



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**Trabajo final de grado
Modalidad: Monografía
Gestación subrogada**

Estudiante: Sabrina Serrato Abella

Cédula de identidad: 4.533.837-7

Tutora: Asist. Mag. Sabrina Rossi

Revisora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farias

**Diciembre, 2023
Montevideo, Uruguay**

ÍNDICE

Introducción	3
Maternidad	5
Gestación subrogada	8
Legislación y gestación subrogada	10
Turismo reproductivo	13
Gestación subrogada y feminismo	15
Psicología y gestación subrogada	16
Epigenética	20
Reflexión final	24
Referencias bibliográficas	27

RESUMEN

El presente trabajo corresponde al trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo aborda la técnica de gestación subrogada (GS), tema que ha adquirido gran relevancia en los últimos tiempos. Dicha técnica que forma parte de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), consiste en un acuerdo que se realiza entre solicitante/s y una mujer, la cual esta última gesta un bebé que luego de nacer no será reconocido como propio, sino de la/s parte/s solicitante/s. La legalidad y las consecuencias que conlleva esta técnica, han tenido gran controversia en muchas áreas del conocimiento. Por lo tanto, como objetivo general del trabajo se propuso profundizar sobre la temática de Gestación Subrogada, indagando sobre el sistema legal que la regula, considerando las distintas posturas que hay sobre la misma, y exponiendo algunas de las problemáticas que hacen a este un tema muy controversial. Este trabajo permitió visibilizar la información sobre el modo en que se está llevando a cabo la técnica en el mundo y en Uruguay, permitiendo replantear distintos aspectos importantes de la temática.

Palabras claves: gestación subrogada, psicología, maternidad, feminismo, epigenética

1. Introducción

La gestación subrogada (GS) es una técnica que forma parte de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) que consiste en un procedimiento que se realiza ante un previo acuerdo entre una persona o una pareja con una mujer. Esta última es quien llevará adelante la gestación de un bebé, el cual luego de nacer no será reconocido como propio sino de la/s parte/s solicitante/s (Montesano, 2017). Esta técnica ha generado transformaciones en diferentes áreas como sociales y legales, creando también una nueva área laboral para la/el psicóloga/o.

En los últimos tiempos, se ha observado un gran aumento en el uso de la GS, generando distintas posturas legales en los países, desde la prohibición hasta su legalidad. La ausencia de una normativa general que regule a nivel mundial, tiene como consecuencia lo que algunos autores como Amez y Ayala (2017), Pérez (2018) y Aznar y Martínez (2019) denominan “turismo reproductivo”. Este concepto refiere a la migración reproductiva transnacional que ocurre por los diferentes marcos legales que regulan la técnica en los diferentes países.

La GS, además ha generado debates relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por lo que en este trabajo se realizará un breve análisis de las diferentes posturas que toma el feminismo frente a esta práctica. A grandes rasgos se puede observar que existen diferentes posiciones dentro del movimiento feminista. Por un lado, quienes aceptan la práctica debido que consideran que la mujer tiene el derecho de decidir sobre su cuerpo; y por otra parte, quienes lo rechazan, destacando que la mujer queda vista como un objeto (Navés, 2021).

Otro asunto de gran importancia es el impacto psicológico que se genera en los participantes, es decir la/s persona/s solicitante/s, la mujer que gesta y el bebé, demostrando la importancia que tiene el rol del psicóloga/o como partícipe en estos procesos. Debería ser el psicólogo profesional el responsable de evaluar psicológicamente a los solicitantes y mujer gestante previo a comenzar con la técnica, y luego acompañar durante todo el proceso. Sin embargo, en algunos países se ve la ausencia de este profesional. Durante la GS en el caso de los participantes se puede reconocer una vulneración de lo más íntimo, donde los mismos pueden transitar angustias, frustraciones, presiones sociales y familiares. Por otro lado, en el caso de la mujer que gesta, la misma permanece casi muda, donde no debería generar ninguna afectividad y apego con ese

bebé. Esto último es actualmente muy cuestionado, ya que esta mujer se encuentra en un periodo de gran vulnerabilidad psíquica (Gamboa, 2023).

Desde la psicología también se ha estudiado la influencia que tiene la mujer que gesta sobre el bebé, aunque no sea su óvulo el utilizado (Ceberio y Berardino, 2023). Por lo tanto se remarca la importancia de desarrollar el concepto de epigenética. Brevemente, esta área de conocimiento reconoce que si bien la mujer que gesta puede o no tener ninguna relación biológica con el bebé, existen diferentes factores que transita la mujer gestante que pueden afectar en el mismo como por ejemplo, su estado emocional.

En base a lo discutido anteriormente, es que se guiará el marco teórico de este trabajo y finalmente se construirá una reflexión final. Se destaca entonces como objetivo general del trabajo: exponer, explorar y desarrollar la Gestación Subrogada, y como objetivos específicos: i) Indagar sobre el sistema legal que regula la GS en diferentes países, ii) analizar las posturas del movimiento feminista sobre la GS, iii) profundizar sobre el rol del psicóloga/o en los casos de GS y, iv) problematizar algunos aspectos a partir de los aportes que brinda la epigenética.

2. Desarrollo teórico

2.1 Maternidad

El concepto de maternidad se ha ido transformando a lo largo de la historia, es considerado como un conjunto de creencias y significados que se ven influenciados por factores culturales, sociales e individuales. Su interpretación y repercusión es muy significativa para la mujer, ya que durante mucho tiempo fue la investidura más poderosa, utilizada para autodefinirse y autoevaluarse (Molina, 2006). Durante mucho tiempo se ha considerado que por el mero hecho de ser mujer se debería ser madre, ya que biológicamente sería un instinto que la mujer posee, quizás por esta relación es que si una mujer no desea o no puede lograr ser madre, no hay una definición que describa esta situación, sino una negación “no sos madre” (Vivas, 2022). Esta imposición posiciona en un lugar “egoísta” a las mujeres que no desean serlo (De Grado, 2011).

A pesar de que la mujer posee determinadas cualidades anatómicas, esto no garantiza la capacidad de llevar adelante una gestación, como también el hecho de gestar no conduce siempre a la reproducción (Chodorow, 1984 como se citó en Gereda, 2023). Sin embargo, se ha relacionado durante mucho tiempo a la maternidad con lo femenino, la fecundación y fertilidad. El rol de la mujer ha sido construido en torno a esto, es por eso que el movimiento feminista viene trabajando en deconstruir estas ideas patriarcales con el objetivo de visibilizar y reconocer estos roles. Como menciona Pesino (2017), estas características impuestas a la mujer no vienen dadas por la genética, sino por la sociedad y la educación en la que forma parte. De esta manera, este autor señala que el deseo de ser madre es cultural y en esta misma línea De Grado (2011) indica que es la sociedad patriarcal la que establece la importancia de la maternidad sobre la configuración de la subjetividad femenina, reafirmando que es una construcción cultural. Como menciona Simone de Beauvoir (2015, como se citó en Gereda, 2023), este simbolismo que se genera entre la maternidad y el rol materno, serían las formas que le posibilita al sistema patriarcal mantener a las mujeres en el ámbito privado, otorgando de esta manera mayor poder al hombre.

Con respecto a la sociedad patriarcal, se debe remarcar cómo la misma ha mutado, pasando de un patriarcado de coerción a un patriarcado de consentimiento en donde se han generado diferentes mecanismos de control más sutiles, posicionando a la maternidad no como una obligación sino como una opción. Mientras el patriarcado de coerción, impone un dominio desde la fuerza y la dominación, el patriarcado de consentimiento se basa en una

estructura social igualitaria. Esta posiciona de forma igualitaria a la mujer y el hombre, dando la impresión de que la batalla por la desigualdad ha terminado. La dominación que se realiza hacía la mujer en estos casos es más sutil, generando la “ilusión” de que el dominio androcentrista no existe (De Grado, 2011).

