

# **APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA REFLEXIÓN SOBRE LOS DILEMAS ÉTICOS EN EMBRIONES CRIOPRESERVADOS.**

Lima, Natacha Salomé y ORMART , ELIZABETH BEATRIZ.

Cita:

Lima, Natacha Salomé y ORMART , ELIZABETH BEATRIZ (2018).  
*APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA REFLEXIÓN SOBRE LOS DILEMAS ÉTICOS EN EMBRIONES CRIOPRESERVADOS. Revista Mexicana de Psicología,.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/34>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p70c/f3C>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*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>.*

## RESUMEN

Los dilemas que rodean el comienzo de la vida humana -y con ello las distintas representaciones que adquiere el embrión *in vitro*- confrontan a los profesionales de la salud con desafíos respecto el rol profesional. Asimismo, la falta de una normativa específica conduce muchas veces a la judicialización de los casos. Por eso nos hemos propuesto indagar, a través de una metodología cuali-cuantitativa, las representaciones asociadas al embrión humano en una muestra de 45 profesionales de la psicología de la Republica Argentina. El análisis examina las respuestas frente a cuatro situaciones problemáticas seleccionadas, con el fin de evaluar las competencias profesionales y las estrategias de intervención ante la resolución de conflictos. La selección de los escenarios (equivocación en la transferencia embrionaria, selección de sexo y destinos de embriones en casos de muerte o de disolución del vínculo matrimonial) invita a los profesionales a reflexionar sobre los fundamentos de su práctica, y sobre el alcance de las intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud reproductiva. El análisis de las competencias profesionales ha demostrado la necesidad de construir equipos de trabajo interdisciplinarios, donde el aporte de la psicología implique el resguardo del espacio de tramitación simbólica, la dimensión subjetiva, y la integridad de pacientes y usuarios.

Palabras clave: embrión in vitro, ética, filiación, competencias, tecnologías reproductivas, subjetividad

## Abstract

This technical report is the result of a quali-quantitative research aimed at making visible the representations associated with the human embryo and the proposed interventions for the resolution of ethical conflicts in a sample of 45 psychologists from Buenos Aires City, Argentina. The absence of a specific law that regulates the medical practice with human embryos confronts healthcare professionals with difficult situations. The different intervention strategies that were proposed by the respondents have been investigated from the analysis of four clinical scenarios: 1) wrong embryos transferred in IVF, 2) sex selection due to family balance, 3) post mortem embryo transfer, 4) pos divorce embryo transfer. The analysis of professional competences has demonstrated the need to build interdisciplinary work teams, where the contribution of psychology implies the protection of the subjective dimension and the integrity of patients and users.

Key words: Human embryo, ethics, filiation, competencies, reproductive technologies, subjectivity

# APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA REFLEXIÓN SOBRE LOS DILEMAS ÉTICOS EN EMBRIONES CRIOPRESERVADOS

## 1. INTRODUCCIÓN

Los avances en medicina reproductiva de los últimos años, entre los que se cuentan: las mejoras en los dosajes hormonales para la recolección de ovocitos de una calidad superior, los adelantos en las técnicas de *vitrificación* de ovocitos y embriones; la precisión en los momentos de implantación, y toda la asistencia tecnocientífica en los embarazos a partir de *FIV* o *ICSI* han dado por resultado *transferencias* unitarias con altas tasas de embarazo. Como contrapartida de estos adelantos médico-científicos, se constata un aumento en el número de *embriones sobrantes*, muchos de los cuales se encuentran *abandonados* (Lima et al., 2018).

El dilema jurídico que supone determinar el status legal del embrión humano sienta las bases de una serie de dificultades que afectan directamente a pacientes y usuarios que requieren de técnicas de alta complejidad reproductiva para conformar sus familias, a las clínicas y centros de reproducción asistida, pero también atañe a legisladores, organismos gubernamentales y a la comunidad científica en general.

La modificación de la que fue objeto el texto del artículo 19 del Código Civil y Comercial Argentino proyectado por el poder ejecutivo en junio de 2012 suprime la especificación que introducía el recurso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), haciendo necesario un rodeo en la interpretación del término “*concepción*” por medio de otras disposiciones regulatorias y leyes vigentes, nacionales y regionales. El artículo vigente<sup>i</sup> sanciona que *el comienzo de la existencia ocurre en la concepción*,

estableciendo en una disposición transitoria que: *“la protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial.”*

Mientras que la propuesta original diferenciaba entre los concebidos en el seno materno, de los embriones concebidos por técnicas de reproducción asistida, la redacción final aprobada y que hemos transcrito unifica el comienzo de la existencia de la persona en el momento de la concepción, sin distinciones de forma o lugar.

Esta no especificación interroga el alcance de muchas de las prácticas que actualmente se llevan a cabo en embriones criopreservados, y sobre todo imposibilita determinar el destino de los mismos cuando los progenitores no desean continuar la criopreservación, o cuando existen disputas o el fallecimiento de uno de los titulares.

A la luz del marco normativo vigente (CCyC, 2015, artículo 560) la firma del consentimiento informado para utilizar las técnicas *"debe renovarse cada vez que se procede a la utilización de gametos o embriones"* es decir la *voluntad procreacional* debe ser ratificada ante cada transferencia.

Si bien contamos con un avance en materia de derechos reproductivos, las referencias del CCyC a las prácticas con embriones resultan insuficientes, dando cuenta de las dificultades e inconsistencias internas en su promulgación. En marzo de 2017 se presentó un *proyecto de ley integral de técnicas de reproducción humana médicamente asistida*<sup>ii</sup> que para el caso de los embriones contempla: 1) la utilización por parte de los titulares para posteriores tratamientos de fertilización, 2) la donación a terceros con fines reproductivos, 3) la donación para la investigación científica y 4) el cese de la criopreservación o descarte.

El texto establece además que los embriones sobrantes se criopreservarán por un período máximo de 10 años, pero “*vencido el plazo y de persistir el silencio, el destino es la investigación.*”<sup>iii</sup> Si bien esta instancia normativa no ha sido aprobada aún, es un antecedente importante y esperamos que este informe pueda contribuir a profundizar la reflexión en torno a las particularidades que debieran considerar las propuestas regulatorias en este ámbito.

La ausencia normativa y regulatoria sobre aspectos que son centrales descuida a pacientes y usuarios de TRHA, dejando una gran responsabilidad en la autoregulación de los centros y clínicas de fertilidad. Muchos de los problemas cotidianos deben ser resueltos por los profesionales según el criterio de su ética profesional y juicio crítico, o bien judicializando los casos que no pueden resolverse de otro modo. Ejemplos de las difíciles decisiones que deben tomarse en casos de divorcio, separación o muerte de uno de los progenitores serán analizados en este informe.

Estos problemas precipitan la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios en pos de generar la actualización e interlocución de saberes y prácticas complementarias, inscriptas en contextos institucionales atravesados por coordenadas socio-políticas, económicas y epistemológicas que no pueden desatenderse. En una sociedad plural, no puede imponerse una ética de máximos para todos, sino que se deben buscar unos *mínimos éticos* compartidos que garanticen la convivencia (Cortina, 2000; Fabre et al, 2009).

A partir del análisis de las respuestas de los profesionales de la psicología a las situaciones dilemáticas seleccionadas (viñetas) se explicitarán los modos de resolución de conflictos, y las *competencias profesionales* empleadas en las intervenciones

propuestas. La labor del psicólogo en el ámbito de la reproducción asistida requiere, además de la formación y actualización continua –es decir, de las *competencias cognitivas* que suponen el conocimiento e instrumentación de los consentimientos informados, de las normativas y disposiciones vigentes, de los códigos de buenas prácticas y de las particularidades específicas de los tratamientos reproductivos- desarrollar las *competencias éticas y sociales* para que tanto la interpretación, como la ponderación de las distintas instancias, pueden generar un espacio de tramitación simbólica de los efectos subjetivos (*dimensión clínica*) que generan las intervenciones médicas.

La labor del psicólogo orientado a la reproducción asistida supone articular el tránsito de los pacientes y usuarios de TRHA en lo que respecta al sostén del tratamiento y a los distintos avatares que surgen del mismo. Su función es doble: oficia de interlocutor entre las necesidades de los pacientes y las posibilidades terapéuticas que ofrece el equipo médico-asistencial, desempeñándose como un operador preocupado por resguardar la dimensión subjetiva y la integridad psicofísica de pacientes y usuarios.

