

Sobre la demanda de hijo a las técnicas de reproducción asistida: aspectos emocionales en juego

REGINA BAYO-BORRÀS*

RESUMEN

El artículo plantea la conveniencia de ofrecer ayuda psicológica a las personas que pasan por procesos de reproducción asistida (TRA), para aliviar la presión emocional a la que se encuentran sometidos, pero no debería ser el único objetivo. A veces es perjudicial tratar de conseguir que continúen con los procesos médicos después de repetidos fracasos en la consecución de un embarazo. Es preciso ofrecerles una escucha cuidadosa, priorizando las características particulares de su subjetividad, para preservarles de crisis narcisistas o situaciones “límite”. PALABRAS CLAVE: reproducción asistida, infertilidad, demanda de hijo, crisis narcisista.

ABSTRACT

ON THE DEMAND OF A CHILD TO ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES: EMOTIONAL ASPECTS AT STAKE. This paper suggests the convenience of providing psychological support to people who are undergoing processes of assisted reproduction (ART), in order to relieve the emotional pressures they are submitted to. This, however, should not be the sole objective. Sometimes, especially after repeated failures in achieving pregnancy, it can be harmful to try and persist with these technoreproductive process. Patients should be offered careful listening, prioritizing the specific characteristics of their subjectivity as a means of protecting them from narcissistic crises or other extreme situations. KEY WORDS: assisted reproduction, infertility, child demand, narcissistic crisis.

RESUM

SOBRE LA DEMANDA DE FILL A LES TÈCNiques DE REPRODUCCIÓ ASSISTIDA: ASPECTES EMOCIONALS EN JOC. L'article planteja la conveniència d'oferir ajuda psicològica a les persones que passen per processos de reproducció assistida (TRA), per alleujar la pressió emocional a la qual es troben sotmeses, però no hauria de ser l'únic objectiu. A vegades és perjudicial tractar d'aconseguir que continuïn amb els processos mèdics després de reiterats fracassos en la consecució d'un embaràs. És necessari oferir-los una escolta acurada, prioritzant les característiques particulars de la seva subjectivitat, per preservar-les de crisis narcisistes o de situacions “límit”. PARAULES CLAU: reproducció assistida, infertilitat, demanda de fill, crisi narcisista.

Ciencia sin conciencia, es una ruina.
Rabelais (S. XVI)

Hay vientos de cambio en el campo de las técnicas de reproducción asistida (TRA). En el último Simposio de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) (1), la principal cuestión entre convocantes y participantes fue plantear que las emociones de los usuarios tienen un papel fundamental en el proceso de las TRA. Se debatieron, también, otros temas de

no menor importancia, por ejemplo, cómo perciben los médicos la labor realizada por los profesionales de la psicología. Para ilustrar la tarea que llevamos a cabo con estos pacientes, algunos profesionales invitados explicamos el modelo teórico-técnico en el sustentamos nuestra práctica asistencial, la manera “de actuar” en la labor clínica, e incluso realizamos

Recibido: 07-01-2010 - Aceptado: 16-07-2010

* Psicóloga clínica y psicoanalista

Correspondencia: reginabayo@gmail.com

una cierta integración, entre corrientes teóricas diversas, del material clínico.

Hago esta breve introducción para destacar que durante los últimos veinte años la implementación de las TRA ha tenido de forma muy excepcional un acompañamiento psicológico, tanto de los usuarios o usuarias como de los profesionales (médicos, biólogos, ginecólogos, andrólogos, etc.), pero actualmente se considera imprescindible incluir el asesoramiento y la implicación del profesional de la psicología en los servicios de TRA. La labor pionera y sostenida de algunos servicios asistenciales en este campo ha ido dejando su huella, y cada vez son más los equipos multidisciplinarios de reproducción asistida que ya cuentan con el profesional “psi” entre sus miembros.

Cómo no iba a ser de otra manera. A un nivel general se plantea la ayuda psicológica con la finalidad de reducir la presión emocional a la que se encuentran sometidos estos pacientes –que por cierto puede llegar a ser extrema, sobre todo para las mujeres–; sin embargo, creo que no debería ser éste su único objetivo. Si bien la asistencia psicológica es necesaria para sostener, aliviar y contener emocionalmente a las parejas durante el proceso tecnoreproductivo, no siempre es conveniente –para su salud mental– tratar de conseguir que continúen con los procesos médicos después de fracasar repetidamente en la consecución del embarazo.

Según datos de la SEF, la mitad de las parejas abandona de manera *prematura* dichos programas, debido a la sobrecarga y al estrés psicológico que conllevan, pues dichos programas de reproducción asistida suelen caracterizarse por una sucesión de intentos fallidos. Más precisamente, el 62,4% de las parejas deja el tratamiento después del tercer ciclo.

Éxitos, fracasos y obsesión procreadora

Los fracasos, las desilusiones, las expectativas defraudadas, el esfuerzo psíquico, el coste emocional y la crisis narcisista por lo que no llega a realizarse pueden causar estragos en subjetividades ya debilitadas por el diagnóstico de infertilidad. Si la satisfacción de esa demanda de hijo se hace esperar (Bayo-Borràs, 1994), sucede a veces que cuanto más empeño se pone, menos resultado se obtiene, hasta llegar, en algunas ocasiones, al límite de la resistencia psíquica, especialmente, como es sabido, en el caso de la mujer.

Sólo cuando cede la presión médica, o familiar, o del superyó de la paciente; es decir, sólo cuando la mujer ya se siente liberada de cumplir con el *mandato de género o mandato transgeneracional*, sólo entonces sucede lo no esperado, o sea, el embarazo espontáneo.

En muchas ocasiones “sentirse liberada” de cumplir con este mandato tiene que ver con decir “basta” a la sucesión de pruebas, análisis, ecografías, controles, pinchazos, revisiones, medicaciones, etc. Y cuando decide, o deciden los miembros de la pareja, acabar con los tratamientos médicos y darse un tiempo para recuperarse y reflexionar, el embarazo es posible. Al contrario, precisamente, de lo que se les propone en algunos servicios hospitalarios.

Frente a todos estos fenómenos, los psicoanalistas nos hacemos muchas preguntas sobre este encuentro tan singular en el que ciencia y tecnología se alían en la aventura de la reproducción. También se las hacemos a los profesionales que aplican las técnicas y que diagnostican la ausencia de embarazo como una “enfermedad” que hay que “curar”. Es bastante comprensible que la conciencia –los procesos conscientes del individuo– no pueda dar cuenta de los deseos y fantasmas inconscientes implicados en esta aventura, pero “algo de conciencia” sí debería ayudar a que la *obsesión procreadora reencontrara la razón y el sentido común*.

Así se expresaba hace ya más de diez años Alex Kahn, genetista francés, ante el frenético desarrollo de la asistencia médica a la procreación. Con estas palabras hacía referencia a las *derivaciones inquietantes* de las técnicas, en especial *a las tasas de prematuros, de gemelos, o de enfermedad cerebral* que pueden ocasionar, sin mencionar también el posible riesgo de infertilidad de los niños habidos por reproducción asistida. Por eso mismo, J. F. Mattei (2003), ministro francés de Salud, con el apoyo del presidente del Comité Consultivo Nacional de Ética (CCNE), consideraba que era *urgente evaluar las consecuencias de estas técnicas médicas a medio y largo plazo*. Y en concreto pedían a las parejas y a los médicos que fueran más sensatos.

Los servicios que realizan tratamientos de reproducción asistida seguramente llevan a cabo estudios de evaluación a medio y largo plazo. Nuestra pregunta es si en estos estudios se incluyen también aspectos relevantes sobre los procesos emocionales que afectan a las parejas, y a las mujeres en particular, antes, durante y después de los procesos tecnoreproductivos.

