



INFORMES DE INVESTIGACIÓN
Research reports

Aportes de la psicología a la reflexión sobre los dilemas éticos en embriones criopreservados

NATACHA SALOMÉ LIMA¹ Y ELIZABETH ORMART²

¹Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Universidad de Buenos Aires, Argentina

²Universidad Nacional de La Matanza y Universidad de Buenos Aires, Argentina

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 trabajadores de la salud con desafíos en torno a su rol profesional. Asimismo, la falta de una normativa específica en relación con ese tema conduce muchas veces a la judicialización de los casos que se presentan. Por eso, en este trabajo nos hemos propuesto indagar, a través de una metodología cualicuantitativa, las representaciones asociadas al embrión humano en una muestra de 45 profesionales de la psicología de la República Argentina. En concreto, se han examinado las respuestas de esos participantes frente a cuatro situaciones problemáticas seleccionadas con el fin de evaluar las competencias profesionales y las estrategias de intervención ante la resolución de dichos 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. De hecho, 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 de técnicas de reproducción humana asistida.

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

Contributions from psychology to reflections on ethical dilemmas in cryopreserved embryos

Abstract

The dilemmas detected at the beginning of human life —and with them the different meanings of the *in vitro* embryo— confront healthcare professionals with challenges related to their role. Likewise, the absence of specific regulations often leads to the prosecution of cases. Therefore, this study aims to investigate the different connotations attached to the human embryo in 45 Argentinean psychologists through a qualitative-quantitative methodology. The analysis examines the responses to four selected problematic situations, in order to assess professional competencies and intervention strategies in the resolution of conflicts. The selected scenarios (wrong embryo transferred in IVF; sex selection; and embryo transfer after death or after divorce) move professionals to reflect on the foundations of their practice as well as on the scope of the psychological interventions in the field of reproductive health. The analysis of professional competences has demonstrated the need to build interdisciplinary work teams, in which the contribution of psychology implies the protection of the symbolic sphere, the subjective dimension, and the integrity of fertility patients.

Keywords: *Competencies, human embryo, ethics, filiation, subjectivity, reproductive technologies*

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Natacha Salomé Lima. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. Gral. Juan Lavalle 2353 Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CP 1052AAA), Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (+54) 11 4952-5481. Correo electrónico: lima.natacha@hotmail.com

RMIP 2018, Vol. 10, No. 1, pp. 63-81.
ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

INTRODUCCIÓN

Los avances en medicina reproductiva de los últimos años —entre los que se destacan las mejoras en los dosajes hormonales para la recolección de ovocitos de una mejor calidad, 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 la fecundación *in vitro* (FIV) con la utilización de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés)— han dado como resultado, por una parte, transferencias unitarias con altas tasas de embarazo, aunque también, por la otra, un aumento en el número de embriones sobrantes, los cuales se encuentran en un dilema jurídico para determinar el estatus legal del embrión humano. Esta situación sienta las bases para una serie de dificultades que afectan directamente a pacientes y usuarios que requieren de técnicas de alta complejidad reproductiva para conformar sus familias, así como a las clínicas y centros de reproducción asistida, lo cual atañe a legisladores, organismos gubernamentales y a la comunidad científica en general.

Una muestra de esto lo constituye la modificación de la que fue objeto el texto del artículo 19 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCYC) (2015a) proyectado por el poder ejecutivo en junio de 2012, donde se suprime la especificación que introducía el recurso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA), lo cual ha provocado nuevas interpretaciones al término *concepción* por medio de otras disposiciones regulatorias y leyes vigentes nacionales y regionales.

En efecto, en el actual artículo se establece que la existencia de la persona humana comienza con la concepción, y según reza el artículo 9 de la Ley n.º 26.994 (8 de octubre de 2014), que aprueba el texto del CCYC vigente, “la protección del embrión no implantado será objeto de una ley especial”, la cual aún no se sustancia. Dicho de otra manera, mientras que en la propuesta original se diferenciaba a los embriones

concebidos en el seno materno de los concebidos por técnicas de reproducción asistida, en la redacción final aprobada por la ley se unifica el comienzo de la existencia de la persona al momento de la concepción, sin distinciones de forma o lugar.

Esta falta de especificación, sin embargo, ha servido para generar una serie de interrogantes sobre el alcance de muchas de las prácticas que actualmente se llevan a cabo con embriones criopreservados, pues dificulta, principalmente, el proceso para determinar el destino de estos cuando los progenitores no desean continuar la criopreservación, cuando existen disputas o cuando se produce el fallecimiento de uno de los titulares. De hecho, y a la luz del marco normativo actual (CCYC, 2015b), la firma del consentimiento informado para utilizar las técnicas “debe renovarse cada vez que se procede a la utilización de gametos o embriones” (art. 560), es decir, la voluntad procreacional debe ser ratificada ante cada transferencia.

Ahora bien, aunque se cuenta con un avance en materia de derechos reproductivos, las referencias del CCYC a las prácticas con embriones resultan insuficientes, lo cual se evidencia en las dificultades e inconsistencias internas de su promulgación. Hace aproximadamente un año se presentó un proyecto de ley titulado *Ley integral de técnicas de reproducción humana médicamente asistida* (Proyecto de ley, 2017), donde se contempla lo siguiente para el caso de los embriones: 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. Asimismo, en dicho documento se establece que los embriones sobrantes deben ser criopreservados por un periodo máximo de 10 años, aunque en caso de silencio y vencido ese plazo, “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.” (Proyecto de ley, 2017, art. 45).

