



GRUPO DE PERINATALIDAD

Temas a debate

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Colección: Grupo de perinatalidad: Temas a debate

Número 1: La función paterna

Número 2: La alimentación como experiencia de relación

Número 3: Técnicas de reproducción humana asistida

© Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA)



Edita: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA).

www.seypna.com

Madrid 2021

Grupo de perinatalidad: Temas a debate:

Número 3: Técnicas de reproducción humana asistida

En este número han colaborado:

Coordinadora:

Sabina del Río

Redactoras documento:

Sabina del Río

Marta Baéz

Natalia Valverde

Participantes en el debate:

Mónica Avellón

Pilar Ariño

Marta Báez

Estibaliz Basabe

Merche Becerra

Agustín Béjar

Sabina del Río

Gloria Hoguín

Gabriela Klepsh

Encarnación Mollejo

Margarita Mullet

Consuelo Panera

Isabel Paredes

Maite Piñeiro

Berta Requejo

Remei Tarragó

Natalia Valverde

INDICE

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA.....	5
LA INFERTILIDAD EN NUESTROS DÍAS.....	5
CÓMO AFECTA LA INFERTILIDAD EN HOMBRES Y MUJERES	7
A. En el hombre	7
B. En la mujer	9
DONACIÓN DE GAMETOS	12
QUÉ TENER EN CUENTA	15

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

LA INFERTILIDAD EN NUESTROS DÍAS

Se entiende por infertilidad la dificultad que tiene una pareja para concebir un hijo naturalmente o para llevar a cabo a término un embarazo, después de 1 año de relaciones sexuales sin uso de método anticonceptivo. La infertilidad ha sido definida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud. Se estima que afecta en torno a un 15-20 % de las parejas en edad fértil.

El diagnóstico de infertilidad supone un duro golpe en la vida de una pareja. Es un duelo para el que normalmente no estamos preparados. Uno asume desde pequeño que podrá tener descendencia y que será fértil y capaz de engendrar un hijo en el momento que lo desee.

Esto puede ser debido a diferentes causas como son el ritmo de vida estresante, los cambios en el sistema de valores, los cambios de la mujer con respecto a la maternidad, el valor del trabajo, la profesión y el desarrollo y satisfacción personales no sujetos a la procreación como un logro que ocupa mucho tiempo y espacio mental, la existencia y uso de anticonceptivos, la alta contaminación en las grandes ciudades o el retraso en la edad de las parejas a la hora de buscar un embarazo ya que la media de edad para tener el primer hijo ha aumentado en España de los 28 a los 33 años en dos décadas.

Durante siglos, la maternidad, y su otra cara, la infertilidad, era algo que se vivía de manera más natural. Los hijos “venían cuando venían”, sin gran control sobre ello, y cuando una mujer no quedaba embarazada se asumía con naturalidad y resignación. A pesar de que la dificultad para tener hijos también provocaba sufrimiento, las limitaciones formaban parte de la vida. Pero las cosas han cambiado mucho y gracias a los avances en las técnicas de reproducción asistida ahora, en la mayoría de las ocasiones, existen soluciones y alternativas de cara a tener descendencia cuando devienen las dificultades.

Esto hace que podamos encontrar alternativas al embarazo natural tradicional aliviando de esta manera mucho sufrimiento y permitiendo que muchas parejas o mujeres que antes se veían obligadas a renunciar a uno de los mayores deseos de la vida, tener hijos, puedan conseguirlo. Pero también está la otra cara de la moneda, la tendencia en nuestra sociedad a la omnipotencia y la ilusión de control influido por el papel que juegan las nuevas tecnologías, es decir, creer que podemos conseguir todo lo que deseamos. Esto hace que toleremos cada vez menos las frustraciones y limitaciones que, a pesar de los avances, en ocasiones, están ahí.

Nos hacen creer, y nos queremos creer que, si deseamos algo, podemos tenerlo. Esloganes publicitarios como “si quieres, puedes”, “si lo deseas, lo tienes” o “compra ahora, paga después” no hacen sino reforzar esa creencia de que podemos conseguir aquello que deseamos y además de una forma bastante inmediata y fácil. Así, cuando una pareja se encuentra con dificultades a la hora de conseguir un embarazo, suelen sobrevenir sentimientos de decepción, frustración, rabia y tristeza.

