

LAS NUEVAS PROCREACIONES Y SUS RETOS*

Marian Fernández Galindo**

Épocas futuras traerán consigo nuevos
progresos, acaso de magnitud
inimaginable... y no harán sino aumentar la
semejanza con un Dios. Ahora bien... no
debemos olvidar que el ser humano de
nuestros días no se siente feliz en su
semejanza con un Dios.
Sigmund Freud, *El malestar en la cultura* (1929)

RESUMEN

En la segunda mitad del siglo XX, la eficacia de los métodos anticonceptivos ha ofrecido a las mujeres una extraordinaria libertad para decidir cuándo y en qué circunstancias, quedarse embarazadas.

Separada definitivamente la sexualidad de la concepción, sin embargo, esta capacidad de elegir y de controlar se ha convertido gradualmente, para muchas mujeres, en fuente de ansiedad y culpa.

La demora en la decisión de procrear, unida a la disminución de la fertilidad a partir de los treinta ha supuesto un enorme

* Ponencia presentada en el XXII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Nuevas formas de crianza: Su influencia en la psicopatología y la psicoterapia de niños y adolescentes" tuvo lugar en Bilbao del 22 al 24 de octubre de 2009. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psiquiatra Psicoterapeuta. Miembro de SEPYPNA.
E-mail: mfgalindo5@hotmail.com

auge en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Asimismo se han incorporado al uso de dichas técnicas mujeres solas, sin pareja, y mujeres en pareja homosexual.

En el presente trabajo se reflexiona sobre el deseo de hijo y sobre el discutible concepto de esterilidad psicógena así como de las posibles consecuencias psicológicas de las técnicas de reproducción asistida tanto en los usuarios como en su descendencia. Palabras clave: Fecundación asistida. Deseo de hijo. Esterilidad psicógena.

ABSTRACT

In the second half of the twentieth century, the effectiveness of contraceptive methods has offered women an extraordinary freedom to decide when, and under what circumstances, to become pregnant.

This has separated the concept of sexuality from that of conception, however, this ability of choice and control has gradually become, for many women, a source of anxiety and guilt.

The delay in the decision to have children, coupled with declining fertility after the age of thirty has resulted in a huge increase in the application of assisted reproductive techniques. These techniques are also being used by single women without partners, and homosexual female couples.

This paper focuses on the desire for a child and the debatable concept of psychogenic infertility and the possible psychological consequences of assisted reproduction techniques in both users and their offspring.

Keywords: ART. Desire for a child. Psychogenic infertility.

Desde hace ya varios años, todo terapeuta ha atendido pacientes con problemas de fertilidad y su dificultad consiguiente para afrontar la dolorosa herida narcisista que representa y para elaborar el duelo, o pacientes que van a abordar o están ya inmersas en procesos de fecundación asistida, con sus muy diversas variedades de programas desde la simple inseminación artificial hasta la más sofisticada fecundación in vitro con

donación de óvulo, y solicitan ayuda psicológica para soportar el notable estrés, físico y psíquico, que comportan esos procesos. Por eso, pensaba que mi experiencia clínica bastaba para hacer una reflexión sobre las consecuencias presentes y futuras de la tecnologización de lo que, hasta hace muy poco tiempo, ha formado parte del misterio de la vida.

Pero dos circunstancias me hicieron despertar de mi ingenuidad y asumir que no es nada fácil desde el lugar de un terapeuta, de un clínico, entender los procesos psíquicos que se ponen en juego.

La primera fue que, prestando atención a los contenidos de las fantasías, conscientes e inconscientes, presentes en las pacientes en proceso de conseguir un embarazo asistido médicamente o de las ya embarazadas con ayuda clínica, no se encuentra ninguna diferencia, ninguna especificidad respecto de los embarazos “naturales”. Las ansiedades, fantasías y expectativas son las mismas que las de cualquier otra embarazada.

Y el encarnizamiento de las intervenciones sobre el cuerpo de una mujer que espera embarazarse por métodos artificiales es vivido como podría serlo cualquier otra intervención médica.

La segunda fue que, a solo 30 años¹ de la aparición de estas técnicas, el propósito inicial, es decir, paliar –que no curar– la esterilidad, ha sido completamente desbordado. El uso actual de las técnicas de fecundación asistida no se limita en absoluto a ayudar en su deseo de hijo a parejas (o mujeres) estériles. Mujeres sin pareja y sin propósito o expectativa de tenerla, parejas de lesbianas, mujeres postmenopáusicas, es decir, con una esterilidad fisiológica, solicitan y reciben la ayuda de los institutos de “infertilidad” (que eufemísticamente se siguen llamando así cuando deberían llamarse institutos de inmaculada concepción, con todas sus resonancias míticas).