Pensar a la psicología como una herramienta técnica al servicio de mejorar los resultados médicos, disminuyendo los niveles de ansiedad y mejorando la adaptación de los pacientes a los ritmos del tratamiento, supone desatender la función clínica y ética de un operador de salud mental. Esperamos que la función adaptativa no sea el único papel posible para la psicología en este ámbito, por el contrario, nuestro deseo es el de suplementar la visión eficientista de la tarea psicológica hacia una posición crítica, reflexiva que tenga como horizonte la dignidad e integridad de los pacientes y usuarios

de las técnicas. En este sentido, esperamos que la tarea de intervención médica con seres humanos pueda verse enriquecida con esta metodología de abordaje.

## **2. OBJETIVOS**

El *objetivo* del estudio es describir las representaciones y percepciones asociadas al embrión en profesionales de la psicología y la implicación en la práctica ética del psicólogo en reproducción asistida. A partir del análisis interpretativo de 4 viñetas, nos proponemos deducir las estrategias de intervención, las limitaciones y competencias del psicólogo en una serie de dilemas éticos seleccionados.

Los *objetivos específicos* son: a) ponderar el proceso de toma de decisiones, b) detallar las propuestas de intervención; c) relacionar las respuestas con el estado del arte y con las normativas vigentes; d) examinar el grado de conocimiento técnico emanado de las situaciones reseñadas (ej.: deseo de hijo vs demanda de tratamiento); e) evaluar el juicio profesional frente a destinos problemáticos en embriones criopreservados.

## **3. METODOLOGÍA**

El diseño de investigación es cualitativo desde un modelo teórico inductivo e hipotético deductivo con estudio de casos a partir de muestreo teórico. Con muestreo de conveniencia para participantes de encuestas.

La muestra teórica fue de cuatro viñetas articuladas bajo el principio de triangulación a partir de entrevistas semi-estructuradas. En el marco del proyecto de investigación científica UBACyT en curso se entrevistó a médicos, eticistas, juristas, biólogos, genetistas, entre otros, se recabó información documental y base de datos. Luego del relevamiento, se seleccionaron los siguientes criterios: dilema ético; criopreservación de



embriones; legislación del código civil y normas y decretos complementarios de Argentina; motivaciones en el diagnóstico genético preimplantatorio; destino de embriones *post mortem* y destino posdivorcio; pertinencia ética y legal de la interrupción del embarazo. Para la exploración de los criterios, se seleccionaron cuatro viñetas clínicas: 1) un caso de mala praxis en embriones intercambiados, 2) una demanda de diagnóstico genético preimplantatorio por motivo de balance familiar, 3) un caso de transferencia embrionaria luego de la muerte de uno de los progenitores, y 4) un caso que llegó a la justicia argentina donde el destino de los embriones criopreservados estaban afectados por el divorcio de los progenitores.

El análisis parte de las respuestas brindadas por los profesionales; al tratarse de preguntas abiertas y de corte exploratorio, las respuestas no serán objeto de un tratamiento estadístico exhaustivo sino que serán analizadas a partir de los componentes discursivos, donde un elemento central es la capacidad humana de significar y otorgar sentidos a través del lenguaje y por medio del relato. El análisis discursivo, en línea con las premisas de la hermenéutica, permitirá una puesta en común de los resultados.

Algunos de los autores citados en la *Discusión* parten de la tradición del psicoanálisis, que como marco teórico de referencia para la formación del psicólogo en la Argentina, renueva la apuesta de pensamiento, suplementa la tradicional deliberación del caso-problema, y permite un posicionamiento que, por ser disfuncional a los discursos amos actuales (científico, mercado) puede potencialmente alojar la emergencia subjetiva y favorecer la tramitación simbólica de las mediaciones instrumentales analizadas.

La muestra de participantes encuestados fue de conveniencia. Para relevar los datos se diseñó una encuesta anónima estructurada online autoadministrable, con tres secciones que recabó: 1) sexo, edad, área de especialización, universidad de egreso, y cantidad de años desde egreso universitario; áreas de desempeño profesional, marco teórico de referencia; 2) por medio de imágenes, la segunda sección indagó la representación del embrión no implantado; 3) por último, la presentación de las viñetas estuvo acompañada por preguntas abiertas y de opciones cerradas, en pos de rastrear las intervenciones propuestas y las distintas vías de resolución de conflictos.

#### **4. PARTICIPANTES**

La muestra se constituye de 45 profesionales de psicología de Argentina, 35 del sexo femenino y 10 del sexo masculino, con edad promedio de 41 años. Los profesionales se distribuyen 49% en área clínica, 14% en docencia y/o investigación, 11% en clínica infantil y adolescente, 8% en atención integral en tratamientos de fertilidad y/o reproducción asistida, 6% área social, comunitaria y peritaje, 4% en grupos y talleres con pacientes autistas y psicóticos, 4% psicología organizacional y 4% clínica en discapacidad y enfermedad orgánica.

El modelo psicoanalítico es utilizado por el 64% de los profesionales. De los participantes de la muestra, 34 egresaron de la Universidad de Buenos Aires. Ocho participantes egresaron en un periodo menor a 5 años, 13 egresaron en un periodo de 5 a 10 años, 15 egresaron en un periodo de 10 a 20 años y 9 egresaron en un periodo mayor a 20 años.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Viñeta #1. Mala praxis: embriones intercambiados

*Una pareja estaba siendo atendida en una clínica de fertilidad al momento de comenzar un tratamiento de fertilización in vitro. Tan pronto como los embriones fueron transferidos, el embriólogo se dio cuenta de que estos pertenecían a otra pareja. El equipo médico informó del error al director de la clínica, que inmediatamente consultó a ambas parejas. Una de ellas (la genética, es decir, los progenitores de los embriones que fueron transferidos), solicitó que se permitiera la oportunidad del implante, y si el embarazo resultaba exitoso, el bebé o bebés pasarían de nuevo a ellos. La mujer con los embriones intercambiados en su interior fue firme en que quería que el ciclo de tratamiento fuera abortado inmediatamente.<sup>iv</sup>*

En las respuestas de los profesionales consultados, un poco más de la mitad (56%) considera que debe primar *el derecho de la mujer a decidir sobre el propio cuerpo*. A diferencia de unos pocos (4 encuestados) que consideran que la decisión es exclusivamente de la pareja progenitora, al haber expresado su voluntad procreacional y aportado sus gametos (9%).

Dentro de este último grupo, ninguno se desempeña en el ámbito de la salud reproductiva, pero todos tienen alguna vinculación con el área de la niñez. Uno de ellos refiere: *“Para mí tiene derecho a decidir la dueña de los embriones porque genéticamente ese embrión es de la familia que tiene que impugnar. Digamos que la otra mujer si bien lo lleva en el vientre no es su embrión”*. El embrión adquiere prioridad como *propiedad de alguien* por sobre el vientre femenino que aparece solamente como medio para la consecución del embarazo.

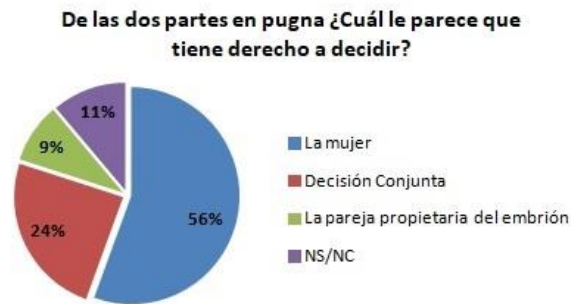


Figura 3

Los/as profesionales de la psicología encuestados/as sostienen que la mujer, en tanto propietaria de su cuerpo, tiene derecho a decidir. Esta concepción es contraria a lo que estipula el marco jurídico de la Argentina que, por el momento, no señala como una causa para la interrupción del embarazo el error humano factible en la aplicación de la técnica.

El 9% que sostiene que el derecho a decidir es de la pareja propietaria del embrión, privilegian el *vínculo genético* sobre el vínculo afectivo. Sin embargo, el espíritu de la ley (siguiendo los términos de la voluntad procreacional) privilegia el *vínculo afectivo* por sobre el genético. Y paradójicamente, en nuestro caso, ese vínculo está garantizado por el consentimiento informado que firmó la pareja propietaria del embrión. El dilema subjetivo que enfrentamos supone reconocer que en ambos casos existe un vínculo afectivo con el embrión de amor (por parte de los progenitores) y de rechazo (por parte de la mujer gestante).

Dentro del 24% que ha planteado la decisión en forma conjunta, encontramos que sólo describen el problema pero no aportan argumentos de peso para la resolución: *“Ambas tienen derecho, una por que el embrión pertenece al matrimonio, el otro porque es*

dueña de su cuerpo y puede decidir. Sin embargo, la ley no avala el aborto. A lo sumo se podría dar la opción de continuar con el embarazo y luego seguir siendo la madre del niño.” En este caso, la resolución es aún más complicada dado que vincula la filiación con la gestación por sobre el material genético y el error.