Además, la dificultad para cumplir el deseo de convertirse en padres no sólo afecta a las parejas heterosexuales con dificultades, sino también a las parejas homosexuales o a las mujeres y hombres sin pareja. Así, las técnicas de reproducción humana asistida, inicialmente pensadas para ayudar a parejas heterosexuales a tener un hijo, que comenzaron en 1974 con el nacimiento de la primera niña por fecundación in vitro; no han parado de desarrollarse, mejorar, cambiar y crecer; suponiendo ahora un recurso para todas aquellas personas que por distintos motivos no pueden lograrlo de manera natural; quedando separados de esta manera vida sexual de reproducción.

El sector de la reproducción asistida, entendido como el conjunto de técnicas, tratamientos y métodos biomédicos que favorecen la fecundación y facilitan o sustituyen los procesos naturales que se dan durante la reproducción; es un sector que ha crecido de manera exponencial en las últimas décadas. Debido a la diferencia en las normativas y legislación vigente de cada país, las cifras sitúan a España a la cabeza de tratamientos de reproducción asistida en Europa y en tercer lugar en el mundo, estimando que está compuesto por más de 200 clínicas privadas.

Algunos datos de interés:

- España ocupa el primer lugar en Europa en donación de ovocitos de acuerdo a los datos de 2016 de la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).
- 37.094 bebés nacieron gracias a los tratamientos realizados durante 2018, lo que sitúa la tasa de niños y niñas nacidos por RA por encima del 9% del total de nacimientos.
- Desde el año 2015 todos los centros de reproducción asistida comunican su actividad al Ministerio de Sanidad a través del Registro Nacional que coordina la SEF.
- En el año 2019, el volumen de negocio de este tipo de centros alcanzó los 480 millones de euros, lo que supuso un crecimiento del 5,3% respecto al año 2018.

Estamos ante un cambio de paradigma en cuanto a reproducción y modelo de familia. Se abre ante nosotros un abanico de situaciones que abarca por un lado el campo de la infertilidad en la pareja y por otro la implementación de las técnicas en parejas homosexuales o personas solas.

Se plantea una articulación diferente entre los lazos de sangre, el parentesco y la filiación como sistema simbólico. Las relaciones madre y maternidad, padre y paternidad aluden a representaciones sociales y culturales que hablan del lugar de la mujer y el hombre en la procreación, y expresan los sistemas de normas y de relaciones sociales vigentes.

El método ético radica en no precipitar una opinión, sino transformar el dilema en un campo de pensamiento. Y con este objetivo se plantea el grupo el debate de cuestiones complejas como ésta de la reproducción humana asistida. Se trata de abrir un espacio de reflexión donde aportar nuestras experiencias para, ayudados de la teoría y marco de referencia psicoanalítico, poder ahondar y abrir campo teórico-clínico donde aún no lo hay. Se hace camino al andar.

CÓMO AFECTA LA INFERTILIDAD EN HOMBRES Y MUJERES

A. En el hombre

Cuando la infertilidad afecta al hombre éste puede responder de diferentes maneras. Así, en la clínica nos encontramos reacciones diversas como pueden ser:

- Los hombres que disocian y dejan de lado la parte más emocional por sentirla muy dolorosa utilizando un mecanismo en el que pueden verbalizar: “esto es así, pero no pasa nada”
- Los hombres que les cuesta asumir este problema como propio y lo ponen en la pareja: “quizá no es para tanto y con otra mujer a lo mejor hubiera funcionado”
- Los que está en juego de una forma intensa y dolorosa su masculinidad y a partir de ahí pueden sentir inseguridades o signos de ansiedad, depresión, etc.
- Los que se colocan en una posición más masoquista, es decir, sienten culpa por ser los causantes de no cumplir el proyecto de familia y, en ocasiones, se colocan al servicio del enfado, la frustración y la posible hostilidad de la pareja que le culpa de todo esto.
- Los que se sienten más frágiles y colocan a su pareja como “la diosa de la fertilidad”, sienten admiración y en ocasiones algunos aspectos emocionales antes citados.