Es cierto que esta instancia normativa aún no ha sido aprobada, pero también lo es que representa un antecedente importante, razón por la cual se espera que el presente informe pueda contribuir a profundizar en la reflexión sobre las particularidades que las propuestas regulatorias en dicho ámbito deberían considerar, pues hasta el momento la ausencia normativa sobre estos elementos ha descuidado a los pacientes y usuarios de TRHA, ocasionando que una gran responsabilidad de dicho proceso recaiga en la autorregulación de los centros y las clínicas de fertilidad. Esto significa que muchos de los problemas cotidianos deben ser resueltos por los profesionales según sus criterios de ética profesional y juicio crítico, o bien judicializando los casos que no se pueden resolver de otro modo.

Esta situación obliga a la conformación de equipos interdisciplinarios para impulsar la actualización e interlocución de saberes y prácticas complementarias, inscritas en contextos institucionales atravesados por coordenadas sociopolíticas, económicas y epistemológicas que no se pueden desatender. Efectivamente, en una sociedad plural como la nuestra no se debe imponer una ética de máximos para todos, sino que se tienen que buscar unos *mínimos éticos* compartidos que garanticen la convivencia (Cortina, 2000; Fabre *et al.*, 2009).

Por tanto, en este análisis de las respuestas de los profesionales de la psicología a las situaciones dilemáticas seleccionadas (viñetas) se explicitarán los modos de resolución de conflictos, así como 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 puedan generar un espacio de tramitación simbólica de los efectos subjetivos (dimensión clínica) que generan las intervenciones médicas.

En otras palabras, 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 de él. Su función, por tanto, es doble, ya que no solo funge como interlocutor entre las necesidades de los pacientes y las posibilidades terapéuticas que ofrece el equipo médico-asistencial, sino que también se desempeña como un operador preocupado por resguardar la dimensión subjetiva y la integridad psicofísica de pacientes, usuarios y profesionales en las distintas instancias del dispositivo de la reproducción asistida.

Por eso, concebir 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. En tal sentido, se espera que la función adaptativa no sea el único papel posible para la psicología en este ámbito; por el contrario, se pretende suplementar la visión eficientista de la tarea psicológica hacia una posición reflexiva que tenga como horizonte la dignidad e integridad de los pacientes y usuarios de las técnicas.

Por este motivo, el objetivo del presente estudio es describir las representaciones y percepciones asociadas al embrión en profesionales de la psicología, así como las implicaciones en la práctica ética del psicólogo en reproducción asistida. Para ello, y a partir del análisis interpretativo de cuatro viñetas, se ha procurado deducir las estrategias de intervención, las limitaciones y las competencias del psicólogo en torno a una serie de dilemas éticos seleccionados, para lo cual se han planteado los siguientes

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

MÉTODO

El diseño de investigación implementado en este trabajo fue cualitativo, pues se apoyó en un modelo teórico inductivo e hipotético-deductivo con estudio de casos a partir de muestreo teórico y con muestreo de conveniencia para participantes de encuestas. La muestra teórica estuvo constituida por cuatro viñetas articuladas bajo el principio de triangulación a partir de entrevistas semiestructuradas.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 45 profesionales de psicología de Argentina (35 del sexo femenino y 10 del sexo masculino, con edad promedio de 41 años), distribuidos de la siguiente forma: 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 % en área social, comunitaria y peritaje, 4 % en grupos y talleres con pacientes autistas y psicóticos, 4 % en psicología organizacional y 4 % en clínica de discapacidad y enfermedad orgánica.

Por otra parte, 64 % de los profesionales utilizaba el marco teórico psicoanalítico, y 75.5 % había egresado de la Universidad de Buenos Aires. Asimismo, del total de 45 participantes, 8 habían egresado en un periodo menor a 5 años, 13 en un periodo de 5 a 10 años, 15 en un periodo de 10 a 20 años, y 9 en un periodo mayor a 20 años.

Procedimiento

En el marco del proyecto de investigación científica en curso, subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, se entrevistó a médicos, eticistas, juristas, biólogos, genetistas, entre otros, y se recabó información documental y de bases de datos. Luego de este proceso, se seleccionaron los siguientes criterios de estudio: 1) dilema ético, 2) criopreservación de embriones, 3) legislación del código civil, normas y decretos complementarios de Argentina, 4) motivaciones en el diagnóstico genético preimplantatorio, 5) destino de embriones *post mortem* y destino posdivorcio, y 6) pertinencia ética y legal de la interrupción del embarazo.

Asimismo, y en relación con la exploración de los criterios, se escogieron 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 debido a que el destino de los embriones criopreservados no se podría establecer por el divorcio de los progenitores.

Para el análisis general se tomaron en cuenta las respuestas brindadas por los profesionales. Debido a que las preguntas planteadas fueron abiertas y de corte exploratorio, las respuestas no se analizaron con un tratamiento estadístico exhaustivo, sino a partir del estudio hermenéutico de sus componentes discursivos, pues se consideró la capacidad humana para significar y otorgar sentido a la realidad a través del lenguaje y por medio del relato.

La muestra de participantes encuestados fue de conveniencia, y para obtener los datos de estudio se diseñó una encuesta digital anónima y autoadministrable, que estuvo conformada por tres secciones: 1) sexo, edad, área de especialización, universidad de egreso y cantidad de años desde egreso universitario, así como áreas de desempeño profesional y marco teórico de re-

ferencia; 2) por medio de imágenes, la segunda sección se creó para indagar acerca de la representación del embrión no implantado, y 3) se presentaron viñetas, las cuales estuvieron acompañadas por preguntas abiertas y de opciones cerradas con el fin de rastrear las intervenciones propuestas y las distintas vías de resolución de conflictos.

RESULTADOS

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 (Unesco, 2006, pp. 51-52).

