

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# **Perspectiva de género en las técnicas de reproducción asistida: estudio de casos del libro “A mis heroínas” de Irene Dall Agnoletta.**

Pasquali, Evelyn.

Cita:

Pasquali, Evelyn (2021). *Perspectiva de género en las técnicas de reproducción asistida: estudio de casos del libro “A mis heroínas” de Irene Dall Agnoletta. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/669>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/ZES>

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

# PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: ESTUDIO DE CASOS DEL LIBRO “A MIS HEROÍNAS” DE IRENE DALL AGNOLETTA

Pasquali, Evelyn

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Hay todo un imaginario en torno a las mujeres que se someten a las técnicas de reproducción humana asistida. Uno de ellos es que son “heroínas” porque dejan todo y se someten a cualquier cosa por ser madres. Tal es así, que este imaginario se plasmó en la tapa de un libro escrito por una ginecóloga especialista en reproducción asistida. En el libro, se presentan casos clínicos del consultorio de la médica. Tras leerlos en su conjunto, se puede evidenciar que tras la denominación novelesca de las mujeres, hay un mandato social de la maternidad que está sostenido - entre otras cosas- por el discurso médico hegemónico. ¿Por qué no son heroínas aquellas mujeres que deciden ir contra el sistema hegemónico y no maternar? ¿Qué mirada tienen los/as médicos/as del rol del/la psicólogo/a en los tratamientos de reproducción? ¿Cuáles son las intervenciones posibles en este ámbito? ¿Cómo dar lugar al deseo cuando asociado a no cumplir un mandato, vienen prejuicios como el no ser una heroína?

## Palabras clave

Reproducción humana asistida - Heroínas - Mandato de maternidad - Deseo

## ABSTRACT

GENDER PERSPECTIVE IN ASSISTED HUMAN REPRODUCTION TECHNIQUES: CASE STUDY OF THE BOOK “A MIS HEROINES (TO MY HEROINES) BY IRENE DALL AGNOLETTA

There is a whole imaginary around women who undergo assisted human reproduction techniques. One of them is that they are “heroines” because they leave everything and submit to anything to be mothers. So much so that this imaginary was captured on the cover of a book written by a gynecologist who specializes in human reproduction. In the book clinical cases from the doctor’s office are presented. After reading them it can be seen that behind the fictional denomination of women, there is a social mandate of motherhood that is supported - among other things - by the hegemonic medical discourse. Why aren’t those women who decide to go against the hegemonic system and not give birth to be heroines? What view do doctors have of the role of the psychologist in reproductive treatments? What are the possible interventions in this area? How to give rise to

desire when, associated with not fulfilling a command, come prejudices such as not being a heroine?

## Keywords

Assisted human reproduction - Heroines - Maternity mandate - Desire

## INTRODUCCIÓN

Tal escrito se presenta como la segunda entrega evaluatoria para la acreditación de la Práctica Profesional “El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA” de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires cuya profesora adjunta regular a cargo es la Dra Elizabeth Ormart.

El trabajo aquí presentado está en estrecha relación con una entrevista realizada a la Dra Dall Agnoletta, ginecóloga. La entrevistada comentó que tenía escritos un par de libros, uno de los cuales se llama “A mis Heroínas: casos clínicos de pacientes con deseos de fertilidad”. En este libro, la Dra relata algunas historias de sus pacientes.

A partir del libro mencionado, se tomarán tres casos clínicos para analizar la relación que se establece entre el deseo de maternidad y los mandatos sociales (provenientes de distintas fuentes) que recaen no sólo sobre la mujer, sino específicamente sobre su cuerpo. A partir de ellos también se analizará el rol del psicólogo en este ámbito.

## Primer caso:

“¿Y qué estudios nos tenemos que hacer, doctora?”