Y si de los embarazos tecnológicos que se someten a la observación un psicoterapeuta tiene poco que decir, con mayor motivo de todos estos otros de los que, o bien nos enteramos

¹ El nacimiento de Louise Brown, la primera “niña probeta” tuvo lugar en abril de 1978.

por la repercusión mediática que siempre genera la transgresión o nos los encontramos en la vida que existe fuera de nuestros gabinetes y de la que a veces, poco, participamos. Son casos (es abusivo llamarlos “casos”... son situaciones) que conocemos en o por la familia, los amigos... y que observamos sin poder ni querer eludir nuestra visión psicológica (o psicológizada).

Suelo visitar, durante las vacaciones, a unos amigos que tienen una casa en la playa, dentro de una pequeña urbanización en la que las relaciones de vecindad son intensas. Se comparte el jardín y la piscina y los niños corren entre una casa y otra. Es por esa intimidad que tuve ocasión de conocer la historia de unos vecinos:

Jorge y Arturo son hermanos, tienen 3 años y medio y 15 meses respectivamente. Su familia se compone de los siguientes miembros:

Alicia, la madre, es médico y está casada con Rosa, que es enfermera. Jorge y Arturo han sido concebidos mediante inseminación artificial con semen donado por Armando, que es hermano de Rosa, es homosexual y vive con su pareja.

Ambas parejas son vecinas y también viven en la misma urbanización los abuelos paternos (y también maternos, puesto que Rosa no es madre biológica pero sí legal de Jorge y de Arturo y su hermano Armando es el padre biológico).

La abuela, la encargada de cuidar de los niños durante las largas jornadas laborales de sus madres, orgullosísima de sus nietos, es la que explica con toda naturalidad a sus vecinas la filiación de los chicos, extendiéndose (como todas las abuelas...) en su carácter, sus gracias y sus parecidos.

Todos los que contemplan la situación se sienten confrontados en lo más profundo de su ideología, de su ética y de su tranquilizadora seguridad en el orden de la realidad. Pero para un psicoanalista es un reto mayor.

Las interrogaciones que uno se plantea son inevitables: ¿Cómo y por qué caminos estructurarán el Edipo estos niños? ¿Cómo circularán sus identificaciones, identificaciones de género comprendidas? ¿Alguien se atrevería a anticipar una patología en el desarrollo de estos niños?

Para un psicoanalista, “¿qué extraordinario guiño a las teorías sexuales infantiles son estas cocinas científicas!” (Delaisi de Parseval, 1993).

Es desde esta perplejidad desde la que comencé a reflexionar sobre el tema y también a leer textos. Y es desde esas lecturas, que recorren un período largo ya, desde las que creo que el centro de mi reflexión, que voy a compartir con Vds., ha de ser *la necesidad de mantener como profesionales una ética permanentemente “puesta al día”*².

Al confrontarse con estos temas, hay tres aspectos diferenciables que saltan a la vista y que motivan la reflexión:

- 1.º La cuestión de la demanda. La infertilidad. Sus consecuencias (¿o causas?) psicológicas. Las nuevas demandas de ayuda a la procreación. El cuestionamiento ético del profesional.
- 2.º La cuestión del sufrimiento psicológico (y/o psicopatología) de los padres (y/o madres).
- 3.º La cuestión del destino psicológico (o psicopatológico) de los hijos concebidos en esas condiciones.

Trataré de dar cuenta de esos tres aspectos.

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX, la eficacia de los métodos anticonceptivos ha ofrecido a las mujeres (en nuestro mundo desarrollado, bien entendido) una extraordinaria libertad para decidir cuándo y en qué circunstancias, quedarse embarazadas.

Separada definitivamente la sexualidad de la concepción, sin embargo, esta capacidad de elegir y de controlar se ha convertido gradualmente, para muchas mujeres, en fuente de ansiedad y culpa.

² En una entrevista con motivo de la concesión del Óscar por “Brokeback Mountain”, el cineasta Ang Lee decía que él hacía películas para “sensibilidades puestas al día” (El cultural.es. 19/1/06). Ése es el recuerdo que motiva mi idea de “poner al día” la ética de la práctica psicoterapéutica.

No está claro por qué, pero así sucede, la fertilidad comienza a declinar a partir de la tercera década de la vida. (Lester, 1995).

Al mismo tiempo, parece demostrado que factores de contaminación ambiental perjudican a la fertilidad masculina (y femenina también).

La incorporación de la mujer a la formación superior y al mundo profesional en igualdad de condiciones, cada vez más conseguida, con sus colegas varones, y en entornos muy competitivos, han hecho que las mujeres pospongan, y cada vez más, la realización de su deseo de tener hijos.

