

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Técnicas reproductivas y cuerpo femenino: ¿instrumentalización o deseo?.

Navés, Flavia Andrea.

Cita:

Navés, Flavia Andrea (2017). *Técnicas reproductivas y cuerpo femenino: ¿instrumentalización o deseo?. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/52>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/xqz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TÉCNICAS REPRODUCTIVAS Y CUERPO FEMENINO: ¿INSTRUMENTALIZACIÓN O DESEO?

Navés, Flavia Andrea

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El desarrollo tecno-científico ubica al cuerpo femenino como instrumento de una técnica que ofrece las garantías del acceso a la maternidad/paternidad de quienes no podían serlo. La mayor parte de estos adelantos producidos en el campo de la biotecnología se ven reflejados en los avances realizados en materia de derechos reproductivos. En el campo de la subjetividad estos avances se ven reforzados y a la vez refuerzan el mandato social que le atribuye a la mujer el deseo de ser madre. ¿Qué empuja a una mujer a someterse a un sinnúmero de tratamientos de fertilidad? ¿Qué lugar para el deseo de maternidad? Serán estos interrogantes los que guíen el análisis del presente escrito.

Palabras clave

TRHa, Deseo, Instrumentalización

ABSTRACT

REPRODUCTIVE TECHNIQUES AND FEMALE BODY: INSTRUMENTALIZATION OR DESIRE?

The techno-scientific development places the female body as an instrument of a technique which offers guarantees of Access to the motherhood/fatherhood of those who can not be. Most of these advances produced in the field of biotechnology are reflected in the progress made in reproductive rights. In the field of subjectivity these advances are reinforced and at the same time reinforce the social mandate which attributes the desire to be a mother to a woman. What pushes a woman to undergo countless fertility treatments? What is the place for motherhood desire? It will be these questions that guide this work.

Key words

AHRT, Desire, Instrumentalization

INTRODUCCIÓN

El avance tecno-científico favorece el acceso a la maternidad/paternidad de quienes no pueden serlo. Este avance se ve reflejado en la ampliación de derechos reproductivos, pero, también en las lagunas legales que se presentan en la reglamentación del destino de los embriones extracorpóreos y la gestación por sustitución.

Pese a esto, en el campo de la subjetividad, la mujer se ve empujada por el anhelo de ser madre a realizar un sinnúmero de tratamientos reproductivos; siendo el cuerpo femenino el que experimenta la rigurosidad de los mismos.

En este escenario de derechos sin derechos en el campo de la salud sexual y reproductiva realizaremos nuestro análisis guiado por los siguientes interrogantes: ¿Qué empuja a una mujer a so-

meterse a un sinnúmero de tratamientos de fertilidad? ¿Qué lugar para el deseo de maternidad?

DERECHOS QUE AVANZAN PERO NO ALCANZAN

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley N° 25.673 del año 2002) tiene como misión promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar las oportunidades para el *acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Si bien entre sus objetivos no se encuentra explícitamente la prevención y el tratamiento de la infertilidad, hace mención a la prevención y la detección precoz de las enfermedades de transmisión sexual y las patologías genitales que pueden causarla.

Es recién en el año 2010 que la Provincia de Buenos Aires universaliza los problemas relacionados con la infertilidad, sólo en el caso de matrimonios heterosexuales, a partir de la sanción de la Ley N° 14.208 de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires. Ley que sirvió de antecedente a la Ley Nacional N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, sancionada y reglamentada en 2013. Esta última ley define a la reproducción médicamente asistida como un conjunto de procedimientos y técnicas médico-asistenciales para la consecución de un embarazo y comprende a las técnicas de baja y alta complejidad que incluyen o no la donación de gametos y/o embriones. Asimismo garantiza el acceso integral a los tratamientos a toda persona o pareja que lo requiera sin restricción de edad, de estado civil u orientación sexual.

Más allá del avance legislativo en materia de derechos sexuales y reproductivos hay deudas pendientes; deudas que ubican el acceso a la maternidad mediante la gestación por sustitución y el destino de los embriones extracorpóreos en una misma laguna legal que se apoya en los discursos morales que utilizan al estatuto jurídico del embrión como estandarte para impedir la promulgación y/o actualización de leyes que garanticen genuinamente los derechos reproductivos.

LA CIENCIA Y SU AVANCE

Según algunos historiadores en el año 1776 se produjo la primera asistencia médica para lograr un embarazo; fue el cirujano John Hunter quien tomó con una jeringa el semen de un hombre con hipospadia (deformación del pene que hace que al momento de la eyaculación el semen caiga fuera de la vagina) para depositarlo en la vagina de su mujer. En 1866, el ginecólogo estadounidense James Marion Sims publicó su libro sobre esterilidad, donde incluyó un capítulo sobre la fecundación artificial. Allí describe la supervivencia de los espermatozoides en el moco cervical y vaginal y algunas técnicas muy primitivas para mejorar la acción del semen

como fecundante.

En 1933 Ogino y Knaus demostraron la relación entre el ciclo femenino normal y la ovulación dando lugar al nacimiento del método calendario de anticoncepción según las fechas del ciclo.

Los avances científicos en el campo de la reproducción humana asistida continuaron y fue en 1969 que un biólogo inglés, Robert G. Edgard, corroboró la fecundación de ovocitos *in vitro*; pero, recién en 1973 el equipo de Monashen consiguió, mediante técnicas de fecundación *in vitro*, el primer embarazo cuya gestación sólo duró unas pocas semanas.

Finalmente, en el Reino Unido en el año 1978, Patrick Steptoe y Robert G. Edwards lograron el nacimiento de Louis Brown, el primer bebé de probeta de la historia de la humanidad.

Actualmente las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), según la definición médica, conforman un conjunto de técnicas biomédicas en las que la fecundación se produce prescindiendo del acto sexual. Para Santamaría Solís (2001) estas técnicas reproductivas no conforman métodos de reproducción artificial ya que no suplantán mediante elementos artificiales o no biológicos al organismo masculino o femenino en la función procreativa.

Asimismo, según la dificultad del tratamiento pueden clasificarse en técnicas de Baja Complejidad (BC) o intracorpóreas y técnicas de Alta Complejidad (AC) o extracorpóreas. Sin embargo, en el campo de la subjetividad definir las técnicas como prácticas de baja o alta complejidad “supone un reduccionismo de este nuevo fenómeno social” (Vecslir; 2015: 141).

Dentro de las técnicas de baja complejidad el proceso de fecundación o fertilización del óvulo u ovocito por el espermatozoide se efectúa en el interior del aparato reproductor femenino y puede utilizarse gametos donados o propios de la pareja; dentro de éstas se encuentran los tratamientos a base de hormonas que estimulan la ovulación y su sincronización con las relaciones sexuales y la inseminación intrauterina. Con esta técnica los espermatozoides se depositan directamente en el útero, evitando su tránsito por la vagina. La llegada de los espermatozoides hasta el óvulo y la fecundación se efectúan del mismo modo que en el proceso fisiológico normal mientras que en el caso de las técnicas de alta complejidad la fecundación se produce en el exterior del tracto reproductor femenino. Dentro de este último grupo se encuentran la fertilización *In-Vitro* (FIV) y la Inyección Intracitoplasmática (ICSI).

La FIV consiste en la extracción de los ovocitos de la mujer para luego fecundarlos con el espermatozoide de la pareja o de un donante fuera del cuerpo femenino; esta técnica consta de diversas etapas:

- Es necesario, previa hiperestimulación ovárica por vía transvaginal, recoger óvulos. Este procedimiento, al que la mujer se expone tanto para concretar su anhelo de tener hijos como para donar óvulos, conlleva un tratamiento hormonal para poder inducir una ovulación múltiple y no puede repetirse indiscriminadamente.
- Se utiliza un medio de cultivo para lograr la maduración de los ovocitos extraídos y se recogen y se capacitan los espermias para, luego, co-cultivar los ovocitos y los espermatozoides y verificar, posteriormente, la fecundación y segmentación del cigoto.
- Se seleccionan los embriones más “aptos” sobre la base de la aplicación de criterios morfológicos para escogerlos, situación

que supone una decisión externa a la pareja.

- Se realiza la transferencia intrauterina de los embriones más aptos y se congelan los sobrantes (criopreservación de embriones)

La (ICSI), que se realiza mediante la inserción mecánica del espermatozoide en el interior del ovocito, requiere de una manipulación de los gametos mediante pipetas y agujas de punta extremadamente fina (capilares) para facilitar al máximo la penetración de los espermatozoides en el óvulo a fecundar. En esta modalidad la punta de la pipeta que contiene al espermatozoide perfora la membrana citoplásmica del óvulo y deposita al gameto masculino en el interior de su citoplasma.

De las técnicas de alta complejidad se desprende la maternidad subrogada ya que el embrión, en lugar de ser transferido al vientre de la mujer que integra la pareja, es transferido al vientre de una mujer externa a la misma (la gestante). Esta práctica no está regulada en nuestro país y se encuentra a la espera de la sanción de la Ley especial que la contempla y regula. Este vacío legal no impide que algunos centros de reproducción la realicen bajo ciertas condiciones.

¿DESEO O DEMANDA SOCIAL?

Cada sociedad define, de acuerdo con su cultura, las pautas de comportamiento que sus integrantes deben seguir con la finalidad de mantener el orden social necesario para que dicha organización pueda sostenerse. Pautas de comportamiento que levantan barreras psico-sociales y jurídicas sin contemplar el padecimiento subjetivo de las mujeres que toman la decisión de exponer su cuerpo a tratamientos invasivos para acceder a la maternidad.

¿Qué creencias subyacen en la sociedad y condicionan la decisión de una mujer de ser madre?

La cultura le atribuye a la mujer el deseo de ser madre otorgándole identidad y valoración social. Valoración social que, encarnado en el mandato social, le otorga a las técnicas reproductivas un saber sabido y compartido que concede certezas suturando la falta estructural que le impide a la mujer convertirse en madre y, al mismo tiempo, reivindicando lo genético como vínculo de parentesco, redefiniendo viejas discusiones y planteando nuevas.

Los aportes de Leila Vecslir (2015), en el campo de la subjetividad, son indiscutibles. Esta autora considera que estas técnicas “imitan” a la reproducción sexual y al mismo tiempo la desafían ya que, por un lado, extienden sus límites al realizar la fecundación extracorpórea en el laboratorio y, por el otro, proponen modificaciones sobre el parentesco al dividir las antiguas dimensiones de la maternidad/paternidad en genes/cromosomas, útero/gestación y aspectos legales/sociales. Reconstruyendo, al mismo tiempo, el proceso en el que interviene.

En la misma línea de pensamiento la filósofa española Ascensión Cambrón (2001) considera que la fertilidad en la mujer es una exigencia cultural y el deseo de tener hijos es sobre todo un deseo social de realización; cuando ese deseo resulta imposible la mujer experimenta una “desgracia” biológica suprema que lo convierte en obsesión y la reproducción deviene “un deber” que otorga perpetuidad a la especie. “La infertilidad deviene un recorrido jalonado por etapas, a través de las cuales las dificultades procreativas se

van poniendo en relación con el pasado sexual y reproductivo, con el presente narrativo de persona infértil y el futuro signado por el deseo (a veces ya retrospectivo) de descendencia” (Ariza; 2014: 45)

INSTRUMENTALIZANDO EL CUERPO

Según Vecslir (2015) la medicina reproductiva entrelaza deseos y perspectivas de cada uno de los actores que intervienen en la trama reproductiva y, al mismo tiempo, es parte de un entramado social y económico que no se reduce a la oferta y la demanda de soluciones reproductivas.

Para esta autora, la medicina reproductiva, por un lado, permite la concepción y, por el otro, es experimentada como una intrusión en un proceso que debería darse con la menor intervención científica. Asimismo, esta autora ubica en el marco de los cambios producidos por el avance biomédico, que permite separar a los gametos del cuerpo que los producen para reorganizar el proceso reproductivo, las implicancias sociales y políticas que acompañan las nuevas concepciones de sujeto, de cuerpo, de salud y de enfermedad así como los nuevos modos de intervención de lo vital y de la modulación subjetiva.