“... Recuerdo el caso de Viviana, quien consultó por primera vez luego de cinco años de búsqueda de embarazo. Con sus 35 años, le solicité un perfil hormonal, ecografía basal, cultivo de flujo y un espermograma a su pareja. Al mes volvió con el resultado de los análisis. Sin embargo, cuando le pregunté por el espermograma, me dijo que habían decidido que fuera ella quien se hiciera primero los estudios, y si todo iba bien, recién él se haría el espermograma.(...) “Además pobre ¡es tan incómodo! - agregó- Doctora imagínese la situación”

Hice hincapié en la necesidad de realizar los estudios en forma conjunta para no perder tiempo. Además, me referí a lo invasivo que eran los estudios femeninos; mientras que para el hombre

no era doloroso tener que hacerse el espermograma. Ella se quedó mirándome, se le llenaron los ojos de lágrimas y dijo que él había tenido dos hijos con otra pareja; por lo tanto, debía ser ella la causa del problema...” (Dall Agnoletta, 2014, p 14-15)

### Segundo caso:

“Mi marido quiere tener un hijo”

“Cuando atendí a Rita y vi el espermograma de su marido con deficiencias en la motilidad severa de los espermatozoides le dije que haríamos una interconsulta con el andrólogo y que teníamos que actualizar algunos de sus estudios.

Me miró extrañada. Con una sonrisa, le aclare que faltaba poco para implementar el tratamiento y le pregunté si quería quedar embarazada (lo pregunté como una obviedad, como para darle fuerzas o ánimo).

Mi sorpresa fue muy grande cuando me contestó al instante que no quería. Era su marido el que deseaba un hijo, a pesar de que tenía una varón de 19 años de su primera pareja.

Rita agregó que ella no estaba segura de si en realidad quería tener un bebe. La deprimía mucho tener que hacer toda esa batería de estudios que, según ella, no terminaban nunca.

No era una situación fácil. Le sugerí que realizara una interconsulta con la psicóloga del equipo para que pudiera aclarar su deseo y, en función de ello, decidir si continuarían con los estudios y con el tratamiento.” (Dall Agnoletta, 2014, p 89)

### Tercer caso:

“¿Queremos tener un segundo bebe?”

“Hoy conocí a Alejandra, de 39 años, quien me contó que hacía mucho que no se hacía controles ginecológicos; ella se cuidaba con pastillas anticonceptivas, pero a veces se las olvidaba

Le pregunté por sus antecedentes familiares, personales y de su anterior embarazo. Hacía once años que había tenido a Marina. Debí hacer reposo los últimos cinco meses por contracciones uterinas prematuras.

Me consultó si a su edad todavía podía quedar embarazada, porque ya se sentía grande, y si corría algún peligro. Me siguió contando que su hija Marina les pedía un hermanito a gritos. Era muy cariñosa con los bebés y niños pequeños. Además, los amigos y su familia numerosa le decían que no dejara a Marina como hija única.

Sin embargo, su marido y ella no estaban del todo convencidos; ahora estaban tranquilos, habían podido recuperar la intimidad perdida. Todos los meses, cuando se indisponía, se cuestionaba el tema de una nueva maternidad, una y otra vez.

Luego del examen ginecológico y de la ecografía transvaginal, le pregunté cuál era su verdadero deseo. Se quedó pensando por unos segundos. Entonces me dijo que ella trabajaba todo el día. Lamentablemente, para poder darle una buena educación y algunos gustos a su hija, ella tenía que trabajar. Sentía que había pasado demasiado tiempo para tener otro bebe; en unos años su hija Marina entraría en la adolescencia, con otros conflictos.

Ambas nos dimos cuenta que ella tenía las cosas claras. Nos saludamos con un abrazo. Me dijo que se sentía aliviada.” (Dall Agnoletta, 2014, p 90-91)

## DESARROLLO

### Análisis del título.

El ámbito de las TRHA ha suscitado muchos debates en relación a si se presentan como una ampliación de derechos de la mujer sobre sus capacidades reproductivas, o una nueva forma de violencia sobre las mismas al presentarse como una oportunidad para cumplir con el *deber* de la maternidad que se les adjudica socialmente por el hecho de haber nacido con un aparato reproductor “hembra” (Salomé Lima y Ormart, 2014)

El primer punto para analizar es el título del libro “A mis heroínas”. Cuando se interroga a la autora sobre la elección de éste ella dice: “la paciente que no puede ser mamá es capaz de hacer de todo (...) no hacen sus vidas, delegan todo por la maternidad, por eso para mí son heroínas.” Asimismo, el título elegido en sí mismo encarna una idea de una lucha solitaria propia de una novela en la que el centro es la mujer, idea que es reforzada por luchas como el feminismo.

El discurso médico contra la infertilidad refuerza en las mujeres la búsqueda, el cumplimiento de una identidad ilusoria. “ser madres” a toda costa (Cambrón, 2001). La pregunta que cabe hacerse es ¿tiene el deseo de maternidad un límite?

Este título y su posterior aclaración pueden pensarse como una ejemplificación clara de la ambivalencia que rodea a las técnicas. Estas mujeres que “no hacen sus vidas” en pos de lograr la maternidad ¿lo hacen por un deseo propio o por alcanzar un ideal que la sociedad pone sobre ellas?

El título del libro pareciera marcar una posición en cuestión a este tema, una posición propia de la racionalidad instrumental que caracteriza al discurso médico. Aquella mujer que arriesga su vida, su integridad física, subjetiva, psicológica y moral por la maternidad es una heroína. Sin embargo, esto tiene una contracara ¿No es quien decide NO arriesgarse una heroína?

Alejandra decidió no “arriesgar” su salud porque ya tenía una hija y necesitaba cuidar de ella. Alejandra decidió no ser nuevamente madre porque tenía que seguir ocupando una función materna para Marina a la vez que responsabilizarse económicamente de ella. ¿Es Alejandra una heroína según este discurso? Duda similar surge con el caso de Rita. Alguien que puede decir “no” al mandato social de la maternidad; alguien que puede resistir a la violencia simbólica que la masculinidad ejerce sobre la femineidad en la vida privada ¿No es una heroína?. El hecho de que no “deje de hacer su vida” para ser mamá ¿no la vuelve una heroína de la lucha feminista?

### Perspectiva de género en las TRHA

El género es una construcción social que se arma en base a los sexos. Es una construcción social que se va dando con los años.

(Butler, 20002). Si bien es verdad que los sexos y los géneros son diferentes, el problema radica en establecer jerarquías en base a esas diferencias (Fernandez, 2009). El hecho de que esto ocurra es lo que se denomina violencia simbólica. La violencia simbólica es una relación social asimétrica donde el “dominador” ejerce violencia indirecta y no físicamente directa sobre los “dominados” quienes no la evidencian o son inconscientes de las mismas por lo que pasan a ser cómplices de las mismas (Bordieu, 1994).

Históricamente la posición de “dominado” la ha ocupado el género femenino y el imaginario social que reduce la femineidad a la maternidad es una de las formas en que se manifiesta esta violencia simbólica. Asimismo, existe una presión social hacia las mujeres para que sean madres que también opera de manera violenta sobre sus cuerpos (Fernandez, 1993).

Uno de los aspectos de este mito de “madres en más, mujeres en menos” se manifiesta en que “a más hijos, más mujer” (Fernandez, 1993). Tal caso es ejemplificado por Fernanda, que aún ya siendo madre, y teniendo que trabajar mucho para mantener a su hija, llega a la consulta en ¿busca? de un segundo bebé ya que su hija y familiares y amigos lo pedían. Cabe preguntarse ¿de quién debe ser el deseo de un hijo?.

A pesar de que “Alejandra tenía las cosas muy claras” se puede observar el punto tal al que llega la violencia simbólica. El hecho de que Alejandra “tomara pastillas anticonceptivas pero a veces se las olvidara” hablaría de su deseo ambivalente, pero aún así hace la consulta para lograr un embarazo.

A cada paso de la vida social existen “tecnologías de género” como por ejemplo, los baños públicos (Preciado, 2014). Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida son una nueva versión de estas tecnologías.

En los casos presentados, se evidencian nuevos modos de dominación del género masculino sobre el femenino. La racionalidad tecnocientífica sustenta un ideal de dominación, apropiación y explotación que instrumentaliza la naturaleza de la reproducción al servicio del hombre (Salomé Lima y Ormart, 2014).