La edad media para tener el primer hijo está en la actualidad, en nuestro entorno, en casi los 30 años (de media, es decir que, para muchas mujeres su primer embarazo tiene lugar pasados los 35...). Lo que implica que el segundo hijo, programado también, llegará, si llega, pasados los 35 o rondando los 40...

De manera que, para las mujeres y también para sus parejas, se ha generado un nuevo conflicto, pulsional y yoico: el que enfrenta su deseo de tener hijos con su deseo de desarrollo y presencia social.

EL DESEO DE HIJO

Se han propuesto muchas teorías, desde el psicoanálisis y desde otros paradigmas, para explicar los motivos del encarnizado deseo de las mujeres de tener hijos (o de ser madres... quizá habría que distinguir ambos supuestos...).

Levobici, por ejemplo, lo plantea del siguiente modo. Él sostiene que hay diferentes hijos "en la cabeza" de la madre, es decir, que respondiendo a la pregunta: ¿qué quieren las mujeres cuando dicen que quieren tener un hijo o cuando están ya embarazadas? tendríamos:

- 1) El hijo imaginado, esencialmente preconsciente, elaborado durante el embarazo.
- 2) El hijo de la fantasía, esencialmente inconsciente, que remite a las raíces infantiles del deseo de hijo.
- 3) El hijo mítico, portador de la sombra cultural y del pasado de la madre y de su sistema imagoico. Lo que correspon-

dería, en el fondo, a la sombra de la madre proyectada sobre el hijo.

- 4) El hijo del narcisismo (**Her magesty the baby**, de Introducción al narcisismo).

También Monique Bydlowski se interna por esos caminos. Ella, reflexionando sobre la **representación inconsciente** del embarazo, piensa que el hijo puede ser *el hijo del padre, la sombra de la madre, el sustituto de un ausente obturando el proceso de duelo y desarrollando una fantasía de inmortalidad, deseo de embarazo por el propio embarazo lo que reasegura sobre la capacidad de procreación y proporciona un sentimiento de plenitud, no saturación del deseo de hijo por el hijo real, es decir, el objeto real que no satisface la representación ideal...* (M. Bydlowski, 1998).

Silvia Tubert lo plantea del siguiente modo:

Ella propone establecer una diferencia entre **deseo de hijo** y **deseo de maternidad**.

El primero sería el resultado de la constitución del Ideal del Yo como resolución de la configuración edípica en la niña..., ...que conduciría... en el tercer tiempo del Edipo, a la identificación con los emblemas culturales correspondientes al propio sexo y asumidos como modelo a seguir. (Tubert, 1991)

El deseo de maternidad, por el contrario, correspondería a... *la exigencia de fusión con el Yo Ideal formado a partir de las identificaciones primarias, fusión que conduciría a restituir la posición narcisista de la niña, en la que aún no se reconocía como diferenciada de la madre.*

El deseo de hijo supone el reconocimiento de la castración en tanto que el deseo de maternidad, procediendo de una identificación primaria, es pre-edípico (lo que, en la comprensión lacaniana de la autora, supone una dimensión simbólica para el deseo de hijo, en tanto que el deseo de maternidad corresponde a una dimensión imaginaria).

En el primer caso se trata de **tener** (un hijo); en el segundo, lo que está en juego es **ser** (madre).

En el orden simbólico hay triangulación, hay corte tanto con respecto al Otro (la madre) como con respecto al sujeto mismo (escisión impuesta por la represión que estructura al sujeto como sujeto del Inconsciente). En el orden imaginario hay unicidad y

unidad ilusorias, fusión con el Otro, lo que permite gozar de una supuesta plenitud. (Tubert, 1991).

Mi propia opinión al respecto es que no hay motivo humano que no sufra de la tensión de estos dos vectores: **la necesidad narcisista y la necesidad objetal**³.

En condiciones normales, estos dos aspectos de los motivos para tener hijos permanecen fusionados en un único movimiento, de manera que el embarazo y el hijo, que es su consecuencia, representan una restauración narcisista –dañado el narcisismo por la castración– y un cumplimiento edípico (como Freud pensaba, tener un hijo del padre como única reparación posible de la falta de pene).

Pero cuando el deseo resulta frustrado por la incapacidad para embarazarse, ambas vías quedan separadas y la herida narcisista descubierta, al aire.

Es por la existencia de este doble y diferenciado deseo de hijo y de maternidad que Apfel & Keylor, dos autoras a las que me referiré varias veces, consideran que hay amplia evidencia de que, por ejemplo, *la adopción no resuelve la herida de la infertilidad y su impacto dañino sobre el sentido del self de una mujer...*, *...incluso la existencia de un hijo biológico no protege del agudo estrés de la infertilidad secundaria...* (Apfel & Keylor, 2002).

Es evidente que la infertilidad interrumpe la vía que lleva desde la fantasía infantil de ser madre hasta el preconsciente de la mujer embarazada, impide la filiación cultural de la mujer y daña profundamente su narcisismo⁴.

³ Debo esta teorización que, a mi criterio, aporta un modelo de comprensión de la clínica muy iluminador, a Philippe Jeammet: Ver, por ejemplo, en el nº 8 (1989) de estos Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia: *Trastornos de personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia*.

⁴ Una buena muestra de este encarnizado deseo de tener hijos: En el *New York Times* del pasado 11 de octubre, e ilustrando un artículo sobre este tema, se relata la experiencia de una mujer que, embarazada de gemelos, ha de afrontar una intervención de cerclaje del cérvix, pare a sus gemelos, uno de ellos muerto intraútero, en la semana 24, es decir, con gran prematuridad y dos años después afronta un nuevo embarazo también por FIV con el resultado de una (preciosa) niña sana y a término.

EL PROBLEMA DE LA ESTERILIDAD PSICÓGENA

Silvie Faure-Pragier dice que se trata de un concepto **nómada**, importado de la medicina somática⁵. Sería una esterilidad psicógena la que:

- No tiene causa orgánica y
- Que es curable si se cura la causa –psíquica– que la motiva.

Desde hace muchos años, los psicoanalistas se han visto envueltos en el tratamiento de mujeres estériles. Desde 1942, fecha de publicación del trabajo pionero de Therese Benedek⁶, en la literatura aparecen casos de **esterilidad psicógena**. Aun en 1998 hay bibliografía recogida por Roberta J. Apfel y Rheta G. Keylor con ese diagnóstico. A falta de otras explicaciones, las teorías psicoanalíticas han atribuido la causa de la infertilidad a varios y diferentes factores psicológicos:

- 1) Miedo inconsciente y conflicto con el sexo y el embarazo.
- 2) Rechazo de la identificación femenina-materna y de su consiguiente destino reproductivo.
- 3) Rivalidad y consiguiente culpa hacia los varones de la familia.
- 4) Deseo de dependencia.
- 5) Identificación con el padre.
- 6) Envidia de la masculinidad.
- 7) Culpa y hostilidad hacia hermanos enfermos o muertos.
- 8) Apego desorganizado o inseguro⁷.

Puede ser que todas o alguna de estas causas contribuyan a la ambivalencia que muy frecuentemente las mujeres tienen hacia la maternidad y que sean también el motivo de que, en

⁵ Yo tengo mis dudas de que no sea un concepto genuinamente psicoanalítico. En todo caso, si es importado de la medicina somática, desde luego ha sido abrazado con ardor por muchos psicoanalistas.

⁶ Benedek, T. & Rubenstein, B. B. (1942) *The Sexual Cycle in Women: The Relation between Ovarian Function and Psychodynamic Processes*. Washington, D C: National Research Council.

⁷ A esta lista de las autoras citadas habría que añadir una causa, que tuvo gran predicamento en algunos medios, que es la de la autora argentina, kleiniana, Marie Langer. Ella atribuye como causa de “algunas” esterilidades femeninas, el ataque envidioso a la madre fértil...

algunos casos, una mujer posponga la realización de su deseo de maternidad hasta una fecha en que el ocaso de la fertilidad incline la balanza hacia la imposibilidad del embarazo.

Pero también es cierto, como dicen las autoras citadas, que *esos factores son muy familiares y están presentes en el análisis de muchas mujeres que no tienen ningún problema para embarazarse, ya sea planeada o accidentalmente...* (Apfel & Keylor, 2002).

La tendencia a sobreinterpretar y a abusar de la generalización de casos individuales ha sembrado dudas sobre la naturaleza científica de las formas psicoanalíticas de conocimiento, prosiguen las autoras, afirmación que suscribo.

Al mismo tiempo, la literatura psicósomática ha especulado también con las supuestas causas de esterilidad. Por ejemplo, hay un trabajo citado por las autoras a las que vengo refiriéndome que postula la falta de orgasmo, corolario de la frigidez, causada por la masturbación, la que impedía el proceso de inseminación. (Kelly, 1942, en op. cit).

Benedek también piensa que la infertilidad es una defensa *que protege al self y al niño no nacido, al mismo tiempo que le evita a la mujer sufrir la ambivalencia respecto a sus deseos de maternidad.*

Esta idea de que la esterilidad “protege” a las mujeres que la padecen de sufrir de ambivalencia frente a los deseos de maternidad, es mantenida en tiempos mucho más recientes.