Una pregunta inicial sería averiguar en qué consiste

la sensatez. Tal vez puede consistir en saber decir “no” cuando ya no se puede más. O, por el contrario, ¿hay que llegar hasta el límite? Pero, al límite de qué, ¿de la edad?; pero, ¿está definido ese límite?, ¿o de los sucesivos intentos que promueve la tecnoreproducción?, ¿o de la capacidad de resistencia psíquica de los sujetos implicados?

Otra cuestión que es preciso plantear: ¿cuándo y qué se considera un éxito; cuándo y qué se considera un fracaso? Lo que puede ser considerado un logro para la técnica reproductiva, puede conllevar una alegría inmediata para algunas parejas; pero después, cuando se convierten en padres, aparecen todas las incertidumbres y ambivalencias sobre qué significa ejercer como tales. No estamos hablando de la mayoría de las situaciones, pero sí de una amplia casuística en la que, con los años ya transcurridos y los miles de niños nacidos a través de las técnicas, asistimos cada vez con más frecuencia en las consultas de los servicios públicos y privados (Cánovas, 2003).

Me refiero a situaciones personales de quienes padecen un elevado grado de malestar, que bien se podrían denominar *crisis narcisistas*, justo después de haber iniciado –o prolongado– los tratamientos tecnoreproductivos. En la intimidad de las consultas podemos escuchar los efectos en el sujeto (hombre o mujer) del tránsito por los procesos médicos que exigen las TRA y las consecuencias nocivas para su salud mental cuando no ha habido cierta “sensatez”. En lugar de darse un “fructífero” encuentro, hallamos el desencuentro, y la consiguiente ruina psíquica que ha ocasionado en la pareja o en alguno de sus miembros. Un boquete en el narcisismo y un desmoronamiento de su ideal del yo. Más adelante ilustro con algunas viñetas clínicas cómo se expresan los usuarios de las técnicas que no han logrado conseguir su demanda de hijo.

Dentro de una amplia variedad de situaciones, muy complejas por cierto, podemos destacar las más frecuentes en las que se abre la grieta de la crisis narcisista:

- *Cuando se llega al límite de la edad.* Cada persona considera ese límite de manera diferente, pueden ser los 45, los 50 o los 55 para la mujer; para el varón el límite no está tan claramente establecido, lo cual puede implicar que se establezca una diferencia de edad con sus propios hijos de manera tal que trascienda el lapso de tiempo de una –o a veces más

de una– generación. Por eso, en ocasiones, se dice que parecen más sus nietos que sus hijos. Esto tiene consecuencias muy importantes en el psiquismo del hijo.

- *Llegar al límite de los intentos.* También cada pareja y cada persona resuelve continuar o no con los procesos tecnoreproductivos según las expectativas, desilusiones, o capacidad económica para afrontarlas; incluso hay quienes se hipotecan y se endeudan, traspasando todos los límites de un cierto contacto con su capacidad real.
- *Llegar al límite de la resistencia psíquica del sujeto.* Esta es una cuestión delicada, especialmente cuando se argumenta que vale la pena continuar porque el “resultado” final compensará de todos los sufrimientos habidos.

Entonces, ante la cuestión de cuál ha de ser la función y posición ética del profesional “psi” en los equipos asistenciales de reproducción asistida, creo que es necesario mantener una posición lo más clara y definida posible. Las opiniones son variadas: desde que la ayuda psicológica se precisa para soportar la sobrecarga emocional durante los procesos médicos, hasta que hay que ayudar a continuar con los intentos de fecundación asistida. Mi opinión es que los profesionales “psi” tenemos una importante responsabilidad: hemos de ofrecer una atención cuidadosa a los pacientes, priorizando las características particulares de su subjetividad. Cada caso tiene su complejidad situacional y subjetiva; por tanto, se requiere un criterio diagnóstico y un pronóstico, respecto de la evolución que la pareja puede presentar durante el embarazo mediante las técnicas y, posteriormente, durante la crianza. Es la mejor manera de cuidarlos y preservarlos de las situaciones llamadas “límite”.