El caso de Viviana es un ejemplo muy esclarecedor de los modos de dominación y de violencia simbólica que ocurren fértiles y la mujer como vulnerable y por ende, necesitada de intervención (Ariza, 2014). ¿Se podría pensar que es porque ya tuvo hijos que él no se hace los estudios, incluso cuando una doctora le dice que es necesario porque las condiciones de fertilidad pueden cambiar? ¿O será más por una cuestión de ausencia de deseo de parte de él?. Asimismo, Viviana justifica la decisión de hacerse ella los estudios primero argumentando que un espermograma es muy incómodo. Esto evidencia el grado de “complicidad” del que habla Bourdieu (1994) en relación a la violencia simbólica. A pesar que los estudios que tiene que hacerse Viviana son los más dolorosos e invasivos, ella accede a ser la primera examinada. ¿Por qué ocurre esto? Se podría pensar que el componente de fertilidad en la mujer es una exigencia cultural tan fuerte, que es necesario “asegurarse” que está todo bien, que puede

aportar “lo esperado” a la unidad familiar, porque de lo contrario es vista como incompleta e irrealizada (Cambrón, 2001).

Cuando una mujer recurre a una tecnología reproductiva buscando el “producto” que no le da el hombre, paga un precio físico y subjetivo. (Salomé Lima y Ormart, 2014). Si bien la imposibilidad de quedar embarazada puede hacer sentir más responsables de ese fracaso a las mujeres que a los hombres (Ariza, 2014), es interesante pensar que las lágrimas en Viviana no surgen ante la imposibilidad de lograr un embarazo, sino al tener que explicar que su marido ya tiene hijos con una pareja anterior. ¿Podría esto permitir pensar que ese deseo de hijo tiene más que ver con una comparación fálica con la pareja anterior de su esposo y no por un verdadero deseo de maternidad?. Sumado a eso puede preguntarse, ¿tiene el marido de Viviana el real deseo de ser padre? ya que no aparece en la consulta, ni tampoco está dispuesto a hacerse los estudios.

La dominación patriarcal también se ve en el segundo caso, en el que una mujer llega a consulta ginecológica buscando un embarazo solo porque su marido quiere ser padre. Aún más, pareciera ser que Rita no pudo enunciar y responsabilizarse por su deseo de no ser madre hasta el momento en el que es interrogada específicamente por la Dra.

### **Intervenciones psicológicas con perspectiva de género en las TRHA**

La cultura fomenta el imperativo de “ser madre” en la mujer. En nuestra cultura, la femineidad se equipara a la maternidad. Esta identificación entre mujer y madre tiene efectos en la sexualidad, la cual queda subsumida a la reproducción y ya no con el placer (Salomé Lima y Ormart, 2014 y Fernández 1993).

Los discursos médicos, éticos y jurídicos, haciendo eco de este imperativo ignoran a las mujeres como sujetos autónomos y sus voces solo son recogidas parcialmente y articuladas a través de otros sujetos (Cambrón, 2001). Es a partir de esto que resulta interesante pensar ¿por qué la Dra Dall Agnoletta deriva a un psicólogo a Rita, quien tiene bien en claro que no quiere ser madre y no a Alejandra, quién aún tiene dudas? ¿Por qué sería conveniente que un psicólogo intervenga en el caso de una mujer que parece estar segura de su deseo y su posición, y no en aquella que se siente “insegura”, “fallada” o “culpable” por no quedar embarazada como pareciera ser el caso de Viviana?. Una hipótesis de respuesta sería que se “patologiza” a aquella mujer que va en contra del “mandato social” de ser mujer, como es el caso de Rita.

Este segundo caso, podría ejemplificar el prejuicio que tienen algunos médicos de que el cuerpo femenino tiene una realidad material biológica independiente de los discursos sobre la maternidad que le dan a esos cuerpos una significación cultural (Cambrón, 2001).

Sobre el caso de Rita, Cambrón (2001) podría decir que es un ejemplo de la paradoja de la cuestión de género. Detrás del “derecho a la maternidad” se oculta la imposición de parir. A pesar

de que la legislación diga que nadie puede obligar a una mujer a tener hijos en contra de su voluntad, las presiones psicológicas y sociales parecen indicar una “libertad restringida” (Cambrón, 2001) como es el caso de Alejandra.