Y así, Janaud y Delaisi de Parseval critican apasionadamente la estimulación ovárica en mujeres que no tienen ovulación: *“Condenar a una mujer a ovular, en efecto, es negarse a considerar el significado inconsciente de la anovulación y esa negación contribuye a reforzar las resistencias o a desplazarlas (la cursiva es mía: parece que los autores ven en la anovulación un rechazo al embarazo...) ... Negar el valor de síntoma de la anovulación equivale a hacer pasar a la paciente del estado de mujer al de animal, pues este tratamiento se acompaña del fantasma megalomaniaco de hacer ovular a la mujer como se hace poner un huevo a una gallina ante una señal...”*⁸

⁸ Janaud y Delaisi de Parseval (1983): *L'enfant à tout prix*, Seuil. (Citado por Tubert, S. en op. cit.).

Ni qué decir que la condición “no tiene causa orgánica” se ha reducido enormemente cuando la investigación sobre la fertilidad ha puesto de manifiesto la causa –orgánica– que no era visible con métodos de investigación más rudimentarios.

A medida que se han ido poniendo de manifiesto más y más causas orgánicas de infertilidad, los diagnósticos de infertilidad psicógena han ido reduciéndose.

Hoy en día, menos del 5 % de parejas estériles no encuentran la causa y los avances recientes en genética molecular descubren cada día nuevas causas, ocultas en el fondo del genoma.

A pesar de ello, sigue habiendo literatura reciente que postula causas psicológicas para la esterilidad: Duelos no elaborados por la separación temprana de uno de los padres o por la muerte de uno de los padres (Christie, 1998), culpa por la muerte o el hándicap de un hermano (Allison, 1997), ausencia de ambivalencia y negación de sentimientos negativos hacia el embarazo y la maternidad (Christie, 1998), etc.⁹

De todos modos, para algunos psicoanalistas que, por otro lado admiten la banalidad de un diagnóstico por exclusión, siguen manteniéndose causas psicológicas para la esterilidad (como, por ejemplo, esterilidades secundarias después de duelos, de la pérdida de un hijo, o del nacimiento de hijos anormales) (S. Faure-Pragier, 1993).

Esto nos llevaría a pensar sobre la enorme cantidad de mitos que se sostienen respecto a la procreación y sus vicisitudes, en la medida que, como decía al principio, la reproducción sigue, aún, considerada como un enigma, como el *misterio de la vida*.

ALGUNOS MITOS SOBRE LA FERTILIDAD

La frigidez no disminuye la fertilidad. Igualmente, la adopción no la aumenta. Existe la creencia de que la tensión que genera la espera por un embarazo que no llega provoca, en un

⁹ Ambos autores citados por Apfel & Keylor en op. cit.

mecanismo de retroalimentación, la dificultad para concebir¹⁰. Y que, en consecuencia, resolver la falta de hijos vía adopción restaura la fertilidad. Esto puede ser anecdóticamente verdad para algunas parejas pero no tiene ningún soporte estadístico. Trabajos de los años 60 ya demuestran que la adopción no tiene la menor influencia en la concepción después de largas esperas. Y, paradójicamente, ocurre que más parejas (35 %) que no adoptan, conciben después de una larga espera que parejas que adoptan (23 %) (Tyler et al., 1960; Weir & Weir, 1966, citados por Apfel & Keylor, op. cit.).

LA (PRESUNTA) PSICOPATOLOGÍA DE LAS (Y LOS) DEMANDANTES DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Mucho se ha escrito sobre las fantasías conscientes e inconscientes, arcaicas, regresivas, que la procreación en esas condiciones suscita. Entre todas ellas, yo destacaría las siguientes:

Fantasia partenogenética, la Inmaculada Concepción¹¹. Por ejemplo, algunas lesbianas que conciben banco de semen mediante, al menos en lo manifiesto, establecen una poderosa negación sobre la colaboración de un varón en su embarazo. Lo masculino reducido a una muestra¹².

¹⁰ Sin embargo, en mujeres con altos niveles de ansiedad o depresión, su dificultad para modular el compromiso emocional con las técnicas de reproducción, provoca ansiedad anticipatoria lo que determina altas concentraciones de cortisol, que pueden tener una influencia negativa en el éxito de la fecundación (Demyttenaere & al. 1991. Citado por Apfel & Keylor).

¹¹ Agradezco al Dr. Luis Feduchi la puntualización sobre este error, habitual, y que yo cometo también, que confunde dos dogmas diferentes de la teología católica: El dogma que “sostiene” la fantasía partenogenética, no es el de la Inmaculada Concepción (que se refiere al privilegio divino por el cual María nace sin Pecado Original) sino el de la Anunciación: “El Ángel del Señor anunció a María... y concibió por obra y gracia del Espíritu Santo”.