Observamos y podríamos decir que en general los hombres tienden a ser más operativos en algunas cuestiones y les cuesta quizá, detenerse a reflexionar en el problema, hacerlo propio e iniciar un trabajo más introspectivo. En la mayoría de los casos se produce una herida narcisista, en ocasiones difícil de reparar, debido a un deseo que no se llega a cumplir no pudiendo mostrar a las personas cercanas, y a la sociedad en general, su capacidad para concebir en una sociedad aún marcada por el hombre-macho-potente.

Entonces el hombre puede reaccionar a esta herida donde se expresa un vacío importante que tiene que llenar como sea, muchas veces buscando en el exterior elementos de bienestar como el trabajo, el deporte, el ocio y las relaciones sociales.

Se producen ansiedades porque mueren las fantasías de continuidad del padre y la casta y hay un duelo por esa ruptura de continuidad de la estirpe. Queda dañada la idea de virilidad en su identidad masculina por no poder tener hijos y por la presión social que también hace un efecto importante, con frecuencia. Se agranda la sensación de vacío poniendo en marcha las defensas para paliar el sufrimiento que conlleva.

Son situaciones muy frágiles y según el manejo de cada hombre, en ocasiones puede sentir rabia contra la fertilidad de la mujer y ésta puede ser concebida como una rival, al mismo tiempo que los donantes son los que resuelven su problema de infertilidad.

En ocasiones el deseo del hombre se encuentra comprometido debido a los estados depresivos que presenta por su infertilidad y, cuando este deseo puede ser trabajado, la infertilidad, que parecía ser de origen biológico, deja de ser tal, para poder conseguir ofrecer un embarazo a su pareja.

En algunos hombres parece también, que su deseo de ser padres sucede en mayor medida cuando el bebé ya está presente. Es como que el hombre a veces, va a rebufo de la mujer en el deseo y esto le permite distanciarse más, pero lo vive y expresa en mayor medida cuando tiene ya el niño. Por eso con frecuencia, el hombre se posiciona como acompañante de la mujer y se muestra menos participativo en las consultas hasta que se les pregunta y se les da voz dando espacio a su sufrimiento.

Si la infertilidad tiene que ver con el deseo, el cuerpo y el duelo, en el hombre, parece estar en gran medida puesta en el cuerpo desde su masculinidad, como la parte de sí mismo que no consigue ofrecer, eso que necesita la mujer y que para ambos es un proyecto común. Esto supone a menudo, un sufrimiento inmenso que no es fácil de ver y expresar. A veces es tan fuerte la idea de impotencia física y psicológica que no se puede ni poner en palabras y, en la medida en la que los profesionales, podemos dar presencia y voz, nos encontramos con una tristeza profunda que influye en la relación y la sexualidad en la pareja.

A pesar de que los hombres acuden a salud mental con sintomatología depresiva por este motivo, debido a la presencia del duelo por no poder tener hijos, sin embargo, nos encontramos en la sanidad pública con circunstancias muy diversas:

- Cuando hay un diagnóstico severo en el hombre y se plantea congelar esperma antes de someterse a tratamiento con radio o quimioterapia comprometiendo la fertilidad por el efecto citotóxico. En estos casos, la congelación de semen debe realizarse antes de comenzar los tratamientos de radio y quimioterapia.
- A veces, acude una mujer cuando su pareja ha fallecido y desea quedarse embarazada con el esperma congelado de su pareja ausente, como en un embarazo

monoparental de la viuda del fallecido y de esta manera, se consigue la descendencia deseada que trasciende a su muerte.

- Diversidad de parejas jóvenes o mayores en cuyo caso sufren la presión del tiempo breve con el que cuentan para conseguir un embarazo.
- Cuando uno de los miembros se sabe infértil y no se lo ha comunicado al otro miembro de la pareja.
- Casos de personas con psicopatologías neuróticas o psicóticas en función de diversas estructuras de personalidad y valorar de qué manera influye la enfermedad mental en el deseo de reproducirse y crear una familia en el hombre y en la mujer.
- Hombres de otras etnias, religiones o provenientes de países con legalidades diferentes que acuden para conseguir un embarazo que en sus lugares de origen no pueden, por la edad de la esposa, economía, intentos limitados...
- Parejas homosexuales masculinas que desea formar su propia familia a través de una maternidad subrogada y existe prohibición legal en su país de origen.
- Parejas que viven la reproducción asistida como una posibilidad, una ayuda para conseguir el proyecto de un hijo compartido y tienen la tolerancia y la calma para la espera del hijo.