Es necesario resaltar que los usuarios de los servicios de psicología en el ámbito de la reproducción humana asistida muestran gran satisfacción independientemente de los resultados de los tratamientos. Sin embargo, los médicos sólo derivan a estos servicios en caso de encontrar una dificultad en la adherencia al tratamiento vulnerando uno de los derechos que tienen los usuarios a ser acompañados en un proceso doloroso como es el duelo por la propia fertilidad, por el proyecto de pareja y en el proceso de los tratamientos que acarrearán sufrimiento subjetivo (Moreno Rosset y Ávila Espada 2008).

El apoyo psicológico sirve tanto para quienes se resisten a empezar los tratamientos (¿La pareja de Viviana?) como para quienes se resisten a abandonarlos, (como Rita y Alejandra) (Moreno Rosset y Ávila Espada 2008).

## CONCLUSIÓN

De lo desarrollado anteriormente surge la pregunta: ¿Constituyen estas técnicas un verdadero avance en materia de derechos reproductivos o es una nueva forma de padecimiento, sometimiento y violencia a la que se somete la mujer para responder al mandato social?.

El interjuego del deseo de hijo, la ausencia de perspectiva de género por parte del discurso médico y los mandatos sociales de la maternidad se manifiestan en el padecimiento subjetivo de las mujeres como Viviana, Rita y Alejandra.

El rol del psicólogo en el ámbito de las TRHA se evidencia como necesario, a la vez que como degradado. A partir de los tres casos trabajados, se puede ver cómo el discurso médico considera que el incumplimiento del mandato social de la maternidad, o la falta de adherencia al tratamiento, son razones para derivar a la paciente al servicio de salud mental y no el padecimiento subjetivo. Es por esto, que Rita fue a la única a la que se le sugirió hablar con un psicólogo aún cuando ella tenía bien claro que no quería ser madre, y no a Alejandra, quien tenía dudas sobre su deseo o a Viviana, quien estaba sufriendo.

Es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud mental introducir la perspectiva de género en un ámbito como el de las TRHA que puede presentarse como una nueva forma de sometimiento y de ejercicio de violencia simbólica hacia la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad REVISTA LATINOAMERICANA* ISSN 1984-6487 / n.18 - dec. 2014 - pp.41-73. En línea: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872014000300002&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872014000300002&script=sci_abstract&tlng=es)
- Bourdieu, P. (1994). Sobre el poder simbólico. *Intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, UBA/ Eudeba.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Introducción. Paidós.
- Cambrón, A. (2001). “Fecundación in vitro agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos”; Ascensión Cambrón (ed.), *Reproducción asistida: promesas, normas y realidad*, Trotta, 2001, p. 165-210. En línea: [http://pmayobre.webs.uvigo.es/06/arch/profesorado/ascension\\_cambron/fecundacion.pdf](http://pmayobre.webs.uvigo.es/06/arch/profesorado/ascension_cambron/fecundacion.pdf)
- Dall Agnoletta, I. (2014). *A mis heroínas, casos clínicos de pacientes con deseos de fertilidad*. Editorial Lumen.
- Fernández A. M. (1993). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En A.M. Fernández. *La mujer de la ilusión* (Cap.7): Paidós.
- Fernández A. M. (2009). Las diferencias desigualadas. Estrategias biopolíticas de dominio. En A.M. Fernández. *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Nueva Visión.
- Lima, N. y Ormart, E. (2014). “La racionalidad instrumental, el mercado y el uso del cuerpo” En Ormart, E. (Comp) *Cuerpos y familias transformados por las TRHA*. Letra viva, 2018.
- Moreno-Rosset, C., Ávila Espada, A. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, Vol. 29 (2), pp.186-196. En línea: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1585.pdf>
- Preciado, B. (2014)/ *Basura y género*. En *Políticas de género*. En línea: <http://www.iztacala.unam.mx/errancia/v0/PDFS/POLIETICAS%20DEL%20CUERPO%201%20OBASURA%20Y%20GENERO.pdf>