¹² La nueva terminología que aparece como consecuencia de las técnicas de fertilización ¿supondrá una ruptura epistemológica? (C. Mejía y cols., 2005). En todo caso, el universo representacional que surge es, sin duda, novedoso y un buen juguete para semiólogos y epistemólogos. En español el semen de donante en su preparación para ser usado se llama **muestra**, porción de cualquier cosa, dice doña M.^a Moliner; por el contrario, en francés se dice **paillette**, escama, lentejuela, que convoca ideas más “poéticas”...

Fantasías de omnipotencia proyectadas en el médico. Es frecuente que las mujeres sometidas a reproducción asistida establezcan un vínculo transferencial profundamente idealizado con su médico y desarrollen sentimientos regresivos de infanti-lización y sometimiento y también fantasías incestuosas, según las cuales un padre demiurgo les daría el hijo deseado.

Fantasías de eternidad. La cuestión de los embriones congelados. La posibilidad de guardar embriones sobrantes de una estimulación ovárica con el fin de acometer futuros implantes genera toda una serie de conflictos, en el imaginario y en la realidad. Los problemas éticos y legales que se suscitan son interminables. Y el terreno de nadie legal favorece una fantasía de vida eterna.

Sin embargo, todas estas fantasías no son específicas de los embarazos tecnológicos. La fantasía de autoengendramiento, de partenogénesis, puede aparecer, y aparece, en mujeres que han concebido de manera natural, fantasías de las que, por otra parte, está llena la literatura y la mitología. Esto no le extrañaría al que conoce las teorías sexuales infantiles que son muy anteriores a estos métodos de procreación milagrosa.

Tampoco tiene ninguna especificidad la fantasía omnipotente ni la transferencia idealizada con el médico. Es habitual que el ginecólogo ocupe un lugar de representante del padre omnipotente de la infancia. Igual que el médico y, más precisamente, el cirujano, en pacientes con enfermedades graves en las que se le idealiza como salvador.

Pero, como dice Sylvie Faure-Pragier, *es fundamental no confundir la fantasía con la realidad..., ...no se puede volver al pasado, detener el conocimiento..., ...aunque sí podemos interrogarnos sobre hacia donde nos llevan esos conocimientos.*

Aquí estamos, incómodos por tener que admitir la incertidumbre. Atrapados en un sistema ético, no podemos plantear asertos más que parciales y provisionales... (S. Faure-Pragier, op. cit.).

Las mujeres con infertilidad crónica y duradera tienen los mismos perfiles en los tests psicológicos que las mujeres con cáncer, enfermedad cardíaca, hipertensión, dolor crónico y sida (Domar & al., 1993. Citados por Apfel & Keylor). Hacer frente a la

infertilidad es exactamente igual que hacer frente a una enfermedad grave¹³.

Claro que las nuevas tecnologías pueden crear, o contribuir a crear, un trauma adicional que la terapia psicológica está en condiciones de ayudar a minimizar. Pero lo cierto es que unas mujeres resisten mejor que otras. Y, en ese sentido, el propósito de exigir, que no ofrecer, consulta psicológica para las mujeres en esas circunstancias, me parece abusivo.

De las seis mujeres de mi casuística, todas lograron un embarazo mientras estaban en tratamiento. Pero eso en absoluto me permite pensar que el éxito tuvo que ver con la psicoterapia. En un caso, el tratamiento la ayudó a tolerar con paciencia la espera para un embarazo natural que se retrasaba y para el que ya había hecho una consulta de infertilidad. ¿Tal vez sin mi ayuda no habría esperado y se habría lanzado a un tratamiento costoso y molesto? No lo sé.

En otro caso, la paciente había venido a tratamiento por otro motivo, pero cargaba con el fracaso de cinco intentos de FIV en el pasado. Fue en el curso del tratamiento que decidió solicitar y aceptar una donación de óvulo, lo que terminó en el nacimiento de una niña sana. ¿Fue la psicoterapia la que, al deshacer algún conflicto del pasado infantil y algunos duelos “atascados”, le ayudó a afrontar su deseo y su destino de madre? Tampoco lo sé.

Al acabar mi reflexión me di cuenta de que había dejado completamente de lado las consecuencias sobre el psiquismo masculino de estas “nuevas procreaciones”, es decir, que había caído yo también en la fantasía de autoengendramiento que he descrito anteriormente y en el mito de la concepción inmaculada. Parecería que este asunto de las procreaciones medicalizadas es cosa de mujeres y sólo de mujeres. Por otro lado, bien es verdad que son las mujeres las que afrontan la parte más pesada de las técnicas reproductivas.

¹³ Es verdad que para el psicoanálisis otros paradigmas psicológicos y, entre ellos, en un lugar importante el paradigma cognitivo, son objeto de sospecha, pero...