En la figura 1 se observa que más de la mitad (56 %) de profesionales consultados considera que debe primar el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, a diferencia de cuatro encuestados (9 %) que creen que la decisión debe ser exclusivamente de la pareja progenitora, al haber expresado su voluntad procreacional y aportado sus gametos. Vale destacar que dentro de este último grupo de encuestados, ninguno se desempeña en el ámbito de la salud reproductiva, aunque 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 em-

brión 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, por tanto, adquiere prioridad como *propiedad de alguien* por sobre el vientre femenino, que aparece solamente como medio para la consecución del embarazo.



Figura 1. De las dos partes en pugna, ¿cuál le parece que tiene derecho a decidir?

Retomando el porcentaje de profesionales de la psicología que opinan que la mujer, en tanto propietaria de su cuerpo, tiene derecho a decidir, también se debe acotar que esta concepción es contraria a lo que se estipula en el marco jurídico argentino, donde, por el momento, no se señala como una causa para la interrupción del embarazo el error humano factible en la aplicación de la técnica.

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

En cuanto al 24 % que ha planteado la decisión en forma conjunta, encontramos que si bien describen el problema, no aportan argu-

mentos para la resolución, como se evidencia en el siguiente comentario:

Ambas tienen derecho, una porque 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.

Por otra parte, en la figura 2 se evidencia que 78 % de los consultados cree 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. De esta manera lo expresa uno de los participantes: “En este caso cuando la madre que quedó embarazada ha padecido una mala praxis la ley debería amparar el derecho a decidir”.

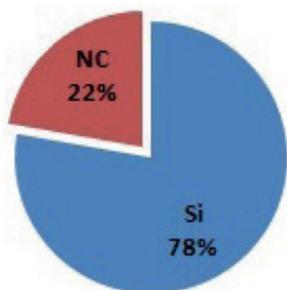


Figura 2. ¿Cree que es relevante para este caso que la ley local permita el aborto terapéutico?

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las respuestas específicas ofrecidas por los profesionales, se encontró la superposición de dos esferas: el juicio personal y el profesional, que en algunas ocasiones pueden ser diferenciados: Así lo explica uno de los encuestados: “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”.

Viñeta 2. Selección de sexo por motivo de balance familiar

Un profesional de 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 (adaptado de Zatz, 2011).

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 se puede realizar si alguno de los progenitores presenta un factor de riesgo o enfermedad genética a considerar.

Una vez planteado el problema de la viñeta 2, 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. En tal sentido, la mayoría de los profesionales (38 %) propone como intervención la psicoterapia para indagar en los as-

pectos vinculares y emocionales de la pareja y de la estructura familiar. Asimismo, 24 % sugiere resolver la situación poniendo en juego competencias cognitivas y técnicas como las siguientes: indagar el deseo y el lugar del hijo en esta estructura familiar, explorar la significación del hijo varón y los mandatos familiares asociados a la presencia de un hijo varón, explicitar cuál es el lugar que este hijo viene a ocupar, así como proponer un trabajo sobre la flexibilidad cognitiva para que el hijo pase a ser sujeto.

Varios profesionales (17 %), en cambio, opinan que se debe resolver la situación mediante algún tipo de psicoeducación; 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 a las personas que presentan dificultades en la gestación”. Algunos psicólogos (3) opinan 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. Con esta postura (al no ubicar un malestar en la familia, sino en los profesionales que trabajan en la clínica de fertilidad) no se ofrece ninguna intervención.

Por otra parte, y en relación con 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?*, 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 en los motivos podría visibilizar el lugar del hijo en el entramado filiatorio. Esos deseos y expectativas, además, deben poder ser escuchados por el psicólogo o el equipo de psicología cuando resulte necesario ponderarlos para continuar o, en caso contrario, sugerir no iniciar el tratamiento.

Otros, en menor medida (10 %), creen que indagar en los deseos o en las motivaciones resalta de una doble exposición, es decir, los pacientes exponen muchas veces su intimidad frente a los técnicos de la reproducción, y en este caso deben también someter a escudriño sus intenciones. En consecuencia, los profesionales encuestados opinan que la razón por la cual se busca un hijo no debería ser objeto de opinión del médico o de los técnicos de fertilidad. Sin embargo, ponderar los motivos no se debe confundir 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? Sí 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.

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 criopreservados 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 (Redactado para este estudio a partir de entrevistas con especialistas en la práctica clínica con embriones).

Del mismo modo que en la presentación de los resultados anteriores, las respuestas cualitativas brindadas por los profesionales para esta viñeta no fueron objeto de un tratamiento estadístico exhaustivo, ya que el limitado número de la muestra no permitía extraer inferencias representativas. Por ese motivo, se realizó un análisis discursivo, lo cual permite una puesta en común de los resultados y su posterior discusión. No obstante, y aun hecha esta precisión, la situación propuesta presentó una dificultad adicional, pues no se mencionaba la firma de los consentimientos informados. En efecto, 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.

Aun así, más de la mitad de los consultados (55 %) recomiendan una intervención directiva sobre el hombre para indagar en mayor medida el proceso de duelo, el lugar en que ubica a su nueva pareja cuando se constituya en gestante de los embriones, así como en 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, así como precisar los deseos y las expectativas anteriores y actuales en torno a la pareja y los hijos; en otras palabras, indagar en la historia del hombre para conocer lo que subyace en dicho pedido.

Igualmente, 28 % de los profesionales plantea un abordaje de pareja, haciendo hincapié en la necesidad de evaluar los vínculos (pasados y actuales) en relación con 1) distintos aspectos de la toma de las decisiones, 2) deseos, expecta-

tivas, motivaciones, necesidad médica o biológica del tratamiento y posibles consecuencias de seguir adelante en estas condiciones, 3) por qué no pensar en un hijo con los gametos propios o recurrir a la ovodonación en caso de una imposibilidad orgánica, 4) significación y lugar del niño para esta pareja, y 5) consecuencias psicológicas y emocionales de iniciar un tratamiento reproductivo en esas condiciones.

Asimismo, 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, así como indagar en lo que representa para ella gestar un hijo con los gametos de una pareja anterior (fallecida). Asimismo, profundizar sobre las fantasías en torno a los hijos. En este último caso, los encuestados plantean considerar el deseo de un hijo en estas circunstancias.

Por último, dos encuestados recomiendan intervenciones fuera del ámbito psicológico, judicializando el caso o sugiriendo la intervención del comité de bioética, pues creen que el problema no es psíquico, sino ético.

Viñeta 4. Destino de embriones posdivorcio

Una pareja heterosexual se encuentra cursando 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 exmarido. 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 (Redactado para este es-

tudio a partir de entrevistas con especialistas en la práctica clínica con embriones).

Si bien la mayoría de los profesionales (64 %) considera que el tratamiento no se debía realizar si ambos progenitores no estaban de acuerdo (pues creen que se deben tener los consentimientos firmados ante cada transferencia, como prevé la ley), también señalan la necesidad de tomar en cuenta los derechos de ambos padres (derecho a procrear *vs.* derecho a no procrear). De hecho, si existe una simetría de roles entre los progenitores (dado que los dos accedieron voluntariamente a formar los embriones con sus gametos), entonces ambos tendrían igual derecho a disponer de ellos. Sin embargo, ¿qué sucede cuando el plan de vida cambia y ya no comparten los mismos deseos? Al respecto, tres encuestados sostienen que no debería llevarse a cabo ninguno de los pedidos individuales, es decir, no se debería realizar la implantación ni el descarte hasta que no se existiera algún tipo de mediación.

No obstante, continuar la criopreservación hasta llegar a un acuerdo entre las partes deja a los embriones “en situación de espera”, sin resolver el conflicto. Por ende, 20 % de los profesionales sugiere que, de no existir la posibilidad de un acuerdo, el conflicto se debería dirimir en una instancia judicial. En este punto, además de ponderar cuál derecho debería primar (¿el de procrear o el de no procrear?) y la situación particular de los involucrados (es decir, si es 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 elemento importante es la conceptualización diferencial que adquiere el estatus de embrión para la disputa en cuestión (para el hombre es un proyecto que finalizó y que no le interesa continuar; para la mujer son “sus hijos”). Al respecto, dos encuestados mencionan que no se puede hablar de hijos aún, pues para que eso su-

ceda se precisa del “deseo de ambos progenitores y su voluntad en el momento presente”.

En cuanto a las propuestas de intervención, se sugiere trabajar con la mujer el impacto que tendría un hijo en esas condiciones, así como abordar el proceso de duelo que atañe a su matrimonio, a su proyecto de familia y a su fertilidad. Igualmente, los profesionales señalan realizar intervenciones vinculares para indagar el alcance del deseo filiatorio en cada uno de los involucrados y en relación con esos embriones para intentar arribar a algún tipo de mediación o acuerdo.

Las sugerencias más recurrentes, por tanto, apuntan a 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 sobre ese pedido; es decir, si se trata de un anhelo de familia monoparental, de venganza o de continuación familiar. En menor medida, 10 de los consultados opinan que se pueden consensuar opiniones entre los profesionales del equipo tratante, solicitar la intervención de un comité de bioética o judicializar el caso si no hay acuerdo.

DISCUSIÓN

Decisiones sobre el propio cuerpo y la propiedad del embrión

Desde el ordenamiento jurídico regional, 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 FIV, vigente en Costa Rica desde el año 2000, supone una violación a 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 tales técnicas produciría una “pérdida embrionaria”, aunque se omitió que estas también ocurren 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, así como a formar una familia, a la integridad personal en relación con la autonomía, a la salud sexual y reproductiva y a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico sin discriminación (Corte Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2012). En tal sentido, la Corte dispuso, entre otras cosas, que el Estado debía adoptar, con la mayor celeridad posible, las medidas apropiadas no solo para que quedara sin efecto la prohibición de practicar la FIV, sino también para que las personas que desearan utilizar dicha técnica lo pudieran hacer 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 (CADH), y que el término *concepción* tiene que ser pensado como sinónimo de embarazo. Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lamm (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 solo 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 (viñeta 1) permite examinar si la *mala praxis* podría considerarse una causa para la interrupción legal del embarazo. Sin embargo, los psicólogos encues-

tados han reflexionado poco sobre este asunto, aunque argumentan a favor (56 %) del derecho de la mujer embarazada de disponer sobre su cuerpo. En cambio, muy pocos profesionales (9 %) han ubicado el derecho a decidir en la pareja que reclama el seguimiento de la gestación.

Desde el marco de los principios bioéticos (Beauchamp & 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 —sobre la *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, también se debe hacer una lectura sobre lo que se entiende por *cuerpo* desde el discurso jurídico local. En este sentido, el CCYC argentino incluye en el capítulo 4, titulado *Derechos y bienes*, un artículo donde se señala que los derechos sobre el cuerpo humano o sus partes “no tienen un valor comercial, sino afectivo, terapéutico, científico, humanitario o social y solo pueden ser disponibles por su titular siempre que se respete alguno de esos valores y según lo dispongan las leyes especiales” (CCYC, 2015c, art. 17).

Desde el ámbito subjetivo, aunque el lugar físico donde se produce la intervención médica es el cuerpo de la mujer, no se puede desconocer la importancia de la constitución del cuerpo simbólico para pensar el lugar que a futuro alojará al embrión. Este interjuego entre cuerpo real —como materialidad orgánica— y cuerpo simbólico —como lugar de subjetivación, en donde se gestará el embarazo— invita a la reflexión acerca de los procesos de libidinización del propio cuerpo y del embarazo con una influencia decisiva sobre el devenir de los acontecimientos (Lima & Ormart, 2014).

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. Sin embargo, para casos de *mala praxis* como el de la viñeta no existen protocolos o guías de buenas prácticas que, en el marco de la ley, contemplan la interrupción legal del embarazo. Al respecto, vale destacar la reflexión de Kornblihtt (1 de julio de 2018):

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 (Extracto de Video, Kornblihtt, 2018).

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 ocho células, realizar un examen para buscar enfermedades o alternaciones cromosómicas. Una vez realizado el análisis se puede conocer 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 asociada 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. Algunas de las interrogantes que hemos querido problematizar a partir del análisis de la viñeta 2, al no existir una razón médica para la intervención solicitada, son las siguientes: ¿debe ser evaluado el proyecto parental? y, en dicho caso, ¿quién(es) realizaría(n) tal evaluación y según cuál(es) criterio(s)?

Como primera instancia, al tratarse de una técnica que se efectúa en el marco de un tratamiento de reproducción asistida, los profesionales podrían negarse a continuar si las condiciones no son las adecuadas. De acuerdo con varios autores (Pennings, Bonduelle, & Liebaers, 2003; Pennings & De Wert, 2012), la evaluación del proyecto parental escapa al análisis médico, pues se visibiliza la necesidad de ponderar otros factores como la responsabilidad parental de los solicitantes. En este sentido, y 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 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 puede diferenciarse, según Alkolombre (2008), del deseo de embarazo: para desear un hijo es necesaria una ruptura con el narcisismo y 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 dicho caso, el niño ocupa un lugar puramente imaginario, pues viene a suplir una falta. De hecho, con su llegada, el niño completa a la madre, restaurando el narcisismo perdido. Dicho de otra

manera, “el hijo forma parte de la economía libidinal de la madre” (Alkolombre, 2008, p. 19), con lo cual no hay terceridad, ya que madre e hijo se encuentran fusionados.

El modo en que se presenta esta demanda ubica al hijo como un objeto que completa de forma narcisista a la mujer, por lo cual es consumido como un producto más del mercado. Al respecto, es oportuno considerar lo que Leserre (2015) toma en consideración a partir de lo expresado por 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” (p. 50).

Sobre este asunto, Godoy (2018) señala, a partir de las reflexiones de Bauman (2005), que en nuestra época el hijo se puede transformar en un *objeto de consumo emocional*. Para Bauman, en el tiempo en que los niños eran productores, la llegada de un hijo traía la esperanza de mejorar el bienestar familiar. Sin embargo, cuando a partir de las políticas neoliberales el bienestar empezó a ser medido a partir del aumento del poder adquisitivo, los hijos, como objetos preciados, pasaron a ser también objetos de consumo. En otras palabras, el grado de felicidad esperada empezó a ser medido a partir de la ecuación costo-beneficio, de forma que los hijos se constituyeron en una de las compras más onerosas que un consumidor promedio podía “permitirse en el transcurso de toda su vida” (Bauman, 2005, p. 64). El hecho de tener hijos, en consecuencia, sería una obligación que iría en contra de 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” (Bauman, 2005, p. 64).

Desde esta perspectiva, la alianza mercado-tecnología sería deshumanizadora, pues entraña un peligro para el ser humano, ya que ahora no se trata de la alienación del sujeto a

los productos o de la satisfacción sexual del sujeto con los productos, sino de la prolongación de la raza humana a través de la tecnología, así como del riesgo a que el ser humano se convierta en un producto más del mercado, diseñado a medida del consumidor. Esto significa que un hijo podría dejar de ser deseado para pasar a ser consumido, pues cuando se impone la lógica del mercado se produce un aplastamiento en el que se equipara el sujeto al objeto y, en consecuencia, un avance de la lógica del mercado sobre la lógica de la subjetividad, con la consecuente afectación de la dimensión simbólica. En la viñeta 2, por tanto, la pareja no desea un hijo: quiere un varón.

El problema ético de la reproducción póstuma

Dentro del ámbito de la asistencia reproductiva, la reproducción póstuma plantea muchas interrogantes. La escasez de estudios empíricos y las diferentes apreciaciones sobre el 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 (p. ej., cáncer) puede iniciar la criopreservación de gametos, tejidos o embriones para continuar con el proyecto reproductivo una vez restablecida su salud.

Sin embargo, como los tratamientos contra el cáncer no siempre pueden ser exitosos (pues existe la probabilidad de que la persona muera antes de utilizar los gametos congelados), la voluntad acerca del destino de estos debería dejarse asentada anticipadamente por escrito. La autonomía del proyecto parental, por ende, podría ser evaluada, cuestionando si es ético reproducirse después de muerto y sobre el bienestar psicosocial del niño nacido en estas condiciones.

Asimismo, se debe tener en cuenta que en algunos casos pudiera no haberse producido un consentimiento informado debido, por ejemplo,

a la muerte accidental o inesperada de la persona. Estos casos son los más complejos dado que no se cuenta con información referida 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 para el resguardo del bienestar del niño o niños nacidos en estas circunstancias.

Según Pennings *et al.* (2006), ambos principios podrían converger cuando se logra promover la toma de las decisiones de un modo autónomo por parte del miembro sobreviviente, lo cual reduce 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 solo se aprovecha de la intención de perpetuar la presencia de su exesposa, podría concluirse que el sujeto no está tomando la decisión de un modo autónomo.

Al respecto, Freud (1916) señalaba que una de las condiciones fundamentales para iniciar un proceso de duelo es la posibilidad de desinvertir 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 se puede evidenciar en el siguiente fragmento que parte de la reelaboración supone un dejar:

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. Solo 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” (Freud, 1916, pp. 310-311).

Otra dificultad para la evaluación del procedimiento de transferencia *post mortem* es la falta de resultados concluyentes en torno al desarrollo psicosocial de niños nacidos luego de procedimientos de este tipo. El Comité de Evaluación Ética de la Sociedad Europea de Medicina Reproductiva (Pennings *et al.*, 2006) concluye que la reproducción *post mortem* llevada a cabo por el miembro sobreviviente podría realizarse tomando en cuenta 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) después de 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 analizarse a partir de las recomendaciones de las guías de buenas prácticas profesionales, desde la autorregulación de los centros y su política institucional, o por medio de la judicialización de los casos. Las recomendaciones éticas europeas (Pennings *et al.*, 2006) sugieren incluir la opción de la reproducción *post mortem* en los consentimientos informados para criopreservación. De hecho, y aun 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 (Pennings *et al.*, 2006).

En el contexto de la reproducción asistida, la autonomía reproductiva de las personas es

un principio fundamental; por lo tanto, la firma de los consentimientos informados cuando los sujetos se han implicado en el acto de firmar/afirmar sus decisiones (Ariel, 2012) puede evitar conflictos en la disposición de gametos y embriones en caso de muerte de uno de los miembros de la pareja parental.

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 solo(a) con el proyecto parental. Si en el discurso del sujeto se percibe que el niño ocupa únicamente un lugar de “objeto conmemorativo” o se advierte que se puede convertir en un reemplazo o prótesis simbólica del(a) fallecido(a), el proceso de subjetivación podría peligrar. Además, se debe considerar lo señalado por Pennings *et al.* (2006):

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 (p. 3052).

Esta referencia representa de algún modo lo que los profesionales han destacado acerca de indagar el deseo maternal en la mujer gestante. Si bien no se trata de una subrogación (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 sirve de base para preguntar quién sería la madre. Claramente este tipo de interrogantes no apuntan a lo fenomenológico,

sino a cómo se juegan estos posicionamientos y fantasías en el proceso de subjetivación del niño por venir.

Asimismo, y siguiendo las respuestas de los encuestados, estos casos presentan la necesidad de evaluar la evolución del duelo y si algún aspecto de este podría estar influyendo negativamente en la toma de las decisiones. Por ende, la evaluación de sentimientos de culpa o de idealización del ser amado fallecido, junto con la disposición de un tiempo prudencial de espera, son variables que se deben considerar.

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. Un ejemplo es el estudio elaborado por el Hastings Center (Cohen & Adashi, 2016), el cual presenta una serie de problemas (once casos entre 2001-2016) debido a las diferentes resoluciones judiciales de las distintas cortes de Estados Unidos (Tennessee, Nueva York, Illinois, Oregon, Massachusetts, Texas, Pennsylvania y California).

En este sentido, y como los distintos posicionamientos de esas cortes no contribuyeron a delinear principios unificados, los mencionados autores han propuesto los cinco ítems que se enumeran a continuación para generar un ordenamiento de la práctica médica con embriones criopreservados (Cohen & Adashi, 2016): 1) diferenciar los consentimientos informados de los acuerdos sobre disposición de embriones a través de formularios estandarizados, 2) firmar los consentimientos sobre disposición embrionaria, previo a la criopreservación, 3) elaborar una norma que establezca que los acuerdos de disposición embrionaria sean 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 y 5) establecer consideraciones especiales para los casos de pérdida de fertilidad. Asimismo, los autores señalan dos aspectos indispensables en relación con los consentimientos informados: 1) que la Corte los considere legalmente vinculantes y 2) que la Corte acceda a considerar los acuerdos previos como ejecutables.

La referida investigación de Cohen y 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 que redactó un acuerdo de coparentalidad donde indicaba lo siguiente:

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 (p. 14).

Este acuerdo, sin embargo, nunca fue firmado por la pareja. Posteriormente, tres embriones fueron generados y sobrevivieron hasta la viabilidad. Luego Karla quedó infértil como consecuencia de la quimioterapia. Al poco tiempo la pareja se separó sin llegar a un acuerdo acerca de la disposición de los embriones. Jacob demandó a Karla para impedir que los usara, pero ella presentó una contrademanda para poder utilizarlos.

Ahora bien, y como se indicó anteriormente, aunque 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 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).

Sobre este particular, la decisión que se tome acerca de la disposición está directamente relacionada con el modo en que el embrión es percibido, es decir, como “un conjunto de células” o como “un niño/hijo” cuyos intereses deben ser protegidos. Si se creyera que los embriones son un tipo de entidad al que se pueden atribuir *intereses*, entonces parece apropiado que estos se cumplan gracias a la implantación y posterior nacimiento. No obstante, introducir el planteamiento sobre *el mejor interés* obstaculiza varias de las prácticas y procedimientos que se llevan a cabo con embriones actualmente. Por tal motivo, este escenario ha resultado el más difícil de resolver.

CONSIDERACIONES FINALES

Antes de ofrecer las consideraciones específicas y las recomendaciones para cada situación presentada en este artículo, conviene distinguir que la resolución de los conflictos está causalmente determinada por la forma en que los profesionales consultados conciben al embrión humano. En efecto, aunque la mayoría (70 %) no lo considera como una persona, se pueden ubicar unas intervenciones cuando es representado psíquicamente como un “hijo” y otras cuando se le considera como un “proyecto” o un “conjunto de células”. En tal sentido, indagar en las particularidades del deseo filiatorio, del lugar del hijo para la persona o pareja que presenta el conflicto, así como el proceso de los distintos duelos que atraviesan los pacientes y usuarios de TRHA han sido las intervenciones más destacadas.

Asimismo, 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. Igualmente, sería interesante comparar los resultados de este trabajo con futuras investigaciones en las cuales se elijan otras poblaciones y enfoques de la psicología, pues difícilmente se pueden generalizar los hallazgos recabados con metodologías cualitativas como las usadas en este artículo, aunque cabe destacar que muchas de las limitaciones jurídicas reseñadas aquí son comunes en varios países de la región.

Señalado lo anterior, a continuación se ofrecen las consideraciones finales, las cuales se han agrupado siguiendo cada uno de los ejes principales de las viñetas presentadas con la intención de visibilizar el aporte que puede brindar la psicología al ámbito de la reproducción asistida.

CONFLICTO DE INTERESES EN EMBRIONES INTERCAMBIADOS

En este caso se encuentran 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 progeneradora (autonomía reproductiva) y del embrión implantado. En tal sentido, y aunque es comprensible que los progenitores no quieran perder sus embriones, también debe serlo que no se pueda imponer la gestación a otra persona. De hecho, y aun cuando la resolución que sugiere el Cuadernillo de Salud Reproductiva (Unesco, 2006) procura generar reuniones vinculares para asesorar a las parejas sobre la continuación del embarazo y las implicaciones 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

Se debería poder analizar la necesidad de incluir, dentro de las causales de la interrupción legal del embarazo, las situaciones de *malas praxis* ocasionadas en el ámbito de la reproducción asistida. Proponer intervenciones instituciona-

les 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 a ser transferido.

Pedido por motivos sociales de realizar el PGD para elegir el sexo

En Argentina, las peticiones para realizar el PGD se rigen por indicación médica, la cual se puede concretar por diversos factores, como el riesgo a transmitir alguna enfermedad genética de los padres, la edad avanzada de la madre (que puede ser causante de embriones aneuploides, es decir, con un complemento cromosómico anormal) o la azoospermia en el hombre.

Aun así, la realización del PGD ocurre luego de la FIV, es decir, después de la indicación de iniciar un tratamiento de alta complejidad reproductiva. Si la persona está dispuesta a pagar el tratamiento por motivos que considera fundados, los profesionales de la salud tienen la libertad 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, aunque se debe acotar que es difuso el límite entre las razones médicas y sociales, y las condiciones para realizar los tratamientos.

El objetivo de presentar una viñeta de este tipo supuso 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 de lo íntimo para someterla a una serie de toma de decisiones donde participan distintos actores, por lo que la 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, transformando en pública lo que era una práctica privada.

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. La autonomía reproductiva de las personas tiene límites que, en el ámbito de la asistencia médica, pueden ser pautados por la intervención profesional. En el caso analizado, es factible que la selección del sexo por motivos sociales vulnere la autonomía del niño por nacer. Si bien las intervenciones sobre este particular 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 y cómo conciben las diferencias de género. Luego de esto, los profesionales podrían negarse a iniciar el tratamiento reproductivo sustentando sus argumentos en los parámetros de la objeción de conciencia.

Recomendaciones

Se deberían poder definir criterios para la 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. Asimismo, diseñar intervenciones grupales interdisciplinarias junto con el equipo médico-asistencial para la evaluación de caso por caso.

POSIBLES INTERVENCIONES EN CASOS CONFLICTIVOS DE DESTINOS POST MORTEM

Las decisiones en relación con el destino de los embriones criopreservados involucran un estatus legal, moral, ético y simbólico, es decir, el modo en que es representado y significado por quienes lo han generado. Asimismo, implica la manera en que es afectado por las disposiciones vigentes y sus contrariedades, por ejemplo, cuando la pareja o persona decide el descarte,

aunque esta opción no ha sido jurídicamente contemplada.

La regulación de la filiación *post mortem* se encontraba proyectada en uno de los artículos del CCYC argentino (2015) que fue retirado a último momento, lo que generó un vacío normativo y varios dilemas a los profesionales que se desempeñan en el ámbito. Como medida de autorregulación puede proponerse la inclusión en los consentimientos informados (CI) de destinos que contemplen los casos de fallecimiento. Los CI son indispensables para resguardar el deseo y la voluntad anticipada de los progenitores, pues se constituyen como valiosos instrumentos para proteger la autonomía reproductiva de las personas. Sin embargo, las resoluciones pragmáticas no resuelven la pregunta ética acerca de la filiación póstuma.

Recomendaciones

Antes de la criopreservación, incluir en la firma de los CI opciones de destino en caso de fallecimiento de alguno de los miembros de la pareja parental. De hecho, y siguiendo las normativas internacionales, podría especificarse la necesidad de contar con al menos un año de espera antes de iniciar un nuevo tratamiento. Durante ese tiempo, se sugieren intervenciones con el equipo de psicología para evaluar las condiciones del duelo y la posibilidad de continuar o no con el tratamiento.

POSIBLES INTERVENCIONES EN CASOS PROBLEMÁTICOS DE DESTINO POSDIVORCIO

Si bien en Argentina hay pocos casos que han llegado a la instancia judicial, lo que interesa resaltar 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, particularmente, en los niños nacidos en este contexto. Uno de los fundamentos psíquicos que se pueden encontrar en el hecho de solicitar el consentimiento de los

progenitores ante cada transferencia embrionaria es el de ubicar allí la necesidad de firmar y afirmar la decisión cada vez (Ariel, 2012). 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. Sobre este elemento, se deben considerar las reflexiones de Ariel (2012):

¿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 (p. 95).

De este modo, las coordenadas del acto y de la responsabilidad sirven para analizar otra dimensión que no se agota en binarismos. Las ficciones jurídicas podrán ser útiles para encontrar soluciones pragmáticas, aunque 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, la cual instituye una madre en el acto de renuncia que permite salvar la vida del hijo (Ormart, 2009).

Por último, las decisiones que se deben tomar en el ámbito de las TRHA muchas veces reeditan la sentencia salomónica, es decir, aunque existan los medios técnicos para diferenciar las compatibilidades genéticas, cosa que no ocurría en el momento del rey Salomón, lo que constituye a una madre o a un padre no se reduce a lo biológico (ni en aquel momento ni ahora) dado que requiere de coordenadas singulares, es decir, de un sujeto capaz de responder por su acto.

REFERENCIAS

- Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ariel, A. (2012). La responsabilidad ante el aborto. En J. Michel Fariña & J. Solbakk (Comps.), *(Bio)ética y cine. Tragedia griega y acontecimiento del cuerpo* (pp. 95-104). Buenos Aires: Letra Viva.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principios de ética biomédica*. Masson: Barcelona.
- Código Civil y Comercial de la Nación (CCYC, libro primero). (2015a). *Persona humana. Capítulo 1. Comienzo de la existencia*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#6>.
- Código Civil y Comercial de la Nación (CCYC, libro segundo). (2015b). *Relaciones de Familia. Título V. Filiación*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#15>.
- Código Civil y Comercial de la Nación (CCYC, título preliminar). (2015c). Capítulo 4. Derechos y bienes. Artículo 17. Derechos sobre el cuerpo humano. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#5>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (CIDH) (2012). *Caso Artavia Murillo y otros (fecundación in vitro) vs. Costa Rica*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Recuperado de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf.
- Cortina, A. (2000). *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial*. Madrid: TROTTA.
- Cohen, I. G., & Adashi, E. Y. (2016). Embryo disposition disputes: Controversies and case law. *Hastings Center Report*, 46(5), 13-19. Doi: <https://doi.org/10.1002/hast.600>.
- Fabre, F. A., Busquets Alibés, E., Camacho Díaz, A., Cambra Lasaosa, F. J., Cusí, V., Ferrer, P., Gabaldon, S., Nogués, R., Román, B., & Terribas, N. (2009). Consideraciones sobre el embrión humano. *Bioética & Debate*, 15(57), 1-12. Recuperado de https://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/viewFile/259308/346528.
- Freud, S. (1916 [1915]). La transitoriedad. En *Obras completas* (vol. XIV) (pp. 307-311). Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Godoy, C. (2018). Montajes familiares: síntoma, ficción y real. En *Cuerpos y familias transformados por las técnicas de reproducción asistida* (Serie Diálogos entre Derecho, Medicina y el Psicoanálisis) (pp. 62-66). Buenos Aires: Letra Viva.
- Kemelmajer de Carlucci, A., Herrera, M., & Lamm, E. (2014). Hacia la ley especial de reproducción asistida. Cuando la razón prima. *La Ley*, LXXVIII (224). Recuperado de

- http://www.colectivoderechofamilia.com/wp-content/uploads/2015/05/AKC_MH_EL.-Hacia-la-ley-especial-de-reproducci%C3%B3n-asistida1.pdf.
- Kornblihtt, A. (1 de julio de 2018). *Exposición de Alberto Kornblihtt en el debate sobre la ley de despenalización del aborto* (video de Youtube). Cámara de Diputados. República Argentina. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ahRfo7q4HQ8>.
- Leserre, A. (2015). *Una lectura de nota sobre el niño*. Grama Ediciones: Buenos Aires.
- Ley 26.994. (8 de octubre de 2014). *Boletín Oficial*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>.
- Lima, N. S., & Ormart, E. B. (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*. Recuperado de <http://www.eticaycine.org/La-ley-y-el-orden>.
- Pennings, G., & De Wert, G. (2012). Preimplantation genetic diagnosis. En Chadwick, R. (Ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics* (2.ª ed., vol. 3) (pp. 576-583). San Diego: Academic Press.
- 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.
- 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.
- Proyecto de ley. (2017). *Ley integral de técnicas de reproducción humana médicamente asistida*. Recuperado de http://www.samer.org.ar/pdf/PROYECTO_LEY_ESPECIAL_E_INTEGRAL_DE_TRHA.pdf.
- Unesco. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
- Unesco. (2006). *Reproductive Health. Case Studies with Ethical Commentary*. Retrieved from http://www.unesco-chair-bioethics.org/?mbt_book=reproductive-health-case-studies-with-ethical-commentary.
- Zatz, M. (2011) *Genética*. San Pablo, Brasil: Editora Globo.

Recibido: 1 de febrero de 2018

Revisión final: 18 de junio de 2018

Aceptado: 29 de junio de 2018

NOTAS DE AUTOR

Conflicto de Intereses: Las autoras del presente estudio indican no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Adherencia a principios éticos e integridad científica: Todos los procedimientos de elaboración del presente manuscrito fueron llevados a cabo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas.

Apoio financiero: El presente estudio y la elaboración del manuscrito se inscribe dentro del esquema de financiación otorgado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) para el proyecto de beca interna posdoctoral titulado *Embriones criopreservados: dilemas éticos en la práctica clínica. Sistematización de una guía para la resolución de conflictos*, así como del proyecto de investigación subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACYT) 20020150100164BA (2016-2018), titulado *Las competencias del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida*, dirigido por la profesora Dra. Elizabeth Beatriz Ormart. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina.