

“¿De dónde vine?” El impacto de la tecnología de reproducción asistida en las familias y los psicoterapeutas

“Where Did I Come From?” The Impact of ART on Families and Psychotherapists

Renee Siegel

Chicago Institute for Psychoanalysis. Chicago (Estados Unidos)

Resumen

Este artículo se centra en el campo de la tecnología reproductiva asistida (TRA) y el psicoanálisis en tanto que se relaciona con personas que han luchado emocionalmente persiguiendo su deseo de crear una familia. Los avances médicos recientes han modificado la creación de bebés en la medida en que la infertilidad ya no es un diagnóstico terminal (Ehrensaft, 2012). Existen nuevas oportunidades de crear una familia mediante la introducción de un tercero en el proceso de concepción a través de la fertilización in vitro, el uso de donantes de óvulos y/o espermatozoides, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides, y la gestación subrogada. Las realidades planteadas por estos nuevos métodos han desafiado las ideas culturales habituales de lo que constituye una familia, así como lo que significa ser padre o dar a luz a un hijo (Ehrensaft, 2000; Notman, 2011; Samish, 2006). El tema de la medicina reproductiva ha estimulado una amplia gama de emociones dentro de la comunidad de personas que padecen infertilidad y entre los psicoterapeutas que se involucran con ellos en relaciones analíticas y psicoterapéuticas.

Palabras clave: Infertilidad, Reproducción asistida, Técnicas reproductivas.

Abstract

This article focuses on the field of assisted reproductive technology (ART) and psychoanalysis as it relates to people who've struggled emotionally in pursuit of their wish to create a family. Recent medical advances have changed baby-making to the extent that infertility is no longer a terminal diagnosis (Ehrensaft, 2012). New opportunities exist to create a family through introduction of a third party in the process of conception via in vitro fertilization, the use of donor egg and/or sperm, intracytoplasmic sperm injection, and surrogacy. The realities raised by these new methods have challenged usual cultural ideas of what constitutes a family, as well as what it means to become a parent or give

birth to a child (Ehrensaft, 2000; Notman, 2011; Samish, 2006). The subject of reproductive medicine has stimulated a wide range of emotions within the community of people who suffer infertility and among psychotherapists who become involved with them in analytic and psychotherapeutic relationships.

Keywords: Infertility, Assisted reproductive technology, Reproductive techniques.

Artículo original traducido y publicado con autorización: Siegel, R. (2017). "Where Did I Come From?" The Impact of ART on Families and Psychotherapists. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(8), 512-524, <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1373564>

Traducción: Marta González Baz

Revisión: Jorge Mira Pérez

Son muchos los factores que influyen en la actitud de una cultura hacia la medicina reproductiva. Estos cambios incluyen el tema de la definición de género, el papel que los niños desempeñan en una sociedad y lo que constituye una vida satisfactoria para los adultos (Rosen, 2002). Ha habido un cambio del criar a los hijos de otras personas, como sucede en la adopción, a la dependencia actual de la intervención médica. A principios del siglo XX, tuvo lugar un alejamiento del concepto de la comunidad como el centro de la sociedad americana y como centro ideológico de la felicidad (Rosen, 2002). Ahora, los americanos persiguen la felicidad en las áreas privadas de su vida y los niños son con frecuencia su foco central (Rosen, 2002). Hoy existe una presión considerable sobre los hombres y mujeres estériles para producir niños mediante la tecnología reproductiva asistida (TRA), mientras que antes de los años 60 las personas estériles solían convertirse en padres mediante la adopción (Rosen, 2002).

En otro contexto, las estadísticas muestran que cuanto más poder tienen las mujeres, menos niños eligen dar a luz (Rosen, 2002). Además, según Rosen, el Movimiento de las Mujeres de las dos últimas generaciones es citado por algunos como el responsable de un descenso en la tasa de fertilidad, puesto que liberó a las mujeres de la concepción mediante el uso de anticonceptivos orales y otros dispositivos y apoyó la legalización del aborto. Por otra parte, la innovación científica, mediante la TRA, ha ofrecido la procreación sin sexo. Todos estos cambios influyen con una importancia épica en las almas y las vidas de las mujeres (Vigneri, 2012). Actualmente, la cultura, la moralidad, la comunidad y la cuestión de lo que constituye una vida satisfactoria mediante la experiencia de parentalidad se han convertido en temas complejos y entrelazados.

Una revisión exhaustiva de la literatura, la investigación, las expectativas culturales y los problemas socioemocionales que experimentan las personas que padecen infertilidad revela que gran parte de la investigación en esta área tiene un valor limitado debido a los sesgos y a la falta de análisis longitudinales. Algunas limitaciones, creadas por la investigación en el pasado y por suposiciones culturales sesgadas, continúan influyendo en el modo en que se maneja el tema de la TRA en encuadres terapéuticos profesionales así como en las relaciones personales.

Respecto a la cuestión “¿De dónde vine?”, este artículo se centra en los datos obtenidos a partir de los estudios de investigación sobre comunicación, estados emocionales de

padres e hijos, y experiencias provenientes de diversos profesionales que tratan a pacientes de TRA. Se discute una crítica y propuestas para las numerosas cuestiones que surgen en el campo de la TRA y, por último, se plantean preguntas que conducen al logro del conocimiento necesario para nutrir a los niños del mañana, así como a familias que han recurrido a la TRA en el pasado.

En los Estados Unidos, las familias que usan la TRA a menudo tienen una capacidad económica elevada que permite el procedimiento, pero limita el número de investigaciones. Algunos estudios británicos llevados a cabo en clínicas con tarifas más bajas ofrecen una lectura más amplia. En este artículo no se tratan temas referentes al LGBTQ, la subrogación y la reducción de fetos, a pesar de la necesidad de investigación en estas poblaciones.

La implicación de la TRA es compleja: “puede hacer que se cumplan sueños, humanizar y deshumanizar” (Rosen, 2002, p. 346), despertar la envidia y el narcisismo, provocar la idealización de aquellos que están en el campo médico y desatar intereses económicos contrapuestos. Al mismo tiempo, esta tecnología puede ofrecer la oportunidad de usos perversos para la destrucción de la sociedad (Rosen, 2002).

Limitaciones del pasado: investigación defectuosa

Aunque los descubrimientos científicos abrieron el camino, el pensamiento psicoanalítico relativo a la fertilidad se quedó atrás. Muchos de los artículos psicoanalíticos eran sesgados y no cumplían los estándares de la prueba científica. Se idearon para apoyar conceptos teóricos, pero en realidad eran anecdóticos o estudios de muestras insignificantes en número. La mayoría de la investigación psicoanalítica se apoyaba en suposiciones trasnochadas, que culpaban a la mujer, de que su infertilidad era psicogénica. Los primeros autores analíticos que escribieron sobre la infertilidad estaban convencidos de que, puesto que no se había encontrado una causa orgánica que explicara la incapacidad de lograr el embarazo, era culpa de la mujer (Deutch, 1945, citada en Lester, 1995; Deutch, 1945, citada en Apfel y Keylor, 2002; Benedek, 1952; Benedek y Rubenstein, 1942; Knight, 1953; Benedek, 1959, citado en Allison, 1997).

En el pensamiento más actual, a partir de los años 90, la mayoría de los autores analíticos miran hacia un futuro en que esperan que haya un nuevo diagnóstico de la infertilidad psicofisiológica (Apfel y Keylor, 2002). Leon (2010) concluía que, aunque hay analistas que no especifican un mecanismo biofisiológico concreto, están de acuerdo en que la difícil condición de la infertilidad tiene un efecto en la fertilidad y reactiva todo el conflicto previo de separación-individuación. Esto tiene como resultado un sentimiento de un sentido del *self* en peligro que conduce, a su vez, a un intento de defensa más rígido. Tal vez la naturaleza del psicoanálisis con su énfasis en el individuo haga difícil recoger los datos suficientes para una investigación cuantitativa. Esto se ve complicado por el hecho de que haya existido un retraso en que algunos analistas examinen su contratransferencia con las nuevas tecnologías.

Suposiciones falsas, inválidas y absurdas respecto a los temas de infertilidad

Una segunda limitación importante en términos del nuevo pensamiento por parte de algunos en el campo de la salud mental (y entre los amigos de personas que padecen

infertilidad) son las suposiciones falsas, inválidas y absurdas que circulan en la cultura en general y que orientan el modo en que se maneja el tema en entornos terapéuticos y en las relaciones. Desgraciadamente, el apoyo al concepto de la infertilidad psicogénica se mantiene a pesar de los hallazgos de la investigación que ha utilizado datos de entrevistas y/o pruebas psicológicas. No ha sido posible distinguir la fertilidad inexplicada de la infertilidad biológica ni de las mujeres que son controles de fertilidad. Lo que hallan los estudios es que la frigidez no aumenta la infertilidad. Los estudios indican que no hay respaldo estadístico la creencia ampliamente sostenida de que la adopción permita a las mujeres infértiles relajarse y concebir. Sin embargo, algunos siguen sugiriendo que la tensión psicológica por la no concepción conduce directamente a la infertilidad y que el alivio de la tensión de falta de hijos mediante la adopción restaurará la fertilidad (Apfel y Keylor, 2002). Aquellos analistas que sostienen esta creencia preconizan los hallazgos de que la esterilidad funcional ha disminuido en prevalencia. Continúan afirmando su creencia de que la relación entre fisiología y psicología es enormemente compleja, desconocida y no lineal. No hay investigación válida que refuerce la idea de que si uno supera los problemas psicológicos relativos al embarazo únicamente mediante el tratamiento psicoterapéutico, o combinado con adoptar un hijo, el resultado será el embarazo. La adopción no elimina necesariamente el dolor por la infertilidad, ni cambia su impacto dañino en el sentido del *self* de una mujer (Apfel y Keylor, 2002). La adopción y la infertilidad son acontecimientos psicológicos muy diferentes. Algunos psicoanalistas creen que la adopción puede reducir el estrés secundario de los procedimientos de fertilización in vitro (FIV) puesto que sirve para superar la ambivalencia respecto a la maternidad o para curar los efectos de la infertilidad. Esta es también una hipótesis incorrecta (Apfel y Keylor, 2002). Otra suposición falsa es que los perfiles psicológicos de las parejas no fértiles que buscan FIV indican una necesidad de intervención psiquiátrica en más casos que los de las parejas fértiles que se enfrentan de forma constructiva a los cambios vitales. De hecho, en una investigación transversal de los perfiles de cada grupo, no se hallaron diferencias respecto a la necesidad de tratamiento (Apfel y Keylor, 2002). También se ha afirmado que el estrés es diferente de la psicopatología y que las personas no fértiles no se caracterizan necesariamente por un trastorno de carácter específico.

La suposición de que las mujeres son culpables de su infertilidad (Notman, 2011) y la relación de ese pensamiento con el Movimiento de las Mujeres se ha sugerido reiteradamente (Rosen, 2002). El Movimiento de las Mujeres a menudo se ha visto como un desafío para que las mujeres fueran un paso más allá de la idea de Freud de que la biología es el destino y abandonarían el papel tradicional de madres. Muchas mujeres no estaban informadas sobre las consecuencias de prorrogar el embarazo y de tomar esa decisión sobre la base de diversos imperativos contradictorios, tales como los que siguen, que son inválidos y absurdos.

¡Puedes tenerlo todo! Desarróllate a ti misma, el dinero es poder, desarrolla tu carrera. Si tienes hijos, tu carrera se resentirá. Si no tienes hijos, has elegido un rumbo egoísta. Ten éxito. Cuesta mucho dinero criar a un hijo. Si no tienes hijos, no tendrás una vida significativa ni desarrollarás tu verdadera identidad. Los niños son el aspecto más importante de la vida; no te lo pierdas. Es difícil sentirte bien contigo misma con la camisa babeada por tu bebé. Solo soy una madre que se queda en casa. ¿Qué pasa contigo? Estás soltera. ¿No pudiste conseguir un hombre? [Rosen, 2002, p. 367]

Los medios también sugieren ciertos mitos que incluyen afirmaciones de que es probable que las mujeres que retrasan la maternidad hasta pasados los 35 años no se queden

embarazadas nunca, que las mujeres que se quedan embarazadas pasados los 35 están poniendo en peligro a sus hijos, y que los padres mayores no tendrán la energía ni la salud para disfrutar realmente de la parentalidad, ninguno de los cuales es cierto (Gregory, 2012).

Un mensaje contradictorio que los profesionales, y también la sociedad, envían a los padres privilegia los lazos genéticos sobre los emocionales al identificar las conexiones familiares. Los profesionales de las TRA tienen un doble discurso cuando se encuentran con los potenciales donantes y con los aspirantes a padres. Le dicen a los futuros padres: “Haremos todo lo posible para ayudarlos a tener un hijo genéticamente propio, lo cual puede implicar un enorme gasto emocional, de tiempo y económico, por no mencionar el malestar físico, el dolor y el riesgo” (Ehrensaft, 2012, p. 15); y a los padres que usan óvulos o espermias de donantes les dicen: “Una vez que su bebé haya nacido, olvidará completamente que los genes de su bebé no son suyos, porque ustedes son una familia” (Ehrensaft, 2012, p. 15); y al donante se le dice: “Sus vínculos genéticos no tienen importancia, deposite sus óvulos en un plato o su espermia en un vaso y váyase a casa a vivir su vida” (Ehrensaft, 2012, p. 15). Un padre o una madre que no tiene relación genética no olvida necesariamente que sus genes no son los del niño. El o la donante puede tener pensamientos, fantasías, sentimientos y deseos, también, sobre los bebés concebidos mediante sus genes.

El conocimiento para el presente: respuestas emocionales

Las experiencias emocionales de mujeres y hombres que no son fértiles y han decidido recurrir a las TRA son interesantes para los psicoanalistas y los psicoterapeutas. Además, lo que un donante siente cuando se ve implicado en la intensa búsqueda de otra persona de convertirse en padre también es primordial. Finalmente, las reacciones de los niños, nacidos mediante las TRA, respecto a la revelación de sus orígenes son igualmente importantes para los que se mueven en el campo de la salud mental.

La infertilidad es un tema profundamente personal que se vive en la historia, la organización psicológica, las vulnerabilidades y la resiliencia propias de uno (Leon, 2010). El diagnóstico de infertilidad tiene un efecto traumático en todos los implicados. Cuando se toma la decisión de someterse a TRA, emerge un conjunto de sentimientos contradictorios, que pueden incluir esperanza, temor, deseo y, más adelante, fatiga (Leon, 2010). Junto con la esperanza y la omnipotencia relacionadas con superar lo que la naturaleza había dicho que nunca podría ocurrir, puede haber una sensación de miedo silenciosa pero profunda, ya consciente o inconsciente. Junto con lo mencionado, un individuo o una pareja pueden padecer preocupaciones o miedo por los riesgos médicos tanto para la madre como para el bebé. Cuando los recursos emocionales y materiales se vean mermados por la TRA, los pacientes pueden experimentar una intensa ansiedad. A veces las personas tienen miedo de que ocurra algo horrible porque están desafiando las prohibiciones naturales, culturales o religiosas. Lo peor de todo es la preocupación de que tras todo este esfuerzo no haya bebé.

Entre otras reacciones, mujeres y hombres pueden padecer distintas intensidades de sentimientos respecto al daño narcisista, la decepción, la indefensión, cambios en los niveles de autoestima y valía personal, depresión, ira y envidia (Rosen, 2002; Leon, 2010). Pueden experimentar un ataque a su sensación de integridad corporal, una interferencia con su espontaneidad y, para algunos, un sentimiento de traición del propio

cuerpo: lo que se supone que va a funcionar, tras esperar para formar una familia, no funciona (Rosen, 2002; Leon, 2010). Puede haber un tema prominente de pérdida de control en relación con el propio cuerpo en el contexto de los complicados procedimientos médicos a que deben someterse. Leon (2010) afirmó que este sentimiento de pérdida de control puede vivirse como un daño narcisista. Para algunos, interfiere con la prosecución de objetivos vitales y continuidad genética. La infertilidad puede precipitar la perturbación marital y sexual, y tener que practicar sexo en momentos programados puede experimentarse como mecánico y desencadenar sentimientos de inadecuación sexual.

Las relaciones con familia y amigos se ven perturbadas cuando estos trivializan las TRA como una elección simple, en lugar de difícil. Las amistades importantes pueden romperse y el resultado puede ser la pérdida de las necesarias funciones de consuelo, de auto-regulación y de objeto-*self* que familia y amigos suelen proporcionar (Leon, 2010). Aunque la pareja infértil tiene necesidad de validación, en estos momentos pueden perderse los elementos de pertenencia a un grupo de amigos, especialmente si los otros tienen hijos. Las parejas infértiles a menudo se sienten estigmatizadas (Leon, 2010). Se sienten aislados, separados de sus anclajes sociales en un momento en que necesitan conexiones. A menudo, la intensidad de la búsqueda del embarazo no es comprendida por los amigos y la familia y se etiqueta como un deseo compulsivo o una preocupación obsesiva (Rosen, 2002). Hombres y mujeres difieren en la respuesta a su infertilidad. Es más probable que las mujeres se vean afectadas antes y que asuman una responsabilidad personal por la incapacidad para tener hijos, y sienten e informan de su angustia más a menudo que los hombres (Rosen, 2002). Aunque las mujeres tienden a buscar apoyo y educación fuera del matrimonio, los hombres tienden a distraerse focalizando en el trabajo o en otras actividades que les consuman tiempo.

El énfasis en la maternidad se ve a menudo como una mujer satisfaciendo su “papel tradicional” (Notman, 2011, p. 382). Aunque estar embarazada ofrece a la mujer una experiencia íntima, también implica riesgos y cambios para su cuerpo que no están presentes cuando se tiene un niño mediante la adopción o la subrogación. La mujer que usa óvulos de una donante -y, por tanto, no es la madre genética- a menudo siente que su embarazo le ofrece una oportunidad especial para establecer un vínculo con el bebé que se está desarrollando. Según Notman, no importa cómo se haya concebido el bebé “el feto forma parte del cuerpo de una mujer, es nutrido por él, cambia su forma y domina la vida” (Notman, 2011, p. 390).

Por otra parte, si un hombre es infértil, a menudo experimenta la infertilidad como un ataque a su masculinidad. Puede sentir con tanta fuerza la vergüenza, el estigma y la disminución de su masculinidad que se sienta demasiado humillado como para pedir ayuda (Leon, 2010). La infertilidad, para un hombre, puede ser un desafío a su “machismo... no solo sexualmente, sino generalizado a la fuerza y la vitalidad del yo” (Ehrensaft, 2012, p. 6). Algunos hombres sienten que han fallado a su pareja (Notman, 2011). Cuando se concibe un niño con ayuda de un donante de esperma, una donante de óvulos, o de forma subrogada, el camino emocional de su desarrollo será inevitablemente diferente del camino de un niño concebido *de la manera tradicional*. Basándonos en el trabajo clínico de Ehrensaft, el niño necesitará negociar tres cuestiones importantes: “¿Soy diferente?”, “¿A quién pertenezco?”, “¿Cuál es mi identidad?” (Ehrensaft, 2007, 2008a, 2008b). Su trabajo es un intento, desde un punto de vista clínico, de observar los efectos de cada una de ellas en el desarrollo del *self*, el apego y la formación de identidad. Su trabajo está validado por la investigación realizada por otros en ese campo.

Con respecto a la primera pregunta –“¿Soy diferente?”- mientras que los padres se enfrentan a la cuestión de qué contarle a su hijo/a sobre su origen, los niños construyen sus propias fantasías y realidades sobre el mismo, basadas en lo que se les ha transmitido consciente o inconscientemente. La tarea de lidiar con los sentimientos que uno tiene de ser diferente o único están determinados por si el niño fue concebido de forma científica por cualquiera de los métodos de TRA en lugar de por la unión sexual. Aunque esta diferencia no es necesariamente negativa, existe la creencia de que la sangre es más espesa que el agua y esto conlleva implicaciones importantes para los niños de las TRA (Ehrensaft, 2000; Notman, 2011).

Para la pregunta “¿A quién pertenezco?”, la tarea emocional es desarrollar un sentido de apego y pertenencia hacia sus padres. Ehrensaft describió la reverie familiar como la inclusión de los pensamientos y fantasía colectivas que los padres comparten sobre las personas implicadas en la concepción del niño, sean conocidos o no para la familia (Ehrensaft, 2007, 2008a, 2008b). Cuando los padres pueden hablar de sus sentimientos respecto a los donantes o las gestantes subrogadas, y cuando los niños pueden compartir sus fantasías, el niño se vuelve capaz de integrar un cuadro completo de toda su matriz familiar sin tensión ni culpa excesivas.

Con la tercera tarea evolutiva, la de la formación de identidad, Ehrensaft proponía el uso del concepto de novela familiar (Freud, 1908, citado en Ehrensaft, 2007) para describir cómo los niños manejan el tema de incorporar el hecho de sus orígenes cuando moldean su propia posición en su mundo. La cultura occidental valora el conocimiento de las raíces genéticas propias como una pieza importante en la formación de la identidad. Para los niños de las TRA puede suponer un problema que esa información no esté disponible. Para describir esta situación, Ehrensaft presenta varias explicaciones anecdóticas y clínicas a la sensación de un niño de que falta una pieza que interfiere con la construcción de una imagen completa de su *self*. Ehrensaft explica que la novela familiar tiene lugar en el periodo de latencia cuando el niño se enfrenta con la realidad de unos padres suficientemente buenos pero tal vez imperfectos y retrocede, en su fantasía, a una etapa anterior en que los padres estaban idealizados y eran todopoderosos. Para Ehrensaft, la novela familiar es una acción de avance progresiva por parte del niño. El niño sigue siendo bastante dependiente de los padres pero quiere aventurarse a una vida más independiente. Este concepto ofrece al niño una oportunidad de imaginarse en otro lugar, perteneciendo a otros padres. Ella también considera esto como una preparación para las tareas de identidad que seguirán en la adolescencia cuando el niño se cuestione quién es él, separadamente de los padres.

En una entrevista publicada en el blog HuffingtonPost.com (Bindley, 2011), Rene Almeling, autora de un libro titulado *Sex cells: The medical market for eggs and sperm*, propone nuevos modos de pensar en aquellos que son donantes de gametos y gestantes subrogadas. Para saber más sobre las agencias de óvulos y bancos de esperma (no indica si en el estudio participaron la universidad o instituciones de investigación), Amling, profesora de sociología en Yale, pasó 4 años entrevistando a miembros del personal en distintas partes de Estados Unidos para aprender más sobre esta industria y cómo afecta a la vida de los donantes. Aprendió que cuando se trata de donar material genético, se “cuida” de forma diferente a hombres y mujeres y que el modo en que se comercializa el producto impacta a todo en general desde cómo el individuo habla de su donación hasta la relación percibida con la descendencia resultante. Amling descubrió que tanto los bancos de esperma como las agencias de óvulos llaman a esto una “donación” aun cuando se pague a hombres y mujeres. La diferencia, vio, estaba en que “las agencias de óvulos

enmarcan el óvulo como un regalo de una mujer a otra así que buscan ‘mujeres altruistas’ que quieran ayudar a las parejas infértiles a tener familia” (Blindley, 2011, p. 2). Por otro lado, enmarcan la donación de esperma "como un trabajo fácil para mí" (Blindley, 2011, p. 2). Sugiere que cuando los donantes no están donando por razones altruistas, “otros no están cómodas vendiendo su material genético debido al profundo malestar social respecto a un mercado de partes del cuerpo” (Blindley, 2011, p. 3). Encontró muchos chistes y viñetas sobre esperma en anuncios que decían “gana algo de dinero”. Amling siente que el marketing influye en las diferencias de cómo se sienten hombres y mujeres respecto a haber donado gametos. Algunas agencias de óvulos, por ejemplo, animan a las receptoras a enviar regalos de agradecimiento a las donantes.