Todo un conglomerado de situaciones que requieren análisis, intervenciones y tratamientos cuidadosos y pormenorizados. Nos planteamos también, que sería interesante investigar en cada caso, cómo esas dificultades influyen en la relación con el futuro niño y las proyecciones que se producen, a veces de forma rígida, con las que ya puede resultar más difícil trabajar. También en ocasiones, las parejas, cuando ya son padres, establecen una relación muy dual e intensa con poca diferenciación entre el niño y ellos.

B. En la mujer

La infertilidad en la mujer es tan amplia como mujeres hay infértiles. Generalizando podríamos decir que queda muy dañado el deseo. La imposibilidad de conseguir un embarazo, es vivido como una falla sustancial, como algo herido y muy personalizado en ella, siempre en su necesidad y en lo que no puede conseguir, algo que, por otra parte, ha estado muy marcado en su identidad seguramente desde muy lejos. Es decir, que se produce un fallo en la identidad de mujer muy inscrito en el psiquismo y en lo social.

Con el hijo no tenido, se produce un posible fracaso de identificaciones con los padres fértiles y se concreta una derrota o desilusión de infertilidad de cumplir con un mandamiento del ideal del yo sin rituales que ayuden a poderlo elaborar, lo que conlleva una intensa soledad o, en algunos casos con mayor suerte, junto a la pareja.

Todo esto va a generar dificultades y desequilibrios que pueden ser importantes en su evolución. Hay una parte de complacencia hacia el otro que desea tener un hijo dentro de

lo terrible de este proceso y del cansancio biológico de sentirse mal, que cuando, ya ha nacido el hijo, hay algunas madres que dicen: “yo ya no lo hubiese tenido, pero para él era importante” y este sacrificio que termina haciendo la mujer por mantener la pareja o su ilusión, puede tener consecuencias muy importantes con posterioridad.

Con frecuencia en la mujer, el deseo de conseguir ser madre se hace tan intenso que predomina como un imperativo difícil de tolerar y digerir si no se consigue. Esto explica que pueda haber parejas que en el recorrido se rompan. Es mucho el sufrimiento, la tristeza y frustración a lo largo del proceso. En algunos casos, es tan difícil soportar la imposibilidad de tener el hijo deseado que, aunque la pareja se pierda y se destruya, la mujer decide tener un hijo ella de forma rápida y solitaria.

A su vez, este deseo invasivo y muchas veces obsesivo, por encima de todo, dificulta el deseo de la maternidad sobre el hijo y cuando el hijo es ya una realidad, aparece la tristeza siendo algo que a la madre le cuesta, apareciendo así, otros conflictos relacionados con la identificación de su propia madre.

A veces, el proceso ha sido tan largo y se ha sufrido tanto por el camino, tantos embriones y tantas intrusiones, que cuando por fin se consigue el embarazo, hay mucho miedo de perderlo... También se refleja este miedo en la Ecografía de la semana 12 y por eso, en ocasiones, la mujer no se permite el placer de sentirse embarazada y plena debido a los duelos anteriores y al temor de que no curse definitivamente.,

Cuando los tratamientos de esterilidad son repetidos y sin éxito, se produce un intenso agotamiento por el duelo como mujer de no poder sentirse productiva y útil y no prolongar la familia que se quiere después de tantos años de tristeza por el sufrimiento pasado. En muchos casos de fatiga y cansancio, estas personas pueden estar durante años ancladas en ese deseo insatisfecho, dejando el resto de su vida focalizada casi exclusivamente en el tema de la maternidad y no pueden acabar de sentirse satisfechas en otras áreas de su vida. Las esperas en el tiempo hacen imposible tener otro tema diferente en la cabeza y poderse concentrar en otras cuestiones que no sea conseguir el deseado embarazo. Como consecuencia, se produce agotamiento físico y psíquico de haber contenido los sentimientos depresivos que con posterioridad pueden salir cuando ya el embarazo es una realidad.

Pensando en el duelo de la mujer por ser madre de forma natural y cómo resultan a veces los procesos de RA, puede parecer como imposible no sentir que el cuerpo está dañado. Las intervenciones se imponen con mucho peso e interés y lo que la mujer siente como una imperfección, entonces es su cuerpo que no puede mantener los embriones.

