

## **La importancia de la orientación en los proyectos personales**

*The importance of orientation in personal projects*

María Laura Lachalde \*

Universidad Nacional de La Plata

- *¿Qué creen que le falta a este mundo? (...)*

-*Alguien que lo cuide –respondió una voz.*

-*Alguien que nos recuerde –dijo otro.*

- *¡Risas de niños! –opinó un tercero.*

- *¿Risas de niños? ¿Qué son los niños?*

*¿Cómo hacemos para conseguirlos?*

-*”A los niños no podemos conseguirlos, solo desearlos”*

Lima, 2016

---

\* Licenciada en Psicología. Orientadora Educativa y Ocupacional. Diplomada en Reproducción Humana Asistida. E-mail: ml.lachalde@gmail.com

## Resumen

El artículo abordará la importancia de la orientación, como estrategia para la elaboración y acompañamiento en los proyectos para la vida, en el momento en que una persona decide formar su familia o ampliarla. Si bien es posible hacerlo de modo natural, mediante adopción o a través de técnicas de reproducción humana asistida, vamos a hacer hincapié en el método mencionado en último lugar. Esta decisión constituye una elección que puede reflexionarse y tomarse con fundamento en distintos factores que influyen y que rodean a la persona que elige y decide.

Para esto trabajaremos sobre la orientación y la reproducción humana asistida, ya que se hace crucial el intercambio y trabajo interdisciplinario. Además, se da un espacio para trabajar cuestiones vinculadas a la identidad de género, ya que consideramos que formar o ampliar una familia es un derecho de todas y todos, sin importar el sexo ni el género.

Además, nos parece vital dejar plasmadas vivencias y experiencias de distintas personas que atravesaron y atraviesan el proceso de formar una familia o ampliarla, la búsqueda constante de un embarazo y el duelo de los procesos que no llegan al objetivo deseado.

**Palabras clave:** orientación, proyecto, reproducción humana asistida, género, familia.

## Abstract

The article will pose the importance of orientation, as a strategy for the elaboration and accompaniment in projects for life, at the moment when a person decides to form or expand their family. Although it is possible to do it naturally, through adoption or through assisted human reproduction techniques, we will emphasize the method mentioned last. This decision constitutes a choice that can be reflected on and made based on different factors that influence and enclose the person who chooses and decides.

For this we will work on orientation and assisted human reproduction, since interdisciplinary exchange and work is crucial. In addition, there is a space to work on issues related to gender identity, since we consider that forming or expanding a family is a right of everyone, regardless of sex or gender.

Also, it seems vital to us to portray the experiences of different people who went through and are going through the process of forming a family or expanding it, the constant search for a pregnancy and the mourning of the processes that do not reach the desired objective.

**Keywords:** guidance, project, assisted human reproduction, gender, family.

El presente artículo abordará la importancia de la orientación, como estrategia para la elaboración y acompañamiento en los proyectos para la vida, en el momento en que una persona decide formar o ampliar su familia. Es necesario aclarar, en esta introducción, que elegimos hacer hincapié en la mujer que toma esta decisión, pero mencionamos y consideramos que puede pensarse también para las personas de sexo masculino y de cualquier identidad y expresión de género. Si bien la posibilidad de formar o ampliar la familia puede sorprender al sujeto, debido a no haberlo previsto o deseado, consideramos que es una elección que puede reflexionarse y tomarse de acuerdo a la personalidad, el entorno y distintos factores socioeconómicos y culturales que rodean a la persona que elige y decide.

Para esto trabajaremos apoyados en dos temáticas: la orientación y la reproducción humana asistida, ya que se hace crucial el intercambio y trabajo interdisciplinario. Dividiremos el presente en diferentes apartados, “Proyecto Personal: Proyecto de Familia”, está referido a la orientación y a las decisiones que cada mujer puede llegar a tomar en relación con “ser madre”. El apartado “El Deseo que Traspasa Cuestiones Biológicas” cobra relevancia en el momento actual, porque se hace necesario aclarar conceptos que circulan en la sociedad y no siempre se conoce la diferencia entre uno y otro. En tanto, “Técnicas de Reproducción Humana Asistida” se dedica a explicar algunas cuestiones básicas de las técnicas, como recurso para lograr que la decisión de “ser madre” se concrete.

Además, nos parece vital dejar plasmado en “Vivencias y Experiencias”, las historias de distintas personas que atravesaron y atraviesan el proceso de formar una familia o ampliarla, la búsqueda constante de un embarazo y el duelo de los procesos que no llegan al objetivo deseado. Finalizamos, luego, con las “Reflexiones Finales” acerca de lo expuesto en este artículo.