La sociedad patriarcal también ha generado un mito de que la mujer tiene cierto instinto maternal, un amor innato, puro, absoluto y desinteresado, pero esto ha sido una de las estrategias utilizadas para dominar a la mujer (De Grado, 2011; Ormart, 2020). Este instinto maternal es considerado como una característica que tendría la mujer, la cual se adaptaría para cuidar a su hijo, priorizando las necesidades del mismo (Torres, 2006; Orsi, 2015). Winnicott (1956, como se citó en Agudelo et al., 2016) planteó que la mujer transita desde el comienzo del embarazo una condición que denominó “preocupación maternal primaria”, y la cual continuaría hasta las primeras semanas de vida del bebé. Esta preocupación es considerada por el autor como una enfermedad, sino fuera por la existencia del embarazo, y la cual debería recuperarse a los meses de haber nacido. Sin embargo, las creencias culturales fueron las que de alguna manera cargaron este rol de madre ampliando este tiempo de preocupación, ya que ellas deberían priorizar siempre las necesidades de este hijo, de lo contrario, podría ser juzgada como mala madre (Agudelo et al., 2016).

En lineamiento con lo anterior, sobre los mitos que generó la sociedad como mecanismos para transmitir determinados valores, es que se explica cómo el instinto maternal, el amor innato, puro, absoluto y desinteresado por parte de las mujeres se considera algo “natural” cuando en realidad es cultural. Los medios de comunicación son un mecanismo sutil utilizados para transmitir estos valores (De Grado, 2011). También se han creado mitos y teorías que representan determinados modelos “ideales”, los cuales van influyendo en la estructura psíquica, en este caso de las mujeres y la maternidad y se va transmitiendo durante generaciones (Tubert, 2010). Por otra parte, el sistema patriarcal construye un imaginario de mujer asociado a la maternidad el cual se ve afectado por un sistema capitalista, generando ciertas barreras para que la maternidad se postergue o no se consiga. De esta manera se produce un negocio con la infertilidad, existiendo diferentes empresas multinacionales que ofrecen incentivos económicos para que las mujeres retrasen la maternidad o congelen sus óvulos (Vivas, 2022).

La infertilidad y la esterilidad son consideradas como una enfermedad social, en donde su causa está relacionada al entorno, ya sea por trabajos precarios, poco acceso a la vivienda, exposición a tóxicos y/o contaminación ambiental. Esto imposibilita la posibilidad

de ser madre (Vivas, 2022). Es relevante aclarar que autores como Gamboa (2023), Díaz (2022) y Vidal (2001) diferencian estos conceptos, posicionando a la primera como la incapacidad de lograr que la gestación llegue a término transitando abortos espontáneos, y a la esterilidad como la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo. Sin embargo, la Ley N. 19.167 que regula las TRHA en Uruguay y de la que luego se hará mención, sólo hace referencia a la infertilidad y la define como la incapacidad de lograr un embarazo por vía natural después de 12 meses de relaciones sexuales. La OMS (2003, como se citó en Gamboa, 2023) afirma que existe un 10% de la población mundial que padece de esta condición, existiendo un aumento en el último tiempo en los hombres. Este aumento se ha generado en muchos casos por infecciones de transmisión sexual, ovario poliquístico, diabetes, obesidad, adicciones, abuso de sustancias químicas, estrés y retraso de la maternidad/paternidad (Gamboa, 2023).

Con respecto a la maternidad y los avances tecnológicos, fueron estos últimos generadores de un cambio de paradigma, permitiendo nuevas formas de concebir un hijo sin necesidad del acto sexual, aunque esto implique posicionar al cuerpo femenino en un lugar de alto riesgo para lograrlo. Se podría cuestionar si estos avances que fueron ocasionados por el deseo de ser madre a expensas del medio que fuere, provienen del deseo mismo o de una demanda impuesta por la sociedad, ya que existe una delgada línea entre deseo y deber en el inconsciente femenino (Díaz, 2022; Pesino, 2017). Los avances produjeron que la concepción y la maternidad ya no dependa del azar, existiendo diferentes métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo y por otra parte, generarlo en aquellos casos donde exista una esterilidad (Candal, 2010). Estos avances tecnológicos son consecuencia de la percepción que se tiene sobre un hijo, el cual se lo ubica como un derecho, por lo tanto se busca obtenerlo sin importar los métodos, igualándolo de alguna manera a un objeto que se puede comprar (Gamboa, 2023).

Sobre el concepto de maternidad, no sería posible referirse al mismo desde un único sentido, porque existen muchas formas de practicarla, depende de factores personales, sociales y capacidades económicas (Vivas, 2022). Se debe tener en cuenta que hace ya un tiempo se lo diferencia del concepto de gestación, por una parte, la gestación en la mujer implica la función biológica, es decir, gestar y dar vida; y la maternidad refiere a la función materna, es decir a las obligaciones, derechos, al compromiso que se tiene de cuidar a otro, la educación y el deseo de dar amor. De esta manera, la idea de ser madre excede lo biológico y tiene un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico (Gerpe, 2018; Oiberman, 2005). Por ende, se entiende que el acto de gestar no se relaciona con maternar,

serían conceptos que se pueden separar. Aunque esto se podría determinar por el ámbito sociocultural, educacional y principalmente formaría parte de una esfera más íntima y personal de la mujer, las creencias que ella tenga sobre el embarazo, la gestación, el parto y de la propia construcción de su identidad (Gerpe, 2018).

En relación a esta diferenciación, es relevante hacer mención que el embarazo es considerado como la mayor transformación física y biológica de la mujer, en la cual se van produciendo una serie de mecanismos neuroendocrinos durante la gestación, para permitir un mejor desarrollo del bebé en el útero. También el embarazo facilita el cambio de conducta que se va a generar en esta mujer que debe ocuparse de este recién nacido y su crianza (Olza, 2018). Es importante esto ya que en este trabajo se desarrolla una técnica en donde la gestación se desvincula del materno, planteando determinadas interrogantes que se deberían seguir investigando, cómo predecir qué efectos tendrá la misma sobre la subjetividad de la mujer que gesta, los solicitantes y el bebé (Pesino, 2021).

2.2 Gestación Subrogada (GS)

En la década del 70 comenzaron las Técnicas modernas de Reproducción Humana Asistida (TRHA), las cuales tienen como objetivo resolver problemas de esterilidad. En consecuencia, se fueron generando otra serie de problemas tanto éticos como jurídicos (Jiménez, 2018). La aclaración del término “modernas” se debe a como hace referencia Jiménez (2018) son técnicas que se mencionan en la historia desde la Biblia hasta el Código de Hammurabi babilonio, pero fue recién con la Fecundación In Vitro (FIV) en 1978 cuando se trabajan estas técnicas desde un ámbito científico. Estas TRHA son consideradas según la Ley N. 19.167, art. 1 en Uruguay “como el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo” (Uruguay, 2013, p. 10). Quedan incluidas en estas técnicas:

inducción de la ovulación, la inseminación artificial, la microinyección espermática (ICSI), el diagnóstico genético preimplantacional, la fecundación in vitro, la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de gametos y embriones, la donación de gametos y embriones y la gestación subrogada en la situación excepcional prevista en el artículo 25 de la presente ley.
(Uruguay, 2013, p. 10)

Al comienzo, quienes utilizaban estas técnicas eran aquellas personas que de forma natural no podían lograr un embarazo, pero su avance tecnológico generó que parejas de un mismo sexo, personas solas, o usuarias que no quisieran transitar el embarazo, lo logren. Esto último es posible por la donación de espermatozoides u óvulos. Con respecto a la técnica de GS, consiste en un procedimiento que se realiza ante un previo acuerdo entre una persona o una pareja con una mujer. Es esta última quien por medio de una FIV llevará adelante la gestación de un bebé, el cual luego de nacer no será reconocido como propio sino de la/s parte/s solicitante (Montesano, 2017).

La GS se puede generar de diferentes maneras, según el material genético aportado. Por un lado está la subrogación de forma parcial, la cual implicaría la inseminación de la gestante con semen del solicitante o un donante y el aporte de su material genético. De esta manera se consideraría a la gestante como la madre biológica, pero estos casos son los menos usuales. Por otra parte, la subrogación plena es aquella donde la gestante no aporta nada de su material genético (Ivanoff, 2020). En ocasiones se describe a la GS como un tratamiento lo cual se podría malinterpretar, por ejemplo, Olza (2018) hace referencia a los casos en que personas solas o parejas del mismo sexo acceden a esta técnica, no tendrían ningún problema a tratar.

Existen diferentes términos para definir este tipo de gestación, entre ellos vientre de alquiler, alquiler de útero, gestación por sustitución, maternidad sustituta, maternidad de alquiler, gestación subrogada, entre otras (Ivanoff, 2020). Tomando en cuenta que no existe un término correcto, en este trabajo se considera seguir utilizando la denominación de GS. Esto se debe a que la gestación refiere al solo hecho de gestar y subrogado es definida como sustitución o colocar a alguien en lugar del otro, sería específicamente lo que sucede en estos casos. Otro de los motivos por el cual se decide utilizar este término es porque los otros hacen un reduccionismo sobre la mujer, no se reconoce su estatus de persona y es considerada como en un recorte orgánico, su útero. De alguna manera se la posiciona como un elemento del mercado que tiene una ganancia económica. También se entiende que el término “maternidad subrogada” homóloga los conceptos de embarazo y maternidad, cuando se desarrolló anteriormente que no sería lo mismo (Gamboa, 2023; Verdi, 2021).

En los últimos tiempos se ha generado un aumento del uso de la técnica de GS por varios motivos. Algunos de estos motivos son: que existe un aumento en el porcentajes de infertilidad en algunos subgrupos sociales; que hay dificultades para lograr adoptar; y aumento de ciertas expectativas que se han generado, ya que la divulgación sobre la

técnica a través de diferentes medios de difusión han resaltado únicamente características positivas sobre el procedimiento, obviando información negativa (Candal, 2010).

La primera situación más polémica de GS fue el caso del “Baby M” en los años 80 en Estados Unidos. El matrimonio Stern al verse imposibilitados de tener un hijo por medios naturales deciden realizar un contrato con la Sra. Whitehead, la cual por recibir remuneración económica y cubrir sus gastos médicos, sería fecundada con semen del Sr. Stern de forma artificial por una FIV. En el contrato se acordó que la gestante renunciara a todos los derechos filiales con el bebé al momento de nacer y de esta manera facilitar la adopción para la Sra. Stern. Lo controversial del caso fue que luego de haber entregado a los Stern la bebé, la Sra. Whitehead decidió que no quería renunciar a la relación materno filial, impidiendo de esta manera que se culminara la adopción pactada. Por este motivo, el matrimonio llevó el caso al Tribunal Supremo de Nueva Jersey y éste otorgó la custodia de la bebé a los Stern y a la gestante el derecho a la visita (Jiménez, 2018).

Con respecto a la normativa que regula esta técnica, algunos países han rechazado y prohibido las TRHA incluyendo la GS. Otros, al no tener reglamentaciones han generado distintos inconvenientes que serán discutidos más adelante; y algunos crearon leyes para poder regularlas, como es el caso de Uruguay (Tubert, 2010).

2.2.1. Legislación de la Gestación Subrogada

Como se mencionó anteriormente, Uruguay regula las TRHA incluyendo la GS por medio de la Ley N. 19.167. El artículo 25 de dicha Ley detalla cómo se regula. Esta ley describe que puede acceder al tratamiento aquella “mujer cuyo útero no puede gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas” (Uruguay, 2013, p. 11). Algunos puntos que considera esta Ley es que podrá gestar el embarazo un familiar de segundo grado de consanguinidad, tanto de la mujer solicitante como de su pareja. El embrión a gestar debe ser propio, es decir que debe ser formado por al menos un gameto de la pareja o en el caso de la mujer sola, por su óvulo. Con respecto al grado de consanguinidad, en diciembre de 2022 se realizó una modificación en el artículo 25 y 31 de la Ley N. 19.167, habilitando que la posible gestante pueda ser hasta un cuarto grado de consanguinidad. Por otra parte, en el artículo 26 se especifica que el procedimiento deberá ser de naturaleza gratuita y apoyado por todas las partes intervinientes, esto se especifica para impedir la comercialización (Cámara de Representante, 2022). A partir de la Ley N. 19167 se creó la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida la cual tiene como uno de sus cometidos

evaluar si las condiciones establecidas por dicha Ley para llevar a cabo estos procedimientos se cumplen. La misma está integrada por diferentes representantes (Ministerio de Salud Pública, Facultad de Derecho y Facultad de Medicina), destacándose la ausencia de un representante de la Facultad de Psicología. Cabe destacar que esta Ley regula todos los casos que son realizados en el país, pero no especifica un control sobre los residentes uruguayos que realizan la técnica en el extranjero con otra jurisdicción. En esas situaciones, al no existir una normativa donde se especifique el procedimiento, la filiación y nacionalidad de este niño o niña es estipulada por la jurisdicción en donde nació. Cuestionando de esta manera los derechos del niño (Sánchez, 2022).

Sánchez (2022) accedió a cierta información mediante una entrevista telefónica con un integrante de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida, en la cual se confirmó que hasta marzo de 2021 hubo ocho nacimientos mediante GS en Uruguay. No se tiene la información de los procedimientos realizados fuera del país por ciudadanos uruguayos. Con respecto a legislaciones y GS, otro país que comparte la admisión de la técnica de forma altruista, es Brasil. Tanto Uruguay como Brasil autorizan el uso de la misma en los casos que existen problemas médicos que impiden llevar a cabo la gestación. Uno de los aspectos en que la legislación es diferente entre estos países, es que Brasil permite que puedan acceder a esta técnica, parejas del mismo sexo y personas solas. Además, la reglamentación de este país especifica la solicitud de un informe médico con perfil psicológico, el cual debe acreditar la idoneidad clínica y emocional de todos los involucrados (Conselho Federal de Medicina, 2017).

En la Tabla 1 se detallan las diferentes legislaciones en el mundo. Algunos países han generado leyes que prohíben el uso de la práctica y filiación al registro civil del infante y otros a pesar de prohibirlo, han tenido como objetivo fundamental buscar el bien propio de ese niño por lo que autorizan la filiación de ese infante al registro civil (Aznar y Martínez, 2019). En algunos países no existe ninguna legislación, generando de esta manera un vacío legal, es decir que no se autoriza ni se prohíbe. La mayoría de los países de América del Sur carece de normativa, sin embargo Argentina cuenta con la Ley N. 26.862 (2013) que pretende regular la reproducción médicamente asistida garantizando un acceso integral, pero no hace referencia a la GS.

Tabla 1.*Resumen sobre la legislación y la gestación subrogada*

Forma de regulación	Países
Legal de forma altruista	Canadá, Grecia y Reino Unido.
Legal de forma altruista intrafamiliar	Brasil y Uruguay
Legal de forma comercial	California (Estados Unidos), Georgia, Israel, Rusia y Ucrania
Legal de forma comercial con algunas restricciones	Tailandia (solo hermana o madre puede gestar) India (parejas indias con un mínimo de 5 años de casados)
Legalmente prohibido	Alemania, Austria, Bulgaria, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Italia, Malta, Noruega y Suecia.
Autorizada la filiación del infante al registro civil	Albania, Argentina, Eslovenia, España, Estonia, Hungría, Irlanda, Reino Unido y República Checa
Prohibida la filiación al infante	Alemania, Andorra, Bosnia Herzegovina, Letonia, Lituania, Moldavia, Monaco, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía

Fuente: Argentina (2013); Uruguay (2013); Conselho Federal de Medicina (2017); Aznar y Martínez (2019); Ivanoff (2020).

Existen países con una legislación que permite la GS de forma comercial, los cuales presentan una diferencia en los costos de la técnica (Aznar y Martínez, 2019). Por una parte, los costos en California (Estados Unidos) pueden ser entre 70.000 y 120.000 dólares. A pesar de los altos costos, la mujer gestante recibe aproximadamente 2.700 dólares más gastos médicos, vestimenta y costo de transporte. Por otra parte, Georgia tiene un costo promedio por realizar la técnica de 50.000 dólares, aunque es mejor el pago que se le realiza a la mujer gestante, aproximadamente 15.000 dólares. Finalmente Ucrania es reconocido como uno de los países más económicos con un costo promedio de 37.000 dólares, en este país no se lleva un control de la cantidad de veces que realiza una

gestación la mujer (Aznar y Martínez, 2019; Navés, 2021). Es por estos motivos legales y/o económicos que se van generando situaciones donde una persona o pareja toma la decisión de realizar estos procedimientos en el exterior, ocasionando de esta manera lo que se denomina “turismo reproductivo”.