Subjetividad, demanda de hijo y funciones parentales en las TRA

La experiencia clínica individual y con parejas que acuden a la reproducción asistida nos indica que las características de su subjetividad condicionan, de manera muy significativa, tanto el *éxito* (logro de embarazo) como el *fracaso* (la pérdida del embarazo). Las características de su subjetividad influyen también de manera decisiva en las consecuencias posteriores: en cómo se muestra su reacción emocional frente a la consecución del embarazo (especialmente si es gemelar o

múltiple); o, al contrario, ante la pérdida del proyecto de hijo. Por consiguiente, no tener en cuenta los aspectos emocionales de los usuarios de las TRA o –dicho de otra manera– mantener la dimensión subjetiva *invisible*, tiene no pocas ni insignificantes consecuencias. Algunas de estas cuestiones pudimos recogerlas en una publicación realizada hace unos años por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (Bayo-Borràs, Cánovas y Sentís, 2005).

En el mencionado documento expusimos, desde un enfoque psicoanalítico, que la utilización de las TRA introduce modificaciones muy importantes en la configuración de las funciones parentales. Hasta la llegada de las TRA, la parentalidad no podía *concebirse* sin relaciones sexuales, –aunque pudiera decidirse, con mayor o menor garantía de éxito, el momento de tener un hijo deseado, gracias a los métodos anticonceptivos–. Esta condición *sine qua non* hasta finales del siglo pasado ha dejado de tener su razón de ser. El acceso de una pareja –o de una mujer sola– a las funciones parentales puede conseguirse precisamente alterando su premisa inicial e incluyendo terceros, en lo que hasta entonces había sido una “escena íntima”. Tal es así que gracias a las técnicas de reproducción asistida es posible ser padres:

- sin la intervención de relaciones sexuales en la pareja,
- con la intervención de terceros conocidos (médico, biólogo, etc.), y
- con la participación, en algunas ocasiones, de terceros desconocidos (donantes).

Estos factores que “intervienen” de manera decisiva en la procreación (el tercer factor en circunstancias especiales), van a influir en aspectos muy diversos del proceso de filiación, siempre complejo, pero de manera particular en las siguientes cuestiones:

- en la adopción del propio hijo biológico, en especial si no tiene herencia genética, por venir de donante de gametos;
- en la delicada cuestión de la comunicación o “revelación” al hijo o hija sobre las características de la concepción y de la herencia genética (Bayo-Borràs, 2001).
- En la asimetría de los miembros de la pareja, en especial cuando sólo uno de los dos es infértil (Camps, 1999).

Partimos de la consideración de que, como muy claramente expone Silvia Tubert (1991), la infertilidad

funcional o inespecífica no puede reducirse a una problemática orgánica y que no puede aislarse o disociarse de otros factores que influyen en ella y la sobredeterminan. En concreto nos referimos a factores de orden subjetivo de una gran complejidad psíquica, entre los cuales es preciso destacar los más importantes:

- las características de los vínculos tempranos.
- Los aspectos biográficos que dejaron huella traumática.
- La configuración de la identidad psicosexual de cada uno de los miembros de la pareja, y
- la representación imaginaria y la función simbólica que tiene el “hijo por venir”.

Cada uno de estos factores requeriría una amplia explicación, que por cuestiones de espacio no voy a desarrollar aquí. Sin embargo, a través del material de entrevistas, las parejas que consultan van revelando en que se basa su demanda de hijo a los procesos tecnoreproductivos y, a través de su material discursivo, se va revelando la fantasía inconsciente que la sustenta (Bayo-Borràs y Cánovas, 1999). Por ejemplo, hay frases bastante ilustrativas de pacientes que han consultado al inicio de los procesos tecnoreproductivos: “Nos gustaría poder formar una familia... en realidad lo que pasa es que mi padre ya es muy mayor y le encantaría tener un nieto”. “Quiero tener un hijo con mi pareja, él es 20 años mayor que yo y me da miedo quedarme sola en la vejez”. “Siempre he deseado tener una hija, porque me va hacer mucha compañía, aunque al principio me va a dar mucho trabajo”.

No es difícil ver diferencias muy significativas en estos tres planteamientos. En el primero planea un mandato transgeneracional, de componente edípico, del cual se hace cargo la mujer, cuya posición subjetiva es todavía la de “hija”. En el segundo, aparece una demanda manifiesta de deseo de hijo, pero cuyo trasfondo parece más bien un desplazamiento de objeto edípico amoroso. En la tercera, la ambivalencia cubre y descubre una demanda, en la que la necesidad parece ser más intensa que el deseo.

En el “deseo de hijo” confluye una variada multiplicidad de componentes narcisísticos y edípicos, cualitativamente diferentes en la mujer y en el hombre. Como bien mostró Freud en varias de sus obras, el amor parental no es más que una resurrección del narcisismo de los padres (amor hacia sí mismo), sólo que ahora es un objeto (el niño), quien ocupa el lugar anteriormente reservado para el propio yo. En otras

palabras, el amor parental es una transformación del amor narcisista al propio yo, en amor de objeto.

El enfoque psicoanalítico nos permite, pues, comprender algo más sobre *qué clase de objeto interno* viene a representar el hijo que se demanda a las técnicas, teniendo en cuenta que se obtiene, precisamente, con intervención de terceros “conocidos” (equipo médico) o gracias a la donación de gametos de terceros desconocidos. Si bien el hijo como objeto de deseo de la madre no es, evidentemente, exclusivo de quienes se acercan a las técnicas reproductivas, esto se hace mucho más explícito durante el proceso tecnoreproductivo, porque se desencadenan múltiples temores y fantasías al respecto. En todo caso, de lo que se trataría sería evitar que la oferta de las TRA entrara en franca colusión con la fantasmática subjetiva de cada uno de los futuros padres. Es decir, evitar que la tecnoreproducción colaborara en la “adjudicación” de un hijo que viene con los “datos cargados”: para hacer compañía, para dar un nieto a los abuelos, para sustituir a la propia pareja durante la vejez, o como “objeto de uso”.

Para el psicoanálisis, el advenimiento psicológico de la maternidad y de la paternidad es un proceso subjetivo que requiere su tiempo y haber atravesado diversas etapas evolutivas, así como haber elaborado duelos y conflictos internos. No es tanto así para la “mirada médica”: la formulación *quiero un hijo* es entendida exclusivamente como una demanda que hay que satisfacer. Pero, como decía antes, lo principal no es tanto cumplir con los protocolos médicos, sino que fluyan los tiempos internos de cada uno de los sujetos, hombre y mujer, en su devenir padres.

Este “dar tiempo” a la pareja para que fluyan sus tiempos internos puede ayudar precisamente a restaurar en parte el narcisismo herido por la infertilidad (funcional o inespecífica) y también dañado por *tener que acudir* a las técnicas. Asimismo, ir descubriendo qué “categoría de objeto” (Levin, 2000) viene a ocupar o sustituir el hijo pedido a las técnicas puede ser de gran ayuda para comprender las características del duelo concomitante al “fracaso”, o los temores que han aparecido una vez se ha logrado el embarazo. En relación a esto, se pueden plantear algunas vicisitudes libidinales y narcisísticas del “objeto hijo” (Bayo-Borràs, et al, 1996) pedido a la TRA:

- Como un objeto que niega la falta de fertilidad.
- Como un objeto que desmiente la ausencia de

descendencia biológica/genética.

- Como un objeto que repara las carencias en el vínculo de pareja.
- Como un objeto que proporciona seguridad y “normalidad” en el entorno familiar y social (Bayo-Borràs, 2003).
- Como un objeto que sustituye o consuela por algún otro objeto perdido (abortos, embarazos fallidos).
- Como un objeto que tiene la función/misión imaginaria de unir a la pareja.
- Como un objeto que va a restituir el daño narcisístico de uno o los miembros de la pareja.

Crisis narcisista en el encuentro con las TRA

La avidez destruye el sentido moral. Hemos pasado de la gran admiración a la ciencia, al miedo y al sentido crítico; pues la medicina ha curado muchas enfermedades, pero la codicia, no. M. Broggi

Para muchas parejas, las TRA son consideradas como la última oportunidad para tener un hijo biológico; pero, paradójicamente, al mismo tiempo son también una manera de confirmar su impotencia, vivida como un intenso y humillante fracaso ante sí mismos, familiares y amigos. Se dirigen, pues, a la medicina tecnoreproductiva, que en el imaginario social ocupa un lugar idealizado y, hasta hace poco, omnipotente. Esta idealización, sin embargo, encubre otra cara oscura, la de la persecución. Por eso es frecuente que, después de haber depositado enormes expectativas en ellas, al cabo de uno o varios fracasos, las TRA se conviertan para estas parejas en un *método para sufrir, un martirio físico y psíquico*, como me decía una joven paciente después de cinco años de tratamientos.

Con frecuencia escuchamos también otros fenómenos sociales que indican hasta qué punto puede darse una búsqueda “sin límites” o “sin fronteras”, tras el objeto de deseo (o de necesidad) hijo, que vendrá a colmar, reparar, satisfacer o sustituir alguna carencia, herida, falta o privación antigua e interna. Es cuando nos encontramos con el “nomadismo médico”: si no logran el éxito rápido, quieren empezar de nuevo en otra ciudad o en otro país (como por ejemplo, España), y los médicos vuelven a ensayar para que no pierdan su última oportunidad. ¿No parece esto una huída hacia delante, intentando evitar maníacamente

una crisis o descompensación narcisista?

El riesgo, creo, es que los “fracasos” puedan llegar confirmar intensos temores persecutorios, pesimistas y negativos, de la fantasía inconsciente de la mujer o de ambos miembros de la pareja. Algunos de estos aspectos emocionales cargados de sufrimiento y ambivalencia los podemos escuchar en la manifestación espontánea de las pacientes que consultan:

- En torno al sentimiento de culpabilidad inconsciente, una mujer me decía: “Yo quiero un hijo, pero creo que no me lo merezco... la prueba es que no me quedo embarazada”.
- En torno a la necesidad de castigo: ante el fracaso y la consiguiente desilusión, una paciente decía que: “La derrota se veía anunciada, merecida”.
- En torno a una posición melancólica de fatalismo y mala suerte: “Si no llega el embarazo es que no ha de venir, en realidad me temo que no sería buena madre”.

Ante reacciones emocionales como las expuestas, hemos de seguir haciéndonos preguntas y planteando riesgos de posible colusión con “la necesidad de castigo” de algunas pacientes. Para que las técnicas de reproducción asistida sean unos procesos que ayuden a las parejas a tener descendencia cuando hay dificultades, sin añadir riesgos en la salud mental durante su aplicación, hemos de estar muy atentos a la singularidad del caso por caso. En concreto quiero plantear a los servicios de reproducción asistida: ¿hay una cuidadosa escucha del estado en que se encuentra el sujeto cuando se le propone/indica el uso de las técnicas, o estamos ante una especie de “sacralización” del deseo de los adultos?

El estado confusional que viven las parejas durante el tránsito por los procesos médicos hace necesario un verdadero trabajo de discriminación, que les ayude en la elaboración del duelo por la infertilidad y también de otros duelos que “despiertan” precisamente en ese momento vital. Así es como una crisis, que en un inicio está unida a una fractura en la autoestima que hay que superar, puede llegar ser una oportunidad para realizar un cambio subjetivo.