¿Cree que es relevante para este caso, que la ley local permita el aborto terapéutico?

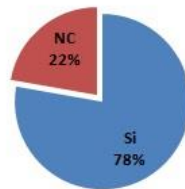


Figura 4

Los/as profesionales de la psicología consultados/as refieren en un 78% que es relevante para el caso que la ley considere las situaciones de *mala praxis* en las técnicas de reproducción dentro de las condiciones del aborto legal. “*En este caso cuando la madre que quedó embarazada ha padecido una mala praxis la ley debería amparar el derecho a decidir.*”

En las respuestas encontramos también la superposición de dos esferas: el juicio personal y el profesional, que en algunas ocasiones pueden sin embargo ser diferenciados: “*En lo personal, yo no soy pro aborto, sobre todo porque trabajo en una clínica de fertilidad. Pero sí podría verse porque fue un error muy grave de los médicos. Puede evaluarse.*”

## 5.2 Viñeta #2 Selección de sexo por motivo de balance familiar

Un profesional de la Psicología trabaja en un Centro de Fertilidad realizando entrevistas de admisión junto al genetista cuando llega la siguiente consulta: una pareja, con cuatro hijas mujeres, desea un

*quinto hijo varón. Solicitan comenzar un tratamiento de alta complejidad reproductiva para asegurarse de que, a través de un Diagnóstico genético Preimplantatorio (PGD), el embrión implantado sea varón. Están dispuestos a pagar cualquier precio por el servicio y no aceptan un no por respuesta. Si bien la Clínica de Fertilidad refiere que no está autorizada a realizar la selección de sexo por motivos de balance familiar, la pareja arremete diciendo que abortarán tantas veces como la mujer quede embarazada de una niña.*

La mayoría de los profesionales (64%) sostiene que los responsables del inicio o no del tratamiento son, en este caso, los integrantes del equipo asistencial. En esta situación en particular, no existe ninguna indicación médica para iniciar un tratamiento de alta complejidad reproductiva. La pareja tiene cuatro hijas y conserva la posibilidad de concebir espontáneamente. Según los criterios de buenas prácticas médicas de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva el *balance familiar* no es una indicación para iniciar una FIV con selección de sexo. Procedimiento que puede realizarse si alguno de los progenitores presenta un factor de riesgo o enfermedad genética a considerar.

Una vez planteado el problema de la viñeta, el recurso a preguntar por la intervención profesional apunta a visibilizar las competencias que los profesionales ponen en juego a la hora de dar sus respuestas.

Claramente este escenario tensiona *la voluntad de la pareja parental* con la ética institucional y el modo de afrontar o resolver el pedido.

La mayoría de los profesionales (38%) proponen como intervención la psicoterapia, para indagar tanto los aspectos vinculares y emocionales de la pareja y de la estructura familiar. El 24% propone resolver la situación poniendo en juego competencias cognitivas y técnicas como por ejemplo: indagar el deseo y el lugar de hijo en esta

estructura familiar, explorar la significación del hijo varón, los mandatos familiares asociados a la presencia de un hijo varón, explicitar cuál es el lugar que este hijo viene a ocupar; también se propone un trabajo sobre la flexibilidad cognitiva para que el hijo pase a ser sujeto.

Varios profesionales (17%) proponen resolver la situación mediante algún tipo de psicoeducación como por ejemplo *“aclarar que la genitalidad no define el género de una persona”*, *“recordarles que no se realizan tratamientos con selección de sexo”* o bien *“explicar a la mujer que los tratamientos son para brindar facilidades para las personas con dificultades de gestación”*.

Algunos pocos psicólogos (3) ubican que el malestar en este caso queda del lado de los profesionales que deben responder a la demanda, mientras que el único problema de la pareja es no poder tener un hijo varón. Desde esta lectura, al no ubicar un malestar en la familia, sino en los profesionales que trabajan en la clínica de fertilidad, no se propone ninguna intervención.

Frente a la pregunta *¿Considera que el motivo por el que una pareja o persona desea tener un hijo es una variable a tener en cuenta por el equipo médico de las clínicas de fertilidad?* El 66% considera que el motivo por el que una persona o pareja desea tener un hijo es una variable importante a la hora de comenzar un tratamiento de fertilidad. Las razones que fundamentan este posicionamiento sostienen que, indagar los motivos, podría visibilizar el lugar del hijo en el entramado filiatorio. Esos motivos, deseos y expectativas deben poder ser escuchados por el psicólogo, o el equipo de psicología, cuando resulte necesario ponderarlos para continuar o sugerir no iniciar el tratamiento.

Otros, en menor medida (10%) consideran que indagar los deseos o las motivaciones resulta de una doble exposición, y que el motivo por el que se busca un hijo no debería ser objeto de opinión del médico o de los técnicos de fertilidad. Sin embargo, ponderar los motivos, no debe confundirse con establecer un juicio de valor acerca del deseo de hijo.

*“Considero que los motivos, variables y deseos por los cuales una pareja considera tener un hijo no son de interés de una clínica de fertilidad. ¿O acaso las parejas se someten a auditorías cuando conciben a un hijo en la intimidad de su alcoba? ¿Qué es lo que cambia en este caso? ¿La asistencia de un profesional frente a una imposibilidad biológica? ¿Eso es motivo para supeditar el deseo de un sujeto o la demanda de una pareja? Si creo que sería muy conveniente que la clínica “sugiriera enfáticamente” a la pareja el someterse a un tratamiento psicológico para despejar cualquier duda al respecto de la paternidad. Nada más.”*

### **5.3 Viñeta #3 Destino de embriones Post Mortem**

*Una pareja que llevaba 8 años de casada comenzó un tratamiento reproductivo en el Centro de Fertilidad de su Ciudad. Luego de intentar concebir sin éxito a partir del coito programado, pasaron a realizar un tratamiento de alta complejidad reproductiva con gametos propios. Algunas semanas antes de realizar la transferencia embrionaria, se detecta en la mujer un cáncer de mama que le impide continuar con el tratamiento. Transcurren 6 meses y la mujer fallece. Al año siguiente se presenta en el Centro Reproductivo el hombre, con una nueva pareja, solicitando que los embriones crio-preservados sean transferidos a su nueva mujer. El médico no está seguro de llevar adelante el tratamiento y le sugiere al hombre consultar con un profesional de la psicología antes de continuar.*



Al igual que en la presentación de resultados anteriores, las respuestas cualitativas brindadas por los profesionales no serán objeto de un tratamiento estadístico exhaustivo, ya que la limitación de la muestra no permite extraer inferencias representativas, pero sí serán analizados siguiendo los patrones del análisis discursivo que permite una puesta en común de los resultados y su posterior discusión.

Este escenario presenta una dificultad adicional: no mencionaba la firma de los consentimientos informados (CI). Contar con alguna directiva anticipada que registre la voluntad de la fallecida, podría habilitar al hombre para disponer de los embriones. Sin embargo, esta solución no resuelve el dilema ético de la reproducción póstuma.

Un poco más de la mitad de los consultados (55%) proponen una intervención directiva sobre el hombre para indagar, en mayor medida el proceso de duelo, pero también el lugar en que ubica a su nueva pareja cuando ésta se constituya en gestante de los embriones; y las razones para solicitar la transferencia de esos embriones ante la posibilidad de iniciar un nuevo tratamiento. Las intervenciones proponen una escucha atenta en un espacio de consulta individual; el trabajo sobre los tiempos y proceso del duelo; diferenciar si se trata de un proceso de duelo normal o patológico; la indagación sobre los deseos y expectativas anteriores y actuales en torno a la pareja y los hijos; es decir indagar la historia del hombre para escuchar qué hay detrás de este pedido.

El 28% ha planteado un abordaje de pareja, haciendo hincapié en la necesidad de evaluar los vínculos. Consideraciones respecto de los vínculos (pasados y actuales): apuntan a los distintos aspectos de la toma de las decisiones; indagando deseos, expectativas, motivaciones, necesidad médica o biológica del tratamiento y posibles consecuencias de seguir adelante en estas condiciones; porqué no pensar en un hijo

con los gametos propios, o bien frente a una imposibilidad orgánica recurrir a ovodonación; significación y lugar del niño para esta pareja; consecuencias psicológicas/emocionales de iniciar un tratamiento reproductivo en estas condiciones.

Un 10% de los encuestados propone el trabajo con la mujer gestante. Las intervenciones sobre la mujer suponen la escucha individual, con el foco en la maternidad, y las condiciones para acceder a ella; qué representa para ella gestar un hijo con los gametos de la pareja anterior (fallecida); sugieren la indagación de fantasías en torno a los hijos. En este último caso, se plantea la consideración respecto del deseo de hijo en estas circunstancias.

