



Universidad
Nacional
de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

El abordaje psicoanalítico del duelo en el proceso de
implementación de las Técnicas de Reproducción Humana
Asistida Heteróloga

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autora: Morales Tereba, Agostina

Legajo: M-5355/4

Docente Responsable: Crisalle, María

Año: 2022

Agradecimientos

A mi madre, a mi padre y a mi hermana. Mi familia, mi gran sostén y guía en esta vida. A mi tía y madrina, por su acompañamiento, su escucha y sus palabras. A mi querida amiga y compañera, Cinthia, desde nuestro primer paso en la facultad hasta el último. Hermoso y esencial haberlo compartido con vos.

A mi compañero de ruta, su presencia, paciencia y apoyo en los últimos años impulsó mi camino.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo.....	7
El sujeto en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida.....	7
Retomando el camino del deseo.....	8
Pérdida. ¿Duelo o duelos?.....	10
¿Un espacio de abordaje posible?.....	13
Conclusión.....	16
Bibliografía.....	18

Resumen

El siguiente escrito se propone trabajar la problemática del abordaje psicoanalítico del duelo en el procesos de implementación de las técnicas de reproducción humana asistida. Se plantea como objetivo fundamental poder establecer un puente entre la bibliografía psicoanalítica y el desarrollo en relación a las Técnicas de Reproducción Humana Asistida Heteróloga en Argentina. Se irá dando cuenta del lugar del sujeto como participante activo en dichos tratamientos, como así también, del deseo como motor principal. Sin embargo, este eje podría llegar a verse obstaculizado debido a situaciones de pérdidas no elaboradas vinculadas a la fertilidad. A partir de allí, se sitúa al abordaje psicoanalítico del duelo y su trabajo como parte fundamental del proceso de fertilización asistida. Dicho abordaje habilitaría el lugar pertinente para el trabajo de duelo de las pérdidas que van enfrentando los sujetos durante el proceso, posibilitando que el tratamiento en fertilidad sea motorizado por el deseo, para que la mujer sea el sujeto principal del proceso y para que cada intervención sea simbolizada y ligada en términos de un sujeto deseante.

Palabras Claves

Técnicas de Reproducción Humana Asistida Heteróloga - Deseo - Pérdida -Duelo - Trabajo de duelo

Introducción

Marta, 45 años, luego de esperar a la pareja ideal durante varios años, decide consultar por los procedimientos de fertilización asistida para concretar su deseo de ser madre soltera. Lucía, 30 años, 3 años intentando quedar embarazada junto a su pareja Lucas, se hace varios estudios de fertilidad y le comunican que sus óvulos son de mala calidad. Sandra, 35 años, y Matias, 40 años, cuyos espermatozoides han sido calificados como anormales, tienen deseos de ser padres. Patricia, 40 años, luego del apogeo de su

carrera, quiere concretar su deseo de ser madre.

Todas estas personas, con el correr de los años, los cambios sociales, el constante incremento de la participación de la mujer en la sociedad y las libertades de expresión - entre otras cuestiones-, han encontrado una solución a problemáticas relacionadas a la fertilidad que anteriormente estaban presentes pero que se las ocultaba.

En los últimos años, se ha comenzado a ver con más ímpetu la evolución de las nuevas tecnologías y su incidencia en la vida social, económica, política y biológica. Estas tecnologías no solo hacen referencia a dispositivos a los que recurrimos cotidianamente tales como los teléfonos celulares o computadoras. En el ámbito de la salud, han ido surgiendo y/o perfeccionándose tecnologías que permiten una mejor evaluación, diagnóstico y atención de los pacientes. En lo que respecta a la reproducción y sus posibilidades, estos avances favorecieron e incentivaron el desarrollo de procedimientos que brindaron una esperanza a sujetos a quienes, por diversos motivos, los problemas de fertilidad gobernaron sus deseos de ser padres o madres.

Cuando se habla de Reproducción Humana Asistida no se refiere a una única técnica. A lo largo de los años, se han ido desarrollando nuevas técnicas y perfeccionándose otras. Dentro de las más reconocidas se pueden distinguir la inseminación artificial, la fecundación *in vitro*, la subrogación de vientre (aún no legislada) y la ectogénesis. Al grupo de estos procedimientos se los nombra de diferentes maneras - reproducción médicamente asistida, fertilización asistida o, como aquí se decide hacerlo, técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). Ahora bien, como anteriormente se menciona, hay una gran diversidad de procedimientos, dentro de los cuales se encuentran las TRHA Heterólogas. Estas últimas requieren la donación de gametos masculinos o femeninos, también llamada ovodonación. Son estas últimas a las que se referirá el desarrollo del escrito teniendo en cuenta únicamente a solicitantes mujeres.

La fecundación heteróloga alude tanto a la técnica de fecundación intracorpórea, en la cual la fecundación se realiza dentro del cuerpo de la mujer, como también a las extracorpóreas o *in vitro*, donde el proceso de fecundación se desarrolla fuera de él. Los procedimientos que cualquiera de estas técnicas implican son costosos, tanto a nivel económico como también, y fundamentalmente, a nivel físico y subjetivo. Entonces, cabe preguntarse: ¿qué procesos se ponen en juego además de la intervención médica? ¿Qué hay más allá de las transferencias de óvulos, de la inyección de hormonas, de la elección de un donante?