He de decir que carezco de experiencia sobre el terreno. Nunca he tenido un paciente que haya sido partícipe de una concepción artificial.

Conozco tres niños gestados con óvulo de donante en los cuales el padre, padre biológico y padre legal, tienen un vínculo con sus hijos absolutamente gozoso.

En general, en mis casos de mujeres en procesos de fecundación asistida, sus parejas han impuesto un secreto estricto sobre las prácticas de fecundación, expresión, supongo, del intenso malestar narcisista que les produce una fantasía de esterilidad (aunque no sean físicamente estériles). El no ser capaces de embarazar a su mujer y, por tanto, de rivalizar con éxito con el padre procreador, hace que vivan la intervención médica con vergüenza y violencia. Frente a su incapacidad está la omnipotencia del médico que le dará a su mujer lo que él no ha podido darle¹⁴.

Hay estudios en función del género, sobre las vicisitudes de las parejas infértiles y parece que los hombres soportan las técnicas con menos estrés que las mujeres¹⁵.

Y FINALMENTE, ¿CUÁL SERÁ EL DESTINO PSICOLÓGICO (O PSICOPATOLÓGICO) DE ESTOS NIÑOS?

En este punto, tendríamos que distinguir entre las consecuencias, si las hubiere, de las procreaciones tecnológicas que no afectan a la filiación de aquellas que sí la afectan.

No parece que los orígenes remotos que pasan por la unión de los gametos en un tubo de ensayo y no en la trompa de Falopio pero que preservan la continuidad de la estirpe, tengan la menor influencia en el psiquismo de los hijos. Las fantasías originarias, universales, que se emparentan con las teorías sexuales

¹⁴ En nuestro medio, los médicos que se dedican a la infertilidad son, con gran frecuencia, mujeres. En estos casos, las ansiedades que se despiertan son de otro orden.

¹⁵ La infertilidad de una pareja es imputable al varón en un 45% de los casos.

infantiles y con la novela familiar del neurótico sobreviven y trascienden a casi cualquier embate de la realidad. Así que para un individuo saber que su origen empieza en un tubo de ensayo, o que es fruto de una selección espermática, no pone ni quita absolutamente nada.

Con ocasión de su 25 cumpleaños, la prensa publicó entrevistas con Louise Brown, la primera “niña probeta”¹⁶ e igualmente, tres años después, con Victoria Anna, la primera española nacida con técnicas de fertilización *in vitro*. Para ninguna de las dos tenía el menor significado su inimaginable origen remoto.

Genevieve Delaisi de Parseval habla de John, el pequeño australiano que fue el primero concebido, en su país, mediante criogenización de embriones, extrañada por la naturalidad con que él mismo y su entorno manejaban su origen. Él enseñaba su habitación y en ella los dibujos que habían hecho sus tías mientras lo esperaban (un “renacuajo” dentro de un cubito de hielo). De siempre le llamaban todos Frosty (“Escarchita, Congelado”), incluso en la escuela...

Cuestión diferente es cuando la procreación tiene lugar mediante donación de material genético, es decir, donación de espermatozoides y donación de óvulos.

Aquí, he de dar un paso atrás para volver al desafío ético y psicológico con el que se ve enfrentado el terapeuta. Cuando uno aborda casos como éstos, muchas veces uno se encuentra pensando: *¡Pero... están locos estos médicos jugando a ser Dios...!* (Faure-Pragier, 1993). Y aquí vuelven a involucrarse irremediablemente los fantasmas del terapeuta, sus preconcepciones, su propia forma de entender... *el misterio de la vida*.

Hay pocas publicaciones que aborden específicamente la cuestión, y la investigación psicológica se mezcla con cuestiones éticas y legales. Algunos trabajos extrapolan los problemas

¹⁶ Claudia Mejía y cols. han estudiado el discurso verbal, el universo semántico alrededor de las técnicas de reproducción asistida y concluye que la realidad introducida exige de la implementación de una nueva terminología (que tal vez, en el futuro, permitirá asimilar sin demasiadas dificultades, cosas hoy paradójicas). Al hilo de esta reflexión, ¿Quién habla ya hoy en día de “niños probeta”?

de identidad que encuentran en los chicos adoptados a los niños concebidos con la intervención de donantes, y hablan de “desconcierto genealógico”.

También se ve involucrada la cuestión del secreto. ¿Hay que comunicar a los niños la identidad de los donantes? Cuestión pantanosa donde las haya.

Es verdad que es diferente pensar que Papá y Mamá son papá y mamá, aunque haya que trasladar la escena primitiva a un laboratorio, que asumir un origen enigmático que viene de un don, de un regalo de un desconocido. La legislación en relación con la donación de material genético va de un extremo (exigencia de secreto, en países como Francia, Alemania y España) al contrario (exigencia de transparencia en Gran Bretaña y Suecia).