Cuando hablo de crisis en este contexto, me refiero a una perturbación del sujeto, en la que ha perdido el equilibrio interno. Entonces suelen aparecer mecanismos defensivos intensos, con los que tratará de recuperar el equilibrio emocional, porque la persona se encuentra invadida por el dolor y la angustia ante la

pérdida del proyecto de una parentalidad “natural”, la cual le otorgaría un status de pareja normal ante la sociedad, siendo éste un auténtico y verdadero proyecto del ideal del yo. Pero también surge la del miedo y un cierto sentimiento de persecución por lo nuevo, por lo desconocido que está por venir, vivido de manera disruptiva: tanto puede ser un embarazo múltiple, como un niño defectuoso, como un hijo “superespalado” (fruto del donante), como decía una mujer, angustiada ante la propuesta de donación de óvulos (Bayo-Borràs, 2002).

Superar el estado confusional y de crisis narcisista en que se encuentran las parejas durante los procesos tecnoreproductivos es algo muy difícil. Los foros, chats y coloquios en internet dan cuenta de la intensidad del sufrimiento que padecen y la enorme necesidad que tienen –sobre todo las mujeres– de explicar y compartir sus vivencias, sus dudas, temores y ambivalencias. En realidad, la mayoría de las personas y de las parejas que se acercan a las TRA suelen estar atravesando otras crisis:

Vitales. Suelen estar en, o cerca de, la edad media de la vida. Ya intuyen que la decisión de incluir un hijo en su proyecto de vida en común puede venir a desestabilizar un vínculo narcisista de años de consolidación, sin hijos.

Accidentales. Como la de conocer su infertilidad, la imposibilidad de procrear de forma natural.

La atención clínica de pacientes es siempre un referente de base, porque nos hace afrontar permanentemente nuevos interrogantes sobre las transformaciones que las TRA pueden provocar en su vida sexual y emocional, así como en su identidad. Entre las manifestaciones de sufrimiento psíquico más frecuentes podemos destacar especialmente:

- Los sentimientos de duda e incertidumbre que producen ansiedad (temores obsesivos), especialmente ante algunas etapas del proceso tecnoreproductivo en que se decide la inseminación, la extracción, o la implantación de embriones.
- Los sentimientos de culpabilidad conscientes e inconscientes (remordimientos) si alguna parte del proceso no ha ido bien o ha habido pérdida espontánea del embarazo.
- Los sentimientos reales o imaginarios sobre los resultados de las inseminaciones o técnicas in vitro (fantasías catastróficas).
- El dolor psíquico por lo que no se tiene o por lo que

se ha perdido (tristeza, desmotivación).

- La inestabilidad de la autoestima (vergüenza, humillación).
- El sentimiento de deuda con respecto al otro miembro de la pareja que es fértil.
- Sentimientos muy ambivalentes respecto del donante de gametos, tanto de envidia como de gratitud.

Hace unos años hubo una encendida polémica sobre otro de los temas que van surgiendo en el contexto de la tecnoreproducción: la elección del sexo del hijo, en la que el debate incluía argumentos muy dispares, unos a favor y otros en contra. Marcel Cano Soler (2003), en un artículo de prensa, planteaba: “Tener hijos no es optar por un objeto modelable según nuestros deseos, sino traer al mundo sujetos llenos de derechos”. Pero parece realmente muy difícil plantear esta perspectiva ética en un contexto de avances biotecnológicos imparables, en el que laboratorios e industria farmacéutica invierten grandes sumas económicas. A continuación decía: “Uno de los principales motores del consumo se basa en la habilidad para transformar caprichos en necesidades”, y se cuestionaba irónicamente “el sentir social” al que apelan los planteamientos científico-técnicos. Finalizaba: “En demasiadas ocasiones los datos científicos pueden enmascarar intereses que deberían serles ajenos”. A mi modo de ver, no se puede ser más explícito.