En ocasiones, la mujer se defiende del daño por la intrusión del método y esto, pensamos que puede dificultar la elaboración mental anterior al embarazo. El método protagoniza el espacio mental de la mujer, como si todo quedara ahí puesto y no hubiera un espacio para las representaciones. Es como si todo quedara metido en la rueda de los procedimientos de las técnicas de reproducción y no se pudiera pensar y dar trámite al

proceso normalizado de un embarazo y la imaginación sobre el bebé por venir. Un bebé que puede quedar olvidado frente a los duelos de los padres.

Consideramos la importancia de tener en cuenta que en el ser humano, lo biológico es profundamente social y emocional. Lo fisiológico como algo corporal, forma parte de la biología del ser humano en su constitución. La relación entre el cuerpo y la mente se encuentra muy imbricada en todo lo corporal y en lo más primario.

Las raíces mentales y emocionales se encuentran en el cuerpo, por lo que, en el momento del embarazo, tiene mucha importancia la conexión con el cuerpo y las sensaciones corporales, es decir, todo lo que estimula el proceso fisiológico a nivel mental y emocional.

Teniendo en cuenta esto, podemos pensar, que siendo las TR técnicas beneficiosas, en cambio, pueden hacer sentir a la mujer como algo dañino, invasivo y doloroso, como una expropiación del cuerpo que altera el nivel hormonal.

Por tanto, tener en cuenta cómo se hacen los tratamientos, cómo se utilizan los instrumentos, cómo se pone una inyección, qué palabras se utilizan, quién participa, qué lugar tiene la mujer en dichos tratamientos... es algo que consideramos de mucho valor y necesario para ser replanteado.

A menudo, a Salud Mental de Adultos en la pública, llegan mujeres presentando sintomatología ansioso-depresiva, con crisis de ansiedad, por el estrés de todas las pruebas, procedimientos o porque solo les queda una sola oportunidad de quedarse embarazadas, etc. También porque durante el tiempo que dura todo el proceso de fertilidad en su conjunto, se deprime la pareja.

De otra forma, es frecuente que una mujer pueda sentir mucha cólera e ira, de forma más o menos consciente, por tener que pasar por todo el dolor de someterse a las TR y sus molestias cuando es la pareja quien presenta la dificultad biológica de fertilidad y no es consciente de lo que vive la mujer como alteraciones dolorosas de su cuerpo.

En situaciones muy concretas, se da el caso de mujeres que han sufrido una grave enfermedad, por ejemplo, un cáncer ya curado y la maternidad se convierte en el único foco de subsistencia o el motor de su vida. Conseguir un embarazo es el objetivo principal que da sentido a su vida, como si no existiera nada más importante.

En la variedad de casos que nos encontramos, también hay mujeres infértiles que lo aceptan precozmente construyendo su vida de otra manera en la que hacen el duelo del deseo del hijo y han podido resultar y vivir experiencias exitosas en otros aspectos y ámbitos de su vida.

Lo importante es poder individualizar cada caso y cómo cada mujer vive sus duelos. Una parte de lo depresivo también en estas mujeres que llegan, es que la mayoría, se sienten

muy solas en sí y, a menudo, muy solas en la pareja. Es como una manera de vivirlo de forma individual, propia y compartimentada.

También observamos que se producen muchas quejas de la falta de sensibilidad de las parejas por el esfuerzo que requieren. Por tanto, ayudar a establecer la comunicación en la pareja, también es uno de nuestros objetivos principales en la RA.

Por todo esto, pensamos que en el deseo de hijo y el deseo de maternidad se sitúa lo nuclear para entender dónde está el duelo en cada situación, la necesidad, la complacencia de dar un hijo, un nieto... Ver los casos concretos y valorar cada identidad de mujer y en su necesidad de ser madre para seguir existiendo como mujer, desde dónde se articulan los diferentes duelos y desde dónde las diferentes necesidades de un deseo inscrito, de una manera más o menos saludable.

Pensamos que todos los intervinientes necesitan un espacio de pensamiento y nosotros como profesionales, facilitar ese espacio dentro de una escucha psicológica donde entren también otros profesionales como los ginecólogos. Se trata de poder entender juntos también, los límites de la ciencia, de las técnicas y los procedimientos que ayuden a situar las condiciones más favorables y no se conviertan en intervenciones iatrogénicas.

