



## Aspectos psicológicos en infertilidad y gestación subrogada

Díaz Pérez MA, Neri-Vidaurre P

### Resumen

Con las actuales técnicas de reproducción asistida muchas parejas han encontrado la esperanza a su problemática reproductiva con el fin de concebir y tener un hijo. Sumando a este grupo, se encuentra hoy en día una realidad social que está poniendo en riesgo el modelo tradicional hombre/mujer que por diferentes situaciones o circunstancias se ha diversificado, por lo que además existen familias con un solo padre (por viudez, divorcio o por decisión propia), o familias formadas por parejas homosexuales de hombres o mujeres, todos con un deseo y derecho a tener un hijo, por lo que se está recurriendo a la gestación subrogada o gestación por sustitución; alternativa solicitada aún antes de pensar en la adopción ya que este procedimiento conlleva a mucha problemática por trámites y sobre todo tiempo. La gestación subrogada no se excluye también de problemas adicionales de marcaje social, religioso, económico, psicológico y legal; en la mayor parte de los países no está legalizada y lo legal está muy atrasado con respecto a las necesidades sociales actuales. Sin embargo, aunque esta práctica está prohibida, muchas personas recurren a ella, por lo que podemos observar que la solución a esta problemática no es negarla o prohibirla, sino más bien legislarla con el fin de ponerle límites y proteger a cada una de las partes implicadas: como derechos y obligaciones de la mujer sustituta o gestante, derechos y obligaciones de la persona o personas contratante(s) y, sobre todo, por el producto, que siendo el objetivo del método reproductivo, es la persona por la que se debe velar; por sus derechos, intereses e integridad bio-psico-social. En la Ciudad de México (DF), aunque esta práctica fue supuestamente aprobada el 30 de noviembre de 2010 por la Asamblea Legislativa del DF (ALDF), por presentar vacíos legales se rechazó por activistas e intelectuales, por lo que su contenido fue modificado en 90%, presentándose de nuevo ante el Pleno de la ALDF, pero debido a que fue presentada a destiempo, la ley fue rechazada el 20 de diciembre de 2011 y será hasta nueva presentación y aceptación que podrá publicarse en el Diario Oficial para que pueda entrar en vigor al día siguiente de su publicación. Sin embargo, esta práctica aún plantea grandes debates en pro y en contra, retos éticos y nuevas respuestas socio-culturales y legales.

**PALABRAS CLAVE:** psicología, reproducción asistida, gestación subrogada.

Centro Especializado en Esterilidad y Reproducción Humana, Ciudad de México.

**Recibido:** diciembre 2015

**Aceptado:** enero 2016

### Correspondencia

M en C Paloma Neri Vidaurre  
palnevi@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como

Díaz Pérez MA, Neri-Vidaurre P. Aspectos psicológicos en infertilidad y gestación subrogada. Reproducción (México). 2015 octubre;8(2):101-129.

Reproducción 2015 October;8(2):101-129.

## Psychological aspects on infertility and surrogacy.

Díaz Pérez MA, Neri-Vidaurre P

### Abstract

With the current techniques of assisted reproduction many couples have found hope to conceive a child. However, we recently have found a social change in the reality of the traditional man-woman model. We now have families from a single parent (widows, divorced, or by own decision), homosexual couples (men/women), many of them with the desire to have a child. Surrogate motherhood gives them an option besides adoption, which is known to entail a lot of problems for paperwork and time. The surrogate gestation is not excluded from other additional problems including social, religious, psychological, and legal, since most of the countries have no legislation at all or it is incomplete for the current social necessities. The only option is a well-done legislation with defined limits to protect each part involved: rights and obligations for the surrogate mother, the contracting person, and the child. In Mexico City, although this practice was apparently approved on November 30, 2010 in the legislative Assembly, it was rejected at the last stand. Afterwards, modifications were done but it was rejected again because it was presented out of time in December 20 in 2011. Today this important topic is still on hold.

**KEYWORDS:** Psychology; assisted reproduction; surrogate gestation

Centro Especializado en Esterilidad y Reproducción Humana, Ciudad de México.

### Correspondence

M en C Paloma Neri Vidaurre  
palnevi@hotmail.com

## JUSTIFICACIÓN

Si bien la gestación subrogada o gestación por sustitución es un método alternativo de reproducción asistida, hoy día se está incrementando su solicitud por parejas cuyos tratamientos reproductivos han fracasado o porque la mujer padece problemas fisiológicos en el útero por ausencia o por no ser adecuado para concebir; así como por hombres solos y homosexuales, todos ejerciendo el derecho que tienen a la libertad reproductiva, sin dejar de lado el daño psicológico, que en algunos casos puede producirse ante la falta de hijos.

Esta práctica en la actualidad está prohibida en la mayor parte de los países, aun así, no se frenan las solicitudes, por lo que los aspirantes recurren a países en los que es legal o bien, por su parte, lo llevan a cabo de manera clandestina, sin ningún tipo de protección legal para nadie, contrayendo solamente problemas de tipo económico, psicológico y legal a largo plazo.

Si bien las mujeres sustitutas lo hacen bajo su libre albedrío, también es cierto que lo hacen por una retribución económica, por lo que se considera que la manera de ejercer el derecho es controlar mediante la legalización del procedi-



miento, donde se implemente de manera jurídica y médica la técnica; con legislaciones detalladas y con una infraestructura de clínicas, médicos y laboratorios que deben ser considerados como una excepción, donde se estipulen sanciones al no cumplimiento de las mismas, con el fin de proteger las garantías de cada uno de los actores involucrados y la máxima de velar –al ciento por uno– por los intereses del menor.

## ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, se observa cómo en las culturas ancestrales ha existido gran preocupación por la reproducción humana, como lo muestra el patrimonio arqueológico de diosas destinadas a la fecundidad: voluminosos cuerpos femeninos de la rebotante fertilidad o los hallazgos de diversas Venus “primitivas” producidos en Asia, Europa y América.

Las técnicas de reproducción asistida tuvieron su auge en el decenio de 1970 con el surgimiento de procedimientos de alta complejidad, como la FIVTE (fertilización *in vitro*) e ICSI (inyección intracitoplasmática). En la actualidad un método reproductivo alternativo cobra un nuevo auge, ante los intentos fallidos reproductivos así como a las necesidades sociales actuales, éste es la gestación subrogada o gestación por sustitución. Este procedimiento hoy día es aceptado sólo en algunos países, como Ucrania, Rusia, India y dentro de la República Mexicana sólo esta legislada en el estado de Tabasco, aunque en algunos lugares, como la Ciudad de México se está valorando la posibilidad de legalizarla.

El término de maternidad subrogada lo usó en 1981 Noel Keane, un abogado de Dearborn, Michigan, quien fue el primero en reclutar mujeres criadoras, para atender la solicitud de parejas infértiles. Otra definición de la maternidad subrogada, de acuerdo con el informe Warnock de Reino Unido (Warnock 1985) “es la práctica mediante la cual

una mujer gesta o lleva en su vientre para otra mujer o contratante(s) un bebé, con intención de entregarlo después de que nazca”, esto es una maternidad por sustitución, mediante un “contrato de gestación”, donde una vez que nazca el bebé, la madre sustituta cede la adopción a los contratantes y renuncia a sus derechos como madre.

Sin embargo, este tema es bastante complejo ya que involucra cuestiones sociales, religiosas, psicológicas, económicas y legales que están muy atrasadas con respecto a los requerimientos sociales actuales, siendo la solución a la infertilidad el inicio de grandes problemas de diferente índole.

## Razones para la gestación subrogada

Este tipo de procedimiento reproductivo conlleva diferentes motivaciones que se comentan a continuación.

Las personas recurren a este tratamiento:

1. Cuando la mujer tiene riesgos de embarazo por salud, por malformaciones congénitas de útero o extirpación del mismo.
2. Cuando la mujer tiene diversas causas de infertilidad femenina que le impiden quedar embarazada.
3. Cuando los procedimientos reproductivos han sido fallidos.
4. Una menos frecuente, pero no exenta, es cuando la mujer no desea pasar por eventos del embarazo ni parto.
5. Hoy en día, el procedimiento es muy solicitado por parejas homosexuales hombres y por hombres solos.

En algunos de estos casos, las personas proveerán sus gametos (óvulos y espermatozoides), pero en

otros, según la causa de infertilidad, se requerirá donación de ovocitos o espermatozoides, ya sea por donador anónimo, familiar o amigo (a) y en el caso de la mujer, su donante podría ser la mujer gestante.

Aunque el vínculo materno-fetal es muy estrecho, Vasanti comenta que al nacer no existen dificultades o complicaciones psicológicas para ninguno de los dos, al romperse, ni tampoco el vínculo biológico se ve afectado; estudios a largo plazo realizados por Taker (1996) lo demuestran. En raros casos, es probable que la mujer gestante no quiera entregar al bebé, tal como ha ocurrido y como veremos más adelante cuando se describan los aspectos legales, por lo que debe establecerse perfectamente el contrato legal que garantice el cumplimiento de la madre sustituta.

Albo de Miguel (1995) afirma que hay numerosos estudios que confirman que la ausencia de figura materna o paterna provoca en los niños de ambos sexos un serio déficit en su identidad sexual; en tanto que Granados (1995), siguiendo la misma línea, concluye que en familias homosexuales no hubo diferencia en el desarrollo afectivo, ni en la identidad sexual de los menores, con respecto a parejas heterosexuales. Por su parte Buil comenta que las opiniones en contra del alquiler de vientre por homosexuales están basadas en fundamentos teóricos, las opiniones a favor se basan en investigaciones, concluyendo su punto de vista personal en que la existencia de un modelo de intimidad (de pareja) en el hogar, durante la socialización de los hijos, tiene efecto positivo en los sentimientos de seguridad y bienestar independientemente del sexo.

Paterson y Redding (1996) demuestran que las madres lesbianas y los padres homosexuales pueden ofrecer un hogar a los niños tan positivo como los padres heterosexuales. López (1998) comenta no encontrar afectación de la identidad y género en niños adoptados. Por lo que se

podría preguntar: ¿los homosexuales podrían ser excelentes padres?, ¿pueden mantener una relación con su pareja, en la que el niño no se vea afectado en ninguna forma y tiene buena autoestima? (López 1998) ¿y donde no hay pérdida de identidad? quedaría la pregunta ¿realmente quién afecta y daña a los niños, en este tipo de relación?, ¿es la misma sociedad, con su marcaje, su crítica y discriminación la que los afecta?

En la opinión de Buil (2004) la autora comenta que si no existiera rechazo social hacia lo homosexual, el riesgo de los niños adoptados por homosexuales discriminados y estigmatizados desaparecería. En opinión propia, el hecho de ser padres heterosexuales no garantiza el bienestar del hijo, así se ve en estadísticas, como el incremento en el índice de divorcios trae como consecuencia una irresponsabilidad emocional y económica hacia a los hijos.

### Gestación subrogada y reproducción asistida

La gestación subrogada posibilita el embarazo sin necesidad de que exista cópula. Este procedimiento es posible gracias a la existencia, hoy en día, de técnicas en reproducción asistida, que permiten que esto se efectúe, que involucra desde conocer el procedimiento, la selección de pacientes, la técnica reproductiva, hasta la implantación de embrión (es) a la mujer gestante sustituta.

La maternidad subrogada puede ser solicitada de manera general por las siguientes causas:

1. La madre de alquiler solo recibirá el embrión(es), la pareja contratante dará cada uno su material genético (respectivamente: óvulo, espermatozoide).
2. La madre de alquiler donará su material genético (su óvulo) y el esposo de la pareja contratante, su material genético (su espermatozoide).



3. La madre de alquiler recibirá el embrión, los dos materiales genéticos serán donados (donación de óvulo y espermatozoide), el óvulo puede ser de la madre de alquiler.
4. La madre de alquiler recibirá el embrión y el material genético es donado, pero en este caso el óvulo es de la esposa y el espermatozoide es de donador.