Estos procedimientos tienen lugar en el cuerpo físico. Es allí donde se interviene: se le inyectan hormonas, se le saca sangre constantemente, se le realizan interminables estudios y hasta es objeto de inseminación. Todo el proceso que implica la posibilidad de dar a luz un nuevo ser vivo, desde un comienzo, utiliza el cuerpo de una mujer como objeto de transacción. Pero no solo eso, sino que la solicitud, por parte de una mujer, de una intervención de los profesionales médicos en fertilidad implica anteriormente haberse encontrado frente a diversas situaciones; por ejemplo, ante la imposibilidad de concebir naturalmente, o que la única posibilidad sea a través de una donación debido a que el deseo de ser madre proviene únicamente de ella, o también la imposibilidad física de llevar a término un embarazo. Problemáticas de esta índole hay muchas y singulares; sin embargo hay una cuestión que se presentifica y es común en la mayoría de los casos: la pérdida.

Por lo tanto, situar la complejidad de las TRHA supone ubicar a la mujer como un cuerpo físico al cual intervenir y, por otro lado, a una mujer como sujeto deseante que enfrenta una pérdida o varias de ellas y que se ponen en evidencia al solicitar la implementación de estos procedimientos. Si bien en la historia de todo sujeto se han sucedido pérdidas y se ha puesto en marcha el trabajo de duelo que éstas implican, en

estas situaciones, hay una particularidad, difícilmente se ubique a la mujer más allá de su cuerpo. Es decir, que su deseo, su pérdida y la posibilidad de un duelo, rara vez tengan lugar durante el proceso. Al considerar el duelo, según las palabras freudianas, como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, 1993, p. 241) se podría asumir que las pérdidas a las que estas mujeres le intentan hacer frente son abstracciones deseadas profundamente y, por tal motivo, deberían tener la posibilidad de un abordaje posible. Ahora bien, en el ámbito de la reproducción humana, y de las THRA específicamente, podrían hacerse presentes diferentes tipos de dolorosas pérdidas. Es por ello que Elizabeth Ormar y Paula Abelaria (2018) proponen la existencia de cuatro posibles duelos en el ámbito de la fertilidad. Por un lado, el duelo por la infertilidad propia; por otro, el duelo por el embarazo perdido; también el duelo por la imposibilidad de reproducirse con el propio material genético (duelo genético) y, finalmente, el duelo por no poder llevar adelante el embarazo (duelo gestacional).

Los tratamientos de fertilidad llevados a cabo en instituciones especializadas en reproducción humana, tanto públicas como privadas, conllevarían un abordaje médico específico pero también un abordaje psicológico. En este escrito, el objetivo fundamental es poder establecer un puente entre la bibliografía psicoanalítica y el desarrollo en relación a esta temática en Argentina. Específicamente, a través de las palabras que aquí se exponen, se busca poder abordar el duelo y su trabajo en el tratamiento de fertilidad con TRHA. De esta manera, se apunta a demarcar lo fundamental de su tramitación y posibilitar el vencimiento de la pérdida que absorbe las energías del yo y que implican una inhibición que nada deja para nuevos propósitos o intereses debido a la entrega incondicional al duelo (Freud, 1993). Este trabajo de elaboración debería ser parte de los procedimientos llevados a cabo junto a las técnicas específicamente médicas de la fertilidad, posibilitando, por lo tanto, no solo un abordaje médico sino también uno subjetivo.

Desarrollo

El sujeto en las Técnicas de Reproducción Humana Asistida

Hablar de TRHA implica adentrarse en un campo novedoso. A pesar de que ya hace varios años que estas nuevas tecnologías nacieron, aún hoy es un área que está en desarrollo y perfeccionamiento. Son técnicas que van de la mano de innovaciones científicas y nuevos descubrimientos, dando lugar al surgimiento de procedimientos que permiten posibilidades cada vez más específicas.

En 1978, en Gran Bretaña, se constató el primer nacimiento mediatizado por la fertilización asistida. Este hecho marcó un antes y un después en lo que respecta al ámbito de la reproducción humana. Luego de este hito histórico, las investigaciones, y luego las legislaciones, comenzaron a verse en diversos países. Específicamente en Argentina, la promulgación de la ley concerniente a los procedimientos aquí planteados fue recién en el año 2013; es la llamada Ley 26.862 de Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida y fue acompañada del Decreto 956/2013. Estas normativas que regulan la implementación de las TRHA a nivel nacional, aún hoy carecen de especificidad y requieren una revisión constante que permita ir al ritmo de cada innovación y/o perfeccionamiento en estas prácticas.

Siguiendo la letra de la legislación actual, "se entiende por reproducción médicamente asistida a los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo. Quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad, que incluyan o no la donación de gametos y/o embriones" (Ley 26.862, Art.

2, 2013).

Es pertinente para la comprensión del escrito la clasificación general de los procedimientos.

Se consideran técnicas de baja complejidad a aquellas que tienen por objeto la unión entre óvulo y espermatozoide en el interior del sistema reproductor femenino, lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada, desencadenamiento de la ovulación e inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen de la pareja o donante. Se entiende por técnicas de alta complejidad a aquellas donde la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar por fuera del sistema reproductor femenino, incluyendo a la fecundación in vitro; la inyección intracitoplasmática de espermatozoide; la criopreservación de ovocitos y embriones; la donación de ovocitos y embriones y la vitrificación de tejidos reproductivos. (Decreto 956, Art. 2, 2013).

