

**PROBLEMÁTICAS ÉTICAS PERCIBIDAS POR PSICÓLOGAS Y PSICÓLOGOS
DURANTE LA CONSEJERÍA REPRODUCTIVA DE PERSONAS QUE SE REALIZAN
TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA CON USO DE DONANTES, EN
LA CIUDAD DE SANTIAGO.**

Por: María Soledad Cartagena Prado

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la
Universidad del Desarrollo para optar al grado
académico de Magíster de Bioética.

Profesora Guía: Sofía P. Salas Ibarra

Diciembre, 2023.

SANTIAGO – CHILE

**“Nanas de la Cebolla” - extracto
de Miguel Hernández (1939)**

*Tu risa me hace libre,
me pone alas.
Soledades me quita,
cárcel me arranca.
Boca que vuela,
corazón que en tus labios
relampaguea.*

*Es tu risa la espada
más victoriosa.
Vencedor de las flores
y las alondras.
Rival del sol.
Porvenir de mis huesos
Y de mi amor.*

AGRADECIMIENTOS

A mis **colegas** que, con generosidad, me regalaron su tiempo para conversar de estos temas, de sus experiencias y confiaron en la ética de esta investigación. Ojalá nos animemos a “ir por más”.

A **Sofía Salas**, por la presencia permanente, sin ahogar, por la compañía y el ánimo en momentos frágiles, humanos y académicos. Por sus correcciones implacables y por soltarme cuando fue necesario. Gracias por el cuidado dispensado, de corazón.

A la **Tere Ropert**, que logró alumbrar la larga penumbra de mi deseo de investigar y me orientó metodológicamente para encontrar el camino.

A mi familia, en especial a mi **Papá** por el apoyo logístico siempre. A mi **Mamá** que me ayudó desde “el otro lado” a llegar a este postgrado; a mis **hermanas** y mis **sobrinas**, en especial a La Magister, que me desafió internamente este último año.

A **Amanda**... la niña de 13 años quien, antes de su existencia, me llevó a investigar por primera vez la Ética en temas reproductivos y que hoy apaña tolerando mis ansiedades académicas y las otras. La vida laboral, la vida afectiva y esta investigación tienen sentido junto a ella.

Siglas usadas en el presente texto

FIV: Fertilización in vitro

IA: Inseminación artificial

IAD: Inseminación artificial con donante

ICSI: Microinyección Intracitoplasmática (Intra Cytoplasmic Sperm Injection, en inglés)

PGT: Test genético preimplantacional (Preimplantation Genétic Testing, en inglés)

PSM: Profesionales de salud mental

RMA: Reproducción médicamente asistida

TE: Transferencia embrionaria

TRA: Técnicas de reproducción asistida

ÍNDICE

	Pag.
Resumen.....	5
Introducción	6
Pregunta de investigación	9
Marco Teórico	
• Consideraciones Generales Respecto de las Técnicas de Reproducción Asistida	9
• Consideraciones Bioéticas.....	11
Marco Metodológico	
• Objetivos	14
• Diseño Metodológico	14
• Universo y selección de muestra.....	16
• Tabla 1: Cuadro Resumen Metodología	17
Resultados	18
• Duelo	19
• Donante.....	26
• Descendencia	31
• Género.....	36
• Tratamiento.....	39
○ Lo Económico	40
○ Lo Religioso y Lo Político	41
○ Lo Cultural y Lo Social	43
○ Aspectos Psicológicos.....	44
○ Aspectos Legales	45
• Rol de la Psicología	47
Discusión	52
Limitaciones	69
Conclusiones.....	70
Bibliografía	72
Anexo	
• Acta Aprobación Ética	80

RESUMEN

Introducción: El objetivo de esta investigación fue explorar los principales problemas bioéticos que perciben las psicólogas y psicólogos que realizan consejería reproductiva a personas que se someten a Tratamientos de Reproducción Asistida con uso de Donantes, de centros médicos, clínicas y hospitales de la ciudad de Santiago.