### Aspectos psicológicos de la gestación subrogada

#### Aspectos psicológicos de la infertilidad

La historia del deseo del hijo en la mujer inicia desde pequeña, independientemente de que sea un hecho cultural, social o instintivo, la niña juega a tener hijos, los nutre y los cuida. La mujer tiene un organismo preparado para concebir y, por tanto, si no llega el embarazo deseado, siente que su feminidad puede estar atacada. En el hombre el deseo de paternidad aparece más tardíamente, si bien no es juego elegido por ellos cuando pequeños, en algún momento de su vida, incluirán en sus fantasías formar una familia, como parte de su planificación de vida.

Cuando alguien quiere tener un hijo, el que se haga patente la incapacidad de lograrlo por el “procedimiento natural”, en el momento de la vida que uno quiere, ha de producir sin duda sorpresa y cierta frustración.

A su vez, la comprobación del fracaso en tener un hijo no sólo ha de provocar frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad, sino que también supone la alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía y de alguna manera supone un desafío a ese proyecto de vida.

Este proceso obliga a un replanteamiento del plan de vida y a la toma de decisiones importantes acerca del mismo: seguir intentándolo

por sus propios medios, renunciar a tener hijos, intentar la ayuda de reproducción asistida, métodos alternativos, adoptar, etc.

Este cuestionamiento desencadena pensamientos de desvalorización personal y diversos tipos de autovaloraciones negativas (Llavona Uribe-larrea 2008): baja autoestima y sentimientos de inferioridad, baja confianza en sí mismos y bajo amor propio, mala autoimagen, valoración de sí mismos como incompletos o con algún defecto, valoración de sí mismos como poco atractivos y dignos de consideración por los otros, cuestionamiento de la capacidad para desenvolverse como padres y para mantener una relación de pareja.

El diagnóstico de infertilidad ocasiona un tremendo efecto psicológico descrito, incluso, como una crisis vital, que ocasiona gran desgaste emocional porque no se reduce solamente a los síntomas de un problema orgánico, sino que hay sentimientos y sufrimiento psíquico caracterizado por ansiedad, culpabilidad, temores reales o imaginarios, tristeza, sentimientos de deuda con la pareja fértil, envidia y celos hacia la mujer embarazada, altibajos de autoestima, aislamiento y depresión. Cuando una persona se encuentra con dificultad para procrear sufre una herida al ego, en el sentido de no poder realizar un deseo, que está interiorizado por naturaleza y socialmente.

Cualquier crisis en el ciclo de vida de una persona tiene, además, una serie de características, de enorme importancia, para dar cuenta de las alteraciones cognitivas, psicológicas y fisiológicas que sufre el sujeto inmerso en ella, Rubin y Bloch (2001) describen lo siguiente:

- Es un punto crítico, potencialmente catastrófico y gratuito, de la propia vida. Aunque es un fenómeno que se da en muchas otras personas, el sujeto lo vive como una experiencia solitaria y, por tanto, se siente sólo y único ante el problema.

- Muy rara vez es percibido por los demás, cuando no intencionalmente ocultado, altera la vida de la persona.
- El evento de la crisis vital provoca, cuando es conocido, que la gente que rodea al sujeto se movilice. También implica el contacto con profesionales expertos en una variedad de modalidades asistenciales.
- Aunque con frecuencia es algo conocido socialmente y en muchos casos anticipados, esto no ayuda a que la persona se prepare: la crisis vital es vivida como algo impactante, inesperado y que puede sucederle a los demás, pero nunca a uno mismo.
- Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y cómo se da antes de la crisis. La vida ya nunca será igual.

Precisamente estas características darán cuenta del inicio de muchos problemas emocionales de los pacientes infértiles y sus parejas:

1. A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados.
2. A nivel psicológico: al estado inicial de choque emocional le siguen sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud.
3. A nivel fisiológico: pueden sobrevenir reacciones de estrés general.

La mayoría de las personas tienen todos los síntomas depresivos de una gran pérdida, realmente atraviesan un duelo por la pérdida de su capacidad reproductiva. Se han descrito trastornos psicosomáticos, represión, de las reacciones

emocionales, deseo frenético de adoptar un hijo rápidamente o incorporarse a algún programa de reproducción asistida.

Sin embargo, es importante que una pareja pueda diferenciar entre deseo y demanda de querer tener un hijo. Ya que la demanda puede estar influida por muchos factores, como presiones sociales, biomédicos o utilizar los recursos de la tecnología a la mano hoy día, con el fin de tratar de retener a la pareja, de querer tener descendencia, para sentirse completos como sujetos o como pareja, por deseo de complacer a otro, dejando de lado su propio sentir, el querer solamente sentirse verdaderamente mujer, obsesionarse, etc., más que al deseo real de querer tener un hijo. Esta ambivalencia hace que aparezca el síntoma corporal, por ejemplo, impotencia, infertilidad, frigidez, lo que permite entender en algunos casos el fracaso de las técnicas de reproducción asistida.

El personal médico puede ayudar a la pareja antes que nada a diferenciar entre deseo y demanda y a detectar el síntoma psicofísico y considerar cuando sea pertinente la ayuda psicológica, para que exista un espacio de trabajo de las emociones durante el proceso reproductivo y el permitirse profundizar en los motivos subyacentes, latentes, no manifiestos, que siempre están presentes aunque no se hayan sacado a la luz, estando determinadas por un mandato inconsciente.

Asimismo, cada vez comienzan a ser más evidente las complejas relaciones existentes entre los factores psicológicos y la fertilidad. El estrés empieza a ser reconocido en la bibliografía científica como un factor que en algunas ocasiones puede influir negativamente en la capacidad reproductiva de los seres humanos, hasta el punto de que probablemente puede convertirse en determinante como elemento mediador en el caso de al menos 5% de los problemas de esterilidad de origen desconocido.





*Aspectos psicológicos ante las técnicas de reproducción asistida (Bayo 2011)*

El uso de cualquier técnica de reproducción asistida crea cargas emocionales tremendas, ocasionadas primero por el hecho mismo de aceptar que se es infértil y, segundo, al tener que recurrir a técnicas reproductivas en las que se ve invadida su privacidad e intimidad, donde el deseo sexual queda condicionado a tener relaciones programadas bajo indicación médica, ya que queda atrás el procrear con intimidad sexual, confiriéndole además al médico, un poder de omnipotencia de que él resolverá toda su problemática, a la intervención de terceras personas (médico, personal de laboratorio) y técnicas invasivas al organismo; hay autores que opinan que estas técnicas son como una manipulación de cuerpos (Tubert 1991) o como somatización inducida (Tort 1994). Y qué decir cuando se tiene que recurrir al uso de donadores (espermatozoides, óvulos o ambos), sin dejar de lado la cuestión económica en procedimientos cuyas posibilidades de éxito son bajas (aproximadamente 35%).

El modo en que cada sujeto se verá afectado emocionalmente por el diagnóstico y el tratamiento de su problema de infertilidad es diferente en cada caso y depende de su personalidad, equilibrio emocional previo, recursos emocionales y conductuales, apoyo social externo, estado de sus relaciones de pareja, disponibilidad económica, etc.

Este concepto –manejo o afrontamiento– se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales negativas. Si el afrontamiento de la situación es inefectivo, el nivel de trastorno emocional producido por la crisis es alto. Sin embargo, cuando el afrontamiento o manejo de la situación es efectivo, el nivel de emociones negativas de la situación crisis vital suele ser bajo.

Las personas utilizamos dos formas de manejo o afrontamiento de las situaciones vitales que nos son adversas:

1. Una va dirigida directamente al problema: obtenemos información sobre lo que podemos hacer y nos ponemos en marcha con el propósito de modificar la relación problemática con el medio, por ejemplo, ante un problema de infertilidad, buscamos información de los tipos de tratamiento y su efectividad.
2. La otra forma de afrontamiento se centra en la emoción y tiene como finalidad regular las emociones producidas por la situación, por ejemplo, evitando pensar en el problema mediante la realización de algún tipo de actividad que nos distraiga.

Los dos tipos de manejo son efectivos, en el caso de los problemas de fertilidad, estudios recientes han encontrado que las mujeres con este tipo de problemas fueron adiestradas en aprendizaje de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la emoción, mostraron disminución en el malestar general y mejoría en el bienestar específico a la infertilidad.

Las estrategias de afrontamiento inadecuadas, como la evitación o la falta de aceptación de la responsabilidad en la resolución de los problemas, han revelado su efecto negativo en las manifestaciones de estrés asociadas con el tratamiento. Las investigaciones de Staton (1991) encontraron que cuando hombres y mujeres utilizaban estrategias de afrontamiento de evitación, como beber, fumar más, comer, evitar a los demás, o eludir las propias responsabilidades respecto al tratamiento, el grado de malestar subjetivo era mucho mayor que el manifestado cuando los sujetos utilizaban estrategias de afrontamiento confrontativas, de autocontrol o de planificación de la solución del problema.

Cuando las personas se enfrentan a una situación que afecta de manera decisiva, el cumplimiento o no de un objetivo que considera importante para sus intereses vitales, como el deseo de ser padres, y tal objetivo se ve obstaculizado por alguna circunstancia como el padecimiento de la infertilidad, encaran tal dificultad realizando una valoración cognitiva del equilibrio entre las demandas externas de la situación (el trastorno y los problemas que acarrea) y sus recursos internos y externos para hacer frente a tales demandas. Podemos establecer una analogía con una balanza para explicar este proceso valorativo:

Estos estados emocionales negativos se manifiestan normalmente en forma de ansiedad, depresión (o ambas) y desesperanza.

La ansiedad es producto de que la persona en un momento determinado no confía o confía poco en su capacidad para poder manejar las demandas de la situación de una manera efectiva. La desesperanza y la depresión aparecen cuando la proporción de demandas de la situación es muy superior a la de los recursos que cree poseer el sujeto.

En el caso de la infertilidad, por ejemplo, los datos parecen indicar que las mujeres muestran más grado de malestar que los hombres ya que suelen valorar en mayor medida que éstos los problemas de fertilidad como un cataclismo, además de soportar directamente el tratamiento y de sentir su fracaso con el inicio de la menstruación.

Un aspecto que no puede dejarse de lado porque repercute enormemente en las emociones de la pareja infértil es el social. El apoyo social se ha revelado como una importante fuente de amortiguación de las consecuencias del estrés.

El apoyo social puede adquirir efectos negativos, cuando las personas próximas al sujeto están

en conflicto con él o los próximos se vuelven reforzadores de las conductas inadecuadas del sujeto, convirtiéndose en lo que la bibliografía define como estresores sociales.

En muchas ocasiones las personas infértiles suelen mantener en secreto su problema y el tratamiento, lo que les priva generalmente de apoyo social genuino, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social respecto a los temas de reproducción. Por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno, éste se vuelve un estresor adicional al preguntar mes con mes si se consiguió el embarazo.

Un estudio realizado en 2000 por Sanjuán concluye que:

1. La satisfacción con el apoyo y el apoyo recibido se relacionaban positivamente con la relación marital.
2. El conflicto interpersonal se relacionaba negativamente con la calidad de vida.
3. El estrés debido al problema de fertilidad se relacionaba positivamente con la insatisfacción social.
4. El conflicto interpersonal recibido se relaciona positivamente con la insatisfacción sexual en las mujeres, pero no en los hombres.
5. El apoyo social recibido se relaciona negativamente con insatisfacción sexual en mujeres y hombres.
6. La autoestima se relaciona negativamente con la insatisfacción sexual en hombres y mujeres.

En los procesos de reproducción asistida se distinguen tres momentos psicológicamente críticos (Muñoz, 2009) en los que se activan los niveles





de estrés y distintas respuestas emocionales: 1) la puesta en marcha del tratamiento, 2) la transferencia de embriones y 3) el resultado de la prueba de embarazo.

Respecto a las emociones implicadas en estos pasos, en particular las mujeres tienen niveles más elevados de ansiedad y depresión, así como mayor pérdida de autoestima que los hombres (Lee Sun Chao 2001).