En este escenario los especialistas conocen en detalle la técnica; los pacientes elaboran estrategias de información-silencios para atravesar el proceso, para evitar las presiones socio-familiares y/o los desacuerdos que surgen en el entorno cuando se inicia un tratamiento con el objetivo de lograr un embarazo.

¿Y la mujer? La mujer, haciendo eco del discurso de la ciencia que contribuye indirectamente a fomentar la demanda para conseguir descendencia, entrega su cuerpo a la ciencia construyendo diversos sentidos en torno a la técnica y la instrumentalización del proceso reproductivo.

“El médico te propone arrancar con una inseminación, para lo cual antes tenés que estimularte los ovarios aplicándote unas inyecciones de hormonas que hagan crecer más rápido más cantidad de folículos que a su vez expulsan más óvulos y te den más chances de fecundación cuando el médico inyecte los espermatozoides más fuertes de la serie en el fondo del útero” (Mantero; 2016: 50)

Es el discurso médico el que articula esa demanda, enlazando con pulsiones preexistentes sin articular y generando expectativas en las parejas con problemas, trazando las prioridades, las formas de tratamiento y lo que es también importante, definiendo lo que sea la “esterilidad” (Cambrón; 2001: 4)

En síntesis, el discurso médico despliega una fascinación por la técnica que se traduce en la instrumentalización del cuerpo femenino; instrumentalización que da cuenta, al decir de Caligaris (1987), de una alienación de la subjetividad femenina que se coloca como instrumento de un saber supuestamente sabido y compartido por todos.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las biotecnologías reproductivas reactualizan la reproducción como espacio de disputas materiales y simbólicas. La difusión de las prácticas de reproducción asistida provoca redefiniciones sobre qué es la naturaleza y qué es la ciencia (tanto en discursos expertos como en el discurso de sentido común); nos enfrentan a nuevos interrogantes en torno a cómo intervenir en la naturaleza y

hasta qué punto, o en qué casos sí y en qué casos no debería ser intervenida. A la vez, nos obliga a repensar los significados de dicha intervención: si ésta constituye una alteración de un estado natural que debería preservarse tal como es o, por el contrario, si la intervención constituye un complemento, una ayuda u *optimización* de lo natural” (Vecslir; 2015: 141). Pero, más allá de cualquier cálculo en cada mujer y/o en cada pareja que recurre a las técnicas para acceder a una maternidad/paternidad que no llega se ve reflejado el sufrimiento por un deseo no cumplido.

BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, L. (2014). “La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir”. En *Sexualidad, Salud y Sociedad REVISTA LATINOAMERICANA*. N° 18 - dec. 2014 - pp.41-73 / Ariza, L. / www.sexualidadsaludysociedad.org.
- Caligaris, C. (1987). *La seducción totalitaria*. En *Psyché*, 1987
- Cambrón, A. (2001) “Fecundación in vitro agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos”. En Ascensión Cambrón (ed.), *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*, Trotta, Madrid, 2001, p. 165-210.
- Ley N° 25.673. (2002) Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley N° 14.208 de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires.
- Ley N° 26.862. (2013) Ley de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.
- Mantero, L. (2016). *El deseo más grande del mundo. Testimonios de mujeres que quieren ser madres*. Paidós, Argentina.
- Santamaría Solís (2001). *Técnicas de reproducción asistida. Manual de Bioética*. Editorial Ariel. Pág. 37-47
- Vecslir, L. (2015). “«I’m a normal pregnant person»: análisis exploratorio de videoblogs sobre infertilidad y tecnologías reproductivas”. En *Entramados y perspectivas. Revista de la carrera de sociología*, vol. 5, núm. 5, págs. 135-152 (oct. 2014/sept. 2015). Recuperado de <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/entramadosyperspectivas/article/view/1498>
- Winocur, M. (2012). “El mandato cultural de la maternidad. El cuerpo y el deseo frente a la imposibilidad de embarazarse”. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de investigaciones jurídicas.

SITIOS WEB CONSULTADOS

- <http://aacera.com.ar/>
<http://www.nuevocodigocivil.com/>
<http://www.samer.org.ar/>