Metodología: Se utilizó una metodología cualitativa, con diseño fenomenológico mediante entrevistas semi estructuradas, las que fueron grabadas, transcritas y luego se hizo análisis de contenido. Se entrevistó a 6 psicólogas/os clínicas/os que ejercen o habían ejercido labores de consejería reproductiva en distintos lugares donde se realizan tratamientos reproductivos con uso de donantes, al menos desde el 2015 en adelante. Los años de experiencia en este rol de los participantes fluctuaban entre los 2½ años y más de 20 años.

Resultados: el análisis de contenido señaló seis grandes temáticas: Duelo, Donante, Descendencia, Perspectiva de Género, Tratamiento y Rol de la Psicología. De cada uno de estos temas, se derivan otros grupos de subtemas.

Conclusión: Es interesante apreciar cómo en todas las temáticas la participación de el o la psicóloga es significativa para el desarrollo de los procesos que ocurren, en especial en el impacto que estos tratamientos tienen en la vida de las personas involucradas: las y los pacientes y los futuros hijos e hijas.

Palabras clave: Psicología, Donante, Infertilidad, Anonimato, Comunicación de origen.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es la enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Las estimaciones mundiales sobre su prevalencia varían ampliamente. La prevalencia de la infertilidad en parejas en edad reproductiva oscila entre el 12,6% y el 17,5% en todo el mundo, con tasas relativamente más altas en algunas regiones, como las de América, el Pacífico occidental, África y Europa. Estas diferencias se deben a disparidades en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, junto con diferencias en el acceso y la calidad de la atención médica. A su vez, estas diferencias se ven influenciadas aún más por factores ambientales, culturales y sociales. Junto con tener un alto costo, los tratamientos de reproducción asistida también suelen consumir mucho tiempo, ser extenuantes física y emocionalmente, y no hay certeza sobre su resultado (Njagi, P. y cols. 2023).

El sufrimiento psicológico es una consecuencia importante, y a veces debilitante, de la infertilidad. En un estudio sobre las consecuencias de la infertilidad en países en desarrollo, se reportó que todas las mujeres sudafricanas admitieron emociones intensas como ira, tristeza profunda, amargura, responsabilidad, soledad y desesperación. Algunas mujeres confesaron haber tenido pensamientos suicidas, mientras que otras se mostraron inconsolables al hablar de relaciones perdidas y quiebres matrimoniales (Rouchou, B. 2013). Hay consenso en que frecuentemente las perturbaciones emocionales y síntomas psicológicos (ansiedad, miedo, culpa, rabia, injusticia, aislamiento), y a veces incluso cuadros psicopatológicos (depresión, trastornos ansiosos), son condiciones que resultan del diagnóstico de infertilidad (Palacios y Jadresic, 2000). Según Kentenich (en Ávila-Espada y Moreno-Rosset, 2008) existirían cuatro contenidos principales en las consultas que reciben los servicios psicológicos sobre infertilidad: a) tensión existencial y el foco central de la consulta, que es el deseo u objetivo vital no alcanzado; b) el deseo de tener un hijo puede implicar conflictos éticos similares a los planteados en la adopción, entre los “mejores

intereses del niño/a” y los deseos de sus padres y las características del contexto familiar; c) los repetidos ciclos de tratamiento durante largos períodos de tiempo, y los reiterados fracasos, provocan estrés emocional, llegando incluso a desestructurar el ajuste psicológico de los consultantes; y d) los procedimientos diagnósticos y el tratamiento de la infertilidad tienen un impacto importante en la vida íntima, afectando a las dinámicas de relación, la sexualidad y la capacidad para afrontar y resolver las situaciones estresantes. La participación de profesionales de la salud mental en la consejería, junto a los equipos de medicina reproductiva, es esencial porque permite abordar tanto aspectos informativos y de educación, como apoyo emocional a las y los pacientes en estudio y en tratamiento.

Es la consejería reproductiva la que se ha instalado como modalidad de ayuda emocional en los centros de reproducción asistida. La consejería es una relación profesional que empodera a diversos individuos, familias y grupos para lograr metas de salud mental, bienestar, educación y carrera laboral (Rosado, C. 2011). La consejería en infertilidad se ocupa principalmente del impacto en los aspectos psicosociales, de la intervención, tratamiento y secuelas de tratamientos exitosos y no exitosos de la infertilidad. Es decir, ayuda a pacientes para comprender y contemplar sus opciones de tratamiento y las consecuencias a corto y largo plazo del tratamiento; éstas son especialmente relevantes en los casos de uso de donantes de gametos (Maninder, A. 2009). La American Society for Reproductive Medicine, en su “Guía para pacientes” que harán uso de donantes en sus tratamientos, recomienda que las y los pacientes puedan recibir apoyo psicológico, así como también sostiene la necesidad de que las y los donantes sean evaluados en sus aspectos psicológicos (ASRM, 2013).

Otra vertiente de reflexión acerca del uso de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) es el cuestionamiento al nexo filial cuando se usan gametos donados. Tradicionalmente la determinación filial legal fue establecida con base en la reproducción natural (vía coito) y, por lo tanto, al vínculo biogenético. Con los tratamientos de reproducción asistida con uso de donantes, el vínculo se determina en función de la voluntad procreacional. El vínculo

biogénético queda relegado para dar paso a la parentalidad socioafectiva. Esta pasa a ser un hecho compuesto por elementos volitivos, sociales y afectivos (Varsi, E. 2017).

En Chile existe escasa regulación legal en el uso de estos tratamientos. Tampoco se han determinado lineamientos o guías éticas en esta temática que permitan orientar los criterios de manejo clínico de los distintos profesionales involucrados (ginecólogos/as, obstetras, genetistas, biólogos/as, laboratoristas, matronas/es, enfermeras/os y psicólogos/os). En este sentido, cada centro tiene regulaciones propias y, a un nivel más específico, cada médico podría tener sus propios criterios de aplicación de los tratamientos de reproducción asistida. La posibilidad de actuación derivada de la ausencia de regulación, consenso o guías clínicas es amplia. Según A. Cereceda (2014), “en el ámbito nacional, el Congreso simplemente ha omitido su deber de adecuar la ley a la época para satisfacer las necesidades de la sociedad, en circunstancias que los procedimientos a través de los cuales se llevan a cabo las técnicas de reproducción humana asistida no han sido objeto de regulación hasta el día de hoy, razón por la cual muchos de los Centros Médicos que practican dichos procedimientos han optado por regirse por normas extranjeras, o peor aún, por norma alguna”. Por ejemplo: edad límite de la mujer para un tratamiento reproductivo, recomendación de anonimato o apertura en el uso de donantes, persona que hace la selección del donante de la muestra espermática o de la donante de óvulos, tipo de información que se puede obtener de los y las donantes, son asuntos cuyos criterios no son comunes a todos los centros.

Así también, no hay consenso en los centros y clínicas en la necesaria derivación a un profesional de la salud mental, las veces y etapas en las que se asiste, el tipo de profesionales, condiciones por las que pacientes asisten a consejería reproductiva, entre otros factores. Se tienen criterios diferentes en los distintos centros, aunque la mayoría de ellos coinciden en sus presentaciones públicas sobre el beneficio de contar con un profesional o equipo de profesionales a cargo del acompañamiento y apoyo emocional en su staff de trabajo.

Existe una serie de interrogantes, una variedad inexplorada de inquietudes éticas, algunas más críticas que otras, que deben enfrentar quienes trabajan en dar apoyo psicológico en el contexto de la consejería reproductiva, en cuanto a las elecciones que las personas hacen al someterse a tratamientos de reproducción asistida. Si bien hay algunas publicaciones sobre estas temáticas en Chile, no hay estudios específicos sobre el abanico de problemáticas éticas que las y los psicólogos enfrentan en el asesoramiento reproductivo. En la medida que ese conocimiento fuese disponible, la formación y la capacitación sistemática de estos profesionales tendría una raíz en lo que realmente sucede y la ayuda que se pretende entregar a las y los pacientes sería también pertinente y eficiente.

En el intento de llenar un vacío de información sobre las problemáticas éticas de la consejería reproductiva que se realiza en Chile por profesionales de la psicología y de colaborar de forma concreta con la crítica labor que ellas y ellos realizan, es que se asienta la presente investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales problemas éticos percibidos por psicólogas y psicólogos durante la consejería reproductiva a personas que realizan tratamientos de reproducción asistida con uso de donantes en la ciudad de Santiago?

MARCO TEÓRICO

Consideraciones Generales Respecto de las Técnicas de Reproducción Asistida

Se denomina Reproducción Médicamente Asistida (RMA) a “la reproducción provocada a través de diversas intervenciones, procedimientos, cirugías y tecnologías para tratar diferentes formas de problemas de fertilidad e infertilidad. Estos incluyen la inducción de la ovulación, la estimulación ovárica, el desencadenamiento de la ovulación, todos los procedimientos de Tecnología de Reproducción Asistida, el trasplante uterino y la inseminación intrauterina, intracervical e intravaginal con semen del esposo/pareja o

donante” (Zegers H. y cols, 2017). Por su parte, se denomina Tecnología de Reproducción Asistida (TRA) a todas las intervenciones que incluyan la manipulación in vitro tanto de ovocitos como de espermatozoides humanos o de embriones con fines reproductivos. Esto incluye, pero no está limitado a Fertilización in vitro (FIV) y transferencia de embriones (TE); inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), biopsia de embriones, pruebas genéticas preimplantacionales (PGT), hatching asistido¹, transferencia intratubárica de gametos, transferencia intratubárica de cigotos, criopreservación de gametos y embriones, donación de semen, ovocitos y embriones, y a ciclos de la portadora gestacional (Zegers H. y cols., 2017).

Históricamente, la primera de las técnicas reproductivas utilizada fue la Inseminación Artificial (IA). Ésta consiste, a grandes rasgos, en la inserción de espermatozoides en el útero de la mujer, durante el período de ovulación. Es una técnica llamada de “baja complejidad” pues requiere de asistencia técnica en la obtención de espermios habilitados y capaces y la inserción de los mismos en el útero, pero la fecundación se produce dentro de cuerpo de la mujer, en el aparato reproductivo. La IA puede ser realizada con espermios de la pareja de la mujer (muestra homóloga) o con espermios donados (muestra heteróloga). El primer caso confirmado de inseminación artificial con semen de donante (IAD) fue llevado a cabo a fines del siglo XIX (en Filadelfia, EE.UU.). La utilización masiva de IAD fue posible debido a la congelación de estos gametos y la generalización de los bancos de esperma, alrededor de la década de los ´60 (Mendiola y cols., 2005).

Otra técnica reproductiva, comparada en importancia con otro gran descubrimiento de la medicina como son los antibióticos, fue la Fertilización In Vitro en humanos (FIV) (Mata-Miranda y Vázquez-Zapién, 2018). El primer caso exitoso de nacimiento por FIV en humanos fue informado en 1978 en el Reino Unido. La FIV es conocida como una técnica de “alta

¹ El hatching asistido, también llamado eclosión asistida o assisted hatching en inglés, es una técnica complementaria que puede hacerse a los embriones en cultivo durante un tratamiento de FIV y consiste en la realización de un pequeño orificio en la zona pelúcida del embrión con la finalidad de facilitar la salida del blastocisto expandido, fenómeno conocido como eclosión, y mejorar así las tasas de implantación (<https://www.reproduccionasistida.org/assisted-hatching/>)

complejidad” porque se manipula el ovocito fuera del cuerpo de la mujer, facilitando el encuentro con espermatozoides en un contenedor especial o a través de la micro-manipulación que se hace cuando se inyecta un espermatozoide al citoplasma del ovocito mediante la técnica de ICSI (del inglés Intra Cytoplasm Sperm Injection) (Álvarez-Díaz, 2016). Luego de algunos días (máximo 6 días), en una incubadora especial, el embrión resultante se puede transferir a la mujer, o criopreservar para posteriores transferencias. En 1983 se logra el primer embarazo y nacimiento mediante la técnica de FIV de ovocitos donados en una mujer que no producía óvulos (Mendiola y cols, 2005).

En definitiva, la FIV es la técnica que permite obtener embriones humanos para tