



DOCUMENTO DE CONSENSO

Recomendaciones para intervención psicológica en receptores de gametos y embriones



Gemma Mestre^{a,*}, Amalia Bayonas^b, Mar Tirado^c, Soledad Chamorro^d,
Vicenta Giménez-Mollá^e y María Brichette^f

^a Gabinete de Psicología y Sexología, Fertilidad Activa, Col. IVI Mallorca, Palma de Mallorca, España

^b Clínica FIV Valencia, Valencia, España

^c IVI-Sevilla, Sevilla, España

^d IVI-Madrid, Madrid, España

^e Hospital de Día Quirónsalud, San Sebastián, España

^f Ámbito privado, Madrid, España

Recibido el 1 de febrero de 2016; aceptado el 3 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 30 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Donación de gametos;
Recepción
de gametos;
Intervención
psicológica;
Procesos de duelo

Resumen El planteamiento de la recepción de gametos como opción de maternidad-paternidad puede llegar a suponer un fuerte impacto emocional en el sujeto y/o la pareja. Asumir que los propios hijos no van a tener la misma genética implica un cambio importante en la vivencia de ser padres que precisa de una profunda reflexión. Ante esta situación, existen una serie de cuestiones personales y/o de pareja que deben ser abordadas en un espacio de intervención psicológica. Los autores recomiendan que, previo a los tratamientos con recepción de gametos y embriones, los pacientes acudan a sesiones de asesoría y consejo en apoyo psicológico que se centren en las siguientes fases de actuación: 1) valoración del impacto que los problemas de infertilidad han tenido en la vida de los pacientes (tanto a nivel individual como de pareja); 2) gestión del duelo en la recepción de gametos; 3) información-discusión-apoyo; 4) tiempo para reflexionar y decidir, y 5) actuación tras la toma de decisión.

© 2016 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Gametes donation;
Gametes receiver;

Recommendations for psychological intervention in gametes and embryo receivers

Abstract The subject and the procedure of receiving gametes as an option for parenthood can have a strong emotional impact on a couple. Knowing that their children will not have the same

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gemmamestre@gmail.com (G. Mestre).

Psychological
intervention;
Grief process

genes involves a major change in the experience of becoming parents. It therefore requires profound consideration. In addition to this, the individual partners and/or the couple will need psychological intervention to address a number of personal issues. The authors recommend that, prior to receiving gametes and embryos, patients should attend a series of counselling sessions that will focus on: 1) Assessment of the impact that infertility problems have had on the lives of patients, both individually and as a couple. 2) Grief management before receiving gametes. 3) Information, discussion and support. 4) Time to reflect and decide. 5) The necessary action required once the decision has been made.

© 2016 Asociación para el Estudio de la Biología de la Reproducción y Sociedad Española de Fertilidad. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La dificultad de conseguir un embarazo cuando existe un claro deseo de tener hijos es una de las situaciones más complejas que debe abordar una persona en su proyecto vital. A menudo, tanto a nivel individual como de pareja, hay que hacer frente a una crisis vital que genera cierta sensación de angustia, unido a sentimientos de pérdida y frustración profundas. Estos factores se suelen agravar en los casos de recepción de gametos. La empatía del médico¹ posibilita que el paciente se dé permiso para expresar sus emociones y necesidades, sin embargo, ciertas cuestiones personales y/o de pareja en el caso de la recepción de gametos deben tener un espacio de intervención psicológica con técnicas adecuadas para trabajar con la emoción y el estado psíquico de la persona (Roca y Giménez, 2011).

Los grupos de psicología de las diferentes sociedades de medicina reproductiva, como son la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), la *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) y la *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), han señalado la importancia de proporcionar asistencia multidisciplinar a aquellos pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida, es decir, ofrecerles soporte tanto a nivel físico como emocional. Estudios como los de Boivin et al. (2011) y Chiaffarino et al. (2011) avalan estos planteamientos.

Recientemente, Jafarzadeh-Kenarsari (2015) y su equipo concluyeron que contar con un servicio de apoyo psicológico centrado en el paciente y realizar intervenciones de pareja puede mejorar la calidad de vida del paciente en tratamiento de reproducción asistida, aliviar el impacto emocional de la situación y mejorar los resultados del tratamiento. En el mismo sentido, en un metaanálisis realizado por Frederiksen et al. (2015), estos señalaron que las intervenciones psicosociales en parejas en tratamiento de infertilidad, en particular aquellas de corte cognitivo conductual, pueden ser eficaces en dos sentidos, reduciendo los niveles de estrés y mejorando las tasas de gestación. Por otra parte, Ying et al. (2016), tras hacer una revisión de la bibliografía sobre el tema, concluyeron que estas intervenciones son especialmente relevantes en los días de espera

de los resultados de los tratamientos y en aquellos casos en que los pacientes han tenido varios ciclos de tratamiento fallidos.

En los casos de tratamiento con donación de gametos, este soporte se hace aún más relevante, ya que le permitirá expresar sus interrogantes y sus temores ante la pérdida de la continuidad genética o asunción de material genético de origen desconocido. Según Hammarberg et al. (2008), el apoyo psicológico en los tratamientos con donación de gametos es doble, tanto para los receptores como para los propios donantes. Indekeu (2013) va más allá y asegura que en todo programa de donación de gametos debe abordarse tanto el problema de la infertilidad² desde el punto de vista psicológico como la forma en que los pacientes van a tratar su modelo de construcción de la familia. Este autor concluye que el apoyo psicológico en los programas de donación debe ser considerado como algo complementario al tratamiento médico. En este sentido, los profesionales implicados (ginecólogo, biólogo y psicólogo) deben tener un mismo objetivo, procurando que el paciente vaya integrando la información médica, biológica y el ajuste que a nivel psicológico esta información le demanda. De esta forma se conseguirá una estabilidad emocional que le ayudará a tener una actitud proactiva ante el tratamiento y una mayor seguridad en la decisión tomada.

Objetivo

El objetivo de este artículo es proporcionar unas recomendaciones protocolizadas que sirvan de herramienta de trabajo, garantizando un espacio de asesoramiento emocional, consejo y reflexión profesionalizada a los pacientes, que facilite su proceso de toma de decisiones.

La finalidad última de esta intervención es ayudar a los pacientes a procesar el cambio que se produce en el tratamiento de reproducción asistida y que implica la renuncia a los propios gametos en uno o ambos miembros de la pareja. Frente a esta situación, el paciente reacciona según su historia personal, creencias, valores, rasgos de personalidad y habilidades de afrontamiento. Estos factores mediarán unas

¹ A lo largo de todo el texto se utiliza el masculino para incluir los dos géneros (femenino y masculino).

² A lo largo del texto se emplea el término infertilidad para referirse tanto a la infertilidad como a la esterilidad, de causa primaria o secundaria.

vivencias en las que influyen, de forma clara, el duelo vivido, el nivel de desgaste emocional por los anteriores procesos fallidos —cuando los hay— y la inquietud por la revelación del origen al futuro hijo/a. Estas vivencias pueden llegar a incidir en el futuro vínculo paterno-materno-filial.

La intervención psicológica en receptores de gametos proporciona tres niveles de beneficio:

- **Beneficio para el/la paciente.** Se le permite reflexionar y expresar sus sentimientos y pensamientos. Igualmente se le facilita información que le ayudará a resolver los miedos, fantasías, dudas y pérdidas, situándole en un marco de seguridad y confianza en el que las decisiones se toman con base en el conocimiento, la ilusión y el deseo. Se ayuda a resituar a todas las partes y personas integrantes en el proceso. El/la donante pasará a ser el facilitador de su proyecto de paternidad, eliminándose así muchos temores y dudas.
- **Beneficio para el médico.** Se fundamenta en el principio de autonomía del paciente y la relación deliberativa entre ambos. Al reconocerse el valor de las emociones y posibilitar la decisión informada por parte del paciente, se incrementa la relación de confianza con el médico, le fideliza con la clínica, lo que provoca mayor adherencia al tratamiento si es necesario, se minimiza el abandono y se mejoran las probabilidades de éxito reduciendo el impacto emocional a los pacientes.
- **Beneficio para la futura descendencia.** Ayuda a la mujer o pareja a facilitar que su hijo³ pueda hacer un proceso de identidad sano, resolver los interrogantes que le pudieran surgir y comprender la amplitud del vínculo mater-paterno filial.

Destinatarios

Los destinatarios de estas recomendaciones son todos los pacientes a los que se les plantea el tratamiento con donación de uno o ambos gametos o de embriones. Los motivos por los que se plantean este tipo de tratamientos pueden ser muy variados; sin entrar aquí a detallar todos ellos, se pueden citar, como ejemplos, la edad avanzada de la mujer, la baja reserva ovárica, los problemas genéticos o los fracasos en tratamientos previos. Lo mismo para las mujeres solas o parejas de lesbianas, quienes ya de entrada utilizan gametos donantes de varón y puede que se encuentren ante la situación de necesitar donación doble de gametos.

Fases del proceso de intervención psicológica en receptores de gametos

La intervención psicológica en receptores de gametos se planteará como un proceso de apoyo emocional ante la toma de decisiones. La intervención irá centrada en dos ejes fundamentales: 1) valoración del estado emocional del paciente y 2) facilitación de información-asesoría, considerando que, ante cualquier toma de decisión, es determinante tener una

información clara y amplia de las diferentes alternativas que se plantean.

Las etapas en este proceso de intervención son:

1. Valoración del impacto que los problemas de infertilidad han tenido en la vida de los pacientes (tanto a nivel individual como de pareja).
2. Gestión del duelo en la recepción de gametos.
3. Información-discusión-apoyo en la toma de decisión:
 - Información y discusión sobre los aspectos específicos del tratamiento.
 - Apoyo en la toma de decisión.
4. Tiempo para reflexionar y decidir.
5. Actuación tras la toma de decisión.

Es conveniente que este trabajo se realice en un periodo previo al tratamiento de recepción de gametos.

Valoración del impacto que los problemas de infertilidad han tenido en la vida de los pacientes

Si se desea realizar una evaluación más cuantitativa de la afectación de la infertilidad en la vida de pareja, existen varios cuestionarios que pueden utilizarse. Entre ellos, hay algunos que son específicos para la población de pacientes con problemas de infertilidad y otros que, sin llegar a ser específicos, también resultan válidos en estos pacientes.

En el ámbito nacional, se recomienda el uso del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA) de [Moreno et al. \(2008\)](#). Este cuestionario ofrece puntuaciones en las siguientes escalas: desajuste emocional, recursos adaptativos generales, recursos personales y recursos interpersonales. Ha sido baremado con sujetos infértiles (tanto hombres como mujeres) y constituye una herramienta útil que aporta información sobre el ajuste de la pareja y los recursos con los que cuenta para afrontar su situación de infertilidad.

A nivel internacional, se recomienda el uso del *Fertility Quality of life tool* (FertiQoL) de [Boivin et al. \(2008\)](#), elaborado por el grupo de la Universidad de Cardiff. Este instrumento es útil para los clínicos y para los investigadores ya que además de identificar a las personas que tienen dificultades en su calidad de vida para poder ofrecerles tratamiento psicosocial, también identifica las subescalas en las que se ha de intervenir, y guarda relación con otras medidas de ansiedad y depresión. Además, este es el único cuestionario, en comparación con otros existentes que miden calidad de vida, que permite utilizar un módulo de 10 ítems para evaluar la calidad del tratamiento (por ejemplo, la interacción con el *staff* y calidad de la información recibida) y la tolerancia al tratamiento (efectos sobre el estado anímico y dificultades sobre la vida diaria). La valoración de la calidad de vida se centra en aspectos que incluyen valoración de la sexualidad, valoración psicológica, médica, social, manejo de la comunicación, ocupación y aspectos económicos.

Clásicamente se han utilizado, en población con disfunción reproductiva, otros instrumentos de medida. Siguiendo a [Giménez \(2007\)](#), en orden de mayor a menor frecuencia de aparición en la literatura figuran para medir las variables emocionales de ansiedad y depresión el *State-Trait*

³ A lo largo de todo el artículo se emplea el masculino para designar a los dos géneros (hombre y mujer).

Anxiety Inventory (STAI) de [Spielberger et al. \(1970\)](#) y el *Beck Depression Inventory* (BDI) de [Beck et al. \(2006\)](#), así como el *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R) de [Derogatis \(1977\)](#) para medir, además de ansiedad y depresión, otras variables psicosomáticas y estrés. Para medir los acontecimientos vitales y, en el ámbito de la relación de pareja, figuran la Escala de Ajuste Marital (MAS) de [Locke y Wallace \(1959\)](#) y la Escala de Ajuste Diádico (DAS) de [Spanier \(1976\)](#).

En una revisión llevada a cabo más recientemente por [Mousavi et al. \(2013\)](#) sobre las escalas usadas más frecuentemente en pacientes con problemas de infertilidad, los autores concluyeron que los cuestionarios más usados son: SF-36 y WHO-QOL, ambos referidos a población general. El SF-36 es un cuestionario de salud, utilizado sobre todo en investigaciones médicas de salud mental que aborda diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona, como son el funcionamiento físico, la limitación por problemas físicos, el dolor corporal, el funcionamiento o rol social, la salud mental, la limitación por problemas emocionales, la vitalidad, energía o fatiga y la percepción general de la salud. El WHO-QOL Bref es el instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este instrumento permite valorar de forma independiente la vida en general y la satisfacción con la salud. Consta de 26 ítems, los cuales están conformados por cuatro categorías: dominio físico, psicológico, relaciones sociales y del entorno. En esta revisión, [Mousavi et al. \(2013\)](#) concluyeron que cuestionarios específicos de población con problemas de infertilidad, tales como el FertiQol y el *Fertility Problem Inventory* de [Newton et al. \(1999\)](#), eran raramente utilizados.

La mayoría de las personas que se plantean un tratamiento con recepción de gametos donados, lo hacen después de haber hecho uno o varios ciclos de tratamiento con sus propios gametos. Incluso en pacientes de edad avanzada, prescindir de la propia genética para tener hijos no suele ser la opción más deseada. Son pocas las personas que hacen el tratamiento con gametos donados como primera opción.

Dado que hay una alta variabilidad en este grupo, es importante hacer una valoración de cómo llegan los pacientes a la recepción de gametos, es decir, el significado que ha tenido en ellos la infertilidad y su tratamiento.

Para ello, al igual que en cualquier otro encuadre, se considera primordial crear una buena alianza terapéutica desde el principio de la relación. Es posible que los pacientes acudan a la consulta del profesional de la psicología derivados por su ginecólogo/a y no por demanda propia. Muchos llegan expectantes, con ciertas resistencias y algunos incluso algo incrédulos. Por este motivo, se hace especialmente relevante crear un espacio donde los pacientes se encuentren cómodos para facilitar su expresión emocional.

Se revisará su historia de pareja, sus inicios de búsqueda de embarazo, los tratamientos de reproducción asistida realizados, si ha habido embarazo, si hay niños, historia de abortos, y el impacto emocional que todas estas situaciones han tenido a nivel individual y a nivel de pareja.

Es importante conocer si alguno de los pacientes tiene antecedentes psiquiátricos y/o psicopatología previa, que haya precisado intervención. Igualmente, se explorará y movilizarán los recursos y habilidades de afrontamiento personales, y el grado de ajuste como pareja.

Conocer el grado de apoyo social y/o familiar que están recibiendo en lo relativo a este tema resulta de gran interés

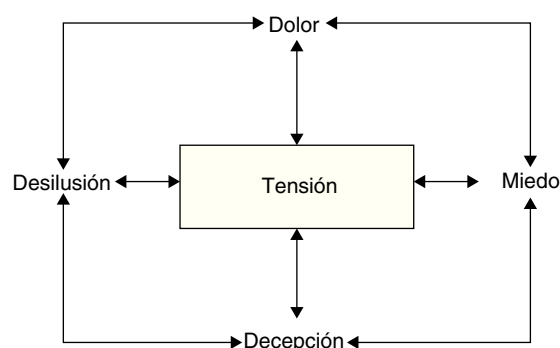


Figura 1 Esquema de la interacción emocional.

ya que permitirá, en caso de que se estime necesario, movilizar o hacer un buen uso de estos recursos de apoyo. Es posible que cada uno de los miembros de la pareja pueda tener diferente grado de necesidad de compartir el planteamiento de la donación con su entorno más cercano. Habrá que «normalizar» estas diferencias, aceptarlas y facilitar un acuerdo.

Legitimar las reacciones emocionales que cada uno de los miembros de la pareja está teniendo en relación con la donación, el normalizar sus dudas, miedos y temores, es un primer paso para la aceptación de la situación y la toma de decisiones.

La vivencia del planteamiento de recepción de gametos será muy diferente en función de si el gameto es masculino (espermatozoides), femenino (óvulos), ambos gametos o un embrión. Respetar estas diferencias y enseñar a la pareja a reconocer y aceptar la vivencia del otro, sin intentar cambiarla, será también un objetivo en estos primeros contactos.

En muchas ocasiones, los pacientes se muestran bloqueados y con un alto nivel de tensión ante la idea de la recepción.

Está comprobado que la tensión emocional ([fig. 1](#)) nos aleja del proceso de oportunidad de ser padres. El dolor por la pérdida —genética y de identidad—, el miedo frente al desconocimiento e incertidumbre del futuro vínculo con el hijo, la desilusión del hijo soñado y la decepción de no haberlo conseguido con los propios gametos, generalmente provoca una reacción emocional de inhibición y tristeza (baja receptividad), o eclosión (excesiva reacción), en la que se suele sentir rabia, ira e impotencia.

Todas estas emociones dificultan el proceso y la adherencia del paciente con el propio tratamiento y con la clínica, y finalmente con la posibilidad de ser padre-madre ([fig. 2](#)). La paciente o pareja puede presentar —debido al miedo— reacciones como no querer reflexionar ni continuar el proceso (reacción de evitación), hasta sentirse bloqueada e impotente frente a la toma de decisiones en cuanto a la recepción de gametos, y en situaciones extremas, interrumpir

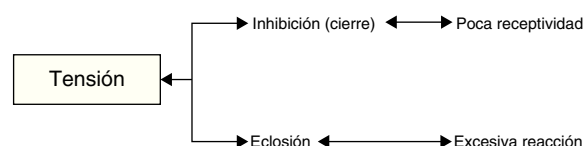


Figura 2 Esquema tensión-inhibición/eclosión.

voluntariamente un embarazo a través de gametos donados ante la imposibilidad de vincularse con la futura descendencia, motivo por el cual se hace aún más importante, si cabe, llevar a cabo el proceso de asesoramiento e intervención, previo al tratamiento de reproducción.

Por consiguiente, una vez establecido un primer contacto y habiendo hecho una valoración de la situación en la que se encuentra cada paciente, será necesario transmitirles toda la información pertinente, para reducir ese estado de tensión y abrir un espacio donde puedan tomar decisiones sobre bases realistas.

La actitud que muestran los pacientes ante el planteamiento de recepción de gametos suele variar en función del grado de aceptación del tratamiento y las resistencias que este les genera. Con base en esto, se pueden diferenciar tres grupos:

- **Aceptación plena.** Vendría impulsada por el deseo explícito de llevar a cabo el tratamiento con donación de gametos. Estos pacientes suelen verbalizar seguridad en la decisión y ausencia de cuestionamientos.
- **Aceptación con reservas.** Vendría definida por circunstancias que derivan de un claro deseo de iniciar el proceso y llevarlo a cabo, pero en este caso, con la existencia de muchas dudas respecto al mismo, y miedos de cara a sentirse capaces de afrontarlo con normalidad y naturalidad. Se podría decir que son aquellos pacientes que «quieren querer» pero les cuesta dar el paso. Las personas que se encuentran en dicha situación de ambivalencia precisan de una labor terapéutica que, desde sus inicios, legitime la existencia de dicha ambivalencia, como parte natural del proceso de reflexión e interiorización en el que se hallan inmersos.
- **Rechazo explícito.** Enmarcaríamos en este apartado el trabajo con aquellas personas que muestran una clara disconformidad con la aceptación de la recepción de gametos, como opción para ellos, e incluiríamos a los que manifiestan firmeza en la expresión de sus opiniones y actitudes ante la misma.

Gestión del duelo en la recepción de gametos

El duelo es un proceso adaptativo natural de tipo biopsicosocial basado en el modelo de [Engel \(1977\)](#) provocado por una pérdida cuya duración e intensidad dependen de la magnitud de la misma; es un proceso de reajuste emocional que conlleva tiempo. En el proceso de recepción de gametos hay una suma de pérdidas que hay que trabajar: pérdida de la imagen de familia ideal y pérdida del autoconcepto como progenitor; pérdida de la capacidad natural de concebir; pérdida de los hijos genéticos-soñados; pérdida de su legado generacional; pérdida de una parte de uno mismo en ese niño que va a nacer (aspecto más narcisista); duelo por la pérdida de la similitud física, etc.

La elaboración del duelo, por parte de cada miembro de la pareja, vendrá determinada por diversos factores como la personalidad, su trayectoria vital, creencias y valores, mitos, pérdidas anteriores, vínculos con su familia de origen, su historia clínica de la fertilidad y habilidades de afrontamiento, etc. ([Neimeyer, 2013](#)).

Se considera que el duelo se vive de forma diferente según el género. Para el hombre, en general la ovorrecepción resulta poco amenazante y, además, representa una oportunidad de ser padre, su genética continúa y entiende que la mujer ya gesta y hace crecer a su futuro hijo. Es en la mujer en la que se plantea cerrar un capítulo en su historia reproductiva, para abrir otro que, si bien lleva a desarrollar su maternidad, difiere del proceso reproductivo natural e implica a un tercero en el proceso. Sea cual sea el motivo que les conduce a la ovorrecepción, en la mujer se generan sentimientos contradictorios y de culpa.

El duelo en la recepción de esperma desequilibra a la pareja, ya que la mujer conserva su línea genética, vive el embarazo, y el varón pasa a ser un mero espectador, pasa a un segundo plano, ya que puede sentirse periférico, no participante del proceso. La participación en la descendencia no será la misma y en consecuencia los sentimientos son contrariados (deseo-frustración, posibilidad-tristeza) en cada uno de los miembros de la pareja y en la relación; ambos miembros de la pareja dependen de la decisión que tome el otro, la mujer teme que el hombre ante esa situación no desee tener hijos, y en algunas ocasiones las mujeres rechazan el tratamiento con gameto masculino donado, porque aceptar ese gameto supondría aceptar «otro hombre» dentro de ella, y pueden surgir fantasías de infidelidad en ambos miembros de la pareja.

Otro aspecto a tener en cuenta es el grado de duelo, que variará en función de quién sea la persona o pareja receptora, es decir, si es pareja heterosexual, pareja lesbiana o mujer sola.

En la elaboración del duelo por pérdida de la posibilidad de paternidad genética es muy importante gestionar las emociones en profundidad y darse un tiempo de reflexión, independientemente de que en ocasiones las pacientes no quieran parar y estén ansiosas por comenzar el tratamiento.

Se tendrá que trabajar el cómo liberarse de la culpa y los sentimientos de baja autoestima.

Por lo general, el proceso de duelo no se inicia hasta haber cerrado la opción de tratamiento con los propios gametos. Hasta entonces no se abre la alternativa de aceptar la recepción de gametos o embriones.

Proporcionar apoyo psicológico a la paciente o pareja en el recorrido del duelo va a facilitar la aceptación del tratamiento con una menor carga de emociones, minimizando reservas y temores y centrándose en la vivencia del embarazo y el disfrute de la paternidad.

Información-discusión-apoyo

La etapa de apoyo en la toma de decisiones debe vincular el grado de aceptación de los receptores con la información que en cada momento precisan. Al finalizar esta etapa, tendrán una información exhaustiva que se ha ido transmitiendo para ser integrada a nivel cognitivo y emocional.

Información y discusión sobre los aspectos específicos del tratamiento

En cualquier relación de ayuda para una toma de decisión, se debe empezar explorando la información disponible. Ante un planteamiento de estas características que conlleva una información y consideraciones tan particulares, se

recomienda establecer hasta qué punto la pareja o mujer está informada, tiene dudas o reservas, o desconoce aspectos relativos al tratamiento. A continuación se exponen los puntos que serían más relevantes.

¿En qué consiste el tratamiento con donación de gametos?. Aunque lo más probable es que el ginecólogo ya haya explicado a los pacientes en qué consiste el tratamiento, es importante asegurarse de que el paciente no tiene dudas al respecto. Informar acerca de las probabilidades de éxito y aclarar que, a pesar del cambio de gametos, estas probabilidades no son del 100% ayuda a no crear falsas expectativas. *¿Cómo se seleccionan los donantes?.* Explicar el proceso de selección de donantes, las pruebas de valoración que tanto a nivel médico como psicológico se realizan, algunas características particulares de esta población, sus motivaciones, su perfil psicológico, toda esta información tranquiliza a los pacientes (artículo 5 de la [Ley 14/2006 sobre Reproducción Humana Asistida](#)).

Aspectos legales. Facilitar información acerca de los aspectos legales más relevantes de este tratamiento ayuda a mitigar temores y fantasías de los pacientes. Destacaremos algunos: la donación es anónima, altruista (se permite compensación con base en las molestias que se originan en la donante), la existencia del límite en cuanto al número de recién nacidos vivos de una misma donación y la eventual revelación de la identidad de las donantes, en circunstancias extraordinarias que comporten peligro para la vida o salud del hijo ([Ley 14/2006 sobre Reproducción Humana Asistida](#)). *Parecidos físicos e intelectuales con la descendencia.* Una de las mayores preocupaciones que les asaltan a estos pacientes está relacionada con el peso que tiene en la formación de un individuo los factores genéticos (lo innato) y los factores aprendidos (lo adquirido). Desde hace más de 150 años, la ciencia se esfuerza en responder a esta pregunta.

Los estudios concluyen que la secuencia genética del chimpancé es casi idéntica (98,8%) a la de los humanos ([Cyranoski, 2002](#)). Los seres humanos somos genéticamente iguales en un 99%, solo un 1% de nuestro ADN nos hace diferentes. Dentro de ese 1%, los mayores cambios se han encontrado entre los genes involucrados en la defensa del cuerpo. Concluye este autor, que de un 100% de herencia genética que se transmite a la descendencia solo un 1% es diferente a la transmisión de otros padres a hijos. Actualmente, parece haber consenso en que todos tenemos una base genética que explica, en menor o mayor medida, nuestra personalidad. El carácter, la fortaleza física y mental, las aptitudes, etc. tienen un componente hereditario. Sin embargo, sabemos que los factores educativos y el ambiente pueden modificar estos aspectos, inhibiéndolos o potenciándolos. Es decir, se nace con un temperamento, con unas aptitudes, pero será el entorno en el que el niño se desarrolle el que determine su evolución. Los gustos, las formas de pensar, de sentir, de actuar..., estas características, que son las que finalmente constituyen a un ser humano, están determinadas por la interacción paterno-filial, las vivencias, la transmisión de valores, y la educación.

En relación con la herencia de trastornos mentales, sucede lo mismo. En este campo, cabe diferenciar dos términos: la vulnerabilidad psicológica y la vulnerabilidad biológica. La primera se refiere a la manera de pensar (estilo cognitivo) y la manera de actuar o resolver

problemas (estilo de vida). Suele ser una vulnerabilidad aprendida o educativa, según indican la mayor parte de estudios. El segundo término se refiere a lo más genético, lo heredado. En este sentido, parece claro que genéticamente podemos heredar una predisposición a padecer cierto tipo de trastornos, pero su manifestación va a estar determinada por factores ambientales, es decir, las relaciones que se establezcan, los vínculos, los recursos personales y de apoyo que se le brinden al sujeto serán determinantes a la hora de que se manifieste o no esa predisposición genética.

En cuanto al parecido físico, si bien es cierto que nuestras características fenotípicas van en los genes, existen otro tipo de características que modulan igualmente nuestra apariencia y que son aprendidas. Nos estamos refiriendo al tono y modulación de la voz, gestos, movimientos, etc. Con relación a este tema, es clave trabajar con la pareja su actitud general frente al concepto de la diferencia. Explorar sus vivencias en este sentido y trabajar prejuicios, recordando —si procede— lo trabajado acerca del significado que tiene la paternidad para ellos, es fundamental.

Concluiremos con la siguiente reflexión: más allá de la carga genética que una persona traiga y del ambiente en que se desarrolle, se debe pensar en la persona, en ese niño que va a venir como individuo único e irrepetible y respetar su forma de ser o su apariencia como algo genuino y propio. *Facilitar información relacionada con la epigenética.* La epigenética hace referencia al estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia o desarrollo de un organismo. Se puede decir que es el conjunto de reacciones químicas y demás procesos que modifican la actividad del ADN pero sin alterar su secuencia. Los factores ambientales pueden alterar las marcas epigenéticas primarias, afectando no solo al embrión en desarrollo, sino también a la próxima generación de descendientes ([Heijmans et al., 2008](#)).

En concreto, los factores nutricionales y ambientales durante la vida temprana tienen una influencia directa en el establecimiento de la metilación del ADN y en consecuencia en la expresión génica y en el fenotipo ([Bachmann y Bergmann, 2012](#)).

También el estrés padecido durante la gestación deja una huella en el ADN del feto produciendo lo que se conoce como modificación epigenética, que, como hemos apuntado, no es una mutación, sino un cambio en la expresión del gen que no produce transformaciones en la secuencia del ADN ([Yao et al., 2014](#)).

En un estudio reciente, los hallazgos encontrados respaldan un papel importante de las condiciones uterinas sobre el desarrollo del embrión y plantea la posibilidad de que la futura madre sea capaz de modificar la genética de su hijo aun cuando el óvulo sea de otra mujer. Existe un intercambio claro de información entre el endometrio y el embrión, haciendo que se expresen o se inhiban determinadas proteínas que darán lugar a cambios en la expresión de los genes. Esta información no solo sería transmitida al bebé que se está gestando, sino que también afectaría a las siguientes generaciones ([Vilella et al., 2015](#)).

Una preocupación frecuente en las mujeres que se plantean la recepción de gametos donados es que su hijo «no tendrá nada suyo». Estos últimos avances en epigenética son de gran utilidad para trabajar esta idea preconcebida.

Planteamientos morales, éticos, y religiosos. Ante el planteamiento de la recepción de gametos, es importante conocer cómo integran los pacientes esta opción, dentro de sus creencias morales y/o religiosas. Aquellos pacientes que viven la recepción de gametos donados como algo contrario a lo que le marcan sus creencias religiosas tendrán un sentimiento de culpa añadido que debe ser valorado y trabajado.

Facilitar información acerca de cómo viven su realidad familias formadas a partir de tratamientos de donación de gametos y embriones. Generalmente, tener referentes claros positivos de cómo otras personas viven una realidad, en cierto modo temida, ayuda a tranquilizar y a eliminar fantasías. El tema de la donación, a nivel social, es todavía poco conocido. Pocas familias comunican abiertamente a su entorno que su familia se ha formado a partir de un tratamiento de donación de gametos y/o embriones. Los posibles receptores de gametos no suelen tener información de cómo se vive la experiencia de la donación. En este sentido, actuaremos como intermediarios, facilitando a los pacientes información y ejemplos de situaciones que nos relatan familias que han tenido a sus hijos mediante la recepción de gametos donados.

Valorar los prejuicios que tienen los pacientes en relación con la donación-recepción de gametos. La mayoría de estos prejuicios están basados en el desconocimiento de la realidad y, a menudo, dificultan la toma de decisión. Identificarlos y trabajarlos con los pacientes ayuda a desmontar ideas preconcebidas y a hacer una valoración más objetiva de la situación.

Revelación de orígenes. Un tema de especial relevancia es la necesaria reflexión sobre la revelación de orígenes al futuro hijo. Este es uno de los aspectos que más inquieta a los padres, ante el que en ocasiones se muestran reacios o pueden sentir que no disponen de recursos para hacerlo adecuadamente.

El miedo a que el impacto de esta información pueda provocar resistencias y las dificultades a la hora de afrontarlo de forma constructiva precisan la intervención del psicólogo. Este trabajará las posibles consecuencias que la revelación del origen genético pueda tener para el niño, para el entorno y para uno mismo; la dotación de estrategias de afrontamiento adaptativas, y el fortalecimiento de una vivencia natural, integrada y normalizadora durante todo del proceso.

Lo primero será identificar la actitud de los padres ante la revelación, partiendo de premisas facilitadoras, con total ausencia de enjuiciamiento de cualquiera de las opciones, para inducir una actitud de apertura ante nuevas formas de entender el proceso de la maternidad/paternidad.

Una información que ayuda a normalizar y legitimar la recepción de gametos es que desde el momento en que se forma un embrión, este tiene una entidad nueva diferente, única e irrepetible, independiente de los gametos que lo generaron.

Se trabajará en aclarar que los lazos parentales derivan más del deseo y del afecto que de la genética. Que si una pareja no decide aceptar y usar un gameto donado (o dos), generar un embrión, transferirlo, gestarlo y darle a luz, ese potencial futuro ser humano nunca llegaría a nacer, por lo que su existencia está ligada desde el minuto cero a la de

sus padres, que, absolutamente, traen una nueva vida al mundo.

En la última década, se han experimentado cambios significativos en relación con la conveniencia de revelar al niño la forma en la que vino al mundo. Existe cada vez un mayor consenso que sugiere que sean los padres/madres quienes se lo cuenten como parte de un proceso natural en sus primeros años de vida. Se considera un buen momento hacerlo entre los 5 y los 8 años, edad en la que la identidad, la imagen de sí mismo, la de los demás y del mundo, empieza a construirse. Dicha revelación se integrará de un modo aún más natural y adaptativo, en la medida en la que se hayan incluido, en la vida del niño, experiencias emocionales derivadas del claro deseo de maternidad y paternidad mantenido por sus padres (Golombok, 2012).

Existen recursos de apoyo para los padres a la hora de revelar los orígenes al niño. Serán cuentos, analogías e historias, que proporcionen al niño una narrativa adecuada de los vínculos existentes entre madre-padre e hijo y el papel que el/la donante pueda jugar en su historia. El entorno social más cercano y la sociedad en la que este está inmerso son de suma importancia para hacer posible que la incorporación de nuevos modelos de familia y formas de ser padres, sea más o menos adaptativa.

Apoyo en la toma de decisión

La intervención que se aconseja para la toma de decisiones tiene una estructura semidirigida y estará determinada por el tipo de receptores: parejas heterosexuales, homosexuales o mujeres en solitario, y por la actitud que estos tengan frente a la aceptación de gametos. Dicha actitud vendrá determinada por el grado de aceptación versus resistencia que en aquellos provoque. Siguiendo la clasificación que se ha expuesto al hablar de las reacciones ante la donación, sería relevante trabajar los siguientes aspectos:

- *En aquellos pacientes que muestran «aceptación plena».* Será objetivo del psicólogo evaluar si dicha aceptación lo es en su totalidad, o si por el contrario es más el resultado de un deseo de poder llegar a ser padres/madres a toda costa, que de un proceso reflexivo y de toma de conciencia de las implicaciones del mismo. Además se valorará, en el caso concreto de las parejas, si ambos miembros presentan el mismo nivel de aceptación, o si por el contrario alguno de los dos tiene dudas o lo asume con ciertas reservas. Conocer el significado que para ellos tiene la maternidad y/o paternidad, el cómo imaginan que será la relación con su hijo y el poder identificar cómo se sienten serán aspectos a analizar.
- *En pacientes que muestran «aceptación con reservas».* Serán objetivos de intervención neutralizar efectos adversos derivados de la idea de que «han de resignarse a ello por ser la única opción que les queda», en pro de ayudarles a integrar la opción de la donación de gametos como una oportunidad para poder alcanzar la tan deseada meta de ser padres. Se trabajará en la línea de dar respuesta a todas las dudas, mitos y miedos planteados, tanto desde un punto de vista cognitivo como emocional, así como de aumentar la percepción de seguridad y afianzamiento en la decisión tomada.

Los aspectos que se configuran como imprescindibles en el trabajo terapéutico señalado estarían relacionados con el duelo, el concepto de paternidad-maternidad y la necesidad manifiesta de definirlos dentro de un escenario biológico versus genético, y con la influencia del ambiente versus la genética a la hora de ayudarnos a explicar cómo somos y a qué lo atribuimos. Cobra especial relevancia el papel que la epigenética juega al proporcionar una visión explicativa, más amplia y científica.

Prestaremos especial atención en conseguir una forma integradora de afrontar la donación de gametos con seguridad, cohesión entre ambos miembros en el caso de la pareja, y un clarificador planteamiento a la hora de hacer frente al entorno familiar y social y a la decisión de revelación o no de la misma.

- *En aquellos pacientes que muestran un «rechazo explícito» y altos niveles de resistencias.* El objetivo de la intervención psicológica en estos casos vendrá determinado por la legitimidad y respeto a la decisión de no realizar ningún tratamiento de donación, y por tanto, valoraremos las alternativas al mismo, contemplando como tales la adopción o la vida sin hijos.

En muchas ocasiones el psicólogo se encuentra con actitudes defensivas por parte de quienes temen que se les convenza de algo que no desean, o se les juzgue por los valores éticos o creencias que sustentan sus decisiones.

Legitimar cualquier planteamiento, favorecer la identificación de desavenencias en el caso de la pareja, neutralizar el conflicto de ellas derivado y dar el soporte necesario para fortalecer el bienestar emocional ante la decisión tomada es sin duda la pauta a perseguir en la intervención terapéutica llevada a cabo en estos casos.

Tiempo para reflexionar y decidir

Resulta crucial reseñar, de forma explícita, la pertinencia de contemplar que las personas que se hallan inmersas en un proceso, a día de hoy, tan complejo como lo es la recepción de gametos donados, necesitan de un periodo de tiempo suficiente para poder gestionar e integrar toda la información que del mismo se deriva, así como para elaborarlo emocionalmente de un modo adaptativo.

Respetar el ritmo y las diferentes etapas vividas para crear cambios de un modo «psicológicamente sano» conlleva en muchos casos el desarrollo de frecuentes sesiones de asesoría, consejo e intervención, en un periodo inter-sesiones específico para cada caso, y por ende, un trabajo personal que inevitablemente habrá de acometerse en el marco de la cotidianidad, en la que se halle la persona o la pareja que ha de tomar la decisión.

Ello derivará en un proceso en el que se aceptará la recepción de gametos, la adopción, o la vida sin hijos, como la mejor y más factible alternativa. Todo este proceso implica un «comprometerse» de forma reflexiva, juiciosa, responsable y consciente.

Actuación tras la toma de decisión

Una vez se haya tomado la decisión, reflexionamos e informamos acerca de:

- En el caso de paternidad-maternidad biológica (recepción de gametos donados): elaboración de estrategias de afrontamiento al resultado. Información sobre el porcentaje de embarazo y de niño nacido vivo y sano.
- Dificultades con las que se pueden encontrar en este tipo de técnica y finalmente apoyo en las decisiones, del cómo y qué acuerdo, pueden tomar con la clínica, teniendo en cuenta su deseo y características personales.
- En el caso de que contemplen la adopción como alternativa, se orienta e informa sobre a qué centro acudir y lo que implica la paternidad-maternidad adoptiva; una información más específica, la ofrecen los diferentes centros de adopción de cada comunidad autónoma.
- Si la decisión es no tener hijos, se ofrece apoyo emocional y terapéutico, si es necesario, para que puedan realizar su duelo, derivado del proceso vivido y de la decisión que han tenido que tomar posteriormente a las pérdidas y a la frustración.

En todos los casos citados anteriormente, el psicólogo creará un espacio terapéutico de gestión emocional, implícito en cada toma de decisiones y en el resultado. En algunos casos se podría derivar a otro psicólogo externo a la clínica.

El objetivo de esta intervención es garantizar la calidad de vida, estabilidad y proyecto vital de las personas, con independencia de que puedan ser padres o no.

Duración y momento de la intervención

La duración de la intervención dependerá de muchos factores individuales y de pareja. La media de sesiones se estima entre dos y cuatro, recomendando un «espacio de reflexión» entre las mismas (de una semana a 10 días), para que los receptores puedan procesar la información recibida y posicionarse sin presiones, siendo la pareja o la paciente la que tome la iniciativa de la continuidad del tratamiento de fertilidad.

El momento más adecuado para iniciar la intervención por parte del psicólogo es antes de que empiece el tratamiento de recepción de gametos-embiones, ya que si se realiza después o durante, conlleva mucha más carga emocional y en general se precisa un tiempo de intervención más largo con posiblemente menor respuesta al tratamiento.

Conclusiones

La intervención psicológica en los procesos de toma de decisión/aceptación/inicio de tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos cubre una función imprescindible de soporte y apoyo a las personas/parejas involucradas en esta situación, generando beneficios para todos ellos: donante, padres receptores, futuro hijo.

1. Se facilita un espacio de reflexión informada, cuyo objetivo es la prevención de posibles desajustes emocionales de la mujer y/o pareja, vinculado al inicio del proceso de recepción de gametos.
2. Se propicia una toma de decisiones con plena consciencia del proceso y de sus repercusiones, siendo más efectiva cuando se realiza antes del inicio del tratamiento.

3. Se ayuda a superar el duelo por la pérdida de oportunidad de paternidad genética, orientando a los pacientes —que finalmente aceptan la recepción de gametos-embriones— a construir una nueva imagen de familia y a vivir en plenitud su futura paternidad-maternidad.
4. Se plantea una intervención que aborda a la persona y/o pareja, como ser biopsicosocial, cuyo objetivo es la prevención de la futura salud de los padres, unido al vínculo pater-materno filial que surgirá entre ellos.
5. Como profesionales de la reproducción tenemos la responsabilidad de ayudar y apoyar en un marco de seguridad y confianza psíquica y emocional a todos los integrantes de esta nueva familia.
6. Estas recomendaciones son fruto de la reflexión de psicólogos especialistas en infertilidad y reproducción asistida, con amplia experiencia de trabajo en esta actividad.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (2015).

Bibliografía

- Bachmann, N., Bergmann, C., 2012. *Epigenetics and imprinting*. Arch Pediatr. 19 (11), 1145–1147.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G., 2006. BDI-II: Inventario de Depresión de Beck. Manual. Paidós, Buenos Aires.
- Boivin, J., Griffiths, E., Venetis, C.A., 2011. *Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: Meta-analysis of prospective psychosocial studies*. BMJ. 342.
- Boivin, J., Takefman, J., Braverman, A., 2008/2011. FertiQol (Fertility quality of life tool). Grupo de la Universidad de Cardiff [consultado 29 Jul 2016]. Disponible en: <http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/download/>
- Cyranoski, D., 2002. *Casi humano*. Nature. 418 (6901), 910–912.
- Chiaffarino, F., Baldini, M.P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., d'Orsi, C., et al., 2011. *Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 158, 235–241.
- Derogatis, L., 1977. SCL-90-R: Administration scoring and procedures. Manual. Clinical Psychometric Research, Baltimore.
- Engel, G.L., 1977. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science. 196 (4286), 129–136.
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skowgard, N.G., Ingerslev, H.J., Zachariae, R., 2015. *Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: A systematic review and meta-analysis*. BMJ Open. 5 (1), e006592.
- Giménez, V., 2007. Evaluación psicológica en Unidades de Reproducción Asistida. En: Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. Rev Iberoam Fertil Reprod Hum. Monográfico I, pp. 19–28.
- Golombok, S., 2012. *Families created by reproductive donation: Issues and research*. Child Dev Perspect. 7, 61–65.
- Hammarberg, K., Carmichael, M., Tinney, L., Mulder, A., 2008. *Gamete donors' and recipients' evaluation of donor counselling: A prospective longitudinal cohort study*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 48 (6), 601–606.
- Heijmans, B.T., Tobi, E.W., Stein, A.D., Putter, H., Blauw, G.J., Susser, E.S., et al., 2008. *Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans*. Proc Natl Acad Sci U S A. 105 (44), 17046–17049.
- Indekeu, A., 2013. *How couples' experiences prior to the start of infertility treatment with donor gametes influence the disclosure decision*. Gynecol Obstet Invest. 76 (2), 125–132.
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., 2015. *Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study*. Int J Fertil Steril. 9 (1), 81–92.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, núm. 126, Capítulo II. Participantes en las técnicas de reproducción asistida, Artículo 5. Donantes y contratos de donación [consultado 29 Jul 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-9292-consolidado.pdf>
- Locke, H., Wallace, K., 1959. *Short multi-adjustment and prediction tests: their reliability and validity*. Marriage and Family Living 21, 329–343.
- Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, C., 2008. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (D.E.R.A.). Manual. Tea Ediciones, S.A., Madrid.
- Mousavi, S.A., Masoumi, S.Z., Keramat, A., Pooralajal, J., Shobeiri, F., 2013. *Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review*. J Reprod Infertil. 14 (3), 110–119.
- Neimeyer, R.A., 2013. *Techniques in Grief Therapy: Creative Practices for Counselling the Bereaved*. Routledge, New York.
- Newton, C.R., Sherrard, W., Glavac, I., 1999. *The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress*. Fertil Steril. 72 (1), 54–62.
- Roca, M., Giménez, V. (Eds.), 2011. *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción Asistida*. Ed. Médica Panamericana, Madrid.
- Spanier, G.B., 1976. Dyadic Adjustment Scale (DAS). Martín, R., Cano A., Beunza, M. I. (adaptadores). Escala de Ajuste Diádico DAS. Ediciones Tea S.A., Madrid.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., 1970. Manual. For the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Vilella, F., Moreno-Moya, J.M., Balaguer, N., Grasso, A., Herrero, M., Martínez, S., et al., 2015. *Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome*. Development. 142, 3210–3221.
- Yao, Y., Robinson, A.M., Zucchi, F.C.R., Robbins, J.C., Babenko, O., Kovalchuk, O., et al., 2014. *Ancestral exposure to stress epigenetically programs preterm birth risk and adverse maternal and newborn outcomes*. BMC Medicine. 12, 121.
- Ying, L., Wu, L.H., Loke, A.Y., 2016. *The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: A systematic review*. J Assist Reprod Genet. 33 (6), 689–701.