Sin embargo, también se ha encontrado que a los varones, la experiencia de procedimientos reproductivos fallidos les ocasiona estrés, depresión y rabia, aunque ellos tienden a ejercer mayor control sobre sus emociones que las mujeres (Laffonet y Edelmann 1994).

El aspecto más importante para las mujeres es el deseo de tener hijos, mientras que para los hombres lo es la obligación de cumplir con el rol de hombre, la presión social de iniciar una familia y sostener su matrimonio. Sin embargo, como éste tiene menor necesidad de comunicación, control de sus emociones y mayor capacidad de disociación que la mujer, vive su experiencia en soledad.

Diversos estudios han puesto en relieve que la forma en que los pacientes valoran su fertilidad se relaciona con el nivel de estrés y, a su vez, este estrés puede afectar los resultados de los tratamientos, aumentando o no la tasa de éxito, cuando el estado emocional es el adecuado.

El Instituto Reproductivo de Valencia (Valencia 2010) ha realizado estudios para determinar cuál sería el estado emocional adecuado para afrontar las técnicas de reproducción asistida, validando dos tipos de factores que contribuyen a alcanzar y mantener un estado emocional óptimo que facilite obtener el éxito en estos procedimientos:

1. **Equilibradores:** Aumentan la resistencia a la fatiga psicológica, fomentan el apego al

tratamiento evitando abandonos y disminuyen la percepción de mala calidad de vida durante las técnicas de reproducción asistida.

- Mantener bajo control los niveles de estrés y ansiedad
  - El apoyo de la pareja.
  - Seguir con la vida normal sin focalizarlo todo al tratamiento.
2. **Motivadores:** actúan generando confianza, seguridad y fe y haciendo actuar al paciente de manera inconsciente con la creencia de que se va a lograr el embarazo
- Un alto grado de confianza en la eficiencia del tratamiento y equipo médico
  - Altas expectativas de éxito respecto a los resultados del tratamiento
  - Sensación de certeza interna de que se va a lograr la gestación.

Este grupo encontró que tienen más peso los factores motivadores que los equilibradores. Tener elevadas expectativas de éxito en las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida es relevante para tener éxito. Este estudio se realizó con una muestra de 88 pacientes que lograron embarazo durante 2009.

Debido a que fisiológicamente se ha visto que existe correlación entre las concentraciones de catecolaminas y las tasas de éxito, a menor concentración sérica de adrenalina y noradrenalina mayor tasa de embarazo (Smeenk 2005). El estrés, la ansiedad y la depresión condicionan alteraciones en el sistema nervioso simpático y parasimpático que se asocian con menor tasa de embarazo, por lo que se ha visto que las pacientes que reciben asistencia durante técnicas de reproducción asistida consiguen la gestación,

el doble porcentaje respecto a las pacientes que no reciben apoyo psicológico.

También cuando una persona tiene un alto nivel de eficacia percibida confiará en sus capacidades para dominar los diferentes tipos de demandas ambientales. Interpretará los problemas más como retos que como amenazas o sucesos incontrolables. Al contrario, las personas con baja autoeficiencia percibida son más propensas a las dudas sobre sí mismos, a la ansiedad, a las valoraciones amenazantes y catastróficas de los sucesos y a la percepción de sus deficiencias al momento de enfrentarse a situaciones y demandas difíciles. A mayor eficiencia percibida hay menor efecto psicológico, por ejemplo Linn (1992) encontró que las mujeres con altas puntuaciones de optimismo (variable de alta correlación positiva en personas de buena autoeficiencia percibida) fueron capaces de utilizar estrategias de afrontamiento que mantuvieron su bienestar emocional después de un tratamiento reproductivo fallido.

Staton y Sigmon (1996) trabajaron en un programa grupal centrado en las emociones, que fue dirigido a mujeres con dificultades de embarazarse y que llevaran por lo menos 12 meses sin conseguirlo, llevando seis sesiones semanales de 90 minutos cada una. Se usó la escala de habilidades sociales COPE (Carver, 1989), la escala de salud mental MHI (Davies, 1988), que mide el ajuste psicológico, bienestar y nivel de estrés; la escala de depresión de Beck BDI (Beck, 1979) que mide la depresión y, por último, una escala realizada por Staton (1991) que mide el nivel de bienestar-estrés en personas infértiles.

Todo ello centrado en la emoción, la cual trabaja principalmente con tres aspectos: 1) facilitar la expresión emocional en torno al problema de la infertilidad, 2) promover actividades agradables y 3) la relajación para contrarrestar las emociones negativas asociadas con pensamientos

disfuncionales. Y en el tratamiento centrado en el problema, que enseña a las participantes una serie de técnicas para aumentar la percepción de control y dominio sobre los pensamientos, aprender a manejar asertivamente los resultados con los médicos, el personal y otras personas, promover la búsqueda activa de diversas fuentes de información del tema de la infertilidad y enseñar estrategias de solución de problemas.

Al valorarse los tres grupos de mujeres, el primer grupo recibió adiestramiento centrado en la emoción (CE); el segundo grupo recibió adiestramiento centrado en el problema (CP) y el tercer grupo fue control (GC), sin tratamiento. El estudio demostró, al finalizar, que los grupos CE y CP obtuvieron mayor ajuste psicológico, menor índice de depresión, y estrés y mayor sensación de bienestar general que el grupo control.

Se concluyó que el personal tratante de técnicas de reproducción asistida no debe perder de vista la cuestión emocional de las personas implicadas en este proceso, que no debe quedar invalidada porque en gran medida determina muchas de las consecuencias positivas y negativas de estas técnicas, sus fracasos y éxitos y el enfrentamiento ante cada uno de ellos tratando de atender, diagnosticar y prevenir conflictos emocionales, conscientes e inconscientes.

Ante los fracasos consecutivos de las técnicas de reproducción asistida para concebir, las parejas piensan en alternativas reproductivas, como el uso de donadores con la esperanza de tener – aunque sea – la mitad de la herencia biológica o requerir ambos gametos con el deseo de poder disfrutar del embarazo y sentir cómo se forma y nace de ella el producto para una satisfacción de pareja y social. Sin embargo, rodeados de todos los aspectos psicológicos de la infertilidad, como lo es un fuerte sentimiento de culpa, un sentimiento de pérdida irreparable. Por ejemplo, algunos pacientes comentan: “me falta la mitad



de la información genética para imaginarme a mis hijos”, ¿lo querré tanto como querría a un hijo nacido con mis propios genes? Ansiedad paranoide que se extiende también ante el desconocimiento físico del futuro bebé provocada por la diferencia genética existente: ¿A quién se va a parecer?, ¿La familia se darán cuenta?, ¿En el colegio no lo van a aceptar? Proyectando así sobre otros, los propios temores.

En las entrevistas psicológicas se pretende que las personas verbalicen y elaboren este sentimiento, alejándose de la negación maniaca y reconociendo la realidad de la carencia. Si bien este duelo nunca llega a elaborarse por completo, cuando menos logra aceptarse.

En los casos en que la negación persista y no haya adecuada elaboración de este duelo, el terapeuta encargado tendrá que comunicarlo a la parte médica para que interrumpa y postergue el procedimiento.

A través del contacto con las parejas receptoras, Barón, en 1997, observó que las parejas prefieren no conocer la identidad de la o los donante(s), por una intensa ansiedad paranoide que despierta el temor a que posteriormente la(s) donante(s) quiera reclamar al hijo, lo que es paranoide porque realmente está claro que el donante no desea establecer una relación de filiación con el menor. Se despierta también en ellos una ambivalencia entre sentir gratitud hacia él o ellos, pero también se sienten inferiores y vacíos.

La gestación subrogada se piensa actualmente como una alternativa, incluso antes de la adopción con más cuestiones emocionales por involucrar directamente a una tercera persona, el hecho de enfrentarse a cuestiones legales, aceptar que no puede concebir y no podrá sentir el crecimiento del bebé en su vientre, sino será esa tercera persona quien lo engendre y sienta

su crecimiento, esto la afectará como mujer y como madre, sumando, además, si se requieren donadores de uno o los dos gametos. Por lo que es indispensable que estas personas estén perfectamente bien informadas y convencidas del paso a dar, así como realizar un seguimiento psicológico antes, durante y después del proceso.

Hoy día, con el desarrollo de la tecnología en las técnicas de reproducción asistida, la configuración de las funciones parentales se ha modificado, surgiendo inevitablemente nuevas formas de parentesco y filiación; por ejemplo, parentescos biológicos múltiples (como madre sustituta, madre biológica, madre genética, padre biológico, padre genético) que más que crear un desconcierto social y personal, debe tomar conciencia y convencerse de que padres realmente son quienes aman, cuidan y educan. Entendiendo que en el ser humano la maternidad, la paternidad y filiación no pueden reducirse a un criterio exclusivamente biológico porque estamos marcados por lo simbólico mucho antes de nacer y encontramos lo fundamental de nuestra identidad en el cumplimiento de las funciones paterna y materna.

### Aspectos psicológicos del menor nacido por técnicas de reproducción asistida

En lo que respecta a los niños nacidos por técnicas de reproducción asistida provenientes de ambos gametos de la pareja, suelen gozar de buena salud psicológica, el seguimiento de estos niños muestra que han tenido una evolución acorde con las pautas madurativas y psicológicas esperables de la edad. En general, estos niños llegan a saber su procedencia.

A los niños producto de donadores que carecen de un vínculo genético se les suele esconder esta circunstancia. La Dra. Susan Golombok (2006) comenta que a los niños que habían nacido de un óvulo donado, al llegar a los cuatro años y

medio, los padres mostraban mayor bienestar psicológico que cuando se emplea espermatozoides donados. Ninguno de los niños tuvo problemas psicológicos a esta edad ni hasta los 12 años. Las madres de hijos nacidos a partir de óvulos donados mostraron niveles inferiores de sensibilidad de respuesta de la ansiedad y miedo que los hijos de madres nacidos con semen donado. En cambio, las madres con hijos nacidos a partir de semen donado tendían a mostrar cierta sobreprotección en la educación de los hijos, aunque señala que con diferencias pequeñas.

En estos casos las parejas dudan o se resisten respecto a decir la verdad al niño, alegando posibles conflictos que podría generar el conocimiento de la realidad genética. Varios terapeutas consideran que realmente ésta es una proyección de los padres, quienes no pueden aceptar el conflicto. El trabajo terapéutico incrementa el vínculo, les permite afianzar sus sentimientos de paternidad preparándolos para transmitir la verdad a los niños, porque muchas veces los estudios demuestran que en estos casos la donación de gameto(s) resultó psicológicamente traumática, más por el secreto que por la diferencia genética.

Desconocer el derecho de toda persona a conocer su origen genético podría estar en contradicción con los derechos humanos fundamentales. El desconocimiento de los orígenes puede causar graves prejuicios psicológicos al menor; además, para la atención médica del individuo a lo largo de su vida, es muy importante contar con el registro de las enfermedades y otros antecedentes médicos de sus familiares biológicos.

Respecto a la gestación subrogada, las cuestiones psicológicas tendrán mucho mayor peso que las anteriores, porque en ocasiones implicará, aparte de donantes, otro vientre. Finalmente será el afecto, la ternura, el amor lo que brindará al niño la estabilidad que necesita para alcanzar la madurez psíquica, sexual y cultural.

### Aspectos psicológicos de la mujer gestante (Snyder Steven H)

Si bien sabemos que la mujer gestante lo hace altruistamente o bien por una retribución económica y sabe perfectamente que al nacer el bebé, deberá entregarlo a la parte contratante, también debemos entender que se establece un vínculo madre-bebé, ya que están en estrecha relación durante aproximadamente nueve meses, en los que ella siente cómo crece en su vientre y a veces es difícil entregarlo, eliminando este sentir de un instante a otro.

Por lo que al elegir a la madre sustituta hay que considerar y valorar varias características, siendo preciso evaluar su motivación, el sistema de apoyo que tiene, los antecedentes de salud y sociales, su capacidad física para embarazarse y su estado y estabilidad emocionales y psicológicos.