Sólo dos encuestados plantearon intervenciones por fuera del ámbito psicológico, judicializando el caso, o bien dando intervención al comité de bioética, al considerar que el problema no es psíquico sino ético.

#### **5.4 Viñeta #4 Destino de embriones Posdivorcio**

*Una pareja heterosexual se encuentra cursado un divorcio conflictivo. El hombre ha formado una nueva pareja con quien desea ampliar la familia. Tienen un hijo en común de 6 años que nació a partir de un tratamiento de alta complejidad reproductiva. La mujer se acerca al Centro de Fertilidad para solicitar la implantación de un embrión que ha sido formado con los gametos de su ex marido. El marido se niega a firmar el consentimiento informado para una nueva transferencia embrionaria diciendo que prefiere descartar los embriones. La mujer de 42 años refiere que no puede concebir naturalmente y que por el proceso de divorcio no puede afrontar otro ciclo de tratamiento reproductivo. Sostiene que esos son sus hijos también y que no está dispuesta a descartarlos.*

Si bien la mayoría de los profesionales (64%) han contestado que al no estar de acuerdo ambos progenitores el tratamiento no podría realizarse, focalizando en la necesidad de contar con los *consentimientos* firmados ante cada transferencia como prevé la ley, también mencionan la necesidad de tener en cuenta los *derechos* de ambos padres (derecho a procrear vs derecho a no procrear). Si se sostiene una simetría de roles entre los progenitores, dado que ambos accedieron voluntariamente a formar los embriones con sus gametos, ambos tendrían igual derecho a disponer de ellos. ¿Qué sucede entonces cuando el plan de vida cambia y ya no comparten los mismos deseos? Tres encuestados sostienen que no debería llevarse a cabo ninguno de los pedidos individuales, es decir no debería realizarse la implantación, ni el descarte hasta tanto no se arribe a algún tipo de mediación.

Continuar la criopreservación hasta tanto no se llegue a un acuerdo entre las partes deja a los embriones “en situación de espera” sin resolver el conflicto. El 20% de los profesionales sugieren que, de no existir la posibilidad de acuerdo, el conflicto debería dirimirse en una instancia judicial. En este punto, además de ponderar la perspectiva del derecho (cuál derecho debiera primar, si el derecho a procrear o el derecho a no procrear), y de la situación particular de los involucrados (es decir, si esos embriones son la última posibilidad de alguna de las partes para tener hijos con sus gametos), el eje del conflicto se sitúa, una vez más, sobre la “propiedad” de los embriones.

Siguiendo esta línea de intervención, el otro aspecto importante que rastrean es la conceptualización diferencial que adquiere el status de embrión para la disputa en cuestión (para el hombre son un proyecto que finalizó y el cual no le interesa continuar, para la mujer son “sus hijos”). A este respecto, dos encuestados mencionan que no se

puede hablar de hijos aún, dado que para que eso acontezca se precisa *el deseo de ambos progenitores y su voluntad en el momento presente.*

Las propuestas de intervención apuntan mayormente a trabajar con la mujer la necesidad de un hijo en esas condiciones; abordar también el proceso de duelo que atañe a su matrimonio, al proyecto de familia y a su fertilidad; sugieren también intervenciones vinculares para indagar el alcance del deseo filiatorio en cada uno de los involucrados respecto de esos embriones para intentar arribar a algún tipo de mediación o acuerdo.

Esclarecer que los embriones fueron parte de un proyecto de pareja que en la actualidad está disuelto, junto con intervenciones que intenten desentramar el deseo de la mujer en relación a este pedido, es decir si se trata de un deseo de familia monoparental, un deseo de venganza, o si la demanda supone una ilusión de continuación familiar, han sido las sugerencias más recurrentes. En menor medida se planteó consensuar opiniones entre los profesionales del equipo tratante, solicitar la intervención de un comité de bioética y, si no hay acuerdo, judicializar el caso.

## **6. DISCUSIÓN**

### ***6.1 Decisiones sobre el propio cuerpo y propiedad del embrión***

Desde el ordenamiento jurídico el caso *Artavia Murillo Vs. Costa Rica* es un antecedente insoslayable para la temática en cuestión. El fallo del 29 de julio de 2011 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sentenció que la prohibición general de practicar la Fecundación in vitro (FIV) vigente en Costa Rica desde el año 2000 supone una violación de los derechos humanos y reproductivos de las personas.

La prohibición de practicar la FIV se sustentó en el “derecho a la vida” señalando que la consecución de estas técnicas produciría una “pérdida embrionaria”, omitiéndose que, dichas pérdidas ocurren también en los embarazos naturales y en otras prácticas de reproducción. Entre otros aspectos, se alegó que este tipo de prohibición absoluta constituye una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia, a la integridad personal en relación con la autonomía personal, a la salud sexual y reproductiva y a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico sin discriminación. (CIDH, 2012) La corte dispuso, entre otras cosas, que el Estado adopte, con la mayor celeridad posible, las medidas apropiadas para que quede sin efecto la prohibición de practicar la FIV y para que las personas que deseen hacer uso de dicha técnica de reproducción asistida puedan hacerlo sin encontrar impedimentos en el ejercicio de sus derechos.

Asimismo se determinó que el embrión *no puede ser considerado como una persona* a efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos, entendiendo a la concepción como sinónimo de embarazo. Kemelmajer de Carlucci, Lamm y Herrera (2014) explican que, a efectos de la interpretación del término “concepción” — art. 4 de la CADH— la prueba científica concuerda en diferenciar dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la *fecundación* y la *implantación*, y sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe concepción, pues, si bien al ser fecundado el óvulo se da paso a una célula diferente, con la información genética suficiente para el posible desarrollo de un ser humano, lo cierto es que si el embrión no se implanta en el cuerpo de la mujer sus posibilidades de desarrollo son nulas.

El dilema ético con el que se enfrentan los profesionales en el primer caso, permite examinar si la *mala praxis* podría considerarse una causa para la interrupción legal del embarazo. Sin embargo, los psicólogos encuestados han reflexionado poco sobre el hecho de la mala praxis, enfatizando en sus argumentaciones el derecho de la mujer embarazada de disponer sobre su cuerpo (56%). Comparativamente, muy pocos profesionales (9%) han ubicado en la pareja que reclama el seguimiento de la gestación, el derecho a decidir.

Desde el marco de los principios bioéticos (Beauchamp y Childress, 2001) la clave del dilema está en el enfrentamiento entre la autonomía reproductiva de la mujer -es decir de la capacidad de decidir sobre *el propio cuerpo*-, y la autonomía de la pareja cuyos embriones fueron transferidos incorrectamente. Si bien el primer punto del Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos (UNESCO, 2005) enuncia que “se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las *libertades fundamentales*”, como es habitual en las prácticas médicas, debe hacerse también una lectura sobre lo que se entiende por cuerpo desde el discurso jurídico local. En este sentido, el Código Civil y Comercial Argentino incorpora en el artículo 17<sup>v</sup> al cuerpo humano dentro de los "bienes".

Desde el ámbito subjetivo, aunque el lugar físico donde se produce la intervención médica es el cuerpo de la mujer, no puede desconocerse la importancia de la constitución del cuerpo simbólico para pensar el lugar que a futuro alojara al embrión. Este interjuego entre cuerpo como real –como materialidad orgánica- y cuerpo simbólico –como lugar de subjetivación- en donde se gestará el embarazo, abre a la

reflexión sobre los procesos de libidinización del propio cuerpo y del embarazo con una influencia decisiva sobre el devenir de los acontecimientos (Lima & Ormart, 2014).

A días de la votación en la cámara de diputados de la Nación Argentina de la ley de despenalización del aborto, el Ministerio de Salud (véase anexo 2) no se pronuncia acerca de la terminación del embarazo no deseado, ni de la ponderación absoluta o relativa del valor de la vida del embrión implantado. Es decir, en casos de mala praxis médica como el de la viñeta, no existen protocolos o guías de buenas prácticas que, en el marco de la ley, contemplen la interrupción legal del embarazo.

El debate sobre la despenalización del aborto, que lleva in situ a la polémica del comienzo de la vida humana, ha convocado a expertos de diferentes disciplinas. “La unión del espermatozoide con el óvulo para formar el cigoto es condición necesaria pero no suficiente para generar un ser humano. La información genética proveniente de los padres, no es suficiente, y es necesaria otra información provista por la madre a través de la placenta. (...) Más recientemente se ha descubierto que las células y órganos del embrión y más tarde del feto sufren cambios epigenéticos durante el embarazo que son consecuencia de la íntima relación con la madre y sin los cuales el nacido no progresaría. (...) No hay conflicto entre el concepto de “persona” y el concepto de embrión o feto. Incluso no hay conflicto en concederle derechos suspensivos al embrión los cuales se hacen efectivos al nacer con vida. Donde hay conflicto es en lo que algunos califican como vida humana.” (Kornblihtt, 2018)

A partir de la fertilización del óvulo por el gameto masculino se forma el cigoto o primer estadio de vida formado de 46 cromosomas: 23 son de origen femenino y 23 de origen masculino en condiciones de normalidad. Al día siguiente de la formación del cigoto se

produce la primera división y pasa a ser embrión de día dos. De esta manera, tanto en genética como en biología la fecundación no es el inicio del feto sino el comienzo del desarrollo embrionario (Parra Tapia, 2006). Cada una de estas instancias, desde el embrión no implantado o pre embrión (Jadur & Duhalde, 2010) a embrión implantado y feto corresponden a diferentes estadios del proceso de desarrollo que deben ser diferenciados.

## **6.2 Deseo de hijo vs demanda de tratamiento**

El *diagnóstico genético preimplantatorio* (o PGD por sus siglas en inglés) es una técnica diagnóstica que permite, a partir de la extracción y análisis de una o dos células de un embrión de aproximadamente 8 células, realizar un examen buscando enfermedades o alteraciones cromosómicas. Una vez realizado el análisis puede conocerse el sexo del embrión. Si los progenitores presentan alguna enfermedad ligada a los cromosomas sexuales, entonces la selección del sexo del embrión puede ocurrir para evitar la transmisión.

La utilización del PGD suele estar asociado a razones médicas de peso, es decir cuando algún miembro de la pareja parental presenta un riesgo conocido de transmitir un trastorno genético a la descendencia. Algunos de los interrogantes que hemos querido problematizar a partir del análisis de la viñeta 2 es, al no existir una razón médica para la intervención solicitada, ¿debe el proyecto parental ser evaluado? ¿Quién(es) realizarían tal evaluación y según cuál(es) criterios? Como primera instancia, al tratarse de una técnica que se realiza en el marco de un tratamiento de reproducción asistida, los profesionales podrían negarse a continuar si las condiciones



no son las adecuadas. De acuerdo a Pennings (2012, 2003) la evaluación del proyecto parental escapa al análisis médico, visibilizando la necesidad de ponderar otros factores como la responsabilidad parental de los solicitantes. En este sentido, volviendo a nuestra situación, la demanda de seleccionar el sexo del embrión y el lugar que pareciera ocupar ese hijo para esa familia, son indicadores que le pueden permitir al equipo asistencial negarse a iniciar el tratamiento.

En este caso la función del profesional de la psicología es clave para, a partir de este pedido y del amedrentamiento con el que se presenta la pareja, intentar ubicar qué se demanda allí.

El lugar que vendrá a ocupar ese niño para esta madre deseante puede diferenciarse, según Alkolombre (2008) del deseo de embarazo: para desear un hijo es necesaria una ruptura con el narcisismo, con la completud imaginaria *“el deseo de hijo, implica el abandono de la posición narcisista y presupone desde la madre la posibilidad de enfrentar las propias carencias...”* (p. 19). El deseo de embarazo, cuando se presenta desmedido, puede ser relacionado con lo que Alkolombre (2008) define como *pasión de hijo*. En este caso, el niño viene a ocupar un lugar puramente imaginario, viene a suplir una falta, es él quien con su llegada completa a la madre, restaurando el narcisismo perdido: *“el hijo forma parte de la economía libidinal de la madre”* (p. 19), en este caso no hay terceridad, si no que madre e hijo se encuentran fusionados.

El modo en que se presenta esta demanda, ubica al hijo como un objeto que completa narcisísticamente a la mujer y que es consumido como un producto más del mercado. Es oportuno considerar lo que Leserre (2015:50) toma en consideración de lo expresa Thurrow: *“el costo de un niño supera claramente su utilidad, y el costo aumenta*

*considerablemente con la procreación médicamente asistida o producida ubicando al niño como un objeto de lujo y de la pasión de sus padres.”*

Al respecto, Godoy (2015) señala lo expresado por el sociólogo polaco Zygmunt Bauman: en nuestra época el hijo puede transformarse en un objeto de consumo al que denomina “objeto de consumo emocional”. Como expresa Bauman (2005) en la época en la que los niños eran productores, la llegada de un hijo traía la esperanza de mejorar el bienestar familiar. Cuando a partir de las políticas neoliberales el bienestar empieza a ser medido a partir del aumento del poder adquisitivo, los hijos, como objetos preciados, pasan a ser también objetos de consumo, donde la satisfacción esperada (el grado de felicidad) tiende a ser medido en función del costo, es decir se analiza en relación al “costo-beneficio”.

A este respecto Bauman (2005) sostiene que los hijos son *“una de las compras más onerosas que un consumidor promedio puede permitirse en el transcurso de toda su vida”* y concluye que el hecho de tener hijos es una obligación que va contra la esencia misma de la política de vida líquida por este motivo no resulta extraño que los institutos de investigación y las clínicas de fertilidad *“desborden de dinero como las empresas comerciales”* (pág. 64).

¿Qué se espera del niño por nacer cuando el costo de su concepción resulta onerosa y la decisión de los padres está regida por la relación costo-beneficio?, o mejor dicho ¿Qué niño se espera? Godoy (2015) afirma que el capitalismo en tanto produce un debilitamiento del lazo social, en tanto forcluye las cosas del amor, ¿hará del niño un *gadget* sofisticado? Los discursos de la ciencia y del capitalismo globalizado producen mutaciones en el lazo social que afectan los vínculos amorosos. (Pág. 4)

En palabras de Schejtman (2013): “Los mismos terminan narcotizados, virtualizados, deprimidos, consumidos y se tornan escuálidos: “aMorexia” (...) ¿qué lugar queda hoy todavía para la experiencia del amor como tal? Ella pierde terreno frente a los goces más o menos autistas que saltean el lazo con el otro, eluden el encuentro de los cuerpos y prescinden de la diferencia sexual... gracias al pronto del gadget. El que queda es, en efecto, el amor del gadget, del objeto producido por la tecnociencia.” (pág. 436-438)

El sujeto que el capitalismo engendra se encuentra a merced de los objetos de consumo que el mercado ofrece, así el encuentro con el otro se encuentra obstaculizado. En tanto las cosas del amor se encuentran forcluidas, lo que no se inscribe retorna desde lo real, posición que deja al niño como objeto tecno-científico.

El capitalismo ha construido su edificio de mercancías taponando los resquicios y grietas con productos, en la lista de productos biotecnológicos ofrecidos por el mercado se inscribe el niño como objeto a ser consumido.

Desde esta perspectiva, la alianza mercado tecnología es deshumanizadora. Entraña un peligro para el ser humano. Este peligro se potencia cuando la tecnología es utilizada para generar seres humanos. No sólo se trata de la alienación del sujeto a los productos, no sólo se trata de la satisfacción sexual del sujeto con los productos, se trata ahora de la prolongación de la raza humana a través de la tecnología y del riesgo de que el ser humano se convierta en un producto más que ofrece el mercado. Y que, en tanto producto, pueda ser diseñado a medida del consumidor. Un hijo deja de ser deseado y pasa a ser consumido. Cuando se impone la lógica del mercado se produce un aplastamiento en el que se equiparan sujeto a objeto. Se produce entonces un

avance de la lógica del mercado sobre la lógica de la subjetividad, con la consecuente afectación de la dimensión simbólica. En la viñeta la pareja no desea un hijo, quiere un varón.

### **6.3 El problema ético de la reproducción póstuma**

Dentro del ámbito de la asistencia reproductiva, la reproducción póstuma plantea muchos interrogantes. La escasez de estudios empíricos, y las diferentes apreciaciones respecto del proyecto parental dificultan la reflexión sobre indicaciones generales.

El procedimiento que conduce a una reproducción *post mortem* puede ocurrir a partir de diferentes situaciones: generalmente cuando un miembro de la pareja parental transita algún evento o situación de enfermedad como cáncer, puede iniciar la criopreservación de gametos, tejidos o embriones para, una vez restablecida su salud, continuar con el proyecto reproductivo. Sin embargo, como los tratamientos contra el cáncer pueden no ser siempre exitosos, y existe una probabilidad de que la persona muera antes de utilizar los gametos congelados, la voluntad acerca del destino de los mismos (gametos, tejidos y embriones) debiera dejarse asentada anticipadamente por escrito. Si bien estos casos -cuando existe un consentimiento informado firmado- no resuelven la pregunta acerca de si es ético reproducirse después de muerto, ni del bienestar psicosocial del niño nacido en estas condiciones, la autonomía del proyecto parental podría ser evaluada.

Un escenario distinto supone la no existencia de un consentimiento informado, ya sea porque la persona no accedió a la firma, o porque la muerte fue accidental o inesperada. Estos casos, como el reseñado, son más complejos al no contar con

información respecto a la voluntad de la parte fallecida. En estas situaciones existe una contraposición de principios éticos entre el *respeto de la autonomía* reproductiva de las personas, y el *principio de beneficencia* que suele expresarse en pos del resguardo del *bienestar del niño* o niños nacidos en estas condiciones. Según Pennings y col. (2006) ambos principios podrían converger cuando se logra *promover la toma de las decisiones de un modo autónomo* por parte del miembro sobreviviente, reduciendo el riesgo en el bienestar del niño.

En este punto, si los profesionales intervinientes logran evaluar que el hombre se encuentra transitando un proceso de duelo patológico, o que el deseo de gestar esos embriones, sólo se sirve de la intención de perpetuar la presencia de su ex esposa, podría concluirse que el sujeto no está pudiendo tomar una decisión de un modo autónomo. Freud (1917) decía que, una de las condiciones fundamentales para iniciar un proceso de duelo, es la posibilidad de des-investir el objeto perdido, para dirigir esa energía libidinal sobre otros objetos presentes en el mundo del sujeto. Aunque no se trata estrictamente de olvidar, sí podemos leer en estos postulados que parte de la reelaboración supone un dejar.

Dice Freud: *“el duelo es un gran enigma, uno de aquellos fenómenos que uno no explica en sí mismos, pero a los cuales reconduce otras cosas oscuras. Nos representamos así la situación: poseemos un cierto grado de capacidad de amor, llamada libido, que en los comienzos del desarrollo se había dirigido sobre el yo propio. Más tarde, pero en verdad desde muy temprano, se extraña del yo y se vuelve a los objetos, que de tal suerte incorporamos, por así decir, a nuestro yo. Si los objetos son destruidos o si los perdemos, nuestra capacidad de amor (libido) queda de nuevo libre.*

*Puede tomar otros objetos como sustitutos o volver temporariamente al yo. Ahora bien, ¿por qué este desasimiento de la libido de sus objetos habría de ser un proceso tan doloroso? No lo comprendemos, ni por el momento podemos deducirlo de ningún supuesto. Sólo vemos que la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos aunque el sustituto ya esté aguardando. Eso, entonces, es el duelo” (1916, 307-311).*

Otra dificultad para la evaluación del procedimiento de transferencia post mortem es la falta de resultados concluyentes respecto al desarrollo psicosocial de niños nacidos luego de procedimientos de este tipo. El comité de evaluación ética de la Sociedad Europea de Medicina Reproductiva ESHRE (2006) concluye que la reproducción postmortem llevada a cabo por el miembro sobreviviente podría realizarse observando las siguientes condiciones: 1) si existe un consentimiento firmado por la persona que ha fallecido expresando su voluntad, 2) luego de que la pareja reciba varias sesiones de tratamiento psicológico, y 3) se impone un *periodo de espera mínimo de por lo menos un año* antes de iniciar el tratamiento.

Frente a la ausencia de una legislación nacional, como sucede en este y en muchos escenarios de la reproducción asistida, los conflictos pueden dirimirse a través de las recomendaciones de las guías de buenas prácticas profesionales, la auto-regulación de los Centros y su política institucional, o la judicialización de los casos. Las recomendaciones éticas europeas (ESHRE, 2006) sugieren incluir la opción de la reproducción postmortem en los consentimientos informados para criopreservación. Incluso cuando la clínica no esté de acuerdo en realizar este tipo de tratamiento, el

consentimiento informado debería permitir a los pacientes indicar qué quieren hacer con sus gametos y embriones en caso de muerte (ESHRE, 2006:3051).

En el contexto de la reproducción asistida, la autonomía de las personas representa un valor *princeps*; la mejor forma de evitar conflictos en la disposición de gametos y embriones en caso de muerte de uno de los miembros de la pareja parental es la firma de los consentimientos. El segundo punto que aparece en las normativas internacionales y que concuerda con la mayoría de las propuestas de intervención realizadas por los psicólogos encuestados es la evaluación de las motivaciones y expectativas del miembro sobreviviente acerca del deseo de continuar con el proyecto parental sólo/a. Si en el discurso del paciente se percibe que el niño ocupa sólo un lugar de “objeto conmemorativo” o adviene a ser un reemplazo o prótesis simbólica del/a fallecido, el proceso de subjetivación podría peligrar.

*“Existen preocupaciones adicionales cuando otra mujer es la gestante (subrogada) en caso de muerte de la madre. La ausencia de la madre puede ser más importante para el desarrollo psicológico del niño que la ausencia del padre. Sin embargo, hasta el momento no existen datos empíricos que respalden la opinión de que el sexo de la pareja parental modifique el riesgo. También puede haber un riesgo significativamente mayor de confusión de roles cuando la madre genética está muerta, y la única figura materna sea la subrogada”* (ESHRE, 2006:3052 traducción de las autoras)

Esta acotación representa lo que los profesionales han destacado acerca de indagar el deseo de maternar en la mujer gestante. Si bien no se trata de una surrogación, ya que en nuestro caso la mujer se presenta como la nueva pareja del hombre, el hecho de que el deseo de la madre fallecida se encuentre mediado por el deseo de la gestante,

abre la pregunta por quién es la madre allí. Claramente estas preguntas no apuntan a lo fenomenológico, sino a cómo se juegan estos posicionamientos y fantasías en el proceso de subjetivación del niño por venir.

Asimismo, siguiendo las respuestas de los encuestados, estos casos presentan la necesidad de evaluar la evolución del proceso de duelo y si algún aspecto de este proceso podría estar influyendo negativamente la toma de las decisiones: la evaluación de *sentimientos de culpa* o de *idealización* del ser amado fallecido, junto con la disposición de un tiempo de espera necesario son instancias a considerar.

#### **6.4 Derecho a procrear vs derecho a no procrear**

Uno de los puntos centrales de esta disputa podría esbozarse en la siguiente pregunta: ¿tiene la mujer derecho a demandar un hijo en estas condiciones? Introducir la perspectiva del derecho supone revisar brevemente la situación de casos similares que han llegado a instancias judiciales. A este respecto, un estudio elaborado por el *Hastings Center* (Cohen & Adashi, 2016) sitúa una serie de problemas debido a las diferentes resoluciones judiciales de las distintas cortes de Estados Unidos (cortes de Tennessee, Nueva York, Illinois, Oregon, Massachusetts, Texas, Pennsylvania, y California). Los autores reportan once casos entre 2001-2016.<sup>vi</sup>

Como los distintos posicionamientos de las Cortes no contribuyen a delinear principios unificados, los autores proponen 5 ítems en pos de generar algún ordenamiento que permita ordenar la práctica (Cohen & Adashi, 2016:16-17):

1. *Se requiere diferenciar los consentimientos informados, de los acuerdos sobre disposición de embriones a través de formularios estandarizados.*



2. *Es preciso firmar los consentimientos sobre disposición embrionaria, previo a la criopreservación.*

3. *Se propone elaborar una norma que establezca que los acuerdos de disposición embrionaria son vinculantes, incluso cuando una de las partes cambie luego de parecer.*

4. *Reconocer que los acuerdos de disposición de embriones no pueden imponer obligaciones legales de mater-paternidad a la parte que se opone<sup>vii</sup>.*

5. *Establecer consideraciones especiales para los casos de pérdida de fertilidad.*

Asimismo los autores señalan dos aspectos que es necesario considerar en relación a los consentimientos informados: 1) que la corte los considere legalmente vinculantes, y 2) que la corte acceda a considerar los acuerdos previos como ejecutables.<sup>viii</sup>

Si bien, como vimos anteriormente, los casos que se han judicializado presentan distintas variantes, existen básicamente tres enfoques: 1) cuando se requiere un consentimiento mutuo actual o renovado, sin importar lo que las partes hayan acordado previamente; 2) cuando el acuerdo sobre las disposiciones se trata como un contrato que debe cumplirse, o bien 3) al intentar balancear los intereses de la parte que solicita la transferencia (haciendo uso de su derecho reproductivo) contra los derechos de la parte contraria (que tiene derecho a no procrear).

La decisión que se tome acerca de la disposición, está directamente relacionada con el modo en que el embrión es percibido; como “un conjunto de células” o como “un niño/hijo” cuyos intereses deben ser protegidos. Si uno creyera que los embriones son un tipo de entidad al que se le pueden atribuir *intereses*, entonces parece apropiado

que tales intereses se cumplan gracias a la implantación y posterior nacimiento. Ahora, introducir el planteo sobre *el mejor interés* obstaculiza varias de las prácticas y procedimientos que se llevan a cabo con embriones actualmente. En este sentido, este escenario ha resultado el más difícil de resolver.

## **7. CONSIDERACIONES FINALES y RECOMENDACIONES**

Hemos comprobado que el recurso metodológico y reflexivo a través de pequeños extractos clínicos es útil a la hora de analizar las percepciones de los profesionales en casos dilemáticos de la práctica asistencial. Las consideraciones finales las hemos agrupado siguiendo cada uno de los ejes principales de las viñetas presentadas, con la intención de visibilizar el aporte que puede hacer la Psicología al ámbito de la reproducción asistida.

Antes de avocarnos a las consideraciones específicas para cada situación, conviene distinguir que la resolución de los conflictos está causalmente determinada por la forma en que los profesionales conceptualizan al embrión humano. Si bien la gran mayoría (70%) no lo considera persona, podemos ubicar intervenciones diferenciadas cuando el mismo es representando psíquicamente como un “hijo” que cuando lo es como un “proyecto” o un “conjunto de células”. Así, indagar las particularidades del deseo filiatorio, del lugar del hijo para la pareja que presenta el conflicto, y el proceso de los distintos duelos que atraviesan los pacientes y usuarios de TRHA han sido las intervenciones más destacadas.

El análisis de las *competencias profesionales* permite inferir que si bien los encuestados pueden enfrentar las demandas actuales, es necesario el trabajo de formación y actualización de las competencias cognitivas y técnicas.

### ***Conflicto de intereses en embriones intercambiados***

La contraposición de derechos en este caso involucra a los derechos de la mujer para disponer de su propio cuerpo y solicitar la interrupción de un embarazo no deseado, vs los derechos de la pareja progenitora (*autonomía reproductiva de la pareja*) y del embrión implantado.

Si bien es comprensible que los progenitores no quieran perder sus embriones, no pueden imponer la gestación a otra persona. Aunque la resolución que sugiere el Cuadernillo de Salud Reproductiva UNESCO es el de generar reuniones vinculares para asesorar a las parejas respecto de la continuación del embarazo y las implicancias subjetivas de entregar el niño al nacer, los profesionales encuestados han priorizado el derecho de la mujer embarazada por error a interrumpir el embarazo.

### **Recomendaciones**

*Analizar la necesidad de incluir, dentro de las causales de la interrupción legal del embarazo, las situaciones de mala praxis ocasionadas en el ámbito de las técnicas de reproducción asistida.*

*Proponer intervenciones institucionales con el equipo médico-asistencial para trabajar las razones del error, previniendo mediante un pautado procedimiento de estándares de calidad el doble y triple control de la procedencia del material genético ha ser transferido.*

### ***Pedido de intervención de PGD para selección de sexo por motivos sociales***

Las indicaciones para realizar PGD (diagnóstico genético preimplantatorio) se rigen en el ámbito de la medicina reproductiva en Argentina de acuerdo a indicación médica. Esta indicación puede derivarse de un riesgo a transmitir alguna enfermedad genética de los padres, edad materna avanzada que puede ser causante de generar embriones aneuploides, es decir con un complemento cromosómico anormal, o azoospermia en el hombre.

La intervención de PGD se realiza luego de FIV, es decir deben existir razones fundadas para comenzar un tratamiento de alta complejidad reproductiva. Si la pareja está dispuesta a pagar el tratamiento por motivos que consideran fundados, los profesionales de la salud se encuentran en la posición de decidir qué hacer con esa demanda. En Argentina, los pedidos de selección de sexo por motivos sociales o de balance familiar no suelen atenderse. Sin embargo, el límite entre las razones médicas, sociales y las condiciones para realizar los tratamientos no son claros.

El objetivo de presentar una viñeta de este tipo, supone visibilizar el lugar preponderante que tiene el médico o el equipo asistencial cuando debe decidir dar curso o no a este tipo de demandas. El ámbito de la reproducción asistida sustrae a la pareja del ámbito íntimo, y la somete a una serie de toma de decisiones donde participan distintos actores. La *expertise* o pericia de los especialistas se convierte en un elemento de juicio central. Las decisiones no se toman ya en forma individual o de a dos, sino que la intervención de un tercero cambia el foco y puede redirigir los acontecimientos, convirtiendo una práctica privada en pública.

El cambio de foco en la toma de las decisiones introduce el ámbito de la *responsabilidad* del equipo médico-asistencial en la consecución del pedido. En este

sentido la evaluación del proyecto parental y las consecuencias para los futuros hijos resultan variables fundamentales a tener en cuenta. En el caso presentado, el lugar de objeto al que adviene el niño al ser demandado sólo como varón, es doblemente reforzado por la intervención técnica.

La autonomía reproductiva de las personas y/o parejas tiene límites que, en el ámbito de la asistencia médica, deber ser delimitados por la intervención profesional. En el caso analizado es factible que la selección de sexo por motivos sociales vulnere la autonomía del niño por nacer. Si bien las intervenciones a este respecto pueden ser variadas, se propone un trabajo a nivel del vínculo para indagar a qué lugar adviene el hijo en este entramado familiar, qué representa para ellos el sexo de sus hijos, cómo piensan las diferencias de género. Luego de la evaluación, los profesionales podrían negarse a iniciar el tratamiento reproductivo, bajo los parámetros de la objeción de conciencia.

### **Recomendaciones**

*Realizar una evaluación psicológica del proyecto parental y de las posibles consecuencias, en casos en los que exista algún riesgo para la autonomía del niño por nacer.*

*Intervenciones grupales interdisciplinarias dentro del equipo médico-asistencial para la evaluación del caso por caso.*

### ***Intervenciones en casos conflictivos de destinos post mortem***

Las decisiones respecto al destino de los embriones criopreservados involucra su status legal, moral, ético y simbólico –es decir, el modo en que es representado y significado por los que lo han generado-; involucra también el modo en que es afectado

por las disposiciones vigentes y sus contrariedades, por ejemplo cuando la pareja o persona decide el descarte, pero esta opción no es legalmente viable.

La regulación de la filiación *post mortem* se encontraba proyectada en uno de los artículos del Código Civil y Comercial argentino (2015) que fue retirado a último momento, dejando un vacío normativo y varios dilemas a los profesionales que se desempeñan en el ámbito. Como medida de auto-regulación puede proponerse la inclusión en los consentimientos informados (CI) de destinos que contemplen los casos de fallecimiento.

Los consentimientos informados son indispensables para resguardar el deseo y la voluntad anticipada de los progenitores, al tiempo que se constituyen en valiosos instrumentos para resguardar la autonomía reproductiva de las personas. Sin embargo, las resoluciones pragmáticas no resuelve la pregunta ética acerca de la filiación póstuma.

### **Recomendaciones**

*Incluir en la firma de los consentimientos informados, antes de la criopreservación, opciones de destino en caso de fallecimiento de alguno de los miembros de la pareja parental.* Podría especificarse también la necesidad de, siguiendo las normativas internacionales, contar con al menos *un año de espera* antes de iniciar el tratamiento.

*Durante ese tiempo, se sugieren intervenciones con el equipo de Psicología para evaluar las condiciones del duelo y la consecución o no del tratamiento.*

### ***Intervenciones en casos problemáticos de destino pos divorcio***

Si bien en Argentina hay pocos casos que han llegado a la instancia judicial, lo que nos interesa resaltar aquí no es la constitucionalidad de la impugnación de paternidad o

maternidad, sino el efecto subjetivo que una resolución de este tipo podría tener en los involucrados, y en los niños nacidos en este contexto. Uno de los fundamentos psíquicos que podemos encontrar en solicitar el consentimiento de los progenitores ante cada transferencia embrionaria supone ubicar allí la necesidad de firmar y afirmar (Ariel, 2012) la decisión cada vez. Este hecho convoca a un sujeto, que a partir de una decisión, realiza un acto que tiene un carácter eminentemente ético, con consecuencias directas para el que lo produce y también para los otros.