### **Proyecto personal: proyecto de familia**

Cuando nos referimos a “proyecto personal” queremos expresar el deseo de formar o ampliar una familia, a través de la posibilidad de “tener un hijo” y, por ende, “ser madre”, “ser padre”. El proyecto personal se encuadra en el Modelo Teórico Operativo de la Orientación (2017). En este, la dra. Gavilán plantea que los sujetos podemos concebir como proyectos distintas ideas a futuro, vinculadas a lo educativo, lo ocupacional y lo personal. Cada una de las personas atravesamos distintos momentos significativos en nuestras vidas en los que debemos tomar una decisión. Los *microprocesos*, como los denomina Gavilán, pueden darse a lo largo de nuestra vida y responden a “momentos evolutivos o sociales entre los que debemos optar en una cultura” (2017, p.117).

Existe vasta bibliografía acerca de la orientación educativa y ocupacional, pero sucede que no se ha escrito acerca de los proyectos personales como susceptibles de una intervención orientadora. Estos proyectos implican una elaboración por parte de la mujer y/o del hombre, y hay una multiplicidad de factores involucrados en la toma de las decisiones; por lo tanto, los orientadores, como profesionales de la salud integral, podríamos acompañar dicho proceso.

Consideramos al maternaje y a la maternidad como un microproceso dentro de la vida de una mujer y, por ende y por supuesto, al paternaje y la paternidad como un microproceso en la vida del hombre. En esta decisión influyen tanto las situaciones sociales como familiares y personales de los sujetos, que hacen a su propia historia y a la novela familiar del niño o niña por nacer, es decir, a esa fantasmática que circula sobre el próximo bebé.

Cabe aclarar la diferencia existente entre los términos anteriormente mencionados. El maternaje alude al proceso subjetivo, al deseo reflejado en la decisión de matenar; en cambio, la maternidad hace referencia al proceso biológico en el que se gesta un embarazo.

Cuando hablamos de sus equivalentes para la función paterna, nos referimos respectivamente a un deseo de ser padre y a la consecuencia procreadora del acto sexual.

En este corte dentro del *continuum*, como plantea Gavilán (2017, p.117), ser madre y/o padre implica proyectarse en una nueva posición, en una nueva forma de vida: no solamente se tiene una hija o un hijo sino que se proyecta una vida junto a ella, para ella y con ella o junto a él, para él y con él. Ser madre o ser padre tiene que ver con poder madurar un proyecto de hijo/a, pensarlo/a y pensarse como familia, como responsable de otro, sin dejar de lado su esencia, sus vínculos socioafectivos, sus estudios o trabajo y sus tiempos de ocio (Lachalde, 2020, p.4).

Un proyecto, en la vida de cualquier persona, siempre tiende a ser pensado y reflexionado, teniendo en cuenta deseos, intereses, factores socioculturales y económicos que llevan a una elección o un cambio de posición, optando por otra idea, otro proyecto.

Vamos a diferenciar posibles situaciones en las que se genera esta elección, haciendo referencia al sexo femenino:

- Mujer con pareja heterosexual que deciden ser madre y padre.
- Mujer con pareja homosexual que deciden ser madres.
- Mujer soltera por elección que decide ser madre.

En el primer caso, se supone una concepción natural producto de una relación sexual consentida y sin métodos de anticoncepción para lograr la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide. Sin embargo, puede suceder que alguno de los integrantes de la pareja (o ambos) manifieste dificultad para la concepción natural o infertilidad y deba hacer uso de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). El relato de A.B. y de C.D. nos transmite la experiencia que cada una de ellas atravesó (ver “Vivencias y Experiencias”).

En el segundo caso, es necesario un gameto masculino que fecunde el óvulo de alguna de las dos mujeres. Una cuestión importante a considerar aquí es el método ROPA (recepción de ovocitos de la pareja), donde puede utilizarse los ovocitos de una de ellas, como donante, y luego de una inseminación artificial, transferirse al cuerpo de la otra mujer. De este modo, una es la madre que aporta los genes y la otra es la madre gestante. Nuevamente aquí, y aunque supongamos la fertilidad de ambas mujeres, se visibiliza la importancia de TRHA.

Mencionamos, con la autorización de Nadia y Máximo, la particularidad de su historia y, como se desprende de la manera en que este caso fue planteado ya que no corresponde a un método exclusivo de la mujer sino que es para personas con útero y capacidad de gestar. Tanto Nadia como Máximo, en pareja, utilizaron el método ROPA: Nadia fue la mamá gestante de Kai y Máximo aportó sus óvulos. Aquí confluían dos grandes deseos: el deseo de Nadia de ser mamá y el deseo de Máximo de ser papá. Son una familia *queer*, aunque durante mucho tiempo fueron consideradas una pareja de mujeres lesbianas. En realidad, Máximo notaba que construía otra identidad, distinta a la de una mujer. Él es un hombre trans, un papá trans que pudo donar a su pareja sus óvulos. Cuenta en una entrevista a *OvejaRosa* (2020) que la utilización de este método fue un tanto complicada, ya que su identidad generaba cierta extrañeza sobre las “destinatarias esperables” de este recurso (las comillas son una adición de este escrito) y porque, además, necesitaron de una doble técnica (la recepción de ovocitos y la fecundación in vitro).

En el tercer caso, es necesario el uso de las técnicas para la inseminación artificial del gameto masculino. Es importante mencionar que, incluso, esta mujer puede ser gestante y madre del niño o niña pero haber necesitado ovodonación. Esto puede deberse a una dificultad en el sistema reproductivo de la mujer, a una anomalía genética, razón por la cual

puede llegar a necesitar donación de ambos gametos (masculino y femenino). En “Vivencias y Experiencias” E.F. y G.H. nos comparten su historia.

Proyectar la posibilidad de formar una familia implica un cambio en la vida. Como se menciona a lo largo del escrito, la decisión es formar una familia, pero ¿qué sucede cuando se descubre que uno o ambos miembros de la pareja no son fértiles? Se abre un nuevo interrogante, una nueva decisión: enfrentar un tratamiento, iniciar los trámites para una adopción o decidir no tener un(a) hijo/a. ¿Qué pasa de cara a la nueva decisión? ¿Qué sucede con los imaginarios y las expectativas construidas por ella misma y por terceros? Creemos firmemente que la orientación, como especialidad que acompaña la toma de decisiones y que espera un compromiso por parte de la persona orientada, la cual pueda pensarse y reflexionar sobre su propia historia y el deseo que la atraviesa, es vital para el momento de cambio en que una mujer elige ser madre, elige formar una familia, más aún, cuando esa elección requiere de un nuevo proceso que acompañe una nueva decisión: formar una familia haciendo uso de técnicas de reproducción humana asistida.

Retomando el modelo teórico operativo que propone la dra. Gavilán, el campo de la salud toma protagonismo en una intervención orientadora de este tipo. No solo por el trabajo interdisciplinario con profesionales médicos, bioquímicos, embriólogos, obstetras, sino porque el sistema de salud juega un papel importante en la decisión. En este punto se presenta una articulación interesante entre el campo de la salud y el campo de las políticas sociales con la Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (2013): las personas mayores de 18 años que requieran el uso de técnicas de reproducción humana asistida podrán acceder de manera gratuita a la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo, procedimientos y técnicas necesarias. Un punto importante a mencionar es que, aquellas personas menores de 18 años que, por alguna razón

de salud, tratamientos o intervenciones quirúrgicas, pueden ver afectada su capacidad reproductiva pueden acceder, a través de esta ley, a la preservación de sus gametos. Incluso podemos notar en esta articulación cómo el *macroproceso* que enuncia la dra. Gavilán (2017, p.115) comienza a influir en cada una de las personas de un modo distinto a medida que se van apropiando, incorporando y aceptando las nuevas parentalidades, las variadas modalidades de formar una familia. Luciana (quien es integrante de “Xadres, familias sin moldes”), comenta en una charla del 21 de julio del 2020 enmarcada en un encuentro virtual de la docente Sandra Borakievich (Universidad Nacional de Quilmes), que vivenció el dilema de “ser madre o ser lesbiana”. Con su autorización, transcribimos sus palabras, ya que señala el modo en que los *imaginarios sociales* influyen en el proceso de decisión. Este dilema nos muestra cómo las creencias de una población heterocis dejan, aparentemente, del lado de las personas de sexo femenino y una orientación heterosexual, la posibilidad de pensarse y/o proyectarse como madres. Luciana pudo deconstruir estos imaginarios, pudo avanzar en su deseo, y hoy ella y Laura son mamás de Martina.

El campo económico-laboral también despierta interés desde la orientación. Como profesionales debemos contar con cierta información para conocer en qué marco se apoya la decisión: ¿la mujer tiene un trabajo formal o puede llegar a perder el empleo por su estado de embarazo? Si tiene un trabajo formal y la posibilidad de tomarse licencia por embarazo, ¿es suficiente el tiempo que se otorga?, ¿se respeta la licencia con goce de sueldo? ¿Qué implica el retorno laboral: horario reducido por lactancia, espacio para lactario, acceso a guardería? ¿Qué sucede con los tiempos otorgados al padre? ¿Cómo se construyen los vínculos en los límites de tiempo impuestos?

En la actualidad, la mujer es tenida en cuenta desde el ámbito de la productividad. Alcanza un lugar en la actividad económica, un lugar de producción, que antes era

impensado. Aunque aún nos queda un tramo de lucha por apostar a esa igualdad, se le exige tanto como se le ordena al hombre en el plano laboral. Muchas veces, por esta razón la maternidad resulta postergada; pero una vez que la mujer apuesta a llevar a cabo el maternaje se produce cierta contradicción: se espera una madre *full-time*, dedicada puramente a sus hijos pero que, a los dos meses del nacimiento, debe volver a su trabajo. Estos tiempos de licencia, en el caso de los hombres, son mucho menores. Reiteramos entonces la pregunta del párrafo anterior: ¿cómo se construyen los vínculos en los límites de tiempo impuestos?

¿Y el campo educativo? Actualmente hay políticas que apuestan a que las madres y padres que cursan la educación secundaria puedan contar con una cantidad de inasistencias cubiertas por el embarazo y el posterior parto, e incluso tiempos y espacios para amamantar. Un ejemplo de esto es la Ley 14637 de la Provincia de Buenos Aires (2014), para alumnas embarazadas y para alumnas o alumnos en condición de maternidad o paternidad.

### **El deseo que traspasa cuestiones biológicas**

Se puede pensar a la madre como una persona de sexo femenino y al padre como una persona de sexo masculino, pero en realidad, no se asocia el deseo de manera directa con el sexo, ni tampoco con la identidad o la expresión de género de cada una de las personas, como puede notarse en las vivencias esbozadas en el apartado anterior.

Cuando hablamos de sexo hacemos mención a una cuestión meramente biológica: a la forma que toma la genitalidad de cada una de estas personas al nacer. Pero cuando hablamos de identidad de género nos referimos a una construcción social, cultural, a distintas sensaciones, comportamientos, deseos sexuales, expresiones de género, que pueden o no

coincidir con el sexo que se le otorga a esa persona al nacer, pero que el sujeto siente, percibe, y va construyendo.

Además, es necesario aclarar también que, según los Principios de Yogyakarta (2006), la orientación sexual es la capacidad que tiene cada una de las personas de mantener relaciones íntimas o vivenciar atracción del tipo afectiva, emocional y/o sexual por otras personas (de más de un sexo, del mismo sexo o del opuesto).

Es muy importante poder notar los cambios que se fueron sucediendo a lo largo del tiempo. La mujer, como persona dotada de sexo femenino, históricamente era quien tenía el deber de procrear y criar a los hijos o hijas de su marido. Mujer como cuerpo, como envase, destinada a la ocupación de ser quien da a luz y quien cría. El deseo de ser madre aquí se encuentra invisibilizado, la posibilidad de proyectarse como madre también; pero, más aún la opción de pensarse a futuro como una persona dedicada a otra labor, como un individuo con una orientación sexual diferente a la “esperable” o considerada “normal” en la cultura.

Con los distintos movimientos que fueron teniendo lugar y las leyes que se fueron sancionando, con la figura y visibilización de la mujer como persona que elige, que piensa, reflexiona, trabaja, decide, ese ideal social de la mujer como sinónimo de sexo femenino y de madre, cae. Y genera que hoy podamos pensar en que ese deseo de ser madre, e incluso ese deseo de ser padre, no se refiera únicamente a cuestiones biológicas. Tanto la ciencia como las políticas sociales y, por supuesto, la sociedad en general (no la sociedad por entero) ayudan, promueven, aceptan que la decisión de formar una familia exceda la anatomía de los cuerpos, posibilitando que el deseo de ser madres, que el deseo de ser padres, pueda cumplirse más allá de la relación sexual reproductiva, y que podamos pensar en ese deseo como una posterior función materna o paterna.

Con esto queremos expresar que, no por el hecho de nacer con un sexo femenino, biológicamente constituido para procrear, es obligación engendrar un hijo. Ya no se considera “la realización de la mujer a través de su dedicación exclusiva al hogar y a los hijos” (Lombardi, 1988, p.21) porque una mujer puede realizarse “gracias a” y “a través de” muchas otras cuestiones, ideales y proyectos. Una persona que construye su identidad de género como mujer puede o no tener el deseo de ser madre. Se juegan factores personales, sociales, culturales, económicos, políticos en esta decisión. No se puede establecer una definición absoluta sobre qué es ser mujer, qué es ser madre, porque en cada contexto sociohistórico y para cada persona es distinto, porque cada sujeto se siente y se autopercebe de un modo diferente.

### **Técnicas de reproducción humana asistida**

La decisión que conlleva el proyecto personal -y más específicamente el proyecto de familia- con el cual estamos trabajando requiere un gran proceso subjetivo, implica pensarse en una nueva posición sin dejar de asumir los roles previos. Una mujer puede ser estudiante, trabajadora, hija, esposa, profesional, etc., y aun así pensarse como madre, apostar a un nuevo rol, a una nueva ocupación. Siguiendo a Lachalde et al. (2021) esto puede pensarse desde los *roles ocupacionales* (Super y Bohn, 1973) y el modo en que el sujeto se relaciona con su entorno. Así, se debe tener en cuenta

lo que implica el mercado laboral pero también las relaciones interpersonales, el crecimiento personal, los nuevos saberes adquiridos a lo largo de la vida. El sujeto, como ser social, se halla inserto en un contexto en permanente cambio y dinamismo que determina los roles que cada uno asume. Muchas veces esto depende de la mirada que los otros tengan en relación a ese comportamiento ocupacional (Lachalde et al., 2021, s/p).

¿Qué sucede cuando la elección se cruza y choca con el sistema reproductor? ¿Qué ocurre cuando la mujer quiere ser madre y apuesta a hacerlo a pesar de no tener una pareja? ¿Qué debe hacerse cuando son dos mujeres las que deciden ser madres? Biológicamente, son necesarios un gameto femenino y un gameto masculino para lograr la concepción, lo que no significa que se requiera exclusivamente de una relación sexual reproductora.

Las TRHA son un recurso para aquellas personas que no pueden concebir de manera natural o que requieren un gameto del otro sexo para la fecundación, y se dividen en técnicas de baja complejidad y alta complejidad.

Quien se topa con la necesidad de atravesar un proceso de reproducción humana asistida reelabora, reflexiona sobre su elección y se informa acerca de las técnicas, los centros de reproducción, los costos, los tipos de tratamiento, los posibles resultados. Esto hace que esa elección, que ese proyecto personal, en distintas oportunidades, requiera el acompañamiento de un profesional de la orientación, que asista esa decisión, ese deseo, que trabaje en conjunto con la persona y/o personas involucradas, que junto al médico a cargo trabaje sobre la información necesaria referida al proceso y a las consecuencias.

Siguiendo el Art. 2 de la Ley 14208 de la Provincia de Buenos Aires (2010), la infertilidad es la dificultad de llevar a cabo un embarazo clínico y a término luego de doce meses de relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos con una pareja o por la imposibilidad o dificultad de una persona para poder reproducirse. Si bien no vamos a profundizar en el diagnóstico, señalaremos brevemente que se solicita una historia clínica en la que se toman en cuenta factores como la edad de la mujer, el tiempo de búsqueda de embarazo, el ritmo menstrual, dolores durante la menstruación o la relación sexual; se consulta sobre consumo de alcohol o tabaco, obesidad, estilo de vida. Se realizan estudios de

laboratorio, ecografía transvaginal, ecografía testicular, espermograma (análisis de semen), estudios genéticos, entre otros.

Las técnicas de baja complejidad son la primera opción a tener en cuenta, ya que son las más parecidas a una concepción natural. Se fecunda el óvulo de la mujer sin extraerlo del cuerpo; esto se logra a través de relaciones sexuales programadas (se monitorea la ovulación) o la inseminación intrauterina. Las técnicas de alta complejidad consisten en la fertilización in vitro (FIV) y/o la inyección de un espermatozoide dentro del óvulo (ICSI). Estas técnicas requieren una aspiración folicular para inseminar los óvulos que, tras la fecundación, son transferidos al útero materno; por lo tanto, son más invasivas.

No profundizaremos en los métodos y los procesos a realizar, pero consideramos mencionarlos para demostrar que, necesariamente, implican una problematización de las elecciones, y más aún cuando las técnicas utilizadas fallan o no son suficientes. Enfrentarse a semejante recorrido para alcanzar el deseo de ser madre puede llegar a ser frustrante y por eso es vital el acompañamiento de psicólogos especializados en orientación (para abocarse al proyecto para la vida y de vida), psicólogos especializados en TRHA (para brindar el asesoramiento y entender sobre las etapas que vive la mujer o la pareja), médicos especialistas para otorgar la información necesaria, etc.

### **Vivencias y experiencias**

Dejamos plasmadas en este artículo las voces de quienes han atravesado un proceso de reproducción humana asistida, debido al deseo tan fuerte de ser madres, producto de la decisión tomada en un momento de sus vidas, momento de reflexión, de sentimientos compartidos, de sentimientos silenciados, de apostar a un futuro en una nueva “ocupación”.

Consultamos a distintas mujeres que atravesaron el proceso de elección de un proyecto personal y que se vieron en la necesidad de optar por el uso de técnicas de reproducción humana asistida. Se les aclaró la temática del artículo y se propuso total confidencialidad de datos personales, publicando sólo lo que ellas desearan expresar y siglas que no correspondieran a sus nombres. La frase disparadora de estos relatos fue: “Si pudieras dejar por escrito qué sentiste, qué te impulsó a tomar la decisión de ser madre, qué te dio fuerzas para afrontar el uso de técnicas de reproducción humana, ¿qué dirías?”

### **Relato de A.B. (37 años)**

*La maternidad como posibilidad surgió luego de años de pareja, como un proyecto en conjunto de formar una familia, de imaginar al otro en ese rol parental, de fantasear un pequeño niño o niña con rasgos y actitudes de cada uno. Luego se fue acrecentando esa fantasía y se convirtió en deseo. Como primer signo de amor a nuestro proyecto de familia, decidimos casarnos. Plantearme la maternidad fue encontrarme con miedos, deseos y preguntarme cómo llenar ese rol tan grande donde una pequeña personita dependería de mí, cómo la maternidad influiría en la pareja. Llegué a preguntarme si era un deseo propio o un mero empuje social, “la etapa que sigue”. Un año después nos casamos. Semanas previas fui a la ginecóloga para acordar los pasos a seguir en la búsqueda: dejar las pastillas. Recuerdo que mi ginecóloga me dijo de una paciente que buscó por 7 años un hijo, y que justo la había llamado para contarle que estaba esperando un niño. Recuerdo esto porque todo el proceso de búsqueda de Milo (nuestro hijo) fue de 7 años también. En ese momento no lo sabía, no sabíamos cuánto tiempo ni cuantas emociones teníamos que atravesar.*

*Luego de un año de búsqueda, decidimos consultar en una clínica de fertilidad. Pero surgen varias preguntas: dónde, ¿con quién?, ¿por qué? ¿Y por qué a nosotros? En los siguientes meses atravesamos varias clínicas, varios médicos, varios estudios. Ya cumpliendo*

*cuatro años de casados decidimos parar la búsqueda, replantear dónde estábamos parados, reencontrarnos como pareja más allá de la búsqueda de un hijo. En esa mismísima pausa quedo embarazada, de manera “natural” (como dicen algunos doc). Tocábamos el cielo con las manos. Toda la familia abrazó ese deseo cumplido, venía un niño a la familia! Meses después se nos rompe el mundo entero al enterarnos que el bebé no venía bien, que nos encontrábamos frente a un embarazo que tenía cero (C-E-R-O) posibilidades de vida. En plenas fiestas de fin de año, con mi pareja nos encontramos despidiendo a nuestro hijo. Siguieron meses de duelo, y nuevamente replanteos ante el deseo de ser padres o cuidarnos de tanto dolor. La maternidad quedó en mí, yo fui madre, así lo sentí.*

*Justo un año después comenzamos con un tratamiento también de baja complejidad que era “Relaciones sexuales programadas”. Luego de tres intentos frustrantes, de muchos estudios en el medio y frases duras como “te estás apagando”, nos volvimos a sentar con el Doc y acordamos encarar el toro por sus cuernos y afrontar nuestra primer INVITRO. Hasta que comenzábamos los 15 días de BETA ESPERA. Un 30 de diciembre nos encontramos haciendo este análisis de sangre. Otra vez las fiestas de fin de año se volvían el encuadre y contexto de un momento que nos iba a marcar nuestra vida. Sin muchas vueltas a lo que fue ese día, lo resumo con que nos dio positivo. No lo podíamos creer. Lloramos, nos mirábamos, mirábamos el resultado, y fue una alegría difícil de plasmar.*

*Actualmente estoy en el último mes del embarazo de Milo, quien se mueve inquieto haciéndome saber que está cansado de mi postura. Fue un embarazo particular, ya que nos agarró la pandemia, la cuarentena, y el mundo tuvo que parar en su rutina. Sin embargo, en mi casa, se nos cambió el universo entero.*

**Relato de C.D. (70 años)**

*Estando en pareja con mi primer marido decidimos buscar nuestro primer hijo y luego de una consulta médica, a los 20 años me informan que no tenía posibilidad de quedar embarazada; ya que tenía una obstrucción en las Trompas de Falopio. En esa época me inyectaban un líquido para poder “destapar” las trompas y era un proceso muy doloroso, sin embargo no tuvo los efectos esperados. Realmente queríamos tener hijos así que decidimos adoptar, y fue así como primero llegó a nuestras vidas Julia y luego, Luciano.*

*Un tiempo después, luego de atravesar una separación, conozco a Alejo. Mi proyecto seguía en pie. Por supuesto que yo ya era mamá, pero mi deseo de engendrar estaba muy fuerte todavía en mí. Quería tener esa sensación de un hijo en el vientre, como la tenían mis hermanas y mis cuñadas. Alejo tenía ese mismo proyecto: ser padre. Continuamos con el tratamiento, siguieron las inyecciones en vano, las palabras del Doctor que me decían que ya no había mucho más que hacer; a lo sumo existía otro tratamiento (bebé de probeta) pero que nosotros no podíamos costear. La medicina y mi cuerpo no podían generar buenas noticias a pesar de esas inyecciones. La ciencia movida por el dinero, un dinero que obstaculizaba el deseo. Intentos que quedaban en la nada, una y otra vez.*