Como bien se detalla en la normativa, hoy existe una gran diversidad de técnicas que posibilitan ajustarse a diferentes problemáticas de fertilidad, dejando las puertas abiertas para el surgimiento de nuevas soluciones. Debido a la complejidad y amplitud de las técnicas, este desarrollo se centrará en aquellos procedimientos que implican donación de gametos tanto femeninos como masculinos. Es decir que, por razones bio-psico-sociales, alguna de las partes solicitantes no puede aportar su gameto, siendo necesaria la participación de un tercero que cumpla la función de donante de gameto. Esta donación también está regulada legislativamente como así también su anonimato. Llegar a esta instancia trae consigo el conocimiento de que, por diversos motivos, la mujer no puede concebir naturalmente el hijo deseado y con ello un pesar subjetivo que corre por fuera de los límites del cuerpo físico.

Se habla de cuerpos, de gametos femeninos, masculinos, de técnicas, intervenciones, donaciones, de transferencias de gametos, tal como si se estuviese hablando de transacciones bancarias. Pero no se habla de un sujeto deseante, de un sujeto que atraviesa pérdidas dolorosas, no se habla de padecimiento ni de lo traumático que esto podría llegar a ser.

Los desarrollos teóricos en el ámbito de lo médico-legal en relación a la temática datan de años recientes, pero también son novedosas las producciones en el área psi, que permiten dar lugar a este sujeto olvidado en los procedimientos médicos que se realizan en el área de la fertilidad. Los desarrollos psicoanalíticos relacionados a las problemáticas de fertilidad buscan poder abordar ese espacio ausente entre el cuerpo de la mujer y la imposibilidad. Están orientados a re-construir, si es necesario, un lugar en donde ese imposible sea trabajado y permita que el sujeto aparezca y se apropie de su deseo en tanto posible o imposible.

Retomando el camino del deseo

Se busca el lugar del sujeto. *¿Dónde está?* fue la pregunta que anteriormente surgió. Llega una mujer al consultorio de una institución de fertilidad queriendo - a veces exigiendo, sin importar el costo - una solución ante un problema que se le presentó en la vida: quiere un hijo. Motivos hay varios, inabarcables en un único desarrollo. El uso de las técnicas de reproducción puede llegar a ser el destino sin escapatoria de un mandato social, ser madre. Pero esto se dejará al margen. Se hará el recorte en este escrito de aquellos casos en los cuales el deseo de hijo está circulando o queriendo circular sintiéndose obstaculizado. En aquellas personas que tienen el anhelo fehaciente de ser madre y que por una gran diversidad de motivos la naturaleza se lo impide.

Ahora bien, ¿desde qué lugar se posiciona la persona para acceder a estos

procedimientos? ¿Desde la necesidad o desde el deseo? La necesidad como una cuestión biológica dispuesta a satisfacerse con una acción específica y el deseo como estructurante del sujeto que nunca se satisface en su completud.

Si se habla del deseo de ser madre, es imperioso hacer un pequeño recorrido sobre la pre-historia de la feminidad desde la perspectiva freudiana que da origen al anhelo por la maternidad. Siguiendo las palabras de Freud (1976):

La situación femenina sólo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo, y entonces, siguiendo una antigua equivalencia simbólica, el hijo aparece en el lugar del pene. No se nos escapa que la niña había deseado un hijo ya antes, en la fase fálica no perturbada; ese era, sin duda alguna, el sentido de su juego con muñecas. Pero ese juego no era propiamente la expresión de la feminidad (...) Sólo con aquel punto de arribo del deseo del pene, el hijo-muñeca deviene un hijo del padre y, desde ese momento, la más intensa meta de deseo femenina. (...) En la expresión compuesta <<un hijo del padre>>, muy a menudo el acento recae sobre el hijo, y no insiste en el padre. Así, el antiguo deseo masculino de poseer el pene sigue traduciéndose a través de la feminidad consumada. Pero quizá debiéramos ver en este deseo del pene, más bien, un deseo femenino por excelencia. (p.119).

Los desarrollos freudianos han sido fundadores y tienen una impronta excepcional, sin embargo es necesario contextualizarlos. Hoy en día su teoría sobre la génesis del deseo femenino es cuestionada. Con el incremento de la participación de la mujer tanto a nivel social como económico han ido surgiendo perspectivas que defienden el papel activo de la mujer e interrogan la función pasiva que culturalmente se esperaba de ella. Ana María Fernández (1996) teoriza sobre este cuestionamiento y plantea que:

La pasividad femenina es parte de un imaginario colectivo propio de la modernidad que instituyó una forma de ser mujer que se sustenta, entre otras cosas, en una trilogía narrativa: el mito de Mujer=Madre, el mito del amor romántico y el de la pasividad erótica de las mujeres. Estos mitos (...) han hecho posible la construcción histórica de una forma de subjetividad propia de las mujeres entre cuyos rasgos puede destacarse un posicionamiento "ser de otro" en detrimento de un "ser para sí". (...) Esta forma de subjetividad no es algo inherente a un ser femenino, sino que constituye el precipitado histórico de su lugar subordinado en la sociedad. (p.169).

Los interrogantes que proponen diversos autores desde una perspectiva de género, están estableciendo una especie de revolución. Tal como los escritos freudianos marcaron una revolución al estilo copernicano con el descentramiento del yo, estos interrogantes

podrían llegar a producir un descentramiento del hombre en tanto objeto de envidia de la mujer. Es decir, ubicando a la mujer ya no con un signo negativo debido a su falta, sino desde el lugar de su positividad.

