviar el estrés, ansiedad y angustia que les generaba el guardar un secreto de esta índole (Albornoz, 2014). De esta manera, se da un incremento en la confianza de los mismos, permitiendo afianzar su rol. El aumento de esta confianza tendría su base en las reacciones del entorno social de aceptación, permitiendo de esta manera normalizar la situación (Heredia, 2019).

La decisión de transmitir la información sobre los orígenes resulta un desafío, pero una vez tomada no termina allí, ya que a partir de la misma aparece la cuestión de cuándo hacerlo y de qué manera, para evitar un impacto emocional negativo en el hijo. En este punto es que interesa señalar la importancia de que la transmisión debe darse desde siempre y ser pensada como un proceso, no como un hecho comunicativo aislado, puntual. Con lo anterior lo que se quiere decir es que, resulta oportuno que la información sea introducida

en la narrativa familiar incluso antes de que el hijo sea concebido, dándole protagonismo al deseo y la voluntad (Albornoz, 2014; Tomas et. al, 2017). De esta manera, si bien dicha “narrativa tendrá distintas modalidades de transmisión dependiendo de la edad del niño, pero será siempre parte de la misma ficción. Es decir, dará cuenta de una misma afirmación subjetiva” (Tomas, et.al, 2017, p. 73).

Es así que, a través de los relatos de cada uno de los integrantes de la familia sobre sucesos y/o acontecimientos, el sujeto irá creando, junto con sus fantasías, la novela familiar vincular. De esta manera, este relato único, resultado de una trama de red de significaciones, favorecerá el proceso de subjetivación del sujeto (Blumenthal & Marín, 2019).

A pesar de todas las ventajas mencionadas anteriormente, se puede identificar aún la tendencia por parte de los padres a mantener la información sobre el origen como un secreto. Lo anterior se debe por un lado a la presencia de temores relacionados con la posibilidad de rechazo por parte de los hijos hacia la madre; y por otro lado, por el afán de proteger emocionalmente al niño por el posible impacto negativo de la información sobre el origen y los estigmas relacionados (Albornoz, 2014; Tomas et.al, 2017).

A su vez, la persistencia del modelo familiar hetero-normativo a nivel social tiende a dificultar la transmisión de información sobre sus orígenes a los niños nacidos por técnicas de reproducción humana asistida heteróloga. De esta manera, el recorte de una información, ponerle límites a lo que se dice y a lo que no, responde a “cuestiones del narcisismo individual, pero también del narcisismo familiar. Algo del orden de los ideales familiares se conmueve y quien decide reservarse cierta información, lo hace para preservarse o preservar un vínculo” (Blumenthal & Marín, 2019, p. 59). En este sentido es que, se puede pensar que aquellas familias usuarias de TRHA que deciden guardar el secreto con relación al origen de su hijo es por temor a la humillación y vergüenza. La presencia de dichos sentimientos se debe a que los mismos se crean en el mundo interno del sujeto a partir de los ideales propios, los cuales son resultado de la encrucijada entre los ideales familiares y sociales (Blumenthal & Marín, 2019).

En consonancia con lo anteriormente mencionado es que se puede identificar grandes diferencias en el posicionamiento que se toma sobre los orígenes según la estructura familiar que se trate (Tomas et.al, 2017).

En el caso de las parejas heterosexuales la dimensión del secreto con relación a los orígenes de sus hijos suele estar muy presente por el prejuicio “existente en torno a la

infertilidad y a que su modelo de familia (hetero-biparental) les brindaba la posibilidad de invisibilizar la donación” (Ormart et.al, 2017, p.3). De esta forma, en estas familias que suelen ser reconocidas como convencionales, “normales”, la revelación de la información referida a los orígenes implica confrontarse con un fuerte estigma social (Tomas et.al, 2017). Por lo anteriormente mencionado, la cuestión de los orígenes es algo que suele mantenerse oculto e inaccesible al conocimiento de los demás (Blumenthal & Marín, 2019).

En el caso de las familias homoparentales y monoparentales la cuestión de revelación de los orígenes se vivencia distinto que en el caso de las heterosexuales, dado que es una condición *sine qua non* la donación de un gameto para la existencia de dicho hijo, por lo que se muestran mucho más abiertas a transmitir como han sido concebidos (Tomas et.al, 2017).