A modo de conclusión

En la atención clínica a parejas y mujeres que acuden a las técnicas de reproducción asistida –y que han sufrido reiterados fracasos en la concepción de un hijo– aparece con bastante frecuencia que su “obsesión procreadora” está sobredeterminada por aspectos emocionales de gran intensidad, de los cuales poco o casi nada “saben”. Estas personas atribuyen la ausencia de embarazo a una “enfermedad” o, incluso, a una “maldición o castigo” de la que serían merecedores, por lo que cada fracaso apuntala todavía más la versión melancólica de su existencia. Cuando se requiere –o se les propone– donación de gametos, las fantasías idealizadas y persecutorias se agudizan en grado máximo: el hijo “por venir” adquiere el estatus de un objeto interno extraño o ambivalente.

En este sentido, y tal como se ha expuesto anteriormente, es muy recomendable que cada pareja pueda realizar un tiempo de acompañamiento psicológico

para visualizar mejor cuántos elementos propios (subjetivos) –y transgeneracionales (mandatos)– influyen en su demanda de hijo a las técnicas de reproducción asistida. De nuevo apelo a la experiencia clínica: cuando estas personas se dan el tiempo necesario para que fluyan sus tiempos internos hacia la experiencia de la parentalidad, sólo entonces surge el embarazo de manera espontánea. Y si no surge, se hace todavía más necesario ayudarles a tramitar el intenso duelo por la infertilidad.

Para terminar, quiero recordar la necesidad y el sentido de una “ciencia con conciencia”, aquella que en definitiva logre contemplar la dimensión inconsciente del ser humano, proporcionándole la contención emocional que pueda precisar.

Notas

1. Campus SEF Formación Continuada. “¿Qué aporta la psicología a la medicina reproductiva?”. Madrid, 22 de octubre 2009.

Bibliografía

BAYO-BORRÀS, R (1994). Los niños en juego, ponencia presentada en *Espacio Abierto de Trabajo Psicoanalítico*. Barcelona, 1 de marzo.

BAYO-BORRÀS, R; CÁNOVAS, G; SENTÍS, M; CAMPS, N; ALDA, C; SENTÍS, E (1996). Maternidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica, en *Figuras de la madre*. Silvia Tubert (Comp.). Editorial Cátedra.

BAYO-BORRÀS, R Y G. CÁNOVAS I SAU (1999). Psicoanálisis y tecnoreproducción: Sonia o la “casta de la cenicinta”. *Revista Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi*, Número 3.

BAYO-BORRÀS, R (2001). Éxitos y Fracasos – Luces y Sombras: reflexiones en torno a la reproducción asistida. *Revista Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi*. Número 6.

BAYO-BORRÀS, R (2002). ¿De dónde vienen los padres?, en *Mujeres y Salud*, Número 9.

BAYO-BORRÀS, R (2003). Luces y sombras. Revelación y enigma: consideraciones en torno al sistema “silencio/secreto/mentira” sobre las características del origen en la reproducción asistida, en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del

COPC, Documento 3, Barcelona.

BAYO-BORRÀS, REGINA; CÁNOVAS I SAU, GEMMA Y SENTÍS, MARGARITA (2005). Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona.

CAMPS I BELLONCH, N (1999). Las funciones parentales frente al siglo XXI. Efectos emocionales de las nuevas técnicas de reproducción asistida, en *Mujer y salud mental*. Reflexiones y experiencias (compilación). Co-edición del Centre d'Higiene Mental de Cornellà y del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, Barcelona.

CANO SOLER, M (2003). Dudas sobre la selección

del sexo de los hijos, *El País*, 19 de abril.

CÁNOVAS, G (2003). Els fills per reproducció assistida: objectes o subjectes?, en *La adopció i altres filiacions: un fenomen contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, Documento Tres.

LEVIN, ESTEBAN (2000). *La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia*. Nueva Visión. Buenos Aires.

MATTEI, J. F (2003). L'acharnement procréatif, *Le Monde*, 22 de enero.

TUBERT, S (1991). *Mujeres sin sombra*. Maternidad y tecnología, Editorial siglo XXI, Madrid.