Si bien sabemos que aunque sea altruistamente o por retribución económica de todos modos la madre sustituta tendrá que modificar su vida laboral, familiar, incluso personal para acudir a citas médicas y seguir protocolos para los procedimientos de reproducción asistida quizá varias veces, también se sabe que son ellas las que corren todos los riesgos de salud y padecen todas las molestias del embarazo y si el embarazo deriva en embarazo múltiple, es probable que tenga que hacer reposo absoluto, lo que hará que no pueda estar disponible ni para su familia ni para su contratante.

Asimismo, si una madre es pobre o codiciosa y sólo la motiva el dinero, es más probable que manipule el embarazo y las cuestiones relacionadas con la tenencia, incluso amenazando quedarse con el niño después del nacimiento, a fin de aumentar la retribución, por eso es importante que la madre sustituta también sienta una gran motivación por hacer el bien y no sólo por ganar dinero.



Aunque la madre sustituta actúe únicamente por altruismo, puede y es lógico que llegue a tener la sensación de pérdida cuando entregue al bebé a los contratantes, por lo que sería recomendable que se le dé una retribución económica, ya que se le da algo en qué concentrarse para tratar de llenar el vacío del posparto que pueda sentir.

Con el fin de manejar correctamente los aspectos psicológicos y emocionales de la gestación sustituta, es fundamental que la madre sustituta tenga un entorno personal positivo. Si está casada o en pareja, es importante que éste la apoye en su intención de ser madre sustituta, que sea capaz de vivir las limitaciones y el desenlace del embarazo sin resentimiento, ni desear quedarse con el niño. Si bien es imprescindible, también es preferible que los padres de la sustituta, hermanos y demás familiares cercanos al menos comprendan y acepten su deseo de apoyar, cuando más apoyo emocional y psicológico tenga, más estable y confiable será.

La aptitud de la mujer gestante también depende de sus antecedentes de salud y sociales. Es conveniente que sea sana y que no tenga ninguna afección física ni mental que pueda poner en peligro su salud o la del niño. Entre los distintos aspectos importantes se cuentan los antecedentes de salud de la mujer y de su familia, su comportamiento sexual y los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, antecedentes importantes de depresión u otras afecciones mentales.

Elegir una madre sustituta que no ha tenido hijos no sólo genera dudas acerca de la capacidad de su útero de gestar un embarazo a término, sino también acerca de si comprende los aspectos físicos y emocionales del embarazo y pueda comprometerse a gestar al niño sin riesgos y luego entregarlo con alegría. La posibilidad de que se arrepienta por no comprender bien los aspectos emocionales del embarazo por anticipado

es el gran temor de toda pareja contratante. Por lo que se sugiere elegir una persona que tenga hijos propios.

Si bien no podemos generalizar el desenlace final de este tipo reproductivo, ya que dependerá del estado psicológico de la mujer gestante y las circunstancias que la rodeen y quizá qué tan involucrada esté en el procedimiento (por ejemplo si fue donadora), el psicólogo deberá valorarla perfectamente y echar marcha atrás cuando se detecte algún foco rojo que indique problemas y al no considerarla apta para afrontar esta situación con sus compromisos y limitaciones perfectamente establecidos; el psicólogo deberá informarlo al cuerpo médico para detener este procedimiento y evitar futuros problemas legales, económicos y emocionales.

#### **Aspectos psicológicos de parejas homosexuales**

Recientemente se encontró que las motivaciones y deseos que llevan a una pareja homosexual a tener un hijo son muy similares a los deseos y motivaciones de una pareja heterosexual. Bos (2003), por su parte, indagó seis puntos en 100 familias homosexuales que utilizaron procedimientos reproductivos y 100 familias heterosexuales con embarazos espontáneos:

1. Felicidad: relacionada con el afecto y la felicidad que les genera la relación con su hijo.
2. Maternidad-paternidad: relacionada con la sensación de ser madre/padre.
3. Bienestar: relacionado con el bienestar en la relación familiar al tener al hijo.
4. Identidad: se refiere al deseo de tener un niño como un medio para alcanzar la vida adulta y roles de género asociados.
5. Continuidad: como forma de perpetuar en el tiempo a través de otro.



6. Control social: como expresión de la presión social implícita o explícita a procrear.

Las conclusiones revelaron que para los homosexuales es más importante la felicidad, maternidad-paternidad y continuidad y la identidad es menos importante que para los heterosexuales. A su vez, los homosexuales reflejaron haber reflexionado durante más tiempo el hecho de tener un hijo y, por otro lado, un deseo más fuerte de ser padres.

Los miedos en relación con la crianza del niño son los puntos más recurrentes en parejas homosexuales al momento de proyectar la crianza de un hijo. En este punto se hará más hincapié en información basada en investigaciones.

El ejercicio de los roles parentales dentro de una familia homoparental no está diferenciado por el sexo de cada uno de los padres, ni por lo tradicionalmente estipulado como madre nutricia o padre protector, por el simple hecho de que son dos madres o dos padres. Consideramos que los roles de género son simplemente una construcción heterosexual para diferenciar las funciones estipuladas socialmente para cada sexo.

En la actualidad el número de homosexuales que deciden tener un hijo va en aumento.

Golombok (1997) ha realizado varios estudios en relación con la identidad de género, comparando hijos entre 5 y 17 años de parejas mujeres lesbianas y madres solas heterosexuales; no encontró diferencia significativa que denotara efectos en su identidad de género, además de que los niños/jóvenes reportaron estar conformes con el sexo al que pertenecían y que no deseaban ser miembros del sexo opuesto. En esa misma línea, con otros grupo de niños, observó que los juegos, juguetes, actividades y elecciones ocupacionales eran acorde con su sexo. Asimismo, Brewaeys (1997) obtuvo los

misimos resultados en grupos similares en niños en edad escolar, reveló que no era imprescindible la presencia del padre (hombre) para una adecuada orientación sexual. Lo interesante en estos estudios muy significativos se centra en la comaternidad ejercida por la compañera de la madre biológica de estos niño hijos de madres lesbianas, demostró tener mayor presencia activa en relación con el cuidado de estos niños que los padres (hombres) de las parejas heterosexuales en relación con los hijos.

Golombok (2006) estudió la orientación sexual en adultos de 23.5 años, que desde niños fueron criados por familias homosexuales; uno de los hallazgos principales revela que no existen diferencias en lo que respecta a la orientación sexual, pero en términos de experiencias sexuales con personas del mismo sexo reportan diferencia entre una familia y otra. Mientras que los hijos de familias heterosexuales manifiestan no haber tenido experiencias homosexuales, en contraste con seis hijos de familias homosexuales que sí las han tenido. Además, se encontró que los hijos de homosexuales tenían mayor apertura al momento de expresar ideas y experiencias acerca de homosexualidad, mientras que los hijos de familias heterosexuales se mostraban reacios.

#### **Objetivos del apoyo psicológico en reproducción asistida con donación de gametos con y sin gestación subrogada**

Cuando se trabaja con pacientes que requerirán tratamiento con donación de gametos y gestación subrogada, es importante tener los siguientes objetivos:

1. Valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento han afectado a los pacientes de forma individual y de pareja.
2. Ayudar a los pacientes en la toma de decisiones.





3. Discutir los asuntos específicos a este tratamiento y desarrollar formas de afrontamiento positivas.
4. Facilitar la expresión de emociones.

El hecho de tener que recurrir a donación de gametos puede tener distintos significados para la mujer y para el hombre. Las mujeres, cultural y socialmente, tienen sentido de la maternidad más prioritario en sus vidas. Por ello, cuando se les plantea este problema, muchas de ellas refieren que se sienten vacías, inferiores, no útiles como mujeres. En el caso de los hombres, a nivel social, el hecho de tener hijos puede verse más relacionado con aspectos de virilidad y potencia sexual, sin que tenga ninguna relación. No es raro que ante un diagnóstico de azoospermia, haya alteraciones en la conducta sexual del varón.

La donación siempre se planteará como una posibilidad a elegir: *a)* vida sin hijos, *b)* adopción y *c)* donación de gametos. Ciertamente, elegir conlleva a un gran sufrimiento y pérdida porque se supone prescindir de tener hijos biológicos con gametos propios.

Es importante que la pareja entienda, reflexione y piense cuál es la mejor opción para su caso, así la mujer sola que piense en la opción de una donación de gameto masculino tendrá en un futuro que enfrentar la maternidad sin la figura y apoyo paternos o, bien, cuando además de la donación de uno o dos gametos se suma la gestación subrogada. Para la toma de decisión hay que estar bien informados y tener aclaradas las dudas y fantasías que presenta cada opción.

Cuando una pareja decide pasar al programa de donación de gametos se busca un donante con las características fenotípicas similares. La persona que recurre a la donación viene con el pensamiento en forma de sentencia de que “el

niño nunca se parecerá a mí” y esto le genera una gran pena. En cuanto al parecido intelectual, el mayor temor que padece las parejas es acerca de la posibilidad de que el niño herede algún problema mental.

Así, el ambiente en el que crece cualquier niño determina sus hábitos, sus costumbres, sus valores y su forma de entender la vida. Todo esto lo transmiten los padres a través de la educación, independientemente de la carga genética que tenga el hijo, sea o no la de uno de ellos.

Es curioso, cómo, incluso en las parejas que recurren al banco de semen es frecuente que la mujer esté más aprensiva, porque piensan que el esposo puede no sentirlo como suyo y llegue en un futuro a abandonarlos, lo que no pasaría con donación de óvulos, porque al menos el niño llevaría su sangre y crecería dentro de ella, lo que no pasaría en el caso de gestación subrogada. Sin embargo, el miembro infértil se siente culpable de no poder darle a su pareja el hijo que tanto desea, incluso piensa que su pareja sería más feliz si estuviera con otra persona que pudiera darle el hijo.

Otro miedo frecuente es en relación con el parecido físico, con si la gente notará que el niño no tiene sus genes, que se entere en lo referente a la donación, si llegarán a sentirlo como propio, si el hijo debe o no enterarse de su procedencia. El psicólogo debe asesorar a la pareja en todas sus dudas, preocupaciones y miedos antes de tomar la decisión. Esta decisión es un proceso difícil de afrontar debido a los prejuicios existentes en nuestra sociedad y al temor ante la reacción que pueda tener la criatura.

En lo que respecta a comunicar o no al hijo de su origen, en España la ley no contempla nada en relación con la obligación de los padres de comunicar a sus hijos nacidos por donación de gametos sus orígenes; por tanto, da total libertad a los padres para que ellos decidan qué hacer.

En relación con este tema existen dos líneas de pensamiento, una a favor y otra en contra de la comunicación del origen, entre los principales motivos dados por los que optan por el secreto encontramos: la necesidad de ocultar la esterilidad, miedo a provocar problemas psicológicos o de identidad del niño, miedo a que el niño no quiera al miembro de la pareja que no aportó el gameto, temor a la respuesta que tenga el niño, miedo a que la familia y los amigos no acepten su decisión y muestren un rechazo hacia su hijo o lo discriminen. Además, señalan que los niños no sentirán nada diferente si son criados con amor y, sobre todo, si los padres no tienen conflictos con el hecho de haber usado gametos donados. También refieren que el secreto en sí mismo no es perjudicial si se tiene bien elaborada la paternidad y se hace para evitar complicaciones o sufrimientos en el hijo. Desde la perspectiva opuesta, los que optan por la comunicación, argumentan que esconderlo sería aceptar que la donación de gametos es vergonzosa y reforzaría el estigma asociado con la infertilidad y donación de gametos, el secreto es potencialmente dañino para la relación padre/madre-hijo, y el hijo tiene el derecho a saberlo y el deseo de privacidad de los padres no debería anteponerse a las necesidades del hijo.

### Guías psicológicas en la Medicina reproductiva

En el caso de la Medicina de la Reproducción, los factores psicológicos y sociales hacen necesaria una respuesta no sólo biológica, sino que se requiere un equipo multidisciplinario.

El Grupo de Psicología de la Sociedad Europea de Reproducción Humana (ESRHE) está elaborando y a la vez recomienda a cada Centro Reproductivo publicar Guías de psicología para el personal médico y el resto de profesionales implicados en el tratamiento de la infertilidad, es imprescindible que todos los miembros del equipo terapéutico desarrollen al máximo

su capacidad y habilidades, creando un ambiente positivo, imperando la sensibilidad y comprensión hacia la dimensión psicosocial de la infertilidad y no sólo hacia el éxito biológico de la reproducción, a la vez de que el psicólogo forme parte activa del grupo multidisciplinario del centro reproductivo ya sea de manera interna o independiente.

Si bien los resultados obtenidos hasta la fecha acerca del éxito de la intervención psicológica en los resultados biológicos –medidos en porcentaje de embarazos– son contradictorios, sí indican probabilidad menor de conseguir embarazo o mayor probabilidad de aborto espontáneo en mujeres con problemas o trastornos psicológicos, psiquiátricos o ambos. Por lo que los resultados de estos estudios subrayan la importancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de infertilidad y aplicación de intervenciones psicológicas antes y durante los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes.

El objetivo básico de cualquier consejo y apoyo psicológico es asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban el suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de manera saludable a las consecuencias de la experiencia de infertilidad. Se cree que un enfoque más holístico de la atención al paciente puede mejorar los resultados de salud, incrementar la satisfacción del paciente y la del equipo, reducir las reacciones psicosociales negativas y ayudar a los pacientes a aceptar sus experiencias.

En años recientes se desarrollaron varios modelos de consejo terapéutico (Hammer 1999) que describen una amplia variedad de modalidades: por ejemplo, individual, en pareja o grupo y de estrategias de intervención psicológica.



La intervención psicológica puede consistir en valorar y apoyar:

- el reflejo de los problemas de la historia del individuo y familia,
- la aceptación de la situación,
- el significado y efecto de la infertilidad, incluido el trabajo del duelo que se produce,
- el trabajo en alternativas de vida y conceptos de futuro,
- el desarrollo de estrategias de afrontamiento y para minimizar el estrés,
- resolución de problemas y conflictos,
- aspectos específicos, por ejemplo, sexuales, maritales y otros problemas interpersonales.

Por lo que la asistencia integral a la pareja infértil debe incluir el soporte psicológico desde el momento en que se tiene conocimiento de su infertilidad. Se ha demostrado repetidamente que las parejas estériles tienen problemas emocionales no sólo atribuibles a su infertilidad, sino también debido a la propia búsqueda de soluciones y a las consecuencias del tratamiento elegido, por lo que es imperativo que la pareja preserve su salud mental sea cual sea el resultado del tratamiento o de la vía de solución que utilice.

### ¿Evaluación psicológica?

Fernández Ballesteros (2005) define la evaluación psicológica como la disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto humano o grupo específico de sujetos, con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones.

La evaluación conlleva un determinado proceso (de las mismas características y naturaleza que el proceso a través del cual la ciencia progresa) en el que han de ser aplicados una serie de dispositivos, pruebas y técnicas psicológicas. Señala la catedrática de evaluación psicológica, que equiparar el todo con la parte es un grave error, ya que en muchas ocasiones se equipara evaluación psicológica con las pruebas, y estaríamos cometiendo un grave error no sólo metodológico, sino también conceptual. La evaluación psicológica no se reduce a la simple aplicación de unos instrumentos de medida, ya que más bien estaríamos hablando de testología. La evaluación surge como una orientación más comprensiva, más globalizadora, como una disciplina más cualitativa, que el puro hecho de probar. Las pruebas sólo son algunos (tal vez los más importantes) de los instrumentos utilizables al momento de recoger información acerca del sujeto, contrastar las hipótesis formuladas y tomar decisiones de los objetivos del caso para el diagnóstico, orientación, selección o tratamiento. La utilización de las pruebas lleva consigo el uso responsable de un material que se conoce suficientemente y, sobre todo, el que el psicólogo ha adquirido.

### ¿Quién valora?

Fernández Ballesteros (1992/1997) señala que los conocimientos básicos que un buen psicólogo ha de poseer para realizar una buena evaluación psicológica han de ser, además de los conocimientos teóricos, empíricos y metodológicos básicos que son fundamentales en la práctica de la psicología, los fundamentos biológicos y sociales del comportamiento, los procesos atencionales y perceptivos, memoria, aprendizaje, resolución de problemas, personalidad, diferencias individuales y su evolución.

Por su parte, el grupo de profesionales de la salud mental de la Sociedad Americana de Medicina

Reproductiva desarrolló en 1995 unas directrices en las que figuraban los requisitos que debían cumplir a nivel académico los profesionales que trabajasen en unidades de reproducción. Los requisitos de formación incluían, entre, otros estudios de posgrado en aspectos psicológicos de infertilidad, tanto en programas de maestría como doctorados, así como de terapia familiar y de pareja, sexual, intervención en crisis y experiencia mínima de un año supervisada con pacientes infértiles. Respecto a las áreas de intervención propuesta por la sociedad americana destacan la psicometría, la evaluación psicológica, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, la psicoterapia, la terapia familiar y de pareja, el apoyo y orientación en la toma de decisiones, la información y educación en el área de la infertilidad y sus diversos tratamientos, el soporte de grupo, la intervención en crisis y el consejo sexual (Hammer 1999).

Una revisión en la bibliografía pone en evidencia que no existen criterios acordados en los diferentes países y clínicas para los profesionales de la salud mental que trabajan con este grupo de pacientes. Sin embargo, parece que por lo menos deben tener formación en salud mental y formación en aspectos médicos:

- Graduación en una profesión de salud mental (psicología, asistencia social).
- Licenciatura (registro y certificado).
- Formación en los aspectos psicológicos y médicos de la infertilidad.
- Al menos un año de experiencia clínica.
- Asistencia regular a programas de educación continua.

#### ¿Quién requiere la intervención psicológica?

La bibliografía existente indica que entre 25 y 65% de los pacientes que asisten a las clínicas

de infertilidad principalmente padecen ansiedad, si se considera que entre la población general 3 a 5% de personas tiene dificultades psicopatológicas actuales o pasadas, el riesgo de que aparezcan problemas al someterlas a proceso reproductivos y reaparezcan afecciones anteriores es muy alto (Guerra Díaz 2008).

Con base en los principio de atención integral se considera que debe poderse evaluar a todos los usuarios de las unidades reproductivas, parejas, mujeres y hombres solos, donantes de gametos. Se señala la necesidad de evaluar a todos los pacientes que vayan a recibir donación de gametos, embriones, como en nuestro caso, a cada una de las personas implicadas en la gestación subrogada, así como en casos incluso de adopción, estos pacientes que utilizan gametos donados, subrogación o adopción para lograr la paternidad, reproducción que se llama "reproducción con intervención de terceros" plantea muchas reacciones psicológicas y aspectos que pueden ser discutidos y manejados mejor en el proceso indispensable de apoyo o consejo.

Estos grupos requieren especial atención, como el caso de la gestación subrogada en la que entra a formar parte del procedimiento una tercera persona; tendrá que valorarse, entre otros aspectos, la personalidad y estabilidad emocional de cada persona involucrada, que, además, deberán estar perfectamente bien informadas de lo que implica el tratamiento, así como aceptarlo y comprometerse a las cláusulas del contrato. El psicólogo será el primer profesional encargado de validar si son o no candidatos idóneos a este procedimiento por parte de la(s) persona (s) contratante(s), así como de la mujer gestante.

#### Variable a evaluar

Como hemos podido ver los estados de ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos son



los estudiados con más frecuencia por su mayor incidencia y prevalencia en los pacientes con infertilidad, así como pruebas de personalidad y estado emocional de apoyo para gestación subrogada.

Se ha encontrado una gran variedad de variables evaluadas en diferentes trabajos, que incluyen: acontecimientos vitales, apoyo social, autosuficiencia percibida, ansiedad, depresión, estrés, ira, autoestima, estrategias de afrontamiento, infertilidad, optimismo, pareja, percepción de control, personalidad, psicopatología, psicósomáticas, sexualidad, tipo de control.

Entre los instrumentos evaluadores se encuentra un largo enlistado de referencias consultadas y clasificadas por variables, en función de su mayor frecuencia de aparición destacan (Giménez Vicenta 2008):

*Emocionales: Ansiedad:* State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Spielberger et al, 1970). *Depresión:* Beck Depresión Inventor (BDI; et al 1979).

*Psicosomáticas/estrés:* Symptom Ckecklist 90-R (SCL-90-R de Derogatis).

*Estrategias de afrontamiento/apoyo social:* COPE (Carver, 1989). The ways of coping ckecklist-revised (Folkman& Lazarus, 1985). The coping style rating scale (Lu, 1996). Social Desirability scale (Crownier & Marlowe, 1964).

*Acontecimientos vitales:* Life events scale (Paikel et al 1971).

*Personalidad/psicopatologías:* Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI-2). Eysenck personality inventory (EPI; Eysenck&Eysenck 1968). Eysenck personality questionnaire (EPQ: Eysenck&Eysenck, 1975). 16 PF Personality profile (Cattell&Eleer, 1970). Rorschach (Rorschach, 1921/1942).

*Pareja:* Escala de ajuste marital-MAS (Locke-Wallace, 1959). Escala de ajuste diádico-DAS (Spanier, 1976).

*Sexualidad:* Bemm Sex role inventory (BSRY; Bem, 1981).

*Infertilidad:* Comprehensive psychosocial history for infertility (CPHI); Hammer & Covington 1999/2000). Questionnaire relative to psychosocial dimensions of infertility (Chantel, et al, 1988).

### ¿Cómo evaluar? (Giménez Vicenta 2008)

Los instrumentos más usados son las entrevistas y las pruebas, éstas se clasifican en tres niveles en función de su especialización:

- En el primer nivel se incluyen las que puedan aplicarse, puntuarse e interpretarse con la mera ayuda del manual de la prueba.
- En el segundo nivel se requiere un cierto nivel de conocimiento técnico acerca de la construcción y uso de las pruebas, así como de los aspectos psicológicos y educativos subyacentes, como estadística, diferencias individuales, personalidad, ajuste, trabajo y consejo psicológico.
- En el tercer nivel se encuentran las pruebas que requieren el conocimiento profundo de la misma y de la teoría subyacente (Muñiz 1997). Las pruebas psicológicas pueden evaluar características multidimensionales, como la personalidad o dimensiones como la ansiedad y depresión.

Tradicionalmente desde mediados del decenio de 1980, Caruso (2000) señala el uso de la evaluación de parejas infértiles de las siguientes pruebas: MMPI (área de personalidad), SCL-90



(síntomas psicofísicos), STAI (ansiedad estado-rasgo y BDI (depresión). En una revisión de Moreno (2000), encontraron el uso de 67 pruebas diferentes en una gran variedad de pruebas psicométricas.

De acuerdo con grupo de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), Giménez Vicenta comenta que la evaluación debe ser un proceso continuo, al igual que el médico. Incluso, debe realizarse la vigilancia antes, durante y después del tratamiento (Boivin 2001).