*El proyecto de Alejo era tan fuerte que decide continuar su vida por otro camino. Nos separamos. Un día, cumpliendo mis 39 años, nos reencontramos. Lo que no sabíamos es que ese reencuentro tenía algo de magia, de milagro, de deseos cumplidos. Empecé a sentir que estaba embarazada, tanto Alejo como el Doctor me pedían que no me ilusione, decían que no había posibilidades, que sería un embarazo psicológico. Pero la fe era tan fuerte, el poder de la mente también... Insisto con esa idea que tantos creían como una loca idea. El Doctor termina autorizando unos análisis para corroborar su teoría de que no había embarazo alguno. Realizo los análisis. Teoría refutada. Salto de alegría. Llantos de emoción. Avisos a*

*la familia que comparte semejante buena noticia. Abrazos sentidos. Doctor que no podía creerlo, considera que verdaderamente era un milagro.*

*Mi deseo y el de Alejo crecía en mi vientre. Luego de una cesárea y con 3, 650 kg. nació mi bendición. Hoy tiene 33 hermosos años, una inteligencia y una salud envidiable.*

### **Relato de E.F. (39 años)**

*Decidí ser mamá a los 35. Mi opción fue con un donante de semen anónimo. Arranqué en ese momento a averiguar. Lo consulté y comenté con muy poca gente. En general fueron comentarios muy positivos y alentadores. Consulté un centro de fertilidad en la ciudad de La Plata... nefasto. Mi peor experiencia. Consulté en un centro de la Capital Federal, de excelencia. Un grupo médico y humano maravilloso. En el primer intento, a mis 36, quedé embarazada. Hoy mi bebé tiene 2 años y se viene el hermanito en camino (también a través de la donación de semen). Es una decisión muy difícil, pero sin dudas... la mejor de mi vida.*

### **Relato de G.H. (35 años)**

*Tengo 35 años. Creo que la idea de ser mamá estuvo siempre y con el paso del tiempo me vi cada vez más decidida a hacerlo sola, ser una MSPE (Madre Soltera por Elección). Hace un año y dos meses que empecé a transitar este camino, largo y difícil por momentos. El primer paso fue acudir a mi obra social para saber que centros de fertilidad cubrían el tratamiento. Investigue las opciones que me dieron, si contaban con bancos de gametos propios. Qué bancos de semen existían, cuáles eran las opciones que ofrecían, etc. Una vez que ese proceso estuvo definido, pasé por varios estudios, análisis de sangre (muchos!) Y hasta por una operación. En medio de eso, cambié de doctora, pero me seguí atendiendo en el mismo centro. Pase por dos tratamientos de baja, pinchazos para la estimulación, que*

*jamás hubiera pensado que podía hacerlo sola, pastillas, cálculos matemáticos, ja! Todo! Lamentablemente ninguno de los dos funcionó y de común acuerdo con mi doctora decidimos ir por un tercer intento de alta complejidad, más pinchazos, más dosis, más pastillas... En este momento me encuentro en la famosa "betaespera". Estoy muy conforme con mi doctora, es muy buena profesional y siempre está dispuesta a contestar un mensaje en cualquier día y horario y eso es muy valorable, sentir que puedo contar con ella. Durante este tiempo me sirvió mucho también formar parte de grupos de Facebook sobre MSPE, leer diferentes historias, vivencias, aclarar dudas y sobre todo sentir que en este camino una no está sola, más allá del apoyo familiar y de amigos.*

### **Reflexiones finales**

A modo de cierre y enfatizando los momentos de cambio que cada una de estas personas vivió y está viviendo, reiteramos que el deseo de formar una familia, sin importar el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, o incluso la necesidad de una pareja para consumir la fertilización durante el acto sexual, puede llevarse a cabo. La orientación, como disciplina que considera a la salud como una cuestión integral de todos los seres humanos, permite acompañar el proceso de decisión. Este proceso se reitera con cada intento de lograr un embarazo y se profundiza ante el encuentro de la necesidad de hacer uso de TRHA.

A través de la orientación podemos dar cuenta de la importancia de los distintos factores y políticas de Estado que influyen en las decisiones de los sujetos, y de cómo cada sociedad va generando, producto de este macroproceso, distintas ideas. En el escrito puede notarse cómo el imaginario social influía en la decisión de una de estas mujeres (Luciana), pero que el deseo de ser madre superó esas creencias sociales. En otro de los relatos, la

imposibilidad de poder costear una técnica de medicina reproductiva, hace que ese amor se multiplique dando una familia a una niña y luego un niño, y que después, incluso, se genere ese “milagro”, como menciona C.D. Hoy, el acceso a este recurso está garantizado por el Estado. Nos detenemos en esta vivencia para señalarla como diferente al resto, debido a la edad de la mujer. La decisión de ser madre tuvo lugar a una edad más temprana que en las demás mujeres y el maternaje (ese deseo de ser madre) estaba y continuaba estando en relación con la maternidad como proceso biológico, lo que se deja ver en sus palabras: “Por supuesto que yo ya era mamá, pero mi deseo de engendrar estaba muy fuerte todavía en mí”. Nos hace pensar en cómo el macroproceso e imaginario social crean y sostienen las decisiones en cada una de las generaciones. A.B. nos cuenta cómo en ese proyecto que construyeron en pareja se fueron formando dudas, miedos, ansiedades, fantasías, y cómo atravesaron cada uno de esos momentos, muchos sentidos como crisis vitales. Por su parte, el relato de G.H. hace mención del valor del apoyo familiar y profesional, y menciona esta decisión como un camino difícil por momentos, al igual que E.F.: “es una decisión muy difícil, pero sin dudas...la mejor de mi vida.”

La orientación, como disciplina que se apoya en la prevención, permite anticiparnos a esas futuras decisiones teniendo en cuenta, a través del compromiso y participación activa de las orientadas y los orientados qué significa ese deseo de ser madres, ese deseo de ser padres; qué ideas y sentimientos se proyectan sobre ese hijo o hija, qué significa para ellas/os tener un hijo. Además de este momento importante en el que se encuentran tomando esa decisión, qué otros proyectos tienen, dónde trabajan o estudian (si es que lo hacen), con qué redes de apoyo cuentan.

No todas las personas de sexo femenino desean ser madres. No todas las personas que se autoperciben como mujeres desean ser madres. No todas las personas de sexo masculino

desean ser padres. No todas las personas que se autoperciben como hombres desean ser padres. Pero sí hay personas, de sexo femenino y de sexo masculino, y personas que se autoperciben como mujeres que desean ser madres, que desean formar una familia. Sí hay personas, de sexo masculino y de sexo femenino, y personas que se autoperciben como hombres que desean ser padres. Nuevamente, mencionamos que el deseo traspasa las cuestiones biológicas y las identidades de género que cada uno, cada una y, nos permitimos afirmar, cada una puedan construir.

## Referencias bibliográficas

- Alston, P., Anmeghichean, M., Cabral, M., Cameron, E., Corrêa, S.O., Ertürk, Y., Evatt, E.,  
Hunt, P., Jahangir, A., Kiai, M., Kothari, M., Mesquita, J., Miller, A., Monageng, S.  
M., Muntarbhorn, V., Mute, L., Nowak, M., Obando Mendoza, A. E., O'Flaherty,  
M.,... Wintemute, R. (2006). *Principios de Yogyakarta*.  
[www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org)
- Gavilán, M. (2017). *La transformación de la Orientación Vocacional: Hacia un nuevo paradigma*. Lugar Editorial.
- Lachalde, M.L. (2020). Orientar para un proyecto para la vida y de vida. El Modelo Teórico Operativo como eje para una intervención orientadora. *Orientación y Sociedad*, 19(2).  
<https://revistas.unlp.edu.ar/OrientacionYSociedad/article/view/9704>
- Lachalde, M.L., García, M.N., Castignani, M.L. (2021). La Información ocupacional en la elaboración de proyectos. *Libro de cátedra Orientación Vocacional*. UNLP (En proceso de publicación).
- Lima, N. S. (2016). Explosión estelar. En E. Ormart (Ed.), *Somos Familia* (pp. 11-17). Los Molinos de Viento.
- Lombardi, A. (1988). *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*. Paidós.
- OvejaRosa. (15/6/2020). Óvulo de papá, vientre de mamá. *OvejaRosa*.  
<http://ovejamosa.com/ovulo-de-papa-vientre-de-mama/>
- Super, D. y Bohn, M. (1973). *Psicología Ocupacional*. Compañía Editorial Continental.

### **Marco normativo**

Ley Nacional 26862 de Reproducción Médicamente Asistida (2013).

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=216700>

Ley n° 14208 de la Provincia de Buenos Aires (2010). <https://normas.gba.gob.ar/ar->

[b/ley/2010/14208/11587](https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2010/14208/11587)

Ley n° 14637 de la Provincia de Buenos Aires (2014).

<https://normas.gba.gob.ar/documentos/BEkoMfQ0.html>