En este sentido, es que resulta pertinente el poder pensar que, en ocasiones la decisión de guardar el secreto se toma de manera activa, mientras que en otras, dicha decisión puede suponer el deseo de no querer acceder a cierto saber, como una manera de negar lo inaceptable de una realidad (Blumenthal & Marín, 2019). De esta manera, en muchos casos no se trata de falta de comprensión sobre la importancia que tiene comunicar la información relacionada con el origen, sino con lo que involucra para los padres comunicar dicha información (Tomas, et.al, 2017).

De esta manera, “que se diga y que no, va a estar más o menos habilitado por los lazos con las familias de origen, con amigos y características de la comunidad de pertenencia. Estos lazos portarán el grado de legitimación de las distintas formas de filiar de los ahijadores junto a las posibilidades de inclusión y pertenencia al conjunto social, de las familias y de sus niños y adolescentes” (Blumenthal & Marín, 2019, p. 102).

Lo anterior lleva a destacar la importancia que tiene la tolerancia y la existencia de un diálogo abierto en torno a estas cuestiones, de manera que se brinde respaldo a estas nuevas formas de ejercer las parentalidades, las cuales no son más que la expresión de un fuerte deseo por ser padres (Albornoz, 2014). En este sentido es que,

la reacción espontánea por parte de la sociedad y la ausencia de estigmatización aumenta el sentimiento de pertenencia dentro de la familia, minimizando la importancia de la aportación del donante de gametos y validando el desarrollo de una parentalidad/maternidad normalizada (Heredia, 2019, p. 125).

3.5 Lo vincular

Si bien la utilización de óvulos donados implica una ruptura con lo cultural y socialmente instaurado con relación al ideal de familia bioconectada, dicho proceso es compensado por la vivencia -por parte de la madre- del embarazo, el parto y la lactancia, operando como factores protectores en el desarrollo del vínculo madre-hijo (Heredia, 2019; Johnson, 2019)

Desde la teoría de Bowlby y Ainsworth se entiende que el desarrollo de dicho vínculo se da a través del ejercicio del rol parental. De esta manera, el mismo tiene sus inicios en la gestación, momento en el cual se establece el primer vínculo entre madre-hijo, y se extiende durante la vida posnatal (Heredia, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

Viera-Cherro (2015) utiliza el término “uterización del vínculo”, para enfatizar la importancia del proceso gestacional y nutricio en el vientre materno para la ligación filial, dado que la experiencia del embarazo permite a la madre conectar con el embrión en gestación.

De esta manera, durante el vínculo prenatal se despliegan emociones y sentimientos hacia el hijo por nacer, así como también hacia las circunstancias en que se desarrolla la gestación del mismo. Los mismos se manifiestan a través de conductas de cuidado y protección, actos comunicativos con el feto y/o verbalizaciones sobre el mismo, así como también con los rituales sociales y preparativos para el nacimiento. A su vez, durante dicho proceso se crean expectativas y atribuciones sobre el hijo por nacer, así como también sobre ellos mismos en su rol de padres. En este sentido se puede decir que, dicho vínculo tiene componentes afectivos, conductuales y cognitivos (Johnson, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

Por lo anteriormente mencionado, el lugar de la gestación resulta fundamental para las usuarias de ovodonación ya que, permite la construcción de un primer vínculo con el embrión en gestación, así como también la construcción social de la posición de madre. Implica comprender la maternidad desde la vivencia de la gestación y crianza, y no desde la conexión genética. De esta manera, los cambios corporales durante la gestación, el cuidado del feto y los rituales sociales aparecen como reafirmantes de la maternidad durante el proceso, ya que son componentes fundamentales para la construcción de la identidad materna, y que por lo tanto tendrá incidencia directa en la construcción del vínculo materno-filial (Jonhson, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

A su vez, el parto y el primer encuentro entre los integrantes de la diada resulta fundamental para la construcción de dicho vínculo, ya que el recién nacido se encuentra en un estado de

máxima vulnerabilidad tras el parto, por lo que el primer contacto piel a piel con la madre, oficiara como conexión entre el mundo intrauterino- conocido y seguro para el bebe-, y el exterior- desconocido y amenazante-. De esta manera, la madre será en estos primeros momentos el lugar seguro del bebe, oficiando como paliativo ante la indefensión y vulnerabilidad en la que se encuentra. A su vez, este primer encuentro de la diada es fundamental para la madre, quien por primera vez podrá ver y tocar al hijo fantaseado durante tanto tiempo (Doltó, 2005; López, 2015; Soifer, 1971; Spitz, 1969) .

En esta misma línea, la lactancia también puede ser considerada como un componente protector en el desarrollo de dicho vínculo, dado que, “más allá de sus efectos nutricios, tiene una valor social y cultural en la construcción de una relación” (Jonhson, 2019, p.89). En este sentido, la lactancia permite la reconexión emocional -que se había iniciado en la gestación- con la madre, así como también fisiológica, ya que durante el embarazo las necesidades del feto se encontraban satisfechas por la madre (Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

En este sentido es que, desde un punto de vista psicológico, la misma es de gran relevancia, ya que realiza importantes aportes al desarrollo, no solo del niño, sino también del vínculo, en tanto momento ideal de interacción entre ambos participantes de la diada (Sierra-Garcia & Carrasco, 2019). Lo anterior se debe a que,

durante el amamantamiento, se establece contacto y conexión multimodal (visual, olfativa, táctil, auditiva, cinestésica), además de generarse un “diálogo” fisiológico, emocional, efectivo y sensorial entre la madre y el bebe, de manera que se promueven “turnos” de acción y respuesta afectiva entre ambos (Sierra-Garcia & Carrasco, 2019, p.258).

De esta manera, el momento de amamantamiento se vuelve el escenario óptimo para contacto físico, el intercambio de caricias y miradas, así como también verbalizaciones; dando lugar a la transmisión de alimento y afecto (Jonhson, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

En el caso de las madres que recurrieron a la ovodonación, la lactancia cobra especial relevancia, dado que les permite sentirse capaces de comprender y satisfacer las necesidades del bebe, aun ante la ausencia de conexión genética. El ocupar desde su propia corporalidad el lugar de cuidado, sostén y satisfacción de las necesidades de su hijo, así como también, ser promotor y facilitador de su efectivo desarrollo les permite reafirmar

su rol, en tanto forma parte de lo que se espera social y culturalmente de la maternidad (Jonhson, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

En este sentido es que la gestación, el parto y la lactancia es vivida por parte de las usuarias de ovodonación como una posibilidad de resignificación de lo biológico, dado que la vivencia de dichas experiencias da lugar a la construcción social de la maternidad, hecho fundamental ante la ausencia de vínculo genético (Jonhson, 2019; Sierra-Garcia & Carrasco, 2019).

Conclusiones

La revisión bibliográfica realizada en el presente trabajo permitió dejar en evidencia una multiplicidad de aspectos que se ven involucrados en las técnicas de reproducción humana asistida, y más aún en el caso de la ovodonación en parejas heterosexuales. En este sentido, es posible destacar entre ellos los cambios introducidos por las mismas en lo familiar y consecuentemente las diversas formas de constituir familia que existen actualmente; el rol de lo social en la construcción de significados; los impactos subjetivos que ellas implican, tanto en usuarios como en la sociedad, y la diversidad de duelos que suscitan; así como también la necesidad de revisión y regulación jurídica que implican.

Si bien se puede considerar que lo desarrollado a lo largo del trabajo es una temática de auge actual, resulta pertinente destacar las diversas dimensiones que lo componen, y el carácter histórico de cada una de ellas, las cuales en su interjuego, han permitido llegar al momento actual.

A lo largo de la historia, a través de la posibilidad que posee la mujer de gestar, se creó a la maternidad como supuesto ideal a alcanzar, siendo universalizado a la femineidad en su totalidad. A su vez, a través del principio *mater semper certa est* (*la madre es siempre conocida*) se crearon las bases sobre las cuales se asentó como determinante de la filiación materna la gestación y el parto. Desde esta perspectiva, *mater* alude a lo biológico; a quien aporta sus genes, gesta y pare; por lo que iguala la maternidad a la capacidad natural que posee la mujer de gestar, y justifica en esto la certeza de la filiación.

En este sentido es que, tras la introducción de las técnicas de reproducción humana asistida cabe preguntarse por la vigencia actual de este principio, ya que las mismas traen aparejadas cambios a nivel de las configuraciones familiares así como también en el ámbito jurídico, con relación a la filiación, dado que con la utilización de las TRHA la aparente certeza que tenía la gestación y el parto en tanto determinantes del vínculo filial parece perder validez.

De esta manera, en el contexto actual, ante la pregunta *¿mater semper certa est?*, considero que la respuesta es afirmativa, *mater semper certa est*, pero ya no desde la mirada propuesta originariamente -reducida a lo biológico-, sino que propongo un cambio de sentido de dicho principio, y comprender que si, la madre es siempre conocida en tanto es

aquella persona que ejerce las funciones subjetivantes, quien reviste la voluntad y lleva adelante la función de filiar.

En este sentido, lo que se busca es que al pensar las parentalidades el énfasis esté puesto en el vínculo, con el ocupar una función simbólica en tanto construcción social y devenir; y no como algo dado a priori a través de lo biológico como su determinante.

De esta manera, poder pensar el parentesco y la familia como en construcción, y no como algo establecido a través de la naturaleza, implica correrse de pensamientos dicotómicos, en donde solo hay lugar para lo biológico-artificial, natural-social, y cuestionarse si lo natural es posible pensarlo como antítesis a lo social, en tanto definido por ello.

Desde esta perspectiva, se puede pensar que a través de las técnicas de reproducción humana asistida, y los avances logrados por los movimientos feministas con relación a la sexualidad y maternidad, se torna necesario redefinir lo que es considerado natural y social.

De esta manera, el sujeto en tanto ser socialmente construido, y que por lo tanto su subjetividad es moldeada y construida en interacción con su contexto, es que resulta pertinente destacar el rol del ámbito jurídico, en tanto sistema contenedor de la sociedad, y consecuentemente productor de subjetividad.

En este sentido, se puede destacar la importancia que ha tenido el mismo, tanto a nivel nacional como internacional, en la regulación de avances introducidos no solo por la biotecnología, sino también por los movimientos políticos sociales que han tenido lugar históricamente, como fue el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, con relación a la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida, resulta pertinente destacar la importancia del Estado, ya que oficia como marco continente de los cambios introducidos por las mismas, y habilita un proceso paulatino de adecuación por parte de la sociedad a ellos.

La regulación de dichos avances permite que los mismos se lleven a cabo de manera segura, con personal especializado y garantizando que los mismos no resulten perjudiciales para los usuarios.

De esta manera, en el caso de Uruguay, con la Ley N° 19.167 de Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida, se puede considerar que nuestro país se encuentra en el escenario óptimo no solo para poder seguir pensando, y reflexionando

acerca de los cambios introducidos, sino también para la producción académica en torno a dichas temáticas, ya que el contexto actual así lo habilita.

En este sentido, los cambios introducidos por los avances tecnológicos relacionados con la reproducción humana no solo requieren una adecuación por parte de la sociedad y el ámbito jurídico, tanto nacional como internacional, sino que también se lo exige al ámbito académico, en tanto necesidad de producciones teóricas que investiguen y difundan los desarrollos vertiginosos de las mismas y sus impactos en los distintos aspectos que involucran. En este sentido, a lo largo de la revisión bibliográfica realizada para el presente trabajo se pudo observar que existe una tendencia al aumento de producciones teóricas relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida desde un enfoque médico, y no así desde la psicología. Lo anterior se podría pensar como una forma de manifestación del aún predominio del modelo biologicista en aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad, más aún si se tiene en cuenta que las TRHA surgen como un remedio a la infertilidad, entendida como enfermedad, y por lo tanto aquello que es necesario solucionar.

A su vez, con relación a la ovodonación, técnica central del presente trabajo, se pudo observar que las producciones con relación a la misma desde la psicología, en su gran mayoría están orientadas a la discusión sobre la revelación o no de los orígenes a los niños nacidos mediante dicha técnica, en detrimento de aspectos relacionados con el impacto emocional que tiene la misma en los participantes, los duelos que se suscitan, y la afectación tanto del narcisismo como de la subjetividad en los receptores.

Si bien se puede considerar que el escenario actual de nuestro país es óptimo para la producción académica en torno a dichas temáticas, se pudo observar una notable falta de producciones locales relacionadas con las mismas, razón por la cual los materiales consultados fueron en su gran mayoría extranjeros. En este sentido, el presente trabajo pretende ser un aporte, así como también un estímulo a seguir produciendo en torno a todos aquellos aspectos constitutivos de las nuevas formas de ser familia desde una mirada integral, que permita demostrar la complejidad de cada fenómeno.

De esta manera, se pretende alentar a la función interpeladora de la visión reduccionista del proceso salud-enfermedad desde la psicología, en tanto disciplina del ámbito de la salud, y que por lo tanto requiere de su constante actualización, aún más en temáticas como las del presente trabajo, en donde la multiplicidad de aspectos que se ponen en juego exigen dejar de lado la unicausalidad de los fenómenos.

Para lograr lo anterior se considera necesario reconocernos como parte de la sociedad, y por lo tanto implicados, de manera que resulta ineludible, para el correcto quehacer de nuestra práctica en dicha temática, el indagar la presencia de prejuicios existentes en nosotros mismos, con la finalidad de ejercer un juicio crítico con relación a nuestras propias significaciones.

Es así que, interesa destacar el rol fundamental del profesional de la salud mental en los tratamientos de reproducción asistida. Se entiende que la participación del mismo habilita la puesta en escena de las fantasías, miedos y temores que surgen en los usuarios de las mismas, así como también el abordaje oportuno de las diversas emociones y duelos que se presentan en el proceso.

El acceder a la ovo donación no suele ser una decisión sencilla para la pareja heterosexual, sino que implica un desafío, ya que en un primer momento, la misma debe de pasar por la aceptación del diagnóstico inicial que les impide lograr el embarazo, para luego comenzar a asimilar el hecho de necesitar la donación por parte de un tercero externo a la pareja para lograr el embarazo. En este sentido, durante este primer momento, múltiples temores y renunciamientos aparecerán, los cuales tendrán diversos impactos en la subjetividad de los usuarios, dependiendo ellos de la singularidad de cada uno.

De esta manera, resulta pertinente que la intervención psicológica comience antes de iniciar el tratamiento de ovodonación, y no cuando este ya haya comenzado, dado que es pertinente abordar los distintos aspectos emocionales que aparecen en cada momento del proceso, de manera que el mismo pueda transitarse de manera acompañada y con el tiempo necesario para la reflexión sobre las decisiones a tomar.

A su vez, resulta pertinente que a través del apoyo psicológico brindado a través de la intervención se pueda evaluar y trabajar sobre los significados que tiene la donación en la pareja, así como también cuáles fueron sus primeras fantasías, el deseo de hijo y su historia familiar vincular.

En este sentido, el accionar del psicólogo será fundamental para colaborar en la elaboración de los duelos que se dan ante los renunciamientos mencionados anteriormente. Los mismos implicaran distintos tiempos para cada uno de los implicados en el proceso, dado que influyen en el desarrollo del mismo el sistema de valores y creencias; su historia personal y familiar vincular; así como también el género, en tanto adjudicador de roles e ideales a cada sexo.

De todos los duelos que se pueden desarrollar, resulta pertinente que con el duelo genético se puedan abordar a través de la intervención psicológica todas las emociones que el mismo suscita, así como también se pueda reflexionar sobre los impactos en el autoestima, y el significado de lo genético en la pareja, con el objetivo de que el acceso a la ovodonación se haga desde una postura responsable y consciente.

Una correcta elaboración del duelo permitirá que el acceso a la parentalidad, a través de dicha técnica, sea una experiencia placentera, así como también se resignifique el valor de lo biológico en el vínculo madre-hijo; siendo relativizado frente a la vivencia del embarazo, parto y crianza, de manera que se reconozcan, ya no a los lazos genéticos-biológicos como determinante de la familia, sino a los afectivos. En este sentido es que se considera que la ovodonación resulta fundamental para comprender el principio *mater semper certa est* desde la perspectiva planteada anteriormente, en tanto no es lo biológico lo que determina la filiación, sino que es lo vincular, la función que se ejerce. De esta manera, con el nuevo sentido propuesto para el mencionado principio, lo que se busca es destacar la importancia del ARTE que ejerce la madre como determinante de la filiación.

A su vez, la elaboración del mismo permitirá la revelación sobre los orígenes al niño, de manera que no existan secretos en la construcción de su novela familiar, ni interferencias en el desarrollo del vínculo por la presencia del secreto en sus padres.

De esta manera, se puede concluir el presente trabajo diciendo que resulta fundamental que en el tiempo actual, y aún más en la temática desarrollada; donde convive lo estático con lo vertiginoso, lo complejo con lo reduccionista, lo artificial con lo natural, se pueda realizar un abordaje interdisciplinario, y que a través del mismo se pueda hacer una lectura integral de la situación, reconociendo al sujeto en tanto ser bio-psico-social, resultando de esta manera fundamental la intervención psicológica para el éxito del proceso.

Bibliografía

- Albornoz, C. (2014). Una mirada psicológica a la ovodonación y la alternativa de revelar o no la historia de concepción al futuro hijo. *Vox Juris*, 28(2), 51-66.
- Alkolombre, P. (2014). El deseo de hijo en las parentalidades actuales: Infertilidad y técnicas reproductivas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 25 (117), 382-386.
- Alkolombre, P. (2019). Deseo de hijo, parentalidades y filiación. *Controversias en Psicoanálisis de niños y Adolescentes*, (24), 100-109. Recuperado de: <https://www.controversiasonline.org.ar/wp-content/uploads/24-ALKOLO-ES.pdf>
- Baratas, M. D. (2002). El duelo: una perspectiva general. *Cuadernos de Terapia Familiar*, (51), 85-95.
- Bayo-Borrás, R. (2011). Sobre la demanda de hijo a las técnicas de reproducción asistida: aspectos emocionales en juego. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (17), 75-82.
- Becerra, M. (2011). Ciudadanía Femenina y Maternidad en los Inicios del Siglo XX: las Dos Caras de la Moneda. *Revista Nomadías*. CONICET/Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género-Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, N° 14, 59 - 77.
- Bestard, J. (2009). Los hechos de la reproducción asistida: Entre el esencialismo biológico y el constructivismo social. *Antropología Social*, 18(1), 83–95.
- Blanco, C., Brea, N., y González, M. (2012). La clínica de las nuevas parentalidades. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Blumenthal, D., y Marin, M. (2019). Lo familiar: parentalidades en la diversidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.

- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Campitelli, C. A. (2018). Duelo genético filiación: la relación entre el narcisismo y el campo social. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Cardaci, D., y Sánchez, Á. (2009). " Hasta que lo alcancemos. "Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas. *Alteridades*, 19(38), 21-40.
- Carosio, A. (2019). Sin disociar la investigación de la lucha: feminismos militantes en la academia latinoamericana y caribeña. *Revista CS*, 29, 139-162. Recuperado de: <https://doi.org/10.18046/recs.i29.3744>
- Carril, E., y López, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor*. Montevideo, Uruguay: Trilce.
- CEPAL NU. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/S20131037_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Cincunegui, S; Kleiner, Y., y Woscoboinik, P. (2004). *La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De la Barreda, N. J. (2017). Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada. *Cuadernos de bioética*, 28(2), 153-162. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/153.pdf>
- De la Fuente, G., Bonelli, C.; Piñeyrúa, B., Vernocci, R., & García, L. (8 de Junio 2022). *Ovodonación y Banco de Semen* [Sesión de conferencia]. 4ta Semana de la Fertilidad en el Uruguay, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=R_9DSY9uN3c&ab_channel=SociedadUruguaya deReproducci%C3%B3nHumana
- Dhont, M. (2010). History of oral contraception, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15:sup2, S12-S18, DOI: 10.3109/13625187.2010.513071

- Dolto, C. (2005). Haptonomía pre- y postnatal, por una ética de la seguridad afectiva. Buenos Aires, Argentina. Editorial Creavida.
- Duplá, M. T. (2019). El presente del pasado: el principio mater semper certa est y su reflejo en la actual legislación sobre reproducción humana asistida. *RIDROM: Revista Internacional de Derecho Romano*, (22), 289-325.
- Fondo Nacional de Recursos. (2015). Tratamiento de infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. Normativa de cobertura del fondo nacional de recursos.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editore.
- Galdo, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*. 455-460.
- González, A. C. (2016). Técnicas de reproducción humana asistida heterólogas: el derecho a conocer los orígenes. ¿Legislación versus subjetividad?. *Acta Bioethica*, 22(1), 221-227
- González, F., Cambra, I. A., Giambo, L., Mastandrea, P. B., Paragis, M. P., Tomas, A., Provenza, A., & Michel, J. J. (2017). Ovodonación y subjetividad: aportes clínicos a partir de un estudio teórico empírico. *Investigaciones en Psicología*; 22 (1), 23-31.
- González, N. (2017). Duelo genético. De la ilusión al narcisismo. Material de la Práctica Profesional 824, Facultad de Psicología UBA.
- Heredia, A. (2019). Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación in vitro hasta la donación de gametos [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/59848/63103.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Jociles, M., & Lores, F. (2021). Genética y voluntad procreativa: ¿Cuál es el “origen” de los hijos concebidos mediante donación reproductiva?. En A. Diaz de Rada (Ed), *Orígenes. Una puerta sin retorno al laberinto de la génesis* (81-110). Madrid: Trotta.

- Johnson, M. (2019). Resignificando “lo biológico” y lo familiar: experiencias de usuarias de TRHA. *Conciencia Social*, 3 (5), 76-92.
- Lamas, M. (1994). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Debate feminista N°10. México.
- Lamm, E. (2012). *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres (Vol. 2)*. Edicions Universitat Barcelona.
- Londoño, A. (S/F). *Feminismo, autoconciencia y derechos sexuales y reproductivos (versión editada)*, “Más allá del Cairo y Beijing: fortaleciendo las habilidades de las ONG’s en América Latina”, Chinauta, Cundinamarca.
- López, A. (2013). Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos. Conferencia inaugural actividades académicas.
- López, C. (2015). *Dar de mamar: Manual práctico de lactancia materna*. Editorial Plantea. Uruguay.
- Maier, E. (2008). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México. *Revista Frontera Norte*, 20(40). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722008000200001
- Mata, M. M., & Vázquez, G. J. (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. *Revista de sanidad militar*, 72(5-6), 363-365
- Morales, F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1), 120-123. Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/156/198>
- Mucci, M., & Benaim, D. (2006). *Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas*. *Psicodebate*, 6, 123-138. Recuperado de: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>
- Oliva, K., & Batista, Y. (2019). Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el Yo se percibe fallido. *Integración Académica en Psicología*, 7(21), 96-110.

- Olza, I., & Fernández, P. (2020). *Psicología del embarazo*. Madrid: Síntesis.
- Organización de Naciones Unidas. (5- 13 Setiembre 1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo*. El Cairo, Egipto.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Ormart, E. B. (2019). Los desafíos del avance biotecnológico a la clínica psicoanalítica: su impacto en las familias y las nuevas generaciones. *Psicoanálisis. Espacio para la transdisciplinariedad del ser y nacer epocal*. San Luis (Argentina): Neu.
- Ormart, E. B., & Abelaira, P. (2020). Clínica psicoanalítica en la infertilidad: Epigenética y Duelo. *Revista universitaria de psicoanálisis*, (20), 43-50.
- Ormart, E. B., Lima, N., Naves, F., & Abelaira, P. (2017). Somos familia: ficciones sobre el origen en niños nacidos por TRHA. *Intersecciones Psi*, 25 (17), 12-19.
- Parafita, D. (s/f). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. Facultad de Psicología. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf
- Rossi, P. (2020). Donación de gametos: Intervención psicológica en parejas heterosexuales. *Psyciencia*.
- Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psyciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-132.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Programa de Doctorado Salud, Antropología e Historia de la Universidad de Granada.
- Santos, N., Di Fabio, C., Marotta, A., & Pierri, L. (2018). Parentalidades en acción. ¿Familias en cuestión? Una aproximación a las encrucijadas de la intervención". *Fronteras*, 11, 77-87

- Sierra- García, P., Carrasco, M. (2019). *Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego*. Madrid: Síntesis.
- Sívori, E. (2010). Ficha temática del Curso Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria: "Psicología de la salud (1 y 2)". Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha2-EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_2da-Parte-2010.pdf
- Soifer, R. (1971). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman. Buenos Aires.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. México – Argentina. Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, F. (2003). *La píldora anticonceptiva: piedra angular de una revolución. Teoría y pensamiento feminista*.
- Tomas, A., González, F., & Michel, J. J. (2017). La comunicación sobre el Origen: Las decisiones intrafamiliares de niños concebidos mediante ovodonación. *Revistas de la Universidad Nacional de Córdoba Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 59-77.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública. (2019). A 10 años de la Ley de defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Avances y desafíos 2008-2018. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/SSySR_2019.pdf
- Uruguay, Poder Ejecutivo. (2008). Ley N° 18.426 Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Diario Oficial 10 de Diciembre de 2008. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay, Poder Ejecutivo. (2013). Ley N°. 19.167 Técnicas de reproducción humana asistida. Diario Oficial 10 de Diciembre 2008. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- Viera-Cherro, M. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 15(2), 350-368.