Entendemos que la vivencia de no poder concebir físicamente, daña mucho la posibilidad de sentir que se puede concebir mentalmente un bebé y contener gestando un bebé y una maternidad en la mente.

DONACIÓN DE GAMETOS

La donación de gametos se incluye en el grupo de las TRA llamadas heterólogas en las cuales se utiliza material genético de un tercero y, por tanto, se encuentran comprometidos el anonimato, el secreto y el derecho de la persona a conocer sus orígenes.

Hemos de pensar en el hecho de que confluyen los deseos del donante de gametos, de los padres y del futuro niño. En función de cómo se articulen y manejen estos aspectos por parte de los diferentes adultos implicados, la salud mental del niño quedará más o menos comprometida.

Nuestra función será intentar ayudar a las familias a desentrañar las implicaciones del proceso de donación de gametos, nombrar las fantasías y los temores más o menos conscientes y darles un espacio para que puedan elaborar, en cada caso, el significado de la renuncia a la carga genética.

Vemos que aceptar la imposibilidad de gestar un hijo con el propio material genético supone de entrada un duelo que refleja una falta, un agravio comparativo y una carencia que a veces, lo que favorece, sobre todo, es la idea y la posición de mantener el secreto.

Es por tanto importante, entender qué hay detrás de ese secreto, qué significado o atribución se hace por parte de cada miembro de la pareja a la renuncia de la carga genética, quién de los dos en la pareja es el que renuncia a esa transmisión y qué implica para ambos.

Sabemos de la importancia de la transmisión transgeneracional: mitos, fantasías, lealtades, traiciones y secretos se encadenan en múltiples eslabones generación tras generación. Nuestra historia inevitablemente va ligada a la familia de origen. Esta historia puede remontarse a muchas generaciones atrás y tener un gran peso en nuestra biografía.

Esto lo vemos reflejado en las comparaciones que se hacen constantemente en referencia a los niños y las familias de origen de ambos miembros: “Este niño es igual de cabezota que su abuelo”, “este comportamiento del niño es muy de tu familia, en mi familia somos mucho más...”, “hijo, tú como buen García tienes que continuar con la estirpe familiar de abogados”, “hijo, tú te llamas José Manuel como yo, tu abuelo, bisabuelo y tatarabuelo”, “hija, ese pelo indomable que tienes es la maldición de las mujeres de esta familia”...

Del mismo modo escuchamos a algunas mujeres que se sienten aliviadas, (probablemente como algo defensivo ante la herida que les supone esa no transmisión genética) de no transmitir sus “defectos” (familia con varios casos de cáncer, caderas excesivas, grandes orejas, tener mucho vello...)

Lo que está en juego en esta no transmisión y el conflicto que supone, tiene que ver con una de las principales fantasías que se exploran en el deseo de ma/paternidad (en mayor medida en los varones): la continuidad, la trascendencia de uno mismo en otro ser, que en el caso de donación de gametos, de algún modo muere. Cuando este deseo de trascendencia ocupa mucho espacio para los progenitores, observamos en la clínica de los padres, ansiedades de muerte que están relacionadas con este vacío que sienten tienen que llenar.

En relación con el hijo, cuando no se elabora bien esa falta o renuncia observamos proyecciones que tienen el objetivo de compensar esa falta. Vemos padres que se comportan como “superpadres” y también lo contrario, padres que se retiran y no se sienten con la potestad necesaria para ejercer las funciones parentales a la hora de educar, poner límites...

Respecto al tema de la revelación del origen al niño, muchas familias preguntan si hay que contar al niño sus orígenes genéticos y en ese caso, cuál es el momento más adecuado y la mejor manera de hacerlo. Hace 20 años la postura científica no estaba clara. Algunos autores recomendaban contarle al niño los orígenes genéticos y otros no. Los cambios

sociales y las técnicas anteceden a los debates morales y la legislación por lo que nos encontramos en la actualidad en este momento de reflexión.

Lo que sí parece consensuado por los expertos, y quizá siguiendo la estela de lo que ocurrió con los casos de adopción, es que el niño tiene derecho a conocer sus orígenes, lo que no significa necesariamente que conozca a su donante de gameto. Actualmente, la amplia mayoría de las investigaciones sugieren mantener una postura de apertura hacia el niño, ya que evidencian que no decírselo y mantener el secreto puede causar un daño psicológico importante en el niño.