Cuando se pone el acento en la positividad donde son vividas las diferencias 'y no la diferencia', no se excluye a la mujer del régimen de la falta. Así como en el hombre la posesión de pene no lo excluye de la búsqueda incesante de la completud narcisística, la mujer también está inscrita en la búsqueda de su completud ilusoria; éste es uno de los idénticos para ambos sexos, ambos bajo el régimen de la falta. (Fernández, 1996, p.167).

Esto inscribe a la mujer en una economía deseante propia, y ya no como producto de su envidia al pene. De esto se desprende la concepción del deseo femenino como producto de la ecuación deseo de pene-deseo de hijo desde una posición de inferioridad y diferencia en relación al hombre, y se comienza a concebir desde la perspectiva de género. Siguiendo esta línea, Irene Meler (1998) propone un viraje de la noción del deseo en función de lo desarrollado hasta ahora y de su experiencia.

En cuanto a las niñas, he podido observar en algunos análisis infantiles realizados en los últimos años, que las expresiones manifiestas o latentes de envidia fálica, que solían ser evidentes al comienzo de mi práctica como psicoanalista de niños, están pasando a segundo plano. En cambio, la capacidad gestante de la madre y sus emblemas femeninos tales como el cuerpo, los pechos y otros atributos indicadores de la feminidad adulta, tales como el calzado de tacones alto y las uñas largas pintadas de rojo, son objeto de atención y emulación. En algunos casos me han solicitado zapatos de taco alto para su caja de juego; en otros, carteras, joyas de fantasía o la elaboración de uñas de papel pintado. Este tipo de juego sugiere que se envidia el rol adulto femenino, y que la diferencia más irritante pasa por aquella que existe entre la madre y la hija. (...) Sin pretender entonces generalizar observaciones acotadas, me limito a sugerir la posibilidad de que la transformación ocurrida en el poder y la consideración de que gozan las mujeres haya desplazado el acento respecto de las características del mundo adulto que son consideradas por los niños como emblemas fálicos, tal vez en los años '90 ya no sea necesario soñar con ser varón para sentirse poderosa o valorizada; basta para ello imaginarse adulta, seductora y madre. (p. 262)

El hablar de deseo de hijo, por lo tanto, implica una reversión de la concepción clásica freudiana del deseo femenino. No necesariamente se refiere a sustituir los desarrollos que el autor trae a cuenta sino más bien poder partir de ellos para construir sobre su base una perspectiva acorde al contexto contemporáneo.

A su vez, y volviendo a lo que compete al escrito, es pertinente contemplar el mundo capitalista en el que se vive. Allí donde todo "deseo" tiene una satisfacción inmediata, en donde no hay lugar para la espera, para la falta, en donde el deseo se va perdiendo de vista debido a que todo es posible, donde la ciencia cada vez está más cerca de lograr hasta lo imposible, resulta fundamental identificar la forma de traer al sujeto de vuelta, de dar lugar a su singularidad, a sus posibilidades e imposibilidades.

Para poder re-ubicar al sujeto como partícipe del proceso de búsqueda, es necesario ubicar su deseo. Deseo que se estructurará y reestructurará en cada momento, en cada procedimiento fallido, en cada pérdida como también en cada éxito. Se requiere encontrar a ese sujeto y posicionarlo en primera plana. El deseo es el motor fundamental del proceso y será el empuje necesario para sobrellevar las desventuras.

Si se tiene en cuenta los desarrollos psicoanalíticos, el deseo nunca podría ser satisfecho con algún objeto en concreto; reencontrarse con ese objeto anhelado y perdido de la infancia resultaría imposible, pero esa imposibilidad se articula de manera simbólica haciendo que el deseo siempre busque satisfacerse mediante rodeos, mediante sustitutos. Sin embargo, esa satisfacción imposible del deseo que es simbólica, en las pérdidas en el ámbito de la fertilización se vuelven reales. Hay un quiebre real en el cuerpo que puede interferir en el deseo y en la esperanza inconsciente de satisfacción. La posibilidad de elaborar esa pérdida a nivel simbólico permitiría la restauración del deseo más allá de la pérdida y más allá de la imposibilidad física o psíquica.

Con el cuerpo físico operará la medicina, pero con el sujeto y su deseo trabajará el psicoanálisis, en conjunto. Por lo tanto, implicará no solo el compromiso ante la persona en tanto organismo sino también en tanto sujeto deseante.

El impacto que tienen las TRHA en las mujeres que se someten a estos tratamientos, las lleva, en muchos casos, a señalar el descuido de los factores psicológicos como característica que atraviesa a estos procesos. Las vicisitudes de estas técnicas, las angustias frente a la espera, las presiones sociales, las determinaciones familiares y las vivencias y deseos singulares de cada mujer, impregnan el campo de estos procesos, volviéndose tan facilitadores como obstaculizantes. De allí la necesidad de no perder de vista el entrecruzamiento de los mismos, pudiendo determinar las decisiones singulares que se ponen en juego y enfrentarlos con el deseo que cobija la posibilidad de tener un hijo (Pesino, 2020).

El ubicar a la mujer como sujeto deseante y partícipe activo del proceso, habilita la apertura de un espacio subjetivo en el cual ella pueda encontrarse con esa pérdida en primera instancia. Permite encontrar un camino posible al trabajo de duelo de la pérdida de su posibilidad de ser madre como también a pérdidas futuras vinculadas al proceso de fertilización.

Será a partir de este posicionamiento que se puede comenzar a considerar la posibilidad de abordar los eslabones del proceso que conlleva pérdidas, ausencias, imposibilidades y que van dejando pequeñas piedras en el camino, que aún hoy, en el proceso de fertilización asistida, son fáciles de ignorar.

Pérdida. ¿Duelo o duelos?

Las personas, aquí específicamente las mujeres, sufren un sinfín de pérdidas a lo largo de su vida, pérdida que muchas veces se percibe como falta. Cuando una mujer se acerca a una institución de fertilidad en busca de una solución a su problemática, no es la primera vez que se enfrenta a una pérdida. La ciencia viene a cubrir ese hueco, esa imposibilidad que la pérdida ha instalado; pero la pérdida sigue estando. Pérdida a la que la mujer deberá hacerle frente a partir del trabajo del duelo para poder apropiarse en tanto sujeto de deseo del proceso de fertilización asistida o del abandono del mismo. Ahora bien, existe una diferencia entre la noción de falta y la de pérdida.

En el diccionario hablar de falta implica necesariamente situarse en relación con una ausencia, algo que no se encuentra en el lugar esperado. El vacío de un libro en la biblioteca permite deducir que falta un libro en ese lugar. Por el contrario, la pérdida implica que no hay referencia, que hay un campo abierto, que algo se escapa y no puede ser aprehendido. En la pérdida hay una especie de continuidad al tiempo que hay ruptura, hay algo que no puede ser nombrado, que se diluye frente a cualquier tentativa de ser abordado (León-López, 2011).

Cuando se habla de falta se hace referencia a la imposibilidad de tener un hijo. En cambio, al referir una pérdida, se habla de la o las pérdidas que esa imposibilidad trae. En el campo que se intenta abordar en este escrito, no se puede hablar de una única noción de pérdida. O mejor dicho, de un sólo tipo de pérdida. Podrían caracterizarse diferentes tipos de pérdidas, como también diferentes momentos en los cuales esa pérdida se presentifica. Se podría hablar, por ejemplo, de la pérdida de la capacidad de engendrar un hijo, la pérdida de un embarazo, la pérdida de la posibilidad de tener un hijo con el mismo material genético o la pérdida de la capacidad de dar continuidad a un embarazo. La asunción de cualquier pérdida implica un trabajo de duelo. Y si se habla de duelo, es pertinente retomar la definición que Freud realiza de éste, como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1993, p. 241).

No obstante, esto no es todo. Esta definición freudiana no es suficiente para esclarecer el verdadero trabajo de duelo, el cual podría ajustarse a cualquier tipo de pérdida. ¿De qué se trata entonces este trabajo? Si se continúa en las líneas del escrito de

Freud, se explicitarán ciertas ideas que aquí se anudarán a la temática. Debe haber habido una ligadura libidinal al deseo de ser madre, que ante la pérdida de su capacidad física o psíquica de concretarlo, la mujer enfrenta un sacudimiento de ese vínculo. Una mujer de 45 años que, luego del apogeo de su carrera y de esperar a un hombre para ser madre, decide consultar a un médico en fertilidad quién le dice que sus óvulos ya no son fértiles y que las posibilidades de dar continuidad a un embarazo son prácticamente nulas, debe enfrentarse al hecho de que su deseo de ser madre es imposible. La libido

que ella había depositado en este objeto, el vínculo que ella había establecido con ese deseo, se quiebra. “La reacción ante esta pérdida tiene un talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria de lo sucedido” (Freud, 1993, p. 242).

Siguiendo en esta línea, el autor prosigue identificando explícitamente el trabajo del duelo.

El exámen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A eso se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma. (...) Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos, cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobre investidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido. (...) Una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido (Freud, 1993, p.246).

Así mismo, al igual que se pueden nombrar diferentes tipos de pérdidas, se pueden enumerar cuatro tipos de duelos a los que la mujer podría enfrentarse. En correlación con las pérdidas posibles en el ámbito de la fertilidad, la mujer podría encontrarse ante la necesidad de procesar un duelo por la infertilidad propia, por uno o varios embarazos perdidos, por la imposibilidad de reproducirse con el mismo material genético y por no poder llevar adelante los embarazos.

- Duelo Epigenético

Este tipo de duelo es el que generalmente se entrelaza con los mandatos sociales, con la cultura en la que se vive, es decir, con los aspectos contextuales de quien acude por una intervención en fertilidad. ¿Qué es la epigenética? “La epigenética estudia al conjunto de elementos funcionales que regulan la expresión génica de una célula sin alterar la secuencia de ADN. Mediante mecanismos epigenéticos, que no modifican la secuencia de nucleótidos del ADN, las células tienen la capacidad de marcar qué genes deben ser expresados, en qué grado y en qué momento” (Ormart & Abelaria, 2018, p. 44).

Por lo tanto, cuando se habla de duelo epigenético, se hace referencia a la pérdida de la capacidad de una madre de reproducirse con su material genético, aspecto fundamental al cual la mujer debe enfrentarse ante la posibilidad de ser parte de procedimientos de fertilización asistida que impliquen donación de gametos. Esto conlleva a preguntas tales como ¿y si no es parecido a mí?, ¿si no lo siento hijo/a mío/a?, ¿si tiene otro color de piel? Preguntas que posiblemente pondrían en juego la filiación. Se entiende que dar a luz a un hijo no es lo mismo que adoptarlo como tal.

La epigenética viene a solucionar estas cuestiones a través del matching fenotípico.

El objetivo del matching fenotípico es producir una continuidad fenotípica entre los comitentes y el hijo concebido con material genético donado. Esta continuidad es deseada fundamentalmente por dos cuestiones: por un lado, porque se cree que la similitud en la apariencia física funciona como soporte de la filiación, es decir que, a través del parecido físico, se sutura la herida que deja la imposibilidad de la transmisión genética. Por otro lado, desde una lectura sociológica, se trata de conservar ciertos caracteres propios de una etnia, aquella a la que se identifica. (Ormart & Abelaria, 2018, p.45).

Si bien es una técnica que facilita el procedimiento para acotarse a los intereses de la

consultante como así también agilizar el proceso de duelo, puede llegar a ser un mecanismo que cubra, tape, niegue o reprima el mismo y bien se sabe que un duelo no producido o tramitado, es un duelo que retorna (Ormart & Abelaria, 2018, p.47).

Se retoma la idea final de estas autoras que realizaron un desarrollo en relación al duelo epigenético.

Tramitar un duelo genético, lleva un tiempo, diferente para cada sujeto. Un tiempo necesario de revisión de las fantasías en torno al propio descendiente, que se encuentra en sintonía con una cadena generacional que lo antecede. Revisión necesaria para que el niño por venir, no cargue con fantasma de los hijos “genéticamente propios” que no pudieron ser y pueda ser investido libidinalmente como propio. (Ormart & Abelaria, 2018, p.49).

- Duelo Gestacional - Perinatal y Duelo por no poder llegar a término el embarazo

Los procesos de duelo que se caracterizan bajo este nombre, son aquellos en los cuales la pérdida es del feto que se está gestando o el bebé recién nacido. Son situaciones en las que mujeres luego de ser intervenidas medicamente sufren abortos o sus hijos mueren durante o poco después del nacimiento. Es tanta la ilusión ante la noticia de que el procedimiento ha funcionado con éxito que la libido investida en ese hijo idealizado, en cierto punto, es inconmensurable.

Generalmente se extreman los cuidados físicos para “mantenerlo adentro”, se siguen al pie de la letra las recomendaciones médicas, llegan a ser días o meses sumamente estresantes. Por eso mismo enfrentarse al primer, segundo o tercer aborto llega a ser tan doloroso. “La muerte fetal interpela lo más profundo de nuestra subjetividad. La vida y la muerte van de la mano, aquello que estaba destinado a nacer y no a morir. Ese duelo inesperado, incomprensible, inadmisibles y hasta injustificado” (Marañón & Pascuali, 2021). Cada una de estas pérdidas exclaman su lugar, su nombre.

Ese duelo por cada una de esas pérdidas debe atravesarse. Son varias las veces que luego de seguidas pérdidas las mujeres siguen insistiendo sin razón alguna y poniendo su cuerpo sin estar ellas mismas allí, que su deseo se convierte en la necesidad de dar revancha al procedimiento nuevamente y así ir tapando el dolor que las pérdidas anteriores produjeron. Parece fundamental poder dar lugar a cada mujer, a su caso particular, a cada aborto, poder darle un nombre que permita duelar ese vínculo y poder reinvestir nuevamente en otro objeto.

- Duelo por la imposibilidad de gestar

Finalmente, se podría dar cuenta del duelo ante la noticia de la imposibilidad de ser madre. Las razones son innumerables. La mujer puede haber esperado demasiado tiempo y su cuerpo ya no es fértil; pueden presentarse causas genéticas o de malformación; pero también esta imposibilidad puede deberse a una causa psíquica no resuelta. Cualquiera de estas opciones suponen a la mujer un trabajo de elaboración psíquica.

Por un lado, el deseo de ser madre y su imposibilidad vienen cargados de sentimientos de culpa. A su vez, suelen ser mujeres que llegan al consultorio médico con la intención de que el procedimiento de fertilización les dé la respuesta y la solución al motivo de su imposibilidad de embarazarse naturalmente, es decir, a partir del acto sexual o a mujeres que deciden procrear sin participación de un hombre; como también a la solución ante la avanzada edad en términos de fertilidad. Más allá de la causa, la mujer se enfrenta a que su anhelo es imposible. La ciencia aquí queda sin respuestas, por ahora. En Argentina la subrogación de vientre aún no está legislada; a futuro podría ser la

respuesta que estos casos están esperando, pero no deja de implicar un trabajo psíquico el que deben transitar estas mujeres.

Sea por motivos físicos o psíquicos el abordaje psicoanalítico podría ser un lugar donde ese imposible sea abordado. Patricia Alkolombre (2010), como analista especializada en el área, plantea que

Muchos de estos casos llegan cuando el médico considera que ha fracasado la medicina, es decir cuando no se puede resolver la consulta inicial de una pareja. También es muy común, y en este caso también sucede que el encuentro con un psicoanalista es, ni más ni menos que el primer encuentro con la terapia analítica. Este es un momento privilegiado, ellos comentan que vienen “mandados por el médico” dándose lugar a lo que se denomina demanda invertida. Es decir, es el analista quien posee el deseo de escucharlos, pero no son los pacientes quienes demandan esa escucha.