- a. El protocolo a seguir podrá ser realizar una entrevista clínica psicológica basada en aspectos de su historia de esterilidad/infertilidad. También puede hacerse una evaluación y orientación inicial a todos los usuarios de la unidad, tanto a nivel individual como de pareja, especialmente los que serán receptores de gametos, embriones o personas implicadas en gestación subrogada. Con el objetivo de detectar y prevenir las alteraciones psicológicas que pueden aparecer por la disonancia cognitiva, que tal proceso pueda producir en el sistema de creencias de los pacientes. El instrumento aconsejado en la evaluación de parejas como evaluación puede ser el SCL-90R de Derogatis y la escala de Ajuste Diádico-DAS, ya que se evalúa el área de la sexualidad y el efecto de estrés en la pareja.
- b. La evaluación de los candidatos de donantes de gametos, embriones y gestación subrogada. Se realiza siguiendo la normativa legal vigente actualmente Ley 14/20006 de 26 de mayo, capítulo II, artículo 5.6. El grupo de la SEF aconseja realizar una entrevista semiestructurada que llevará a cabo el psicólogo de la unidad o referente y una medición objetiva de parámetros de personalidad (normal y patológica), a través de dos instrumentos no excluyentes entre sí como son:

1. Inventario de Personalidad NEO Revisado de Costa y McCrae, en cualquiera de sus dos versiones (Neo PI-R o Neo FFI).
  2. Inventario Multiaxial clínico de Millon II (MCM-II).
- c. La vigilancia debe realizarse antes y después del ciclo de tratamiento, sobre todo después de los ciclos fallidos para detectar la aparición de síntomas emocionales derivados del no cumplimiento de las expectativas de embarazo y prever cómo estos síntomas pueden interferir en el siguiente ciclo. Los instrumentos de evaluación aconsejados además de la propia entrevista clínica son:
1. Inventario de Beck de depresión/ansiedad y SCL-90 del área psicosomática.
  2. En el SEF se recomienda un instrumento desarrollado por Boinin (Hammer 2000) "Daily Record Keeping Sheet", que evalúa el área emocional, física y las estrategias de enfrentamiento en cuanto a cada ciclo de tratamiento en infertilidad.
  3. Las pruebas de personalidad seleccionadas también aportan información respecto a quiénes de nuestras pacientes serán más susceptibles a labilidad emocional, provocada por los tratamientos de fertilidad, pudiendo predecir su conducta en función de sus estilos de personalidad y su estado emocional, ya que miden esta dimensión y su estilo interaccional. También en la Hammer (2000) se encuentra la descripción de estilos de personalidad y comportamientos ante la infertilidad. La evaluación de la personalidad permite predecir lo que una persona hará en determinada situación, lo que es





de vital importancia en el caso de la evaluación de la mujer gestante para la gestación subrogada, incluso también para los propios solicitantes.

- d. Tras el objetivo deseado: el embarazo, se encuentra el miedo a la pérdida, las posibles consecuencias, los cambios sufridos en el cuerpo o el momento del parto, así como las características del futuro bebé (sobre todo cuando existe donación de gametos), así como las dudas ante su capacitación, ante la maternidad/paternidad, lo que incrementa, aun con el éxito obtenido, el estrés. Mención especial, como comentamos, serían las reacciones emocionales experimentadas ante un embarazo múltiple y más si conlleva la decisión de una reducción selectiva embrionaria.

#### **Beneficios de la ayuda psicológica (Gutiérrez Katie 2008)**

Existen diversos estudios nacionales e internacionales que analizan los resultados obtenidos de la intervención psicológica. Los criterios incluyen medidas de niveles de ansiedad y depresión, medidas de calidad de vida y satisfacción personal, modo de afrontamiento, grado de indefensión que incluye la adecuada selección de parejas para los diversos procedimientos, obteniendo algunos de los beneficios siguientes: disminución en niveles de ansiedad, estrés y depresión, mayor autocontrol cognitivo para neutralizar los pensamientos negativos, las anticipaciones de fracasos y las reevaluaciones de los mismos, refuerzo de la autoestima, mayor optimismo y cooperación en el tratamiento, incremento de la confianza y comunicación con el equipo médico, mejora en las dificultades de relación de pareja surgida como consecuencia de los tratamientos, aumento de la percepción de calidad de vida y del bienestar personal, incremento de la percepción de control de frente

al seguimiento pasivo de los tratamientos, toma de decisiones más adecuadas y, en consecuencia, mejor integración de los pacientes en todo el proceso médico, prevención y mejoría del desajuste psicológico cuando la situación de infertilidad se alarga, así como la evaluación adecuada para la selección de pacientes, valorando si son o no los candidatos idóneos para el procedimiento requerido o solicitado por cada persona o pareja.

#### **Aspectos legales de la maternidad subrogada en el mundo**

En Estados Unidos tuvo sus inicios en 1975 –antes de que se produjera el primer embarazo por fertilización *in vitro* (1978)–; en California un periódico de esa ciudad publicó un anuncio en el que se solicitaba una mujer para ser inseminada artificialmente, a solicitud de una pareja estéril que ofrecía una buena remuneración económica (María Eleonora Cano) en fecha 4 de diciembre de 1975; desde ese momento comenzaron aparecer varias agencias que ofrecían este servicio, en las que los contratos se llevaban a cabo de manera privada. En 1985 se marcó el cambio, cuando el matrimonio Stern (Elizabeth, pediatra de 41 años, y William, bioquímico), contrató a Mary Whitehead para la gestación de un niño, producto de la inseminación artificial con semen del señor Stern.

El contrato plasmaba el compromiso por parte de la madre portadora de no crear una relación materno-filial con el bebé, no fumar, no beber, no tener relaciones sexuales que pudieran afectar la fertilización ni el parto y la obligación de abortar si las pruebas de amniocentesis evidenciaban que el feto tenía anomalías. La remuneración era de 10,000 dólares.

El 27 de marzo de 1986 nació Baby M, pero la madre portadora (donadora del óvulo) se negó a entregar el bebé al matrimonio Stern. La señora Whitehead procedió a reconocer a

la bebé como hijo suya. La madre gestante comentaba que no podía desprenderse de su hija y, en efecto, un informe psiquiátrico determinó ciertas connotaciones psicológicas que le impedían desprenderse de la recién nacida; este dato lo conocía el intermediario entre ambas partes; sin embargo, debido a la dificultad de encontrar otra candidata olvidaron informar este pequeño gran detalle para no perder la comisión correspondiente al contrato.

El juez de Nueva Jersey, que actuó en primera instancia, entregó la custodia de la pequeña al matrimonio Stern y determinó que el contrato era válido debido a que la madre portadora rompió su contrato por dos motivos: por no haber entregado al Señor Stern la criatura nacida de ella y del Señor Stern y por no renunciar a sus derechos de progenitora en relación con la niña.

Esta sentencia fue apelada por la madre portadora y el tribunal supremo del estado revocó el fallo, aunque mantuvo firme que el hogar con los Stern era el lugar adecuado para Baby M por las mejores condiciones socioeconómicas de la familia, invocando el principio del interés del niño, la corte le concedió a Mary y a la madre biológica el derecho de las visitas con base en:

1. Uno de los fines del contrato es conseguir la adopción de un niño a través de las gestiones de una agencia privada, pero la utilización de dinero para tal propósito resulta ilegal.
2. La renuncia a todo derecho, deber y responsabilidad sobre Baby M se estima y declara nula, porque tal renuncia se encuentra revestida de interés público y sólo puede otorgarse una vez que se han cumplido los requisitos señalados en la Ley, lo que en este caso no aconteció.
3. Constitucionalmente el derecho de procreación es simplemente el derecho de

tener hijos según la naturaleza, a través de relaciones sexuales o por inseminación artificial. No es nada más que eso (Rosa Adela 1994).

Como consecuencia de este caso, el decenio de 1980 se caracterizó por la necesidad de regular situaciones para este procedimiento. Por tal motivo, en 1987 se elaboraron proyectos de ley en casi todos los estados de Estados Unidos, aunque sólo Arkansas, Nevada y Lousiana tienen leyes ya aprobadas. En Arkansas, la normativa prevé que si una pareja contrata a una madre subrogada soltera, aquéllos son los padres legales del niño, no la madre portadora. En Lousiana no son exigibles los contratos realizados mediante precio. En Estados Unidos no existe una legislación unitaria en la materia. Alabama, Illinois, Iowa, Maryland y Wisconsin pretenden su prohibición. Florida, Kentucky, Michigan, Nueva York, Oregon y Pensilvania intentan vetar únicamente los de tipo comercial.

En el Reino Unido de Gran Bretaña, debido a la falta de legislación en los temas de reproducción asistida y a la ansiedad suscitada en la sociedad, el parlamento encargó la confección de un reporte. En 1984, la Comisión de Investigación en Fecundación y Embriología Humana, presidida por la filósofa Mary Warnock, que entregó el denominado Informe Warnock (Warnock MA. Question of life. The Warnock report. Human Fertilization & Embriology, United Kingdom, Brasil. Blackwell, 1985). Este informe fue creado por el gobierno británico a efecto de investigar las entonces nuevas técnicas de reproducción asistida en humanos. Este informe es particularmente significativo por haber extendido el término *preembrión*, para denominar al producto de la concepción anterior a su implantación (fijada a partir del día 14 después de la unión del óvulo con el espermatozoide).

El informe buscaba determinar el estado de los embriones concebidos artificialmente y hallar



la justificación que permite su manipulación durante un periodo. El informe habría de servir como fundamento para la dación de la normatividad en reproducción asistida del Reino Unido, conocido como la *Human Fertilization & Embriology Act* de 1990.

Respecto a la maternidad subrogada el informe Warnock recomendó:

1. Aprobar una legislación que declare ilegal todo acuerdo de maternidad subrogada y, como consecuencia, la inexigibilidad de tales pretensiones ante los tribunales. Según la Subrogacy Arrangement Act. 1985 para Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, se sanciona penalmente la publicidad y la gestión comercial encaminada a fomentar y ayudar a la realización de acuerdos o contratos de maternidad subrogada.

2. Asimismo, la normativa prohíbe:

- a. Iniciar o colaborar en negociaciones con el propósito de concertar un acuerdo la maternidad de subrogación.
- b. Ofertar o convenir negociar la realización de tales acuerdos.
- c. Recopilar cualquier información con el propósito de su utilización o negociación de acuerdos de maternidad subrogada.

Como consecuencia de lo expuesto, hay que destacar que la maternidad de subrogación gratuita o sin precio no puede reputarse ilegal en Gran Bretaña y que ni el pago ni el cobro entre sustituta y los futuros padres pueden reputarse (Rosa Adela 1994).

En 1987 Kim Cotton aceptó ser madre sustituta a través de inseminación artificial con semen del marido de la pareja. El acuerdo se efectuó bajo la suma de 14,000 libras. Un funcionario del

servicio social gubernamental realizó la denuncia ante un tribunal, que decidió que el menor permanecería bajo la custodia del hospital hasta tanto el mismo se expidiera definitivamente. La Corte Superior Civil de Londres decidió que la niña debía ser entregada a la pareja contratante mediante el correspondiente trámite de adopción.

En Australia en el estado de Nueva Gales del Sur, una madre gestante se negó a entregar al niño a la pareja contratante. A raíz de este caso el estado de Victoria aprobó una ley que veda a los donantes de esperma u óvulos para reclamar el estado de paternidad o maternidad.

Francia tiene un proyecto para legislar este tema, a raíz de que se han presentado varias situaciones reales, por ejemplo el 25 de octubre de 2007 la justicia reconoció a Sylvie y Dominique sus derechos como padres de las gemelas que tuvieron gracias a una madre de alquiler californiana. Tratando de legislar con condiciones: se reconocen los derechos solo a parejas heterosexuales que demuestren más de dos años de convivencia, siempre y cuando sea biológicamente imposible que la mujer quede embarazada, propuesta de la senadora Michelé André (Patricia Alzate 2008).

Brasil no tiene una legislación específica, pero posee una resolución, que considera que las clínicas, centros o servicios de reproducción humana pueden realizar una gestación por sustitución, cuando exista un problema médico que impida o contraindique la gestación por parte de la donadora genética. En estos casos la madre sustituta debe pertenecer a la familia de la madre biológica, en una relación de parentesco hasta segundo grado. Los otros casos estarán sujetos a la autorización del Consejo Regional de Medicina. Se prohíbe expresamente el carácter lucrativo de la práctica. De acuerdo con el artículo 199, párrafo 4 de la constitución Federal de ese país, el cuerpo humano y sus sustancias

constituyen objetos fuera del comercio y en ese sentido la gratuidad en el hecho podría actuar como un presupuesto de legalidad.

En Argentina no hay regulación de la maternidad subrogada ni de las técnicas de reproducción asistida. El programa de salud sexual y procreación responsable está enfocado en alcanzar el nivel de salud sexual y procreación responsable para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, prevenir embarazos no planificados, promover la salud sexual de los adolescentes, pero se habla lo mínimo acerca de los alcances del derecho a la reproducción en su aspecto positivo, al derecho de exigir que se proporcionen los medios necesarios para procrear, incluidas las técnicas de reproducción asistida y maternidad subrogada.

Solamente el diario La Nación, de Buenos Aires, hace referencia a la existencia de un proyecto de ley en el Congreso Nacional sobre “Ventre subrogado”, de la senadora Adriana Bortolozzi, que considera el alquiler de vientres como parte de la manipulación genética, un pacto de contenido inmoral contrario a las buenas costumbres.

En la mayoría de los países la maternidad subrogada no está legislada; sin embargo, en España hay parejas que acuden a terceras personas para poder tener un hijo y, pese a que la práctica está prohibida, por internet se encuentran muchas mujeres que ofrecen sus servicios y, aunque se puede acudir a los países donde es legal, la ley española no permite a los padres inscribir al niño en el registro civil como su hijo, debido a que en su código civil (artículo 1271) se consagra que las personas presentes o futuras no pueden ser objeto de contrato. Y sostiene que contraviene la más elemental regla de orden público: el respeto a la dignidad y al valor de la persona humana, como el caso de dos demandados, varones, españoles, casados, que lograron la inscripción en el registro civil de sus hijos nacidos de un vientre de

alquiler mediante la presentación de certificados de nacimiento expedidos por el condado de San Diego, en los que ambos figuraban como padres de los nacidos. El tribunal confirma la sentencia del juzgado de Primera Instancia, que dejó sin efecto la inscripción y ordenó la cancelación de la misma, de esta forma se desestima la primera resolución.

La audiencia indica que es cierto que toda resolución que afecte a los menores de edad debe tener como guía el principio del interés del menor, pero agrega que la satisfacción de dicho interés no puede conseguirse infringiendo la ley, máxime cuando la propia ley española ofrece cauces para la inscripción de la filiación de los menores de los demandados.

Junto a ello, señala que la Constitución permite la inscripción en el Registro de la filiación, a favor de dos mujeres, mientras que no se permite a favor de dos hombres, puesto que dos mujeres no necesitan acudir a otras mujeres para gestar.

Los países que permiten la maternidad subrogada de forma altruista y comercial son: Bélgica, Georgia, Ucrania, Rusia, India (cada uno con sus respectivas restricciones).

En la India, en 2004, en la clínica Akanksha en Anand, se produjo el primer alumbramiento subrogado; hoy día, este centro ha alcanzado el mayor número de embarazos subrogados. Sin embargo, existen ciertos marcos regulatorios. En caso de necesitar óvulos donados, no podrán ser los de la madre sustituta, para evitar factores emocionales después del alumbramiento. Se evita el contacto entre padres y madres sustitutas, buscan que las mujeres vivan en hospedajes cerca de la clínica y dejen de trabajar proveyéndoles cuidados a sus familiares. Ellas reciben una suma de 6,000 dólares, que equivale a nueve años del ingreso que podrían tener ellas o el esposo (Leila Mir Candal).



En Ucrania es legal, incluso la maternidad subrogada comercial. El nuevo código de familia (artículo 123, punto 2) dispone que en caso de que el embrión generado por los cónyuges sea transferido a otra mujer, los conyugues serán los padres del niño. El punto 3 de ese artículo consagra a los cónyuges la posibilidad de realizar la fecundación *in vitro* con ovocitos donados considerando el embrión de los mismos. Habiendo dado su consentimiento a la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, los cónyuges ejercerán sin limitación alguna la patria potestad sobre los niños nacidos a consecuencia de dichas técnicas. El aspecto médico de esta cuestión viene regulado por la orden del Ministerio de Salud de Ucrania núm. 771, del 23 de diciembre de 2008.

En la Federación Rusa es legal también la maternidad subrogada comercial y es accesible para prácticamente todos los mayores de edad que deseen ser padres. Las indicaciones médicas son ausencia de útero, malformaciones del mismo, sinequia uterina, enfermedades somáticas donde esté contraindicado el embarazo o reiterados intentos fallidos de fecundación *in vitro*.

El primer caso fue en 1995 en el Centro de FIV, adjunto al Instituto de Obstetricia y Ginecología de San Petersburgo. Hay casos de personas célebres como cantantes, mujeres de negocios y de otras mujeres rusas como Ekaterina Zakharova, Natalija Klimovay, Lamara Kelesheva, que fueron abuelas mediante programas de fecundación *postmortem*: sus nietos fueron concebidos y gestados por madres sustitutas después de que fallecieron sus hijos.

La inscripción registral de los nacidos se rige por el código de Familia de Rusia, artículos 51 y 52 y la Ley de Actos del Estado Civil, artículo 16. La madre de alquiler debe dar su consentimiento para que sea registrado el nacido. No se requiere para su efecto, ni de una resolución judicial, ni

el procedimiento de adopción. El nombre de la madre de alquiler nunca aparece en el certificado de nacimiento. No es obligatorio que el niño tenga el vínculo genético con por lo menos uno de sus padres.

El 5 de agosto de 2009, un juzgado de San Petersburgo resolvió de forma definitiva los debates sobre si una mujer soltera puede recurrir a la gestación por sustitución, obligando a registrar a Natalia Gorskaya, de 35 años de edad, como madre de su hijo de probeta.

El 4 de agosto de 2012 un juzgado de Moscú dictaminó que un hombre soltero que había contratado un programa de sustitución con donación de óvulos podría ser registrado como el padre de su hijo, convirtiéndolo en el primer hombre, que es padre por este procedimiento, lo que confirma que las personas sin pareja, indistintamente de su sexo u orientación sexual, pueden ejercer su derecho a ser padre o madre a través de este procedimiento, sin aparecer la filiación de la madre sustituta. Lo que ha hecho de Rusia un lugar de turistas reproductivos, donde los extranjeros tienen los mismos derechos a la reproducción que los rusos. A tres días del parto obtienen el certificado ruso de nacimiento.

En la República Mexicana, Tabasco es la única entidad que cuenta con normatividad relacionada con la maternidad subrogada, pues en el artículo 92 de su Código Civil establece que *“en el caso de los hijos nacidos como resultado de la participación de una madre gestante sustituta, se presumirá la maternidad de la madre contratante”*.

## DISCUSIÓN

La ciencia médica en la actualidad ofrece una diversidad de técnicas reproductivas, pero desgraciadamente tiene una tasa de éxito baja. La cual está conformada por muchos factores,



algunos conocidos y otros desconocidos, uno de ellos es la edad de la mujer, que llega a solicitar estos procedimientos rebasando los 35 años de edad, factor importantísimo para el buen pronóstico de embarazo, debido a que la calidad de los ovocitos empieza a disminuir y con esto las probabilidades de éxito.

Asimismo, tenemos que en ocasiones las parejas no cuentan con un buen diagnóstico ni pronóstico reproductivo. Y qué decir del uso indiscriminado, sin el debido control por parte de algunos médicos y solicitud desesperante de las parejas en un afán de querer lograr el embarazo, lo que es un derecho, pero este derecho implica también intentarlo en las mejores condiciones, por lo que las personas que deseen realizar un contrato deben ser perfectamente valoradas; sin olvidar que la evaluación debe comprender la evaluación fisiológica y psicológica, que garantice la adecuada respuesta del organismo para conseguir el adecuado número y buena calidad de ovocitos, así como la recuperación de un número suficiente de espermatozoides con adecuada movilidad y morfología.

El perfil psicológico sirve para valorar el motivo verdadero que los lleva a querer tener un hijo, lo que es importante debido a que incluso pudiera ser que en verdad o muy dentro de sí no se desee el embarazo, lo que también influirá en las posibilidades de éxito o, aunque se lograse, sería frustrante o, bien, para afrontar con la mejor tranquilidad los pasos a seguir en estos procedimientos, ya que el procedimiento en sí es muy estresante y de no sobrevenir el embarazo la pareja empieza a angustiarse, lo que es otro factor negativo para el éxito.

Además de sobrevenir intentos fallidos, la pareja empieza a angustiarse y a deprimirse. Stanton (1992) comparó grupos de mujeres infértiles con y sin apoyo en salud mental; un año después observó que las personas que recibieron apoyo

emocional alcanzaron la condición de madres biológicas o adoptivas en un número significativo mayor que las que no lo recibieron. El porcentaje de embarazos logrados fue de 54% en comparación con 20% en el grupo control. De la misma manera se ha observado que después de tener intentos fallidos, la pareja gasta tanto económica y emocionalmente y decide olvidarse de estos tratamientos y es cuando sobreviene el embarazo, cuando la pareja está en un estado de aceptación y relajamiento, cuando su atención no está centrada en la infertilidad.

Con la existencia de técnicas reproductivas, como la iseminación artificial, fertilización *in vitro* e inyección intracitoplasmática, es posible la existencia de una técnica alternativa: la gestación subrogada o vientres de alquiler a la que recurren parejas heterosexuales que con las técnicas anteriormente mencionadas los intentos han sido fallidos, para parejas cuando la mujer tiene alteraciones en el útero, así como para personas que en la actualidad conforman la familia en nuestra sociedad actual, como parejas homosexuales de hombres y hombres solos. Para estas parejas, esta práctica subrogada resulta ser la única alternativa reproductiva, técnica pensada y solicitada, incluso antes de considerar la adopción, con el anhelo de tener un hijo propio (la pareja aporta cada uno sus gametos), o bien la mitad de la aportación genética (solicitan donador de algún gameto óvulo o espermatozoide), incluso aun cuando se solicitan ambos donadores.

Aunque todas las técnicas reproductivas involucran aspectos psicológicos, económicos y sociales, el método de la gestación subrogada por sus características, involucra directamente una tercera persona; se requiere crear leyes que protejan a las partes implicadas, pues aún hoy día se cuenta con leyes obsoletas para la realidad que se está viviendo, aunque con ello se hieran susceptibilidades a las ideologías retrógradas de la sociedad, que consideran que es una forma





de mercantilización y quizá este aspecto deba ser cuidado para que efectivamente no se realice de manera clandestina, ni en abuso por personas que quieran tomarlo como negocio, comprando a la larga problemas.

## CONCLUSIONES

Hace algunos años el ser humano tenía posibilidades de nacer sólo a partir del encuentro sexual y simbólico de una pareja. La reproducción asistida permite a las parejas infértiles tener hijos mediante una técnica que se inscribe en el encuentro simbólico entre esas dos personas. Todo lo asombroso y espectacular que tiene este avance tecnológico nos ubica a todos los profesionales implicados en esta área multidisciplinaria, ante dos opciones: alejarnos de ella con una visión apocalíptica del futuro o cumplir las tareas para las que constantemente nos formamos, en este caso de especialista en el laboratorio donde ocurre la manipulación genética.

Aunque la ciencia es simultáneamente la panacea y la caja de pandora, es necesario impulsar su desarrollo, así como aprender a equilibrarla en lo que es un deseo y derecho de las parejas solicitantes.

Debe entenderse que ese derecho no es absoluto, se extiende hasta donde no se vulneren los derechos de los demás, es un derecho con límites, que si bien no son otros que los derivados del ejercicio de la propia libertad y de la libertad de los demás, el ejercicio de los propios derechos y el respeto a los derechos de los demás.

En el caso de la gestación subrogada existe el derecho a tener hijos de las nuevas modalidades de familia, así como proteger los derechos de la mujer gestante y del hijo (a).

Por lo que la pareja deberá estar plenamente informada y conforme con el procedimiento a

seguir, así como conscientes del paso que van a dar.

Todo procedimiento reproductivo involucra fuertes aspectos psicológicos, por lo que se sugiere incluir al terapeuta antes, durante y después del procedimiento. La intervención psicoterapéutica a pesar de ser percibida por muchos como poco necesaria, ayuda a que la ansiedad y depresión disminuyan en la pareja infértil mejorando su calidad de vida y los resultados en las técnicas de reproducción asistida.

Deben incluirse consentimientos de todo tipo y en cada etapa, tanto para consentimiento del procedimiento como para el consentimiento de aceptación de gametos en caso de ser requerido y, finalmente, la aceptación de la paternidad del menor por nacer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agrawal R, Holmes J, Jacobs HS.. Follicle-stimulating hormone or human menopausal gonadotropin for ovarian stimulation *in vitro* fertilization cycles: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2002;73(2):338-343.
2. Albo de M, Valcarce M.. Homosexualidad y adopción: importancia de la adquisición de una identidad sólida. *Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos* 1995;6.
3. ALDF (Asamblea Legislativa del Distrito Federal) 13 Mayo de 2010 "Iniciativa de Ley sobre Maternidad subrogada". [www.mexicolegal.com.mx/cafeteando-ver.php?id=649](http://www.mexicolegal.com.mx/cafeteando-ver.php?id=649).
4. ALDF (Asamblea Legislativa del Distrito Federal) 30 de Noviembre de 2010 "Aprueba ALDF "Ley de Maternidad subrogada". [aldf.gob.mx/cosoc-aprueban-aldf-ley-gestacion-subrogada-df-6818](http://aldf.gob.mx/cosoc-aprueban-aldf-ley-gestacion-subrogada-df-6818).
5. Alzate Patricia. 2008. "Maternidad subrogada" 2008. [www.amabogados.com/blog/la-maternidad-subrogada.../229/-espana](http://www.amabogados.com/blog/la-maternidad-subrogada.../229/-espana).
6. Arazandi 2003. <http://www.aranzadi.es/index.php/informacion-juridica/noticias/la-audiencia-de-valencia-ratifica-que-una-pareja-no-puede-inscribir-en-el-registro-a-sus-hijos-nacidos-de-madre-de-alquiler>.
7. Argón México 19 Feb.2010. Maternidad subrogada. "Tema que propondrá elevar rango en el Distrito Federal". [argonexico.com/index.php?...maternidad-subrogada](http://argonexico.com/index.php?...maternidad-subrogada).
8. Baccino Giuliana. Homoparentalidad y técnicas de Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2008; cap. 7:55.

9. Bailey JM, et al. Sexual orientation of adult sons of gay father. *Development Psychology* 1995;31:124-129.
10. Bayo Borrás R, et al.. Aspectos emocionales de las Técnicas de Reproducción Asistida. [recursosparapsicologas.blogspot.com/...aspectos-emocionales-de-las...](http://recursosparapsicologas.blogspot.com/...aspectos-emocionales-de-las...) 2011.
11. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, et al. Guidelines for counseling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;16:1301-1304.
12. Bolaños C. Analizan la Ley de Maternidad subrogada en el Distrito Federal". 2010 ([www.eluniversal.com.mx/notas/660083.htm/](http://www.eluniversal.com.mx/notas/660083.htm/)).
13. Brewaeys A, Ponjaret I, Van Hall EV, Golombok S. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction* 1997;12(6):1349-1359.
14. Buil E, et al. La adopción por homosexuales. *Anuario de psicología jurídica*. 2004;14:81-98.
15. Camacho JM. Maternidad subrogada: una práctica moralmente aceptable: Análisis crítico de las argumentaciones detractores, 2009.
16. Cano ME. "Breve aproximación entorno a la problemática de la maternidad subrogada" <http://www.revistapersona.com.ar/cano.htm>.
17. Caruso S. Psychosocial evaluation of the infertile patient. En: Hammer L, Covington S, editors. *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon London and New York, 2000;85-178.
18. Cousineau T, Green T, Corsini E, Barnard T, et al. Development and validation of the infertility self efficacy scale. *Fertil Steril* 2006;6(85):1684-1696.
19. Crochetti S. Ser madre, ser mujer, ser humana: Las mujeres en el antiguo Israel. Las políticas natalistas y la legitimación religiosa. *Aljaba (Luján)* 2005;9:175-188.
20. Fernández-Ballesteros R. Introducción a la evaluación psicológica. Madrid: Ediciones Pirámide, 1992.
21. Fernández-Ballesteros R. Evaluación psicológica y tests. En: Cordero A, et al. (Comp.). *La evolución psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA Ediciones, 1997;11-26.
22. Fowler JE Jr. Infection of the male reproductive tract and infertility: a selected review. *J Androl* 1981;3:121-131.
23. Galeana P. 03 Dic 2010. "Controversias por la ley de maternidad subrogada". [www.Patriciegaleana.net/index.php?...maternidad-subrogada...df...](http://www.Patriciegaleana.net/index.php?...maternidad-subrogada...df...)
24. Giménez V, Quiroz S. Evaluación psicológicas en unidades de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2008;19.
25. Granados Pérez F. En búsqueda de la normalidad. Papeles del psicólogo. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*. 1995;61:92. Parent child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*. Vol 40:400-411.
26. Golombok S. Children raised in fatherless families from infancy: Family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mother. *J Child Psychol Psychiatr* 1997;38:783-791.
27. Golombok S, Perry B, Burston A, Murray C, et al. Children with lesbian parents: A community study. *Developmental Psychology* 2003;39:20-33.
28. Golombok S, et al. Surrogacy families: Parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatr* 2006;47:213-222.
29. González de la Vega G. 17 enero 2012. Entrevista con la Diputada Marcela Contreras. [vivirmexico.com/2012/.../gestación-subrogada-entrevista-con-la-dipu...](http://vivirmexico.com/2012/.../gestación-subrogada-entrevista-con-la-dipu...)
30. González FJ. La psicología del bebe. 2ª traducción en español. Siglo XXI Editores 2006;27-38.
31. Guerra Díaz D. Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en Medicina Reproductiva Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 2008;Capítulo 2:3. Grupo de Interés de Psicología Sociedad Española de Fertilidad.
32. Guerra Díaz D, Tirado Carrillo MP. Intervención psicológica en medicina reproductiva. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 2008;Cap. 5:29. Grupo de interés de Psicología sociedad Española de la Fertilidad.
33. Gutiérrez K. Intervención psicológica grupal en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2008;47.
34. Hammer L, Covington SN. *Infertility counseling: Comprehensive Handbook for clinicians (2ª reimpresión)*. New York, DC: Parthenon London and New York, 1999/2000.
35. Laffont I, Edelman RJ. Psychological aspects of *in vitro* fertilization: a gender comparison. *J Psychosomatic Obstetrics Gynecol* 1994;15:85-92.
36. Lebeci S. El lactante, su madre y el psicoanalista. Ed. Amorrortu, 1978.
37. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan. *Humana Reprod* 2001;16:1762 -1767.
38. Leonseguí Guillot RA La maternidad portadora, sustituta, subrogada o de encargo. *Boletín de la Facultad de Derecho* 1994;Núm. 7:317-338.
39. López Lamela A. Orientación sexual y maternidad/paternidad: la adopción en parejas de homosexuales. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos* 61:89-91.
40. Llavona Uribelarrea LM. Papeles del psicólogo. El impacto psicológico en la infertilidad. [Redalyc.vaemex.mx/pdf/778/77829202.pdf](http://redalyc.vaemex.mx/pdf/778/77829202.pdf), 2008.
41. Mir CL. "La maternidad intervenida. Reflexiones en torno a la maternidad subrogada". [www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbiotica/revista...leila.pdf](http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbiotica/revista...leila.pdf), 2010.
42. Moreno A, Guerra Díaz D. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Revista*



- Iberoamericana de Fertilidad 2008. [www.editorialmedica.com/.../suplemento\\_guias%20de%20psicologia](http://www.editorialmedica.com/.../suplemento_guias%20de%20psicologia).
43. Muñiz J. Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En: Cordeto A, et al (comp). La evaluación psicológica en el año 2000. Madrid: TEA Ediciones, 2007;307-339.
44. Muñoz D, et al. Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación *in vitro*. Anuario de psicología clínica y de la Salud 2009;5:99-105.
45. Notimex 20 Jul 2010. "Aprueban las comisiones unidas Ley de Maternidad Subrogada" [www.rincon.edico.org/t2276-aprueban-ley-de-maternidad-subrogada](http://www.rincon.edico.org/t2276-aprueban-ley-de-maternidad-subrogada).
46. Petterson ChJ, Redding RE. Lesbian and gay families with children: Implications of social science research for policy. J Social Issues 1996;52(3):29-50.
47. Quinn P, et al. Improved pregnancy rate in human *in vitro* fertilization with the use of a medium based on the composition of human tubal fluid. Fertil Steril 1985;44:433-498.
48. Roales Nieto Gil J. Apoyo social y salud en psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Jesús Gil Róales-Nieto (director). Pirámide. Madrid, 2003.
49. Robles J. 17 de Octubre de 2011. "Recibe aval la apertura a maternidad subrogada". [www.eluniversal.com.mx/ciudad/108464.html](http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/108464.html).
50. Rodríguez López D. Nuevas Técnicas de Reproducción Humana. El Útero como objeto de Contrato. [www.juridicas.una.mx/publica/rev/derpriv/cont/11/dtr/dtr5.htm](http://www.juridicas.una.mx/publica/rev/derpriv/cont/11/dtr/dtr5.htm), 2010.
51. Rubin Wainrib B, Bloch Hellin L. Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. DDB. Bilbao, 2001.
52. Smeenk MJM, et al. Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. Human Reprod 2005;20(4):991-996.
53. Snyder SH. Características de una buena madre sustituta. [www.airc-spanish.com/index.php?view=article&id=119...](http://www.airc-spanish.com/index.php?view=article&id=119...)
54. Statecey Judithand T, Biblarz J. (How) Does the sexual orientation of parents matter. American Sociological Review 2001;66:174-179.
55. Staton AL, Tennen H, Affeck G, Mendola R. Cognitive appraisal and adjustment to infertility. Women & Health 1991;17:1-15.
56. Staton A. Stress and coping: implications for managing infertility treatment. J Soc Clin Psychol 1992;11:1-13.
57. Suárez Sanjuán P. Problemas de fertilidad: Estrategias de afrontamiento y apoyo social. Información Psicológica 2000;72:30-36.
58. Tasker F, Golombok S. Adults raised as children in lesbian families. Am J Orthopsychiatric Association 1995;65:213.
59. Tasker F, Golombok S. Do parents influence the orientation of their children? Development Psychology 1996;32:7.
60. Tirado Carrillo MM, Dolz de Castellar Pareja P. Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos. Revista Iberoamericana de Fertilidad 2008;Cap.9:73.
61. Tort M. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1994.
62. Tubert S. Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología. Madrid: Editorial Siglo XXI, 1991.
63. Uranga E. 05 Dic. 2010. "Rechazan intelectuales y activistas ley de maternidad subrogada" [enoeuranga.org/.../rechazan-intelectuales-y-activistas-ley-de-maternidad](http://enoeuranga.org/.../rechazan-intelectuales-y-activistas-ley-de-maternidad).
64. Uribe J. "Preparan regulación sobre maternidad subrogada en el Distrito Federal" [vivirmexico.com/.../preparan-regulacion-sobre-maternidad-subrogada](http://vivirmexico.com/.../preparan-regulacion-sobre-maternidad-subrogada), 2010.
65. Valencia-FIV. Aspectos emocionales de las TRA. [www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/apoyo-psicologico/embarazo/aspectos-emocionales-reproduccion-asistida/](http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/apoyo-psicologico/embarazo/aspectos-emocionales-reproduccion-asistida/) 2010.
66. Van Den Akker O. Psychosocial aspect of surrogate motherhood. Human Reprod 2006.
67. Vasanti J et al. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Human Reprod 2003;18:2196-2204.
68. Vázquez Matute L, et al. Infertilidad: manual para el consultorio. 1ª ed. Edición y Farmacia, 2011.
69. Villanueva J. 20 Diciembre 2011. Rechazan reformas a la Ley de Renta de Úteros. [archivo.lainformación.mx/noticias/2011/12/20/27/](http://archivo.lainformación.mx/noticias/2011/12/20/27/).