Sin embargo, entre los profesionales del grupo, hay ciertas cuestiones a debate sobre si siempre hay que cumplir con esto y es mejor contárselo al niño necesariamente o, según los casos y circunstancias, es conveniente valorar esto en función de los beneficios o perjuicios que cause. Hay veces que, a lo mejor, por cumplir con esto, se ofrece una información inadecuada o en un momento evolutivo que dificulta la comprensión, elaboración o mentalización para el niño pudiendo crear en el niño sentimientos encontrados difíciles de digerir.

En todo caso, en lo que sí hay acuerdo, es que deben ser los padres los que hagan esta revelación, adecuando el lenguaje a su momento evolutivo y a su capacidad para entender. Los padres también, deberían mostrarse abiertos a contestar las preguntas que vaya haciendo el hijo, acompañándole en el proceso que le pueda suponer conocer esta realidad. Es importante que el niño no se entere por terceros o por casualidad, ya que esto podría generar una gran desconfianza hacia sus padres.

Otro aspecto que hemos tratado viene de algunos profesionales que llevan muchos años trabajando con familias de bebés prematuros; estos han observado en madres de ovodonación una dificultad inicial en la lactancia materna, rechazándola de antemano. De algún modo, parece que las madres necesitan hacer de manera progresiva una “adopción biológica” que les permita apropiarse biológicamente del bebé “ajeno”.

Se trataría de conseguir una hibridación biológica-psicológica de la anidación, del momento en el que el embrión (ajeno a la madre) pasa a unirse a ella, ésta lo acoge y comienzan a formar un solo cuerpo. Cuando esto se logra, puede ser más fácil que el bebé sea vivido como “propio” y el peso de la carga genética desaparezca o disminuya notablemente.

En cambio, pensamos que cuando estos aspectos no se trabajan o no se consigue, puede vivirse al bebé como algo extraño hasta llegar, en casos extremos, a despertar angustias persecutorias que lleven a delirios, suicidio o a decidir interrumpir el embarazo.

QUÉ TENER EN CUENTA

Los terapeutas, acompañando a sus pacientes, pueden influir en las decisiones que éstos tomen y por ello, se enfrentan a momentos muy delicados que requieren un enorme cuidado en la implicación que asumen con respecto a las personas que les consultan. Uno de tantos temas a considerar y valorar son los duelos y cómo éstos son vividos por cada persona y su pareja.

A nivel psicológico y en general, vamos a dar mucho valor a las fantasías y representaciones maternas y paternas o de las personas que ejerzan esas funciones, así como a los temores que subyacen y las diversas demandas que nos plantean las parejas durante el proceso.

Es nuclear, poder explorar más allá de la infertilidad buscando explicaciones, significados, indagar en un plano de mayor profundidad los deseos inconscientes de tener un hijo, lo que falla, lo que está en juego, la culpa, lo que más angustia, el significado de las fantasías, lo que se encuentra debajo de la imposibilidad de un embarazo, lo puesto en el cuerpo, los sentimientos de pérdida, el significado de las expectativas puestas en las TRA, lo puesto en el otro miembro de la pareja, el deseo en el hombre y de la mujer y su cuerpo, como el lugar donde se produce la fertilidad, el deseo del embarazo desde una postura extremadamente narcisista donde es imposible aceptar y tolerar el fracaso y hay que conseguir un embarazo como sea...

Paciente y terapeuta van a convivir en un proceso difícil de tiempos de espera, de inquietud e incertidumbres, donde se encuentran aspectos intensos y profundos de la consideración de sí mismos como hombres y mujeres. Es necesario valorar las tensiones internas y cómo ayudar a desentrañar y elaborar dichas tensiones.

Los terapeutas se enfrentan también a consideraciones y prejuicios sobre la diversidad de situaciones y circunstancias que atienden en las TRA. Son partícipes de una intensa intimidad y deben tener muy presente una postura receptiva y abierta, de apoyo, esmero y claridad atendiendo a las diferencias individuales en cada caso. Debemos de tener siempre presente que nuestra función es la de abrir un espacio de reflexión y sostén del sufrimiento, siempre desde el respeto de las creencias, valores y decisiones del paciente.