2.2.2. Turismo Reproductivo

Durante la última década han aumentado los acuerdos de GS en el mundo, generando preocupación sobre temas de justicia social, explotación y abuso de los derechos humanos (Bromfield y Rotabi, 2014). La migración reproductiva transnacional se genera en parte por la heterogeneidad de leyes que existe en el mundo y por los altos costos que tiene la técnica en algunos países donde se practica (Pérez, 2018).

Gerpe (2018) denomina a estas situaciones como “exilio reproductivo”, considerando que la misma se genera para poder cumplir los derechos reproductivos que tiene la sociedad, obligando a algunas personas a exiliarse en otros países para poder ejercerla. La utilización de este término y no de “turismo reproductivo” también la comparte Matorras (2005) refutando que el término turismo es un viaje por placer y que en estas situaciones no sería lo más adecuado. Por otra parte, el término “exilio reproductivo” podría generar mayor sensibilidad sobre los problemas de infertilidad (Matorras, 2005). En este trabajo se seguirá denominado “turismo reproductivo” ya que es el término más utilizado por la mayoría de los autores.

La técnica de gestación subrogada se relaciona con el turismo reproductivo ya que se ha generado un negocio mundial, creando “ferias temáticas” en las cuales se promocionan viajes para llevar a cabo la GS (Amez y Ayala, 2017). Uno de los problemas que se viene desarrollando sobre el abuso de esta técnica, es que la misma se realiza en países con alto índice de pobreza. En estos lugares las mujeres se encuentran en mayor desigualdad con respecto a los hombres, generando que se sometan a estos procesos para cubrir necesidades propias o de su familia (Amez y Ayala, 2017).

Vivas (2022) detalla el caso de una investigación que llevó a cabo la BBC británica en el 2016 sobre la situación que vivieron mujeres que realizaron GS en India. El perfil más común que tenían estas mujeres era la miseria y deuda familiar. La investigación reveló las situaciones extremas que vivieron, como el permanecer encerradas durante todo el embarazo en lugares donde no podían salir, se les controlaba la alimentación, medicación,

hora de descanso, y sólo podían recibir visitas de sus familiares una vez al mes. Por otra parte, en Nigeria se han generado “fábricas de bebé”, estas son instituciones ilegales. Las mismas utilizan edificios abandonados en donde las mujeres embarazadas subrogadas permanecen hasta la fecha del parto. Durante el 2008 y 2014 se identificaron 20 “fábricas de bebés” con 280 mujeres (Aznar y Martínez, 2019).

Se debe tener en cuenta que estas situaciones se generan por la enorme ganancia económica que recibe un país que practica este procedimiento. Información obtenida por Pérez (2018) detalla que en 2016 India fue considerado el mayor destino turístico reproductivo, recaudando cerca de 400 millones de dólares al año, generados por aproximadamente 3.000 clínicas de fertilidad. Es por esto que se debe trabajar en los derechos del niño y de la mujer que gesta. Existe un debate internacional sobre la GS, en el cual se evalúa la explotación que pueda existir hacia estas mujeres que gestan y de una supuesta mercantilización de estos bebés nacidos de la subrogación (Pérez, 2018). Según Fernández y Olza (2020) la ONU realizó un informe en 2018 donde equipara la GS con la trata y tráfico de recién nacidos, detallando todos los abusos posibles que se puedan desarrollar.

Existe un caso controversial vinculado con la GS, conocido como el de “Baby Gammy”. En 2013 una pareja australiana realizó un acuerdo con una mujer tailandesa para gestar. El embarazo fue gemelar y al nacer uno de ellos nació con síndrome de Down, este fue rechazado por los solicitantes y la gestante se tuvo que hacer cargo del mismo. Generó un impacto mediático que determinó para Tailandia la prohibición de la GS de forma comercial a extranjeros. Esto en vez de crear una solución a la comercialización con el extranjero, resultó en que las empresas que estaban establecidas en ese país se trasladaron hacia Camboya, de esta manera las mujeres que gestaban comenzaron a viajar a ese país para la transferencia embrionaria, cursaban el embarazo en su país y volvían a viajar para el nacimiento. Por estos motivos, en varios países como India y Estados Unidos, las migrantes pasan a ser las mujeres gestantes y no los padres/madres intencionales (Pérez, 2018).

El acto de delegar a otra mujer la gestación de un bebé, la cual generalmente es de una clase social o país distinto o subordinado, se podría considerar como un proceso que genera explotación sobre el cuerpo femenino (Álvarez et al., 2017). Algunos autores consideran que esta técnica promueve de alguna manera una nueva forma de esclavitud, posicionando a la mujer en un lugar de objeto (Velázquez, 2018; Navés, 2021).

2.3. Gestación Subrogada y Feminismo

Se considera pertinente realizar un análisis sobre la postura que tiene el feminismo sobre el tema, ya que dicha práctica independientemente de donde se realice y si es criticada o promovida, siempre tiene como protagonista a la mujer, y con el punto desarrollado anteriormente quedó en evidencia la explotación que se genera hacia la misma. Tubert (2010) menciona que las mujeres son uno de los colectivos que sufren por ser subordinados u oprimidos por sectores sociales, los cuales varían en distintas épocas y sociedades. A pesar de haberse generado cambios en las situaciones familiares, laborales, políticas y sociales sobre la posición de la mujer, siguen existiendo modelos e ideales que inciden de forma negativa en la vida de las mujeres. Las representaciones sociales que tenemos entorno al género femenino y la femineidad colaboran con que se mantenga la subordinación.

La concepción de la maternidad en los movimientos feministas ha ido cambiando. En los 60´ y 70´ era considerada como un escollo en la lucha para la liberación de las mujeres que debían incorporarse en el mundo laboral para de esta manera obtener derechos. Este posicionamiento lo tenía también Simone de Beauvoir, la máxima representante del feminismo de la igualdad (Alcalá, 2015). En los 80´ algunos sectores del feminismo fueron cambiando su posición y consideraron la capacidad reproductiva como una forma de poder (De Grado, 2011). Durante mucho tiempo se le ha adjudicado a la mujer determinadas características como la pasividad, ser dependientes, inseguras, son percibidas como subordinadas especialmente a su capacidad procreadora (Tubert, 2010). Así también como se le han adjudicado roles, los cuales la han diferenciado con el hombre, cómo se desarrolló en el capítulo de maternidad, se le adjudicó el rol de cuidar a otra persona. A pesar de que las mujeres lograron ingresar en el ámbito laboral, los tipos de trabajo que en general han podido acceder están relacionados con lo íntimo, lo privado y lo doméstico, esto se encuentra remarcado en las clases sociales más bajas (Vivas, 2022).

Con respecto a la característica de procrear, la misma está dirigida y legalizada desde un discurso patriarcal, de alguna manera la política, la ley y la religión se han apropiado de este tema, despojando de alguna manera a la protagonista (Tubert, 2010). Tal vez por eso, autores como Álvarez et al. (2017) refieren a que algunas feministas deberían respetar la libertad individual de cada mujer y no juzgar cuando se toman determinadas decisiones como la de alquilar el vientre o prostituirse (estos últimos se consideran como los dos temas que suelen dividir al feminismo). La GS se ha convertido en uno de los temas de

inflexión del movimiento feminista a nivel internacional. Dentro del movimiento feminista, existen diferentes posiciones, por un lado, los grupos que aceptan esta práctica ya que se considera que la mujer tiene el derecho de decidir sobre lo que realiza con su propio cuerpo; y por otra parte, los grupos que lo rechazan, porque consideran que se posiciona a la mujer como un objeto (Velázquez, 2018; Navés, 2021).

Las posturas a favor, parten de la idea del derecho sexual y reproductivo que tiene la mujer sobre su cuerpo. Este es un punto fundamental en la lucha que tienen sobre controlar su vida, su autonomía y libertad (Navés, 2021; Pérez, 2018). De alguna manera, se considera como evolución natural del derecho a la libertad reproductiva, la decisión de convertirse en una gestante o recurrir a una. Por otra parte, los que están en contra, adjudican que es una cosificación del cuerpo femenino. Aluden que no es posible considerar que existe libertad de decisión cuando se vive en condición de pobreza, sin otra alternativa o elección, siendo un acto casi degradante (Navés, 2021; Pérez, 2018).

Sobre la GS, existe una presión económica en aquellas mujeres que se someten a realizarla de forma comercial ya que generalmente pertenecen a un estrato muy bajo de la sociedad. Por otra parte, las mujeres gestantes que tienen una relación familiar con los solicitantes, aunque la práctica pueda ser altruista como sería en Uruguay, también pueden verse presionadas y obligadas para llevar adelante la gestación (Velázquez, 2018). Se cuestiona el hecho de si gestar de forma subrogada es un acto de amor o un trabajo reproductivo (Pérez, 2018). De todos modos, sin importar el modo o motivo por el cual lo realiza, los impactos psicológicos los atraviesan siempre, es por eso relevante estudiarlos y será el siguiente punto a desarrollar.

2.4. Psicología y Gestación Subrogada

En la mayoría de los casos, cuando se decide transitar una subrogación, se genera una vulneración de lo más íntimo, afectando la privacidad de los sujetos y causando un padecimiento psíquico (Navés, 2021). En el caso de las parejas heterosexuales que deciden realizar la subrogación, previo a considerarla han comenzado con una inversión psicológica y emocional importante, ya que se vieron expuestos a realizar diferentes estudios y tratamientos para saber cuál era el motivo por el cual no podían lograr un embarazo. Luego de recibir la noticia de que ellos no podrán gestar, se ven recolectando toda la información posible para llevarlo adelante y en general es considerado como su última opción para formar una familia. Los sentimientos que pueden transitar son angustias, frustraciones,

presiones sociales y familiares, se confronta con lo impredecible, atravesado por mucho dolor (Navés, 2021; Gamboa, 2023). Es relevante aclarar que existen casos de mujeres que utilizan la técnica de gestación subrogada pero no debido a un impedimento físico, sino por elección propia.

Las mujeres que tienen la intención de ser madre de esta manera, generalmente han transitado un largo y doloroso camino. La mayoría, como se mencionó anteriormente, son mujeres que no han logrado un embarazo, que pueden haber sufrido abortos y/o condiciones médicas difíciles. Se genera de esta manera un desgaste físico y psíquico en los participantes, en algunos casos el sentimiento de culpa debe ser acompañado por un profesional (Pérez, 2018; Navés et al., 2021). Para algunas mujeres la GS puede ser vista como una solución y para otras como un problema. Como una solución porque permite ser madre a mujeres que quizá no podrían; y un problema ya que de alguna manera, al existir esta técnica, hay mujeres que en vez de trabajar un duelo por algo que no pudo ser como tener un hijo, siguen sometidas a cierta presión social de seguir intentando, sin importar los costos (Pesino, 2017).

No es un proceso fácil para ninguna de las partes, ni para la parte solicitante, ni para la gestante. Sobre esta última mujer, se ven alterados muchos aspectos de la vida, ya que está decidiendo poner su vientre para gestar el bebé de otro, modificando su estilo de vida, siguiendo protocolos establecidos como citas médicas y psicológicas (Navés et al., 2021). Autores como Pesino (2017) hace referencia que en estos casos de GS, son solamente las personas que lo solicitan los que se entusiasman con el embarazo, están al tanto de cada informe, ecografía y análisis hasta el momento del nacimiento. En estos casos la mujer que gesta permanece casi muda, en una posición de neutralidad donde sabe que no debe generar ninguna afectividad y apego con ese bebé. Se podría cuestionar si esto es realmente posible sabiendo que la mujer transita durante la gestación, una mayor vulnerabilidad psíquica. En general, aproximadamente una de cada cinco mujeres gestantes presenta algún trastorno mental durante el embarazo, y se puede prolongar en el posparto. Las mujeres que tienen antecedentes de ansiedad o depresión son más propensas a tener una recaída en estas etapas (Olza, 2018).

En Argentina se creó la Comisión Asesora de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (CATRHA), la cual crearon las Guías de Buenas Prácticas en Gestación por Sustitución para el profesional de la psicología y elaboraron diversos modelos de consentimiento informado junto a un equipo de psicólogos y musicoterapia de CONCEBIR (Navés, 2021). Es de esta guía que autores como Navés (2021) desarrollara el trabajo que

debería realizar la/el psicóloga/o que se desempeña en ese ámbito y que se desarrollará brevemente en este punto.

Con respecto a las/os profesionales de la psicología que trabajan en el ámbito de la medicina reproductiva tienen el objetivo de acompañar y asesorar a todos los participantes durante el proceso. Es importante que se trabaje sobre el protagonismo del cuerpo, los tiempos, lo impredecible, el deseo de un hijo y el lugar que tendrá la maternidad/paternidad. Se espera también que este profesional genere espacios donde se puedan consultar todas las dudas e inquietudes y se aclaren situaciones que en otras circunstancias no son cuestionadas, como por ejemplo quien participará en el momento del parto. Además, sería este profesional quién puede contribuir con la comunicación entre los solicitantes y la gestante (Verdi, 2021).

Sobre el consentimiento informado antes mencionado, es un documento que todos los participantes previos a comenzar con los procedimientos deben firmar, y la mujer gestante debe aceptar de forma consciente el mismo. Se podría discutir hasta qué punto esta mujer es consciente y que modo se utiliza para informar los posibles riesgos que se puedan generar. Algunas de las consecuencias son: tumor de mama, complicaciones vasculares, pérdida de útero, entre otras (Velázquez, 2018; Gamboa, 2023). Aparte de estos riesgos físicos, existen psicológicos, es por eso que la/el psicóloga/o que trabaje en estas situaciones deberá en la primera entrevista con la mujer gestante expresar de forma clara todos los procedimientos que se realizarán y las posibles consecuencias. En esta primera etapa si la mujer gestante tiene pareja y ella lo acepta, se recomienda su presencia (Gerpe, 2018). Este profesional deberá también realizar una evaluación con la gestante previo a comenzar con la técnica, con la finalidad de analizar las características de este sujeto, su accionar, sus reacciones y la manera de interactuar con los demás. Dicho análisis se realiza bajo una concepción bio-psico-social, es decir que se irá modificando la forma de vincularse según el momento. Con la evaluación se espera poder observar las fantasías, deseos, motivaciones, capacidad cognitiva, la estructura de personalidad que tiene, la estabilidad emocional que tiene para poder transitar todo el proceso, la capacidad de tomar decisiones y descartar posibles patologías severas. Todo esto se realiza para luego determinar de qué manera trabajar durante el proceso (Verdi, 2021). Es relevante aclarar que lo antes mencionado corresponde a una gestante que no tiene una relación familiar con los solicitantes. Sin embargo, en los países donde no es obligatorio que la GS sea intrafamiliar, cuando se toma esta decisión, se explora si existió algún conflicto en su historia, y si sucedió, saber los métodos utilizados para resolverlos. También se evalúa el contacto que

tienen entre ellos y la privacidad, informando el posible impacto negativo que puede generar estos procedimientos (Gerpe, 2018).

Las pruebas psicológicas que se realizan son principalmente entrevistas clínicas, pero como esto solo no es suficiente, también se realizan test para investigar aspectos importantes como la ansiedad en la gestante, estrés o posibles existencias de patologías que puedan afectar el proceso. Es recomendable no basarse en una batería estándar de test, sino seleccionar teniendo en cuenta distintos criterios como el nivel cultural, el tiempo de evaluación disponible, entre otros (Gerpe, 2018; Navés, 2021). A pesar de que la evaluación y los test tratan de predecir si una mujer puede sobrellevar la gestación de forma adecuada, no hay forma de asegurar el comportamiento humano. No hay estudios sobre las consecuencias que se puedan generar al momento de realizar la práctica y los factores psicológicos que puedan surgir relacionados a la GS (Gerpe, 2018; Navés, 2021). No todas las mujeres tienen la capacidad de poder gestar un bebé para otra familia en su útero y luego desvincularse, algunas pueden querer generar una relación materna, por eso es muy relevante que los profesionales de la psicología pongan atención en estas situaciones. Todos los estudios físicos y psicológicos que se le realizan a esta mujer que gesta son para saber si está en condiciones de realizar el procedimiento, pero como se mencionó anteriormente, es posible que existan situaciones en donde la gestante acepte todo a lo que se va a someter por necesidad económica y es en estos casos en donde se pueden generar problemas para todas las partes involucradas (Gerpe, 2018).

Otro punto a evaluar por la/el psicóloga/o serían los roles y la capacidad que tenga la mujer gestante de diferenciar el gestar con el materner. También se debe indagar sobre los deseos que tiene cada uno de los participantes, el deseo de un hijo, el deseo de ayudar a otro, saber que movilizó realizar esta técnica (Navés, 2021). Es relevante trabajar sobre la narrativa del origen de ese bebé con todos los participantes ya que mediante la GS, se puede nacer de una aportación genética que quizás nunca se conozca la identidad, se pueden tener hasta cinco progenitores, puede gestar una abuela o desconocido y todo esto posiblemente interfiera en la identidad del sujeto que nace. Por otro lado, es importante también acompañar y asesorar a la familia de la gestante, si así se desea, elaborando una narrativa con esta mujer para abordar con sus hijos si los tiene (Tubert, 2010; Verdi, 2021).

Con respecto a las emociones de la gestante y haciendo referencia nuevamente a la investigación realizada por la BBC británica, las mujeres indias que se sometieron a este procedimiento expresaron que después de meses, incluso años después, sentían dolor y angustia por haber entregado al bebé o por no saber nada del mismo (Vivas, 2022). Son las

emociones de la gestante las que también influyen sobre el bebé durante la gestación, es por eso relevante trabajar el último tema de este trabajo, la epigenética.

2.5. Epigenética

La mujer que gesta puede o no tener ninguna relación biológica con el bebé, sin embargo, por medio de investigaciones se comprobó que existen diferentes factores que transita la mujer gestante que pueden afectar en el bebé como, por ejemplo, el estado emocional (Ceberio y Berardino, 2023). La epigenética analiza la activación o inhibición de determinados genes por medio del ambiente, determinando el fenotipo de la persona. Los procesos epigenéticos determinan el fenotipo de la persona a lo largo de toda la vida, aunque son más relevantes durante la gestación. Son transmisibles a la descendencia, y suceden como consecuencia del medio ambiente, la alimentación y estrés (Mendiri, 2018; Ceberio y Berardino, 2023; Fernández y Olza, 2020).

Cuando se altera el ambiente intrauterino ya sea por motivos nutricionales u hormonales, se generan modificaciones en la expresión génica, y esto modifica el fenotipo, causando riesgo de que padezca determinadas enfermedades (Fernández y Olza, 2020). La modificación epigenética se da en dos niveles. La primera, cuando se transmiten estos cambios a través de la división mitótica de las células y la segunda son los cambios epigenéticos que se pueden transmitir de una generación a otra a través de la meiosis. Uno de los primeros agentes que están en el primer nivel son los glucocorticoides, los cuales son hormonas relacionadas con el proceso metabólico y mental (Bedregal et al., 2010; Fernández y Olza, 2020). Con respecto a estas hormonas glucocorticoides, pueden verse alteradas las cantidades durante la gestación y esto puede alterar la programación epigenética. Las mismas regulan el metabolismo y procesamiento emocional, es por eso que se puede relacionar el estado emocional de la embarazada con la alteración del desarrollo del bebé.

Otras de las consecuencias que pueden generar que una mujer transite durante el embarazo estrés psicológico, depresión y/o ansiedad son: enfermedades cardiometabólicas y/o inmunológicas en la etapa adulta, trastornos neurológicos y psiquiátricos en el bebé. Estas últimas alteraciones tienen posibles vínculos con un mayor riesgo de esquizofrenia, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y trastornos relacionados con la depresión. La salud mental de la mujer también puede producir restricción del crecimiento

intrauterino, partos prematuros y bajo peso al nacer (Mendiri, 2018; Olza, 2018; Bedregal et al., 2010).

Con respecto a la variable estrés, se debe tener en cuenta que influye el momento de gestación que se esté transitando. Autores como Fernández y Olza (2020) detallan que al comienzo del embarazo los eventos traumáticos presentan consecuencias en el bebé como retraso cognitivo y en el lenguaje. Por otra parte, las mujeres que transitaban estrés psicosocial al final del embarazo generaron mejor madurez cognitiva en el bebé. De esta manera se puede observar que las consecuencias no siempre son lineales. Según evidencia, el estrés prenatal puede ser una de las influencias más poderosas sobre la salud mental de ese bebé (Mendiri, 2018). Por otra parte, existen estudios que han comprobado que la exposición de una mujer gestante a factores ambientales nocivos como productos químicos, alcohol y tabaco también producen cambios epigenéticos en el bebé (Mejia-Montilla et al., 2020; Ceberio y Berardino, 2023). También se verificó que si la mujer gestante recibe maltrato físico durante el embarazo, hay más probabilidad de que ese niño/a tenga respuestas alteradas al estrés (Bedregal et al., 2010).

El gran interés que se le ha dado en los últimos tiempos a los efectos ambientales y la relación con el desarrollo de determinadas enfermedades ha generado diversos estudios. Fue por esto que se logró comprobar una relación entre los cambios epigenéticos y enfermedades como es el caso de algunos tipos de cáncer, desórdenes metabólicos, diversos trastornos neuropsiquiátricos y trastornos alimenticios (Ceberio y Berardino, 2023). Es relevante tener en cuenta la importancia que tiene la epigenética en estas situaciones, en donde el embrión puede ser donado por un otro pero la mujer gestante puede influir luego sobre el mismo. De esta manera, se podría generar algún reclamo por parte de los solicitantes (Gamboa, 2023). Durante mucho tiempo se pensaba que las marcas epigenéticas se borraban durante la generación de gametos, sin embargo, aunque se siguen realizando estudios sobre el tema, los resultados y descubrimientos señalan que no todas las marcas se borran (Ceberio y Berardino, 2023). Este enfoque permite entender al cuerpo como permeable, el cual como se mencionó anteriormente, se ve influenciado por el ambiente, por un contexto que influye en cuestiones cognitivas, psicosociales y biológicas. Este cuerpo gestante puede generar en el bebé desregulaciones y/o enfermedades que son causantes de eventos exógenos. La epigenética de alguna manera podría dar respuesta sobre cómo un mismo hecho puede afectar a una persona causando una enfermedad, mientras que otros permanecen sanos (Ceberio y Berardino, 2023). En estos casos, también se debe tener en cuenta que la edad en la que es afectado el organismo por una

epimutación definirá el grado de influencia, siendo la etapa las etapas más propensas la de gestación del feto y los meses posteriores (García, 2016).

Se considera que durante el periodo de crecimiento de los órganos, estos se programan para enfrentar un ambiente particular y si este no corresponde con el de la vida adulta, podrían generarse desequilibrios produciendo la aparición de enfermedades. De alguna manera, la epigenética actuaría como mediador entre el ambiente y el genoma. En los casos de GS esta adaptación se ve alterada de manera dramática. Esto se debe a que en la mayoría de los casos se trata de personas solicitantes que viven en un país desarrollado y una mujer que gesta en países en desarrollo, con condiciones muy diferentes a las que se va a encontrar luego ese bebé. De esta manera, podría desarrollar fácilmente enfermedades, ya que su organismo fue desarrollado para otro ambiente y otra alimentación (García, 2016). Se ha demostrado que la escasez de alimento durante la gestación programa a ese ser humano a un fenotipo epimutado, el cual maximizará la energía durante el resto de su vida. Pero en esos casos donde luego las condiciones para esa persona cambian, la programación epigenética que experimentó durante la etapa de gestación estará desajustada con el entorno, produciendo probablemente enfermedades como obesidad o diabetes tipo 2 (García, 2016).

Como se viene haciendo referencia, la influencia de la mujer gestante es la principal influyente sobre la epimutación, ya sea por la dieta o por el estrés psicológico, independientemente si es portadora de óvulo o no. Se debe dar mucha relevancia al estrés psicológico en un proceso de gestación subrogada, ya que la mujer gestante podría padecer un alto grado debido a dudas, miedos y/o arrepentimientos (García, 2016). Es importante tener en cuenta que el bebé es capaz de reconocer todas las sensaciones que le producen placer y las que rechaza durante la gestación, siendo el útero un lugar en donde se está en constante estimulación y va condicionando el desarrollo del bebé. Estas experiencias luego de nacer se relacionan con las emociones de bienestar y alegría, como también los estímulos de estrés durante la gestación, afecta al temperamento en la adultez del mismo (De Lima, 2021).

Pensar la psicología desde esta perspectiva donde relaciona lo genético y lo ambiental, permite comprender la causa de determinados trastornos mentales, ampliando la posibilidad de diagnóstico y reformulando los tratamientos e intervenciones a seguir. Existen diferentes estudios en animales y humanos que relacionan la experiencia estresante en diferentes momentos de la gestación y posnatal reciente que se relacionan con cambios epigenéticos, generando cambios morfofisiológicos en diferentes áreas del sistema nervioso

y aumentando las probabilidades de desarrollar patologías psiquiátricas en la adultez (Pereira et al., 2018). Así como influye lo que come, bebe o inhale la mujer gestante sobre el bebé a través de las hormonas y la circulación umbilical, también se influye en el temperamento (De Lima, 2021).

3. Reflexión final

En este trabajo se expuso la técnica de gestación subrogada, un tema relevante y controversial con el objetivo de debatir y visibilizar información. En este sentido, se tomarán los distintos temas que se fueron desarrollando y se hará una reflexión al respecto. Primero se desarrolló el concepto de maternidad, el cual ha ido cambiando a lo largo del tiempo considerándola hoy como una construcción social. Esta construcción ha ocasionado la creencia de determinados mitos sobre el rol materno. Durante mucho tiempo se ha intentado quitar la imposición que se le ha puesto a la mujer, con el objetivo de poder vivenciar la maternidad con mayor libertad y lograr identificar el deseo de ser madre. Con respecto a la maternidad asociada a la GS, fue esta última la que generó modificaciones en el concepto de maternidad, así como en las estructuras familiares. De algún modo la GS dejó de ser una “solución” para problemas de infertilidad para pasar a ser una oportunidad para aquellas personas que así lo deseen.

La GS permite que una persona sola o en pareja logre cumplir el deseo de tener un hijo/a, cumpliendo con el derecho sexual y reproductivo que tienen todos los seres humanos. Sin embargo, las diferentes normativas que regulan esta técnica en el mundo, generan que estos derechos puedan ser vulnerados. Por ejemplo, en el caso de los países donde la técnica está legalizada de forma comercial, el costo puede ser tan elevado que no sea accesible para todos. Esta situación hace cuestionar si la técnica está legalizada con el fin de que las personas accedan a un derecho, a su derecho reproductivo, o si su legalización es en respuesta a un negocio.

Haciendo mención de la Ley N. 19.167 que regula las Técnicas de Reproducción Humana Asistida en Uruguay, la misma tiene varios puntos a discutir. Primero, analizar el hecho de no tener la obligatoriedad de realizar test a la mujer gestante, considerando que no cualquier mujer está capacitada para gestar un bebé que luego será entregado a otras personas. Se considera relevante la obligatoriedad de los test a la mujer gestante, para evaluar si está capacitada o no para someterse a una gestación subrogada, a pesar de que la misma sea consanguínea de los solicitantes. Segundo, es fundamental hacer mención de la falta de un representante de la Facultad de Psicología en la Comisión Honoraria de Reproducción Asistida. Surge la interrogante si esta es la causante de que no exista en la Ley la obligación de realizar una evaluación psicológica a todos los participantes. Finalmente, se cuestiona la resolución de la Ley que autoriza que solamente parejas heterosexuales o mujeres solas puedan acceder a esta técnica. En relación a esto, se problematiza la omisión que se le hace al varón, ya sea solo o en una relación homosexual,

vulnerando de esta manera los derechos sexuales y reproductivos de estas personas. A pesar de que en Uruguay exista una Ley de matrimonio igualitario, siguen estas personas incapacitadas de acceder a todos los derechos, quizás porque la maternidad sigue socialmente asociada con la mujer. Por otra parte, según la Ley, la mujer gestante tiene que tener una relación consanguínea de hasta cuarto grado. De esta manera se vulneran los derechos de los solicitantes y de las personas voluntarias, al restringir que la gestante deba tener determinada relación consanguínea.

Otros de los motivos que incita al análisis sobre la técnica de GS, son las consecuencias antes mencionadas sobre el turismo reproductivo y la explotación que se hace sobre la mujer en muchos países. En este trabajo queda en evidencia que la legalidad no garantiza la solución a estos problemas. De todos modos, se podría cuestionar a los países sin ninguna legislación, ya que se posicionan en un lugar de diligencia ante una situación que está sucediendo. Como se discutió, esto genera que exista un traslado a países más desprotegidos, en los cuales la mujer es más susceptible a ser vulnerada. Actualmente, con la reciente pandemia por COVID, quedó en evidencia la realidad de la explotación reproductiva, donde numerosos recién nacidos quedaron al cuidado de su clínica durante meses por la prohibición de viajar que tenían las/os solicitantes (Olza, 2023).

Con respecto al rol del psicóloga/o en los casos de gestación subrogada, como se mencionó anteriormente, es relevante que este realice un trabajo interdisciplinario con otros profesionales, que se forme específicamente para realizar las diferentes tareas que debe ejercer durante el proceso y tener conocimiento actualizado sobre el tema. En su trabajo debe aportar una mirada sobre las características de la personalidad que tiene cada participante, explicar los posibles riesgos que se puedan generar durante el proceso, generar espacios para reflexionar y acompañar, como también fomentar el trabajo en equipo. Como la GS afecta a nivel psicológico y emocional a todos los participantes, y también a las personas que los rodean, es importante que la/el psicóloga/o trabaje con todos si es posible.

Otro de los temas trabajados fue la posición de los movimientos feministas frente a la gestación subrogada. Se podría entender que la maternidad fue un punto de inflexión para el feminismo y la técnica de gestación subrogada ha vuelto a generar disputas en este movimiento. El movimiento feminista que esta en oposición a la técnica, destacan el abuso que reciben la mayor parte de las mujeres que gestan de forma comercial, como por ejemplo debido al poder que se genera sobre su cuerpo por medio de los “contratos” que se realizan. Un ejemplo del uso de este poder sería en las situaciones en las que se informa

que el bebé tiene algún problema de salud y donde los solicitantes pueden obligar a la gestante a interrumpir el embarazo, sin importar la opinión de la misma. Sin embargo el movimiento que está a favor de la técnica considera que esta mujer gestante tiene el derecho de decidir sobre su cuerpo y el gestar para un otro.

Respecto al cuarto objetivo de este trabajo, sobre problematizar algunos aspectos a partir de los aportes que brinda la epigenética, es un tema que se viene investigando y aceptando más entre la comunidad científica. Se ha observado cierta predisposición sobre determinadas enfermedades, tanto enfermedades físicas como trastornos mentales en la adultez, las cuales tienen su origen durante la etapa embrionaria por una epimutación. Con los autores presentados en este trabajo, se dejó en evidencia cómo la alimentación y el estrés que puede transitar una mujer cuando gesta, genera consecuencias en el bebé. Si se toma en cuenta que en los casos de gestación subrogada, las mujeres gestantes transitan mayor nivel de estrés por todo lo que implica el procedimiento, sería relevante hacer énfasis en este tema tan importante que es la epigenética. Por otra parte, se debería debatir sobre el alto porcentaje de cesáreas programadas que se realizan con esta técnica. Considerando que el nacimiento es un evento traumático para una persona, es importante lograr reducir y no perturbar el mismo, de esta manera se podría observar el incumplimiento que se hace sobre los derechos sexuales y reproductivos en este nacimiento, el cual no respeta el tiempo biológico y psicológico de este bebé. Finalmente, al ser la gestación subrogada una técnica que genera un desafío para las diferentes áreas desarrolladas en este trabajo, se enfatiza la relevancia de seguir investigando sobre el tema. Esto sería pertinente, ya que existe una escasez de resultados sobre el impacto, tanto físico como psicológico, en los participantes.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, J; Bedoya, J. y Osorio, L. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Revista Poiésis*, 306-313.
- Alcalá, I. (2015). Feminismo y maternidades en el siglo XXI. *Dilemata*, (18), 63-81.
- Álvarez, C., Olavarría, M. E. y Parisi, R. (2017). Repensando el feminismo: el debate de la gestación subrogada en México, España e Italia, *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, (2), 7-42.
- Amez, J. G. y Ayala, M. M. (2017). Turismo reproductivo y maternidad subrogada. *DS: Derecho y salud*, 27(1), 200-208.
- Argentina (2019, julio 23). Ley 26862 de 2013. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Decreto Reglamentario No. 956. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-956-2013-217628>
- Aznar, J. y Martínez, M. (2019). Gestational Surrogacy: Current View. *The Linacre quarterly*, 86(1), 56–67. <https://doi.org/10.1177/0024363919830840>
- Bedregal, P., Shand, B., Santos, M. y Ventura-Junca, P. (2010). Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. *Revista médica de Chile*, 138(3), 366-372. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300018>
- Bromfield, N. F. y Rotabi, K. S. (2014). Global Surrogacy, Exploitation, Human Rights and International Private Law: A Pragmatic Stance and Policy Recommendations. *Global Social Welfare*, 1, 123-135. <https://doi.org/10.1007/s40609-014-0019-4>
- Cámara de Representantes (2022). *Técnicas de reproducción asistida: Modificación de los artículos 25 y 31 de la Ley No. 19.167* [Proyecto de ley]. <http://www.diputados.gub.uy/proyectos/tecnicas-de-reproduccion-humana-asistida-modificacion-de-los-articulos-25-y-31-de-la-ley-n-19-167/>
- Candal, L. (2010). La maternidad intervenida. Reflexiones en torno a la maternidad subrogada. *Revista Redbioética*, 1(1), 174-188.
- Ceberio, M. R. y Berardino, B. G. (2023). Contexto, ser humano y epigenética. *Interdisciplinaria*, 40(1), 81-97.
- Conselho Federal de Medicina (2017, noviembre 10). [Resolución 2168: Adopta las normas éticas para el uso de técnicas de reproducción asistida]. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>
- De Grado, M. (2011). Semen, óvulos y úteros nómadas: Representaciones sobre mujer, maternidad y nuevas técnicas de reproducción asistida. *Revista de comunicación y tecnologías emergentes*, 9(1), 161-174.

- De Lima, F. (2021). *Nacemos, la perspectiva del bebé*. [Tesis de grado, Universidad de la República].
- Díaz, P. D. (2022). Esterilidad e infertilidad: diagnóstico y tratamiento. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(2), 70-73. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.03.009>
- Fernández, L. y Olza, I. (2020). *Psicología del Embarazo*. Editorial Síntesis. ISBN: 978841357055
- Gamboa, G. (2023). Maternidad subrogada a debate. *Persona y Bioética*, 27(1):e2711. <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.1.1>
- García, D. (2016) Epigenética y gestación por sustitución: más razones a favor de una regulación internacional para un negocio global. *Anuario mexicano de derecho internacional*, 17, 329-368.
- Gereda, L. (2023). Construcción social de la maternidad: desmitificando la ecuación mujer=madre como destino ineludible. Articulación teórica desde la Psicología. [Tesis de grado, Universidad de la República].
- Gerpe, D. G. (2018). Gestación Subrogada: aspectos psico-sociales. *Dilemata*, (28), 21-40.
- Ivanoff, R. (2020). *Yo lo parí, pero no es mi hijo: recorrido normativo y psicológico de la gestación subrogada*. [Tesis de grado, Universidad de la República].
- Jiménez, F. (2018) Una aproximación a la posición del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre la gestación subrogada. *Revista de Derecho, Empresa y Sociedad (REDS)*, 12, 42-54.
- Matorras, R. (2005). ¿Turismo reproductivo o exilio reproductivo?. *Revista Iberoamericana de fertilidad*, 22(2), 85.
- Mejía-Montilla, J., Reyna-Villasmil, N. y Reyna-Villasmil, E. (2020). Programación fetal y modificaciones epigenéticas relacionadas al folato. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1), 41-46. <https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2230>
- Mendiri, M. (2018). Gestación subrogada desde una perspectiva biomédica: lo que el debate científico puede añadir a la discusión ética. *Dilemata*, (28), 13-19.
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyche (Santiago)*, 15(2), 93-103.
- Montesano, Haydée (2017, 29 de noviembre-2 de ediciembre). La gestación subrogada, el debate y el uso de los cuerpos [Ponencia]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación y XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-067/48>
- Navés, F. A. (2021). Entrando en tema. En F. A. Navés (Comp.), *Cuerpos gestantes* (1ra ed., pp. 13-14). Nueva Editorial Universitaria.

- Navés, F., Aguas, N. y Abelaira, P. (2021) La evaluación psicológica. En F. A. Navés (Comp.), *Cuerpos gestantes* (1 ed., pp. 215-238). Nueva Editorial Universitaria.
- Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad.
- Olza, I. (2018). Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. *Dilemata*, (28), 1-12.
- Olza, I. (31 de marzo de 2023). *Nuevo artículo: Psicología del embarazo subrogado*. <https://iboneolza.org/2023/03/31/psicologia-del-embarazo-subrogado/>
- Ormart, E. (2020). *Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida* [Premio Facultad de psicología].
- Orsi, L. (2015). *La maternidad de la sociedad patriarcal: una construcción social alienante*. [Tesis de grado, Universidad de la República].
- Pereira, A., Neris, A. y Oliveira, I. (2018) Epigenética e psicología: uma possibilidade de encontro entre o social e o biológico. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 34, 15-36. <https://doi.org/10.31492/2184-2043.rilp2018.34/pp.15-36>
- Pérez, Y. (2018). Gestación subrogada: una revisión etnográfica para contribuir al debate en México. *Debate feminista*, 56, 85-109.
- Pesino, C. (29 de noviembre- 2 de diciembre de 2017). El cuerpo de la mujer en las nuevas técnicas de reproducción humana asistida: El rol del psicólogo, sus repercusiones y posibles caminos de simbolización [Ponencia]. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-067/58>
- Pesino, C. (2021). Cuando el cuerpo no puede (igual se puede ser madre). En F. A. Navés (Comp.), *Cuerpos gestantes* (1 ed., pp. 279-290). Nueva Editorial Universitaria.
- Sánchez, D. M. (2022). La gestación por subrogación en Uruguay. En N. Espejo, C. Fenton-Glynn, F. Lathrop y J. M. Scherpe (Eds.), *La gestación por subrogación en América Latina* (1 ed., pp. 373-394). Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Torres, N. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. *Persona* (9), 203-215.
- Uruguay (2013, noviembre 11). Ley n. 19.167: Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida. <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de psicologia*, 12(2), 161-174.
- Velázquez, L. (2018). Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. *Dilemata*, (26), 15-25.
- Verdi, M. (2021) ¿Qué hacemos los psicólogos en gestación por sustitución?. En F. A. Navés (Comp.), *Cuerpos gestantes* (1 ed., pp. 193-214). Nueva Editorial Universitaria.

Vidal, C. (2001). Esterilidad e infertilidad humana: Abordaje y tratamientos. *Revista Farmacia Profesional*, 15(8), 96-101.

Vivas, E. (2022). *Mamá desobediente: Una mirada feminista a la maternidad*. Capitan Swing