En este punto podemos volver al postulado de Ariel, cuando se pregunta: “*¿Qué es un acto? Un acto implica una decisión tomada por fuera de los otros, sin los otros. Implica una decisión por fuera de lo moral -del bien y del mal-, una decisión -esto quizá los sorprenda- por fuera de la ley. Una decisión por fuera del temor y de la temeridad, ya que cuando alguien es temerario se precipita a una acción no calculando sus riesgos. Es una decisión de alguien que no se retrasa, que no se precipita, que no se calcula y que no espera. En consecuencia, un acto es una decisión y no una acción.*” (2012:95)

De este modo, las coordenadas del *acto* y de la *responsabilidad* nos permiten reflexionar sobre otra dimensión que no se agota en binarismos. Las ficciones jurídicas podrán ser útiles para encontrar soluciones pragmáticas, sin embargo el efecto sujeto es aquel que apunta a un más allá de la ley. El paradigma de ese más allá puede ser pensado a partir de la sentencia salomónica que instituye una madre en el acto de renuncia que supone salvar la vida del hijo. (Ormart, 2009)

Las decisiones que deben tomarse en el ámbito de las TRHA reeditan la sentencia salomónica, es decir aunque hoy contemos con los medios técnicos para diferenciar las

compatibilidades genéticas, lo que constituye a una madre o a un padre, no se reduce a lo biológico sino que requiere de las coordenadas del acto para advenir.



## Referencias

- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo, pasión de hijo*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Ariel, A. (2012) La responsabilidad ante el aborto. En (Bio)ética y cine. Tragedia griega y acontecimiento del cuerpo. Juan Jorge Michel Fariña y Jan Helge Solbakk (comp) Letra Viva.
- Bauman, Z. (2005) “Amor líquido, Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos”, Fondo de Cultura Económica, México.
- Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. (2001) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA. Edición Español: (1999). Principios de ética biomédica, Masson: Barcelona.
- Cátedra UNESCO de Bioética. Cuadernillo *Salud Reproductiva*. The International Center for Health, Law and Ethics Faculty of Law, University of Haifa UNESCO Chair in Bioethics REPRODUCTIVE HEALTH Case Studies with Ethical Commentary. Traducción interna de la Cátedra.
- Cohen, I. G., & Adashi, E. Y. (2016). Embryo Disposition Disputes: Controversies and Case Law. *Hastings Center Report*, 46(4), 13-19.
- Fabre, FA; Busquets Alibés, E ; Camacho Díaz, A; Cambra Lasaosa, FJ; Cusí i Sànchez, V;... (2009). Consideraciones sobre el embrión humano. *Bioètica & debat*, 15(57): 1-12.
- Freud, S. (1917) *Duelo y melancolía*. Vol. XV. Obras Completas, Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- Godoy, C (2015) “Otras Maternidades”, trabajo presentado en el Congreso de Investigaciones.

- Jadur, S., Duhalde, C., & Wainstein, V. (2010). „Efectos emocionales de la criopreservación de embriones y su transferencia”. *Reproducción*, 25, 33-39.
- Kornblihtt, A. (2018). Exposición de Alberto Kornblihtt en el debate sobre la ley de despenalización del aborto. Cámara de Diputados. República Argentina. Junio de 2018. Puede consultarse en <https://www.youtube.com/watch?v=ahRfo7q4HQ8>
- Leserre, A. (2015) “Una lectura de Nota sobre el niño”, Grama Ediciones, Olivos, 2015.
- Lima, NS, Botti, G, Lancuba, S, Martínez, G (2018) *Abandoned frozen embryos in Argentina: a committee opinion*. JBRA Assisted Reproduction
- Lima, NS., & Ormart, EB. (2014). El cuerpo femenino: entre las demandas sociales y la racionalidad tecnocientífica. *Anuario de investigaciones*, 21(2), 225-232.
- Ormart, E (2009) Un nuevo escenario para la decisión de Salomón. En *Ética y cine*. Consultado on line en: <http://www.eticaycine.org/La-ley-y-el-orden>
- Parra Tapia, I (2006) “Consideraciones biojurídicas sobre la vida en el embrión humano”, *Revista de Filosofía Práctica DIKAIOSYNE*, nº 16, Año IX. Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.
- Pennings, G., & de Wert, G. (2012). Preimplantation genetic diagnosis. In: Ruth Chadwick, editor. *Encyclopedia of Applied Ethics*, Second Edition volume 3. San Diego: Academic Press: pp. 576-583.
- Pennings, G., De Wert, G., Shenfield, F., Cohen, J., Devroey, P., & Tarlatzis, B. (2006). ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: posthumous assisted reproduction. *Human Reproduction*, 21(12), 3050-3053.

Pennings, G., Bonduelle, M., & Liebaers, I. (2003). Decisional authority and moral responsibility of patients and clinicians in the context of preimplantation genetic diagnosis. *Reproductive biomedicine online*, 7(5), 509-513.

Schejtman F. (2013), "Capitalismo y Anorexia: discursos y fórmulas" en *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis*, Grama Ediciones, 2013.

---

<sup>i</sup> **ARTÍCULO 19.-** Comienzo de la existencia. La existencia de la persona humana comienza con la concepción.

<sup>ii</sup> El proyecto de ley puede encontrarse en el siguiente enlace:

[http://www.samer.org.ar/pdf/PROYECTO\\_LEY\\_ESPECIAL\\_E\\_INTEGRAL\\_DE\\_TRHA.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/PROYECTO_LEY_ESPECIAL_E_INTEGRAL_DE_TRHA.pdf)

<sup>iii</sup> **Artículo 44:** Criopreservación de embriones. Plazo. Los embriones viables sobrantes del uso de las técnicas de reproducción humana asistida, como regla, se criopreservan por un período máximo de diez (10) años.

**Artículo 45:** Criopreservación de embriones. Vencimiento del plazo. Silencio. En caso de silencio y vencido el plazo de criopreservación de 10 (diez) años, el centro de salud debe realizar todos los actos útiles para contactar a los titulares. Si persiste el silencio, **el destino es la investigación**, debiendo el centro de salud notificar al Organismo especializado para que indique el lugar al cual deben remitirse. (resaltado de las autoras)

<sup>iv</sup> Viñeta extraída del Cuadernillo de Salud Reproductiva, Cátedra UNESCO de Bioética.

<sup>v</sup> **ARTÍCULO 17.-** Derechos sobre el cuerpo humano. Los derechos sobre el cuerpo humano o sus partes no tienen un valor comercial sino afectivo, terapéutico, científico, humanitario o social y sólo pueden ser disponibles por su titular siempre que se respete alguno de esos valores y según lo dispongan las leyes especiales para la mujer embarazada. (Código Civil, 2015)

<sup>vi</sup> De los cuales: en **4 casos** la corte ha favorecido el derecho del ex marido a no procrear (1992 Corte Suprema de Tennessee; 2000 Corte judicial suprema de Massachusetts; 2006 Corte de apelaciones de Texas; 2016 Corte superior de California); en **1 caso** la corte ha favorecido el derecho de la ex esposa a no procrear (2001 Corte suprema de New Jersey) y en **1 caso** la corte favoreció el derecho de la ex esposa a descartar los embriones (2008 Corte de apelaciones de Oregon). En **1 caso** los embriones debieron ser donados para investigación (1998 Corte de Apelaciones de Nueva York), en **1 caso** los embriones debieron ser descartados (2002 Corte suprema de Washington), y en **un caso** permanecerán congelados hasta lograr un acuerdo mutuo (2003 Corte suprema de Iowa). Por último en **2 casos** la corte favoreció el derecho de la ex esposa a procrear, al no poder hacerlo de otro modo (2012 Suprema corte de Pennsylvania; 2015 Corte de apelaciones de Illinois).

<sup>vii</sup> Este punto propone absolver a la parte parental genética de las obligaciones legales de paternidad (y sus derechos) si esa persona declara por escrito que no desea convertirse en el padre/madre legal de los futuros niños (formados por sus gametos). Pág. 17 traducción de la autora.

<sup>viii</sup> El texto de referencia (Cohen & Adashi, 2016) menciona el caso de Jacob Szafranski y su novia, Karla Dunston, quienes firmaron un acuerdo para realizar una FIV con la intención de crear embriones. Karla había sido diagnosticada con linfoma y se esperaba que sufriera insuficiencia ovárica e infertilidad como resultado de su tratamiento de quimioterapia. Durante la FIV, Jacob y Karla accedieron a fertilizar todos los ovocitos que fueron recuperados. La pareja consultó a un abogado quien redactó un acuerdo de coparentalidad indicando que "Jacob reconoce y acepta que es probable que Karla quede imposibilitada para crear nuevos embriones sanos debido al tratamiento de quimioterapia que realizara, y Jacob específicamente acuerda que Karla pueda tener la oportunidad de utilizar esos embriones para tener un hijo". La pareja nunca firmó el acuerdo. Tres embriones fueron generados y sobrevivieron hasta la viabilidad. Karla luego atraviesa la quimioterapia que la vuelve infértil. Al poco tiempo la pareja se separa. Ambos desacuerdan acerca de la disposición de los embriones, Jacob realiza una demanda para impedir que Karla pueda utilizarlos, y ella contrademanda para tener acceso a ellos.