Consideramos que tratamos los sentimientos y vivencias, asociados al hombre y la mujer en función de su psicobiografía y experiencias vitales, dentro de una pareja en el caso más frecuente, pero también, a cada uno de los miembros de dicha pareja, al igual que en el caso de otras parejas homosexuales o de cualquier otro tipo y circunstancia. Por tanto, será muy relevante identificar y comprender los significados de las dificultades que se presentan en cada caso concreto.

Dentro de las historias cada vez más frecuentes que se producen en los TRA, los profesionales deberemos indagar para disponer de más información sobre la incidencia y

posibles consecuencias que las técnicas puedan afectar al futuro de la persona en la medida de su evolución.

Deberemos pensar también cómo se posiciona el terapeuta ante el sufrimiento de los fracasos, ante la imposibilidad de consecución reiterada de no embarazos y cómo llevar también las dificultades reales ante la exposición de procesos médicos que inciden necesariamente en muchas de las personas que se someten a estas técnicas.

En el caso de las parejas que llegan a donación de gametos, previamente, en la mayoría de los casos han pasado por repetidos fracasos, llegan muy dañados y agotados psíquicamente y con un cúmulo de duelos previos que hay que valorar y ayudar a elaborar.

En referencia a la ovodonación, dos conceptos que pueden ayudar mucho a las madres son los de epigenética y microquimerismo. La ciencia aporta datos que alivian mucho a estas madres al asegurarles la influencia biológica, orgánica y/o física que ejercen sobre el hijo que llevan en su vientre sin caer en la tentación de pasarnos al otro extremo borrando o negando las diferencias con el hijo de la misma carga genética.

Consideramos que se deben evitar caer en posiciones de mayor esperanza y euforia en los resultados dentro del proceso al que se someten las parejas en vías de conseguir un embarazo. Se producirán momentos de optimismo y entusiasmo, combinados con otros momentos más depresivos de intensas decepciones y temores. Por tanto, es prudente ser cautos e intentar no alentar a la toma rápida de decisiones y favorecer la espera, a veces lenta, que requiere mantener un cierto sosiego y equilibrio.

También nos parece necesario señalar, que además de nuestra función como acompañantes e investigadores del psiquismo, de los temores y fantasías, de lo inconsciente y de la subjetividad de cada individuo y pareja, es igualmente importante tener en cuenta, aspectos más pragmáticos y de la realidad de lo externo, que a menudo, generan mucha inquietud en nuestros pacientes.

Las TRHA no sólo son un proceso médico, sino que suponen también todo un recorrido psíquico por distintas e intensas emociones. Pero es cierto que se trabaja con el cuerpo, células, tejidos, analíticas, medicación... Multitud de profesionales especializados en cada una de esas partes (inmunólogos, hematólogos, endocrinos, embriólogos, genetistas...) forman parte del proyecto. Por eso es muy importante que contemplemos este aspecto y le demos un lugar en nuestra escucha, porque es una parte vital para nuestros pacientes.

Observamos que llegan muchas mujeres a consulta que están o han estado previamente con otros psicólogos con los que reconocen un buen vínculo, pero cuyos tratamientos deciden interrumpir en busca de un profesional especializado. Para ellas es muy importante que la persona que les escucha, también sepa del proceso médico en sí y de todo lo que eso implica.

Encuentran mucho alivio al saber que están en nuestras manos otras personas que están pasando por lo mismo que ellas, que no son las únicas, que no necesitan explicarnos los procedimientos médicos y que además conocemos su “micromundo” y todo lo que ello conlleva (foros en redes sociales, profesionales recomendados en el gremio, especialidades de cada uno de ellos, nombres de las medicaciones, fases, intervenciones, técnicas...).

Haciendo un paralelismo, es lo mismo que les ocurre a los adolescentes cuando saben que te interesas también por su mundo externo y que lo entiendes, por ejemplo, los nombres y cómo funcionan sus videojuegos, el argot que utilizan, los grupos de música, las redes sociales en las que se mueven...

Pensamos que en los casos de TRHA, nuestra función como psicoterapeutas tiene que ir un poco más allá con respecto a nuestros conocimientos y experiencia de psicología. Debemos estar actualizados o ser conocedores de la realidad concreta del día a día de nuestros pacientes.