Amling vio que las mujeres hablaban con orgullo sobre ser donantes de óvulos, sobre haber hecho un regalo, y sobre su implicación en la creación de una familia. En el caso de los hombres, ninguno enviaba notas de agradecimiento, y los hombres se describían como recursos o activos de los bancos de esperma. Las mujeres sentían que el pago era por el regalo que habían hecho; los hombres llamaban al dinero que les pagaban “sueldo, ingreso, o nómina” (Blindley, 2011, p. 3).

A Amling le sorprendió que los donantes de esperma a menudo piensen en sí mismos como padres, pero las donantes de óvulos no piensan en sí mismas como madres. Amling concluyó que para las mujeres, debido a las TRA, la maternidad puede dividirse en distintas piezas: una mujer proporciona el óvulo, otra puede proporcionar el embarazo, y una tercera puede criar al niño (Blindley, 2011). No le pareció que la paternidad pudiera dividirse tan fácilmente. Amling observó que las donantes de óvulos en distintas partes del país usaban frases tales como “solo un óvulo... lo que estoy dando es solo un óvulo” (Blindley, 2011, p. 3). Amling pensó que las mujeres se distanciaban de la etiqueta de madre porque otras podían pensar en ellas como el tipo de madre que vendería a sus hijos. Cuando se preguntó a Amling por qué los bancos de esperma y las agencias de óvulos formulaban las cosas de forma tan diferente, citó estereotipos culturales de género de las mujeres como cuidadoras nutrientes y los hombres como sustentadores productivos. La mayor preocupación de Amling tenía que ver con los riesgos físicos de la donación de óvulos. Le pareció que los riesgos a corto plazo de graves efectos colaterales estaban entre el 1 y el 2 % pero aún no existían estudios fiables de los efectos colaterales a largo plazo.

Finalmente, Amling señalaba que aunque la mayoría de donantes y receptoras de óvulos tienen que someterse a un examen psicológico, a los hombres no se les pide. Información proveniente de otros recursos diversos enfatizan que no existe en este país una ley para examinar las donaciones de esperma para descartar enfermedades u otras mutaciones. Según Amling, en otros países hay límites legales al número de esperma del mismo donante usado en distintas mujeres para la inseminación, pero en los Estados Unidos no existe dicho límite.

Revelación del origen

En una cultura que sigue enfatizando y reconociendo la concepción de un niño a partir de dos padres biológicos de distinto sexo como la única, si no la más aceptable, narrativa de nacimiento, cualquier diferencia distingue al niño pero no es necesariamente negativa (Ehrensaft, 2000). Para enfatizar la importancia de la revelación, Ehrensaft ofrecía una enmienda a la propuesta de Winnicott de 1986 y 1969 que afirmaba que “no hay infante sin madre” (Winnicott, citado en Ehrensaft, 2000, p. 1) al ir elaborando esta idea para

incluir a las familias de TRA. Ehrensaft dijo “no hay infante sin todas las partes que crean al niño y todas las partes que crían al niño” (Ehrensaft, 2000, p. 396). Sugería que es necesario abordar las cuestiones de donante anónimo versus conocido, la revelación al niño, la revelación a otros, y el nivel de implicación del donante o la gestante subrogada en la vida del niño antes del nacimiento del bebé, y mucho antes de que la familia se vea debatiéndose sobre todos estos temas. También está convencida de que los niños concebidos mediante TRA, a quienes se les ha hablado de su origen, necesitan consolidar una identidad que incorpore el hecho de que fueron concebidos mediante un procedimiento científico que implicó a una persona que puede no ser su padre/madre genéticos pero que ayudó a traerlos al mundo (Ehrensaft, 2011). Una razón adicional para la revelación es que los niños pueden sentirse privados de su identidad. La mayoría de los clínicos defienden que los padres deberían responder a la pregunta “¿De dónde vine?” con la honestidad adecuada a cada edad. Las excepciones para la revelación plena del origen incluyen: anomalías evolutivas de un niño que le impidiera entender la información; crisis familiares o enfermedad; y/o amenaza grave de daño físico o psicológico al niño en un clima hostil. Sin embargo, durante un tiempo, ha habido una tendencia a revelar información. Este sigue siendo un tema controvertido (como lo fue en su día la adopción). Es de primordial importancia para el niño tener información sobre su genética de cara al historial médico (Ehrensaft, 2007; Notman, 2011).

En consideración con las experiencias del niño, si la revelación no se ha hecho al llegar la adolescencia, un momento de formación de la identidad, con el aumento de los sentimientos que pueden conducir a peleas con los padres si el secreto se descubre accidentalmente, el adolescente puede ponerse furioso con la idea de que alguien extraño contribuyera con su óvulo o su esperma y nunca se haya preocupado por él (Ehrensaft, 2000; Samish, 2006). Los adolescentes, intentando separarse de sus padres al tiempo que los usan como un espejo, se fijan en todos los comentarios que han formado parte de la mezcla que los convierte en los individuos que son. Según Ehrensaft, cuando una figura parental no puede ofrecer un espejo genético porque no tiene vínculo biológico con el niño, el hijo o la hija pueden sentirse curiosos y comenzar a buscar en otra parte el reflejo anhelado. Puede querer saber qué movió al donante o la gestante subrogada a implicarse en su concepción. Algunos niños se contentan con saber algunos detalles; otros quieren conocer realmente al donante. A los terapeutas a menudo no se les habla de las TRA hasta una segunda o tercera entrevista con los padres, que quieren ocultar totalmente el hecho de las TRA. Esto puede indicar la incomodidad de los padres con el secreto a la que el terapeuta debe prestar atención para ayudar a la familia a navegar por su historia singular.

En la lucha por extraer la sexualidad de la reproducción, los individuos y parejas que recurren a las TRA a menudo expresan sus difíciles sentimientos respecto a los donantes o gestantes subrogadas bien de una manera reduccionista o como la ilusión de una persona completa donde no la hay (Ehrensaft, 2012). Por ejemplo, pueden hablar del donante como una parte del cuerpo, como otra figura parental, o como un amante. El donante no es un intruso, un secuestrador, un vial de esperma, ni un óvulo en un plato (Ehrensaft, 2011, manuscrito no publicado). La gestante subrogada o el donante gestacional no es un útero incorpóreo. El donante tampoco es un “hombre vil con un flujo de esperma, una mujer rebosante de óvulos robustos y abundantes, ni una mujer con un útero que haya albergado con éxito a sus propios bebés y ahora esté lista para albergar uno o más para otras personas” (Ehrensaft, 2012, p. 6). Por otra parte, un donante anónimo de esperma o de óvulos puede ser representado por la figura parental, como una madre o padre biológicos maravillosos -divertidos, brillantes o con talento- que algún día pueden presentarse en la vida del niño para darse a conocer. Esta perspectiva expresa el temor de

algunos padres a que la persona deslumbrante pueda ser una tercera figura parental, o, peor aún, reemplace a la figura parental infértil. Para Ehrensaft, la verdad reside en el medio; el donante o gestante subrogada es una persona que ayuda a la familia a tener un niño.