Por lo tanto, el diagnóstico de esterilidad o infertilidad en una institución de fertilidad no debería ser el punto final y el entierro del deseo de maternidad.

Se hace evidente que el duelo en estos procesos se puede hacer presente de diversas maneras como también en diferentes momentos. Pero no universalmente, sino en la singularidad de cada caso, de cada sujeto, de cada deseo y de cada pérdida. Por lo tanto, será en esa singularidad en la cual cada pérdida podría poner un freno real en la esperanza de satisfacción simbólicamente posible del deseo, la cual podría restaurarse a partir de un trabajo de duelo que conlleve la elaboración de la pérdida y la re-circulación del deseo en tanto empuje de vida.

¿Un espacio de abordaje posible?

Es correcto decir que las instituciones de fertilidad cuentan con un gabinete psicológico y que, dependiendo del tratamiento, exigen una consulta con el mismo. Sin embargo, lo que aquí se plantea como abordaje va más allá de una simple consulta que implique completar un formulario de aptitud al tratamiento.

En este trabajo se interpela el lugar del sujeto en los procesos de fertilización asistida, su olvido durante el tratamiento y su reducción a un cuerpo físico. La posibilidad a la que se hizo referencia anteriormente abriría un espacio de encuentro entre lo médico y lo subjetivo. Un espacio que permita al sujeto transitar su proceso de forma activa motivado por el deseo. La posibilidad de un abordaje psicoanalítico en el ámbito de la fertilidad correría en línea perpendicular al abordaje médico. Es decir, implicar la subjetividad en el proceso de fertilización haciendo que sea un abordaje integral. Como ya se ha dicho, el área de fertilización pone en juego al cuerpo, al deseo y al sujeto. Es por ello que resulta necesario la apertura de un espacio que aloje la posible demanda del sujeto. No se propone como un espacio obligatorio como requisito para la intervención médica, sino más bien como un lugar que permita que el sujeto se apropie de su deseo y, a su vez, pueda elaborar psíquicamente los avatares de dicha intervención.

Si bien hay una propuesta interdisciplinaria en las instituciones de fertilidad en la cual existe el lugar del psicólogo como intermediario entre la medicina y el paciente, orientado a la facilitación de la información para que ésta sea comprensible, la propuesta de abordaje psicoanalítico, tal como plantean Ormart y Abelaria (2020), “operaría por ‘vía di levare’ sacando a luz, propiciando las ideas, temores y representaciones que se rechazan, se podría trabajar con ellas para transitar el proceso del duelo” (p.48).

Se entiende que los tiempos médicos no son los mismos que los tiempos analíticos. Sin embargo, el encuentro del sujeto con su/sus pérdidas resulta fundamental para que el tratamiento en fertilidad tenga como empuje energético al deseo de ser madre y la mujer no se pierda en la constante intervención física.

Poder dar lugar a la elaboración de la pérdida muchas veces puede no recibir la importancia que se merece, pero, reiterando la idea que aquí se plantea, el trabajo de duelo es algo fundamental si se quiere hablar de sujeto deseante. Un abordaje posible permitiría un

examen de realidad que muestre que el objeto anhelado ya no existe más, emanando la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto. Es un proceso al que el sujeto opone una comprensible renuencia, sin embargo, el sujeto puede lograr ir quitando pieza por pieza la libido de dicho objeto con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura. Así, una vez cumplido el trabajo del duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido. (Freud, 1993, pp.242-243).

A lo largo del escrito se identificó que al recurrir a una institución de fertilidad el sujeto pudo o podrá atravesar pérdidas subjetivamente penosas. La medicina podría llegar a tener soluciones biológicas a las condiciones de los pacientes, pero no a los procesos psíquicos que sus problemáticas conllevan. El abordaje psicoanalítico pondría en cuestión esto, habilitaría el lugar pertinente para el trabajo de duelo de las pérdidas que van enfrentando los sujetos durante el proceso. No basta simplemente con identificar que existe una imposibilidad física o que hubo dificultades en la inseminación o situaciones similares; es fundamental darle lugar, ponerlo en palabras, trabajar con ello.

¿Hay un abordaje posible? Sí, lo hay. Se trata de un espacio de elaboración y de encuentro con el sujeto, su deseo y su pérdida.

Conclusión

Las nuevas tecnologías han ido invadiendo paso a paso cada esfera de la vida. La salud no queda por fuera de eso. Hace algunos años los avances tecnológicos en el área salud han sido majestuosos, tanto a nivel del diagnóstico como también del tratamiento. Fue hace algunas décadas atrás que se comenzó a contar con la posibilidad de determinar las razones por las cuales una mujer no podía quedar embarazada naturalmente. Los diversos instrumentos que hoy existen, no solo permiten este descubrimiento sino también poder “solucionarlo” mediante diversos tratamientos. Lo que en estos procedimientos se pone en juego es, en primer lugar, el cuerpo de la mujer. Se puede llegar a dar lugar a inquietudes, miedos, o tristezas, pero rápidamente deben dejarse de lado para continuar con el proceso de fertilización. Estos procesos implican una invasión al cuerpo de la mujer pero dejan de lado al sujeto, a su deseo y también a la o las pérdidas que la fertilización asistida podría dejar. Es decir, no operaría una dialéctica entre la psique y el cuerpo durante el proceso, y es esta misma dialéctica la que este desarrollo busca re-restablecer.

A lo largo del escrito se ha puesto en evidencia lo fundamental de dar lugar al sujeto en este proceso tan costoso energéticamente. Llegar a una institución de fertilidad implica desde el comienzo presentar una imposibilidad; no poder engendrar al hijo anhelado. Este trabajo se ha centrado exclusivamente en los casos en los que la mujer es la solicitante y en las técnicas de reproducción humana heteróloga, es decir, en donde hay, necesariamente, donación de gametos, ya sean femeninos o masculinos. Todas estas palabras son médicamente fáciles de decir, sin embargo, conllevan cuestiones muy profundas. Desde la imposibilidad de gestar o de llegar a término un embarazo, hasta la imposibilidad de gestar con el mismo material genético. Es por ello, que el sujeto debe tener su lugar en primer plano y como actor principal. La solicitud de una intervención, generalmente, está motivada por el deseo de ser madre, pero en la medida en que avanza el tratamiento, los términos médicos, los tiempos estrictamente determinados, el enfrentamiento con la imposibilidad y con la pérdida, entre otras cosas, ese deseo podría llegar a verse frustrado. Para poder hacer frente a estos avatares, resulta fundamental traer al sujeto deseante de vuelta.

Los procesos que aquí se desarrollan, llevan a la mujer a enfrentarse a pérdidas. Pérdidas en plural debido a que es única para cada mujer, singular para cada una de ellas. Para re-encontrar al sujeto, es necesario poder trabajar con estas pérdidas en tanto puedan ser elaboradas en un trabajo de duelo. ¿Todas las pérdidas se duelen? Todas aquellas que son significativas. Aquí se habla de mujeres que desean tener un hijo y ese deseo se enfrenta con una imposibilidad en la realidad que sucumbe con la esperanza simbólica de satisfacción de ese deseo y que, por lo tanto, la pérdida suele ser realmente significativa.

La pérdida podrá presentarse de diferentes modos y en diferentes momentos. Enfrentarse a estas pérdidas puede llegar a ser sumamente doloroso, pero los tiempos médicos no posibilitan darle el lugar pertinente. Es así que surge la pregunta: ¿es posible un espacio de abordaje? Se puede crear un espacio de abordaje posible, desde la perspectiva psicoanalítica, que permita a la mujer encontrarse con esa pérdida, ponerla en palabras, darle lugar al relato del dolor, al lugar que esa pérdida tiene para la mujer. La mediatización de la palabra abriría el camino al trabajo de duelo, es decir, a ir quitándole la libido pieza por pieza a esa abstracción perdida hasta poder ser libre nuevamente. Esto no significa que lo perdido se olvide, deja cicatriz, pero es una cicatriz que permite al sujeto reencontrarse con su deseo y que sea éste el empuje de su vida. No trabajar esa pérdida significativa, dejarla a un lado ¿podría retornar de otra forma?

Finalizando con el recorrido hecho hasta aquí, se ha podido establecer un puente entre los desarrollos médicos pertinentes al área de fertilidad y la bibliografía psicoanalítica. A su vez, no solo se logró plantear la posibilidad de un abordaje psicoanalítico sino que también se remarcó lo fundamental del mismo, como así también, habilitar un espacio que se corra de la intervención psicológica como aclaradora de dudas médicas.

En conclusión, es notorio que los tiempos médicos no son los mismos que los tiempos clínicos, pero son indispensables ambos para que el tratamiento en fertilidad pueda ser motorizado por el deseo, para que la mujer sea el sujeto principal del proceso y que cada intervención sea simbolizada y ligada en términos de un sujeto deseante.

Referencias Bibliográficas

- Alkolombre, P. (2010). Un caso de esterilidad enigmática: los efectos de un duelo patológico. Asociación Psicoanalítica Argentina. Departamento de psicósomáticas. Recuperado de:

file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Escritorio/Agostina%20Morales/Curso%20Deseo%20de%20hijo/Alkolombre%20un%20caso%20de%20esterilidad%20enigmatica.pdf
- Freud, S. (1993). Duelo y Melancolía. *Sigmund Freud: Obras Completas*, XIV, pp. 237-255. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernandez, A. (1996). De eso no se escucha: el género en psicoanálisis. *Género, Psicoanálisis y Subjetividad* (140-175). Paidós: Buenos Aires.
- Freud, S. (1976). 33° Conferencia. La feminidad. *Sigmund Freud Obras Completas*, XXII, p. 119. Buenos Aires: Amorrortu.
- León-López, P. (2011). El Duelo, entre la falta y la pérdida. *Desde el jardín de Freud*, 11, pp. 67-76. Bogotá.
- Ley 26.862 (2013). Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico

asistenciales de reproducción médicamente asistida. Art.2. Recuperado de:
<https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/21207.html>

- Marañón, S & Pascuali, E. (2021). El adiós más difícil de decir: pérdida gestacional. Congreso online 2021. Recuperado de:
<https://eticaycine.org/New-Amsterdam-3661>
- Meler, I. (1998). Nuevas tecnologías reproductivas: su impacto en las representaciones y prácticas acerca de la parentalidad. *Género y Familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad* (257-286). Buenos Aires: Paidós.
- Ormart, E & Abelaria, P. (2020). Clínica psicoanalítica en la infertilidad: epigenética y duelo. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 20, pp. 43-50.
- Pesino, C (2020). Abordaje psicológico de la reproducción médicamente asistida. *Cuerpos Femeninos A-TRHA-vesados*. Capítulo 7, pp.103. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.