Algunos trabajos abordan también la cuestión del momento oportuno en que se debe comunicar el origen al niño y, como no podía ser de otro modo, encuentran que la reacción de los niños es mejor cuando se enteran alrededor de los 7 años que cuando se les comunica en la adolescencia.

En cuanto a los niños concebidos por mujeres en pareja homosexual, parece que todos los estudios avalan la idoneidad de esas familias para criar niños. Según Alfredo Oliva, profesor del Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla, refiriéndose a los niños nacidos y criados en familias homoparentales, dice que el tipo de estructura familiar no influye en el desarrollo del niño “y que éste depende del nivel de estimulación, de apoyo social y de afecto que reciba”¹⁷.

Existe un metaanálisis realizado por dos psicólogos de la Universidad de Nancy y publicado en *La Psychiatrie de l'Enfant* en 2005. De 311 publicaciones, los autores seleccionan 38 por su orientación empírica y experimental. *Lo primero que se constata –dicen los autores– es que son más numerosos los intercambios de puntos de vista y las discusiones sobre el tema que*

¹⁷ Datos obtenidos de un estudio llevado a cabo por la Universidad de Sevilla y la del País Vasco con asesoramiento de la Universidad de Cambridge, mediante entrevistas a 200 familias de seis tipos: tradicional, monoparental, reconstituida (segundas parejas con hijos), homoparental, múltiple (con mellizos o trillizos) y adoptiva. (Diario *El Mundo*, suplemento *Salud*, 14 abril 2009).

las verdaderas investigaciones. Por otra parte, y descontando algunos defectos metodológicos de los trabajos, no se comprueba una mayor vulnerabilidad en estos chicos.

Otro elemento que señalan los autores es el *contexto polémico y militante en que se realizan estos trabajos.*

A conclusiones parecidas llega un trabajo publicado en nuestro país en la revista *on-line* "Psicología.com" por José Luis Pedreira y cols.

Como psicoanalistas, solemos sospechar de los estudios de base cognitiva. Pero, por otro lado, no tenemos ninguna posibilidad de competir con ellos con nuestro modelo caso-a-caso.

Y, desde luego, nuestra suspicacia (es verdad que sostenida por legítimos planteamientos teóricos) no nos autoriza a formular asertos como el que sigue:

"Toda situación actuada en el escenario de la realidad que se aproxime demasiado a una representación fantasmática reprimida ejercerá, respecto a esta última, un poder de imantación. La removilización de este fantasma puede hacerle muy difícil a la madre no proyectar al niño en el lugar de un objeto autoengendrado por la omnipotencia del propio deseo o en la de un niño que vendría a realizar un deseo incestuoso". (Piera Aulagnier, 1989, *Quel désir pour quel enfant*. Topique. Citado por Delaisi de Parseval en op. cit.).

Estando de acuerdo en que la fantasía de autoengendramiento o la fantasía incestuosa pueden estar presentes, sin embargo, ¿porque tiene que ser "difícil" que ocurra de otro modo?

Aún es pronto para saber, pero me gustaría terminar con unas palabras de maestro: René Diatkine, ya en 1985, en el coloquio *Genética, procreación y derecho*, decía: *"La impresionante plasticidad del psiquismo humano –en ciertas condiciones que sólo pueden conocerse a posteriori– obliga a la mayor prudencia y prohíbe toda actitud categórica para predecir qué será perjudicial y qué favorable..."* (René Diatkine, 1985, citado por S. Faure-Pragier, en op. cit.).

BIBLIOGRAFÍA

Apfel, R. J. & Keylor, R. G. (2002). *Psychoanalysis and infertility: myths and realities*. Int. J. Psychoanal. (2002) 83, 1.

Bydlowski, M. (1998). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. PUF, coll. Le fil rouge.

Delaisi de Parseval, G. (1993). *Propos sur le saturnisme ou "Peut-on rester psychanalyste quand on s'occupe de procréations artificielles?"*. Rev. Franç. Psychanal. 4/1993.

Faure-Pragier, S. (1993). *L'insoutenable neutralité du psychanalyste face à la bio-éthique*. Rev. Franç. Psychanal. 4/1993.

Mejía, C., Germond, M. y Ansermet, F. (2005). *Les mots et les choses autour de la fécondation in vitro*. Psychiatrie de l'enfant, XLVIII, 1.

Pedreira Massa; J. L. y cols. (2005). *Parentalidad y homosexualidad*. Psicología.com

Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Siglo XXI, ed.

Vecho, O. y Schneider, B. (2005). *Homoparentalidad et développement de l'enfant. Bilan de trente ans de publications*. La Psychiatrie de l'Enfant, vol. 48, 1.