Conocimiento para el presente: la investigación

En su artículo de 2007, Applegate y Riddle (2007) revisaban gran parte de la investigación realizada por los siguientes autores: Golombok, Cook, Bish y Murray, 1995 ; Golombok y Murray, 1999; Golombok y MacCallum, 2003. Investigación importante llevada a cabo en los últimos 30 años ha ofrecido resultados estadísticamente importantes, motivadores y positivos para las personas implicadas en las TRA (Golombok et al., 1995; Golombok y Murray 1999; Golombok et al., 2001; Golombok y MacCallum 2003). Los temas estudiados abarcan desde el apego de padres e hijos entre sí, el bienestar emocional de las madres, la salud marital de la pareja, el ajuste emocional del niño, y la revelación de los orígenes genéticos. La información a partir de estos estudios sobre las diferencias en las actitudes y resultados en aquellas familias que han recurrido a donantes de esperma u óvulos, subrogación gestacional o plena, FIV con total implicación genética y adopción de infantes de 6 meses o menos son del interés de los clínicos. La revisión de la literatura de investigación revela escasa información sobre los donantes de esperma y menos aún sobre la subrogación, sin explicación para este déficit. Según Readings et al. (2011), aunque haya habido pocos estudios de niños de más de 12 años, existe un cuerpo de investigación pequeño pero creciente relacionado con el resultado a largo plazo entre un número cada vez mayor de grupos de apoyos y redes para padres.

Aunque la mayoría de los estudios se realizaron con una muestra pequeña, y/o con niños relativamente jóvenes en su mayor parte, los estudios revelaron que los padres de niños concebidos mediante TRA parecían tener una buena relación con sus hijos, aun cuando uno de ellos careciera de vínculo genético con el niño (Golombok y MacCallum, 2003). Hay pocos estudios de niños de TRA pasada la adolescencia y ninguno sobre niños que hayan alcanzado la edad adulta. La mayoría de los estudios han sido sobre familias adoptivas con niños pequeños y niños de TRA cuya edad varía entre los 1 y los 8 años (Golombok et al., 1995). Aunque existen pocos protocolos para incluir estudios de estos mismos niños a los 12 años, especialmente en cuanto a la revelación, existe un estudio longitudinal de 133 familias para medir las relaciones padres-hijo y el bienestar psicológico del niño a los 12 años (Golombok y Murray, 1999; Golombok et al., 2001; Golombok y MacCallum, 2003). No hay evidencia de perjuicio cognitivo en niños de embarazo único nacidos a término como resultado de TRA (con la excepción de inyección intracitoplasmática de espermatozoides), y los niños de TRA parecen tener un buen rendimiento con respecto al desarrollo socioemocional. Todos los estudios ofrecen mediciones fiables puesto que se usaron grupos de control. La investigación puede ser dada por válida.

Golombok y Murray (1999) dirigieron un estudio cuyo objetivo era considerar el desarrollo socioemocional en familias con un niño que no tiene relación genética con uno de los padres. La muestra incluía un total de 162 familias: 41 familias de FIV, 45 de donante de esperma, 21 de donantes de óvulos, y 55 familias adoptivas en las que el niño fue adoptado en sus primeros 6 meses de vida. El resultado mostraba que en las familias con donante de óvulo había un mayor bienestar psicológico entre los niños, así como también el bienestar emocional de los padres. No se identificaron diferencias en cuanto a

la cualidad de la parentalidad ni el ajuste psicológico del niño. La explicación para los hallazgos en familias en que el niño carecía de relación genética con la madre (donante de óvulo) era que criar a un niño que no tiene relación genética con la madre es una empresa más difícil que cuando ambos padres están genéticamente relacionados o cuando se recurre a un donante de esperma. Las parejas infértiles que eligen criar a un niño engendrado mediante una donante de óvulos pueden estar más comprometidos con la parentalidad y, por tanto, pueden encontrarla más satisfactoria (Golombok y Murray, 2003). Esto puede suceder también en un niño de donante de esperma donde el fuerte deseo de tener un hijo contrarresta cualquier efecto negativo de un vínculo perdido entre el padre y el hijo. Los resultados positivos (incluyendo los de los niños adoptados) sugieren que la ausencia de una relación genética como tal no conduce a dificultades para los padres ni para los hijos. A una edad temprana, los niños de donante de óvulos y donante de esperma no experimentan la pérdida de una figura parental existente como lo hacen los niños más mayores que son adoptados.

Se revisaron otros estudios en los que se investigaba sobre los secretos y su revelación respecto al método de TRA. En Readings et al. (2011) los sujetos eran o de donante de esperma o donante de óvulo, de subrogación genética o gestación subrogada. Aunque hay mucha evidencia de que el descubrimiento de secretos sobre la adopción más adelante en la vida es dañino para un niño, no hay datos suficientes, hasta ahora, que apoyen una conclusión de que la no revelación exitosa de la naturaleza de la concepción para niños de TRA tenga un impacto negativo en ellos (Readings et al., 2011). Hay estudios que muestran que los padres que fueron abiertos con sus hijos tuvieron menos discusiones graves con esos niños, y reportaron niveles más bajos de problemas de conducta y menos tensión (Lycett et al., 2004, citado en Readings et al., 2011). Los estudios sobre el secretismo en familias con donante de esperma indican que se debe principalmente al deseo de proteger al marido infértil del estigma de la infertilidad, que se considera más vergonzosa que la infertilidad femenina (Readings et al., 2011). Los padres pueden decir que tienen pensado revelarlo, pero la evidencia en los estudios de seguimiento no respalda esto (Readings et al., 2011). Muchas familias pueden revelar que un niño ha sido concebido mediante FIV, pero pueden no decirle al niño que uno de los padres no tiene relación genética con él (Readings et al., 2011).

El estudio de Readings et al. (2011) contribuyó a nuevos hallazgos relativos a la revelación. Se preguntó a las madres que ya habían revelado por qué lo hicieron o por qué no lo hicieron, la mayoría de las madres sentían que querían ser honestas; algunas sentían que hablarles de la concepción demostraría cuán deseado era el niño. Otras sentían que era moralmente inadecuado ocultar la información. Algunas figuras parentales sentían que contándolo de un modo positivo y abierto podían minimizar de forma preventiva la vergüenza o el estigma que pudiera estar vinculado a la concepción del niño. Otros dijeron evitar la revelación por otra persona; algunos pensaban que su hijo tenía derecho a saber, y otros sentían que no había razón para la revelación.

Además, en el estudio de Readings et al. (2011) los datos sugieren que algunas madres temían que la revelación pudiera alejar al niño de la figura parental infértil. En algunas madres con donantes de óvulos, había una tendencia a minimizar la importancia de la genética en la creación del niño. Estas madres sentían claramente que al llevar al niño en el embarazo, dar a luz y alimentarlo desde su interior, el niño era muy suyo. Algunas querían proteger al niño de sentirse fuera de lo normal, y algunas lo veían como un tema personal. Las madres que recurrieron a donantes de esperma y no lo revelaron decían que era para proteger a su pareja. Por supuesto, todas las figuras parentales con subrogación

tuvieron que explicar la llegada de un bebé sin embarazo, como en el caso de las madres solteras. En conclusión, la investigación sugiere que es más apropiado pensar en términos de “capas de revelación en lugar de en la simple dicotomía de secretismo y revelación” (Readings et al., 2011, p. 494). Debería reconocerse que puede haber una diferencia entre la intención de contar y la realidad de la revelación.

En la investigación psicoanalítica previa y posterior a los años 60, queda claro que no han existido grupos de control y, de hecho, los sujetos analíticos han sido no más de tres o cuatro. Como hemos comentado antes, antes de los años 60 y el desarrollo de nuevos recursos médicos, los psicoanalistas hablaban solo de infertilidad psicogénica. Según Apfel y Keylor (2002), ya era hora de retirar el término “infertilidad psicogénica” (p. 100). Los analistas sentían que la literatura anterior que contenía informes de tests psicométricos era “burda” (Astor y Parson, 1985, citados en Atkinson, 1987, p. 283). Los analistas de los últimos 30 años estaban de acuerdo en creer que los tests psicométricos pueden detectar un patrón de respuesta emocional a la infertilidad tal como sorpresa, sufrimiento, ira, aislamiento, negación y aceptación de la infertilidad, pero la mayor objeción psicoanalítica a los tests psicométricos es que no consideran la naturaleza inconsciente de la que se supone que es la causa no consciente del conflicto responsable de la infertilidad. Estos analistas, como aquellos de los años 60, continúan enfatizando la infertilidad psicogénica, pero sienten que es necesario usar entrevistas psicodinámicas como parte de la investigación rutinaria sobre infertilidad (Astor y Parson, 1985, citados en Atkinson, 1987). Reconocen que los “factores cruciales en la infertilidad psicogénica no están relacionados con las condiciones psiquiátricas clínicas (reconocibles mediante los tests psicométricos), sino con conflictos motivacionales en uno o más de los miembros de la pareja (Astor y Parson, 1985, citados en Atkinson, 1987, p. 283).

Implicación de los profesionales de la salud mental

Aunque existen diversas teorías utilizadas por los psicoanalistas para tratar a las personas implicadas en TRA (psicoanalítica, psicología psicoanalítica del *self*, psicodinámica, terapia relacional, terapia cognitivo-conductual, por nombrar algunas), la mayoría de las teorías aceptan que hay estados emocionales intensos asociados con la experiencia de la infertilidad. A Leon le parece que el enfoque de la psicología del *self* de Kohut es el más útil para entender y tratar las repercusiones narcisistas de la experiencia de infertilidad, pero no aprueba la rígida aplicación de este modelo (Leon, 2010, refiriéndose a las obras de Kohut de 1971 y 1977). Los teóricos asociados a las diversas teorías apelan a un modelo interdisciplinario que incluya las cuestiones tanto médicas como psicológicas que emergen cuando hombres y mujeres recurren a las TRA (Apfel y Keylor, 2002; Ehrensaft, 2012). La literatura contiene muchos artículos que promueven un enfoque psicodinámico razonable pero siguen existiendo artículos escritos por terapeutas desorientados que usan teorías psicoanalíticas desfasadas de los años 50 que culpan a la víctima por los conflictos inconscientes que ellos suponen que son causales en la infertilidad (Benedek, 1959, citado en Allison, 1997 ; Apfel y Keylor, 2002). La mayoría de los clínicos están de acuerdo ahora en que puede entenderse que la angustia, la depresión, las crisis evolutivas, así como otros muchos sentimientos negativos derivan de la infertilidad, en lugar de la vieja idea de que los estados afectivos eran causales en la infertilidad (Leon, 2010). Existe consenso, en su mayoría, en que la atribución psicoanalítica de conflictos particulares sobre identidad de género, sexualidad, maduración adulta y disposición a la parentalidad también pueden reflejar modos concretos en que las personas infértiles han sido estigmatizados como sexualmente inadecuados, discapacitados o inmaduros (Ehrensaft,

2001; Leon, 2010). Algunos investigadores han sugerido que la preocupación persistente pero desfasada por la génesis inconsciente de la infertilidad ha sofocado los intentos psicoanalíticos más creativos de documentar las repercusiones de la infertilidad debido a una reticencia a abandonar el viejo modelo psicoanalítico (Lester, 1955). Además, según Allison (1997), “la idea de que la infertilidad resulta de un conflicto lógico sigue existiendo, aunque los clínicos más modernos limitan su enfoque psicológico al alivio del estrés sin ser conscientes ni indagar en sus causas” (p. 14).

Los psicoanalistas y los psicoterapeutas pueden ayudar a los padres y madres a reconocer y negociar las tensiones entre la esperanza y el temor, concediéndoles el espacio psicológico para explorar los sentimientos más oscuros que pueden salir a la superficie, e invitarlos a pensar en las tareas evolutivas que esperan sus niños (Ehrenschaft, 2012). En la teoría y la práctica psicodinámicas hay implícito el supuesto deseo y la capacidad de las personas de focalizar en los múltiples significados psicológicos de su situación y de tolerar los difíciles sentimientos de pérdida dentro del marco terapéutico (Leon, 2010). Según Leon (2010), en opinión de la mayoría de los terapeutas, es en la terapia psicodinámica donde una interpretación de los significados inconscientemente reprimidos de la infertilidad es mucho menos importante que la articulación que el terapeuta hace de la angustia, consciente o preconsciente, que provoca la infertilidad y su resonancia con esa angustia. Estas cuestiones de angustia incluirán realidades externas que el paciente debe soportar, tales como: procedimientos médicos traumáticos, el impacto de envejecer en la reducción del éxito de la fertilidad, y la necesidad que algunos sienten de continuar con sus vidas (Leon, 2010). El terapeuta, al guiar al paciente, puede encontrar provechoso ayudarlo a desarrollar herramientas útiles para manejar las numerosas sugerencias arbitrarias y generalmente incómodas que la familia y los amigos suelen hacer.

La teoría de la psicología del *self*, en concreto, ofrece la cura mediante la comprensión y la articulación no técnica de las heridas narcisistas que el paciente padece (Leon, 2010). Cuando se entienden, validan y cuidan (todo ello, por supuesto, necesario en cualquier terapia buena) estas intervenciones tienden a facilitar la internalización de una actitud más benevolente y compasiva hacia uno mismo (Leon, 2010). El desarrollo de un medio empático en el tratamiento de estas personas vulnerables ofrece un entorno en el que los pacientes pueden ser alentados a tomar difíciles decisiones que, no obstante, pueden ser las mejores para ellos, incluyendo el terminar con el intento de ser padres mediante TRA. La teoría de la psicología del *self*, con su énfasis en la empatía (Kohut, 1959; introspección vicaria, la capacidad de ponerse en la piel del otro) como una herramienta primordial tanto para entender como para aliviar el sufrimiento por la infertilidad, puede conducir a un mejor equilibrio narcisista, a disminuir el estigma interno que uno siente, y a integrar las consecuencias psicológicas adversas de la infertilidad (Leon, 2010).

La relación es crucial en la terapia y se requiere mucho de aquellos que tratan a personas que usan TRA. Para que no haya problemas transferenciales (Lester, 1955; Allison y Doria-Medina 1999; Rosen, 2002; Apfel y Keylor, 2002; Leon, 2010; Notman, 2011) en la terapia, los clínicos necesitan estar en contacto con su propia historia, subjetividad, prejuicios y opiniones sobre la idoneidad y la naturalidad de las TRA. Es crucial que el terapeuta permanezca listo para ayudar a los pacientes abrumados de TRA a negociar la profundidad de lo que sienten. A menudo, la transferencia del paciente con su médico como alguien omnipotente y divino está alimentada no solo por su necesidad de ser optimistas, sino también porque perciben que los médicos han hecho a sus pacientes la promesa de que concebirán (Allison and Doria-Medina, 1999; Vignri, 2012). Los

terapeutas deben ser capaces de permitir a sus pacientes experimentar los intensos afectos y sentimientos que influirán en su decisión de parar los tratamientos médicos cuando esté claro que no hay esperanza. Un artículo del *New York Times* del 23 de diciembre de 2015, sin embargo, citaba un estudio llevado a cabo en Inglaterra en el que algunos pacientes fueron capaces de concebir tras 11 y 13 fracasos (Louis, 2015). Esto desafía la noción que muchos sostienen de que las oportunidades de tener un hijo disminuyen tras tres o cuatro intentos. En su viaje, paciente y terapeuta compartirán intensas subidas y bajadas, decepción y/o alivio, así como la exposición a los detalles más íntimos de la vida del paciente. Notman advertía que existen pacientes que son “manipuladores y parecen poco éticos o interesados, lo cual evoca una contratransferencia diferente a la admiración por el valor de un paciente” (Notman, 2011, p. 385). Por el contrario, para ofrecer lo más útil para el individuo o la pareja, el terapeuta debe permanecer abierto y receptivo a las diferencias individuales en el modo en que los pacientes cuentan su narrativa reproductiva (Leon, 2010).

Conclusión

Los nuevos métodos de TRA ofrecen esperanza para la reproducción, pero, al mismo tiempo, pueden ser potencialmente dañinos. Deben tenerse en cuenta cuatro perspectivas: ética (Lester 1995; Applegarth, 2000 citado en Rosen, 2000; Notman, 2011), legal (Rosen, 2002), política (Lester, 1995), y psicológica (Notman, 2011). Cada una de ellas plantea cuestiones que aún no han sido respondidas (Allison y Doria-Medina, 1999).

En el campo ético y legal, en América no existe regulación de donación de esperma. ¿Por qué? ¿Debería requerirse un examen genético para evitar enfermedades hereditarias y la mutación de espermatozoides? Aunque generalmente se realizan exámenes psicológicos a las donantes de óvulos y sus receptoras, no es así en el caso de los donantes de esperma. ¿Por qué? La cuestión del *incesto accidental* (Waichler, 2011; Bell, 2012) podría convertirse en una realidad, y en respuesta, la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ha recomendado limitar a diez el número de niños nacidos de un donante de esperma pero no hay incentivo para aceptar esta sugerencia (Waichler, 2011). Además, los padres y madres no están interesados en registrar a sus hijos. El propietario de una clínica de fertilidad, que probablemente represente la forma de pensar de muchos, expresaba la opinión de que el incesto accidental no es un problema y, de hecho, la restricción multiplicaría por diez el coste de un vial de esperma. Él “conoce a todos sus colegas” y son “excelentes profesionales” y, además, cada padre o madre tiene el derecho a determinar qué es lo mejor para su propia familia (Bell, 2012), esta opinión no es particularmente válida, puesto que muchos centros de fertilidad tienen prácticas y tarifas cuestionables.

Existe un tema ético y legal complicado en la cuestión de cómo tratar los embriones no utilizados (Lester, 1955; Notman, 2011). Actualmente, las opciones son almacenarlos criogenizados, dárselos a otra persona o pareja, enviarlos para su uso en investigación científica, o destruirlos. Todas estas opciones deberían ser dadas a conocer y analizadas con un profesional. Aunque algunos eligen dar sus embriones no utilizados a otras parejas, los pacientes que han recurrido a un donante de esperma pueden objetar a la posibilidad de que los genes del hombre se usen para producir otros niños genéticamente relacionados. Para el donante de esperma, esto puede ser debido al miedo de las implicaciones y obligaciones legales. O, simplemente, no quieren aportar más genes suyos para niños que serán criados por otras personas. Para algunas personas, la

convicción religiosa puede interferir con tomar una decisión. Finalmente, el alto coste de almacenar embriones puede ser prohibitivo para algunas familias.

La cuestión de la reducción de fetos es otro tema difícil y provocativo. Originalmente, los médicos se oponían a reducir a menos de dos, pero más recientemente algunos médicos están de acuerdo en reducir a uno. Cuando se implantan múltiples embriones, para muchos padres, es doloroso tomar esta decisión. Finalmente, es difícil obtener información de dónde se está realizando la investigación y existen restricciones sobre si los estudios pueden incluir solo embriones de FIV con los genes de los padres y madres o si pueden incluirse los de donantes de genes.

La cuestión de la revelación también puede examinarse desde las perspectivas legal, ética y emocional. Las implicaciones de la revelación son vastas para las familias, como se indica en las cuestiones planteadas por Wendy Kramer, fundadora del Registro de Donantes en el año 2000. Ella preguntaba

¿es justo traer niños al mundo cuando no van a tener acceso a conocer la mitad (o más) de su historia genética? ¿Qué pasa con su historia médica y su historia ancestral) ¿Tienen derecho a este conocimiento y, de ser así, es obligatorio que alguien los oriente? ¿Quién debería ser? ¿A qué edad? ¿Qué debería hacerse acerca del anonimato del donante? ¿Disminuiría significativamente el número de donantes si se dieran a conocer? [Mroz, 2011, p D1]

La investigación indica que los padres se enfrentan a esto en niveles de revelación. Muchos sienten que los niños tienen derecho a conocer sus orígenes para ser capaces de construir sus vidas con el conocimiento de todas las piezas de su dotación genética. Puesto que la donación de espermatozoides y de óvulos está envuelta en mucho secretismo, ha sido difícil para las familias expresar su preocupación por el hecho de ser rechazados. También temen que el niño pueda buscar a su padre o madre genéticos, exacerbando la preocupación de que el niño los prefiera antes que a ellos. El secretismo suele fallar y los padres y madres que mantienen un silencio total a menudo se ven atrapados en una posición difícil. Es crucial para los niños nacidos mediante TRA tener conocimiento de su historia médica. Es trabajo de los padres hablar de los orígenes del niño y ayudarlo en sus reacciones a este conocimiento. También es un momento adecuado para que los profesionales de la salud mental ofrezcan ayuda a los padres y al niño.

Como hemos afirmado antes, desde una perspectiva psicosocial, la donación de óvulos plantea más preocupaciones que la donación de espermatozoides (Ehrensaft, 2008a, 2008b; Notman, 2011). La tecnología es más reciente. La donación de óvulos supone un desafío al envejecimiento de las mujeres y tal vez contrarresta el castigo de las mujeres por esperar demasiado para ser madres (Notman, 2011).

¿Existe la creencia de que el movimiento femenino y la ideología feminista son los responsables de que las mujeres intenten concebir más tarde en su vida? ¿Hay acuerdo en que las mujeres que padecen infertilidad tienen relaciones ambivalentes con sus madres? Tal vez algunas mujeres han utilizado las ideas feministas y el movimiento femenino para protestar contra el fuerte mensaje de seguir el rol tradicional de maternidad esperable, pero esa no es la única perspectiva ofrecida por los movimientos feministas. Algunas parejas posponen la maternidad hasta que son económicamente independientes, y esto puede no suceder hasta final de la treinta y principios de los 40. O deciden seguir carreras profesionales que están verdaderamente interesados en desarrollar, y, otras, eligen no ser

madres. Sí, algunas mujeres tienen una relación difícil con sus madres, pero no son necesariamente infértiles. Es necesaria una investigación fiable y válida para estudiar estos temas.

Hay muchas formas en que la comunidad médica y terapéutica ayuda a los adultos que tienen problemas para tener un bebé a transitar la infertilidad. Estas personas incluyen aquellos que desean ser padres, aquellos que se están sometiendo a TRA, y los niños nacidos mediante esta tecnología. La intervención profesional al comienzo de este viaje es muy útil en la involucración de los sentimientos de las personas acerca de su infertilidad, sobre las opciones que encuentran en su camino, sobre el arduo proceso de las TRA, sobre sus expectativas de reacciones emocionales, sobre el dolor físico que se produce, así como el trastorno que supone en su vida, y cómo hacer el viaje del mejor modo posible. Existe acuerdo general en que es útil que la persona continúe en una relación psicodinámica a lo largo de todo el tratamiento con TRA e incluso después, independientemente del resultado (Leon, 2010). Es un curso arduo y los pacientes pueden no ser conscientes de todas las dificultades. Es necesario el apoyo y los profesionales formados para ello son los mejores que pueden ofrecerlo. Los psicoterapeutas también pueden ofrecer consulta a la profesión médica en general y a los miembros de la familia en particular. Ehrensaft pensaba que es el momento de desarrollar un modelo interdisciplinario para abarcar las cuestiones médicas y psicológicas que surgen cuando se trata de las TRA (Ehrensaft, 2012). Como hemos resaltado antes, es esencial la importancia de que los profesionales hagan frente a sus propios prejuicios, sistemas de valores y percepciones negativas para que entiendan su contratransferencia (Notman, 2011).

En el caso de los pacientes que acuden en busca de ayuda profesional, es inevitable que los profesionales influyan en sus decisiones vitales. Respecto a esto, los profesionales se enfrentan a una tarea difícil, aunque gratificante. Cada terapeuta tiene que tomar su propia decisión respecto a si desean implicarse con las personas que hacen el viaje de la infertilidad a la fertilidad. Muchos sienten que habría que ayudar a los pacientes a hacer el duelo antes de que recurran a la tecnología reproductiva (Apfel y Keylor, 2002; Leon, 2010; Notman, 2001; Vigneri, 2012). Si no es posible trabajar el duelo antes de las TRA, con tratamiento o sin él, entonces debería potenciarse el duelo en un marco terapéutico continuado (Vigneri, 2012). Para muchos hombres y mujeres, “verse privados de la experiencia de la generatividad, del proceso de nutrir, orientar y guiar a la siguiente generación” puede ser devastador (Leon, 2010, p. 57, citando a Winnicott, 1960). Para la persona que desea convertirse en padre o madre, el resultado de una TRA puede ser o bien una de las iniciativas más emocionantes o la decepción más terrible de su vida.

En resumen, y de acuerdo con Leon (2010), Lichtenberg (2011) citaba la profunda afirmación de Kulish para resumir las inquietantes necesidades de la mayoría de los que participan en su búsqueda de la fertilidad: “La necesidad de procrear puede ir más allá de imperativos biológicos, fuerzas evolutivas invisibles para la preservación de la especie o la necesidad de hacer realidad los imperativos de la sociedad para los roles de género. La necesidad de preservar la continuidad del *self* con el pasado, el presente y el futuro puede ser una potente fuerza impulsora hacia la procreación” (Kulish, 2011, citada en Lichtenberg, 2011, p. 433).

Referencias

- Allison, G. H. (1997). Motherhood, motherliness, and psychogenic infertility. *Psychoanalytic Quarterly*, 66, 1–17.
- Allison, G. y Doria-Medina, R. (1999). New reproductive techniques. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 163–166.
- Apfel, R. J. y R. G. Keylor. (2002). Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 85–104.
- Applegarth, L. D. y Riddle, M. P. (2007). What do we know and what can we learn from families created through egg donation? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 6, 90–96.
- Atkinson, J. (1987). Astor, James y Pawson, Michael ‘The value of psycho-metric testing in the investigation of infertility’ [Reseña de artículo]. *Journal of Analytical Psychology*, 32(3), 283.
- Bell, S. (9 de marzo de 2012). Growing concerns about non regulation of donors—really?? [entrada de blog] American Fertility Association blog, March 9, 2012. Recuperado de <https://www.donorsiblingregistry.com/blog/?p=375>
- Benedek, T. (1952). *Psychosocial functions in women*. Nueva York, Estados Unidos: Ronald Press.
- Benedek, T y B. B. Rubenstein. (1942). *The sexual cycles in women: The relation between ovarian function and psychodynamic processes*. Washington, Estados Unidos: National Research Council.
- Blindley, K. (20 de septiembre de 2011). Renee Almeling’s ‘sex cells’ explores marketing of reproductive donation. *Huffpost*. Recuperado de https://www.huffingtonpost.com/2011/09/20/rene-almeling-sex-cells-the-medical-market-for-eggs-and-sperm_n_971964.html?guccounter=
- Ehrensaft, D. (2000). Alternatives to the stork: Fatherhood fantasies in donor insemination families. *Studies in Gender and Sexuality*, 1, 371–397.
- Ehrensaft, D. (2007). The stork didn’t bring me, I came from a dish: Psychological experiences of children conceived through assisted reproductive technology. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 6, 124–140.
- Ehrensaft, D. (2008a). Just Molly and me, and donor makes three: Lesbian motherhood in the age of assisted reproductive technology. *Journal of Lesbian Studies*, 12(2-3), 161–178.
- Ehrensaft, D. (2008b). When baby makes three or four or more: Attachment, individuation, and identity in assisted-conception families. *Psychoanalytic Study of the Child*, 63, 3–23.
- Ehrensaft, D. (octubre, 2011). *Family complexes and Oedipal circles: Mothers, fathers, babies, donors, and surrogates*. Trabajo presentado en el Chicago Institute for Psychoanalysis, Estados Unidos.
- Ehrensaft, D. (2012). Gametes for sale, wombs for rent, babies to raise. En M. O’Reilly-Landry (Ed.), *A Psychodynamic Understanding of Modern Medicine* (pp. 162–173). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Golombok, S., R. Cook, A. Bish y C. Murray. (1995). Families created by the new reproductive technologies; Quality of parenting and social emotional development of the children. *Child Development*, 66, 285–298.
- Golombok, S. y F. MacCallum. (2003). Practitioner review: Outcomes for parents and children following non-traditional conception: What do clinicians need to know? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(3), 303–315.

- Golombok, S. F. MacCallum y E. Goodman. (2001). The “test tube” generation: Parent-child relationships and the psychological well-being of the in vitro fertilization children at adolescence. *Child Development*, 72(2), 599–608.
- Golombok, S. y C. Murray. (1999). Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 519–597.
- Gregory, E. (2012). *Myths about later motherhood. A Fact Sheet Prepared for the Council on Contemporary Families*. Recuperado de https://contemporaryfamilies.org/wp-content/uploads/2013/10/2012_Factsheet_Gregory_Myths-about-later-motherhood.pdf
- Knight, R. P. (1953). The presentation of organized psychoanalysis in the United States. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 197–221.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. En P. Orenstein (Ed.), *The Search for the Self, Vol 1* (pp. 205–232). Nueva York, Estados Unidos: Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorder*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Leon, I. G. (2010). Understanding and treating infertility: Psychoanalytic considerations. *The journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 47–75.
- Lester E. P. (1995). A surrogate carries a fertilised ovum: Multiple crossings in ego boundaries. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 325–334.
- Lichtenberg, J. D. (2011). *Procreation—A discussion*. *Psychoanalytic Inquiry*, 31, 430–433.
- Louis C. S. (23 de diciembre de 2015). Study on in vitro birth says persistence can pay off. *The New York Times*. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2015/12/23/health/with-in-vitro-fertilization-persistence-pays-off-study-suggests.html>.
- Mroz, J. (5 de septiembre de 2011). One sperm donor, 150 offspring. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2011/09/06/health/06donor.html>
- Notman, M. T. (2011). Some thoughts about the psychological issues related to assisted reproductive technology. *Psychoanalytic Inquiry*, 31, 380–391.
- Readings, J., L. Blake, P. Casey, V. Jadva y S. Golombok. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: Decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive BioMedicine Online*, 22, 485–495.
- Rosen, A. (2002). Binewski’s family: A primer for psychoanalytic treatment of infertility patients. *Contemporary Psychoanalysis*, 38, 345–370.
- Samish, C. (2006). Alternative pathways to parenthood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 1241–1244.
- Vigneri, M. (2012). Children who come in from the cold: On infertile women and the new frontiers in procreation. *Italian Psychoanalytic Annual*, 6, 143–167.
- Waichler, I. (2011). *Growing concerns about non regulation of donors*. Nueva York, Estados Unidos: American Fertility Association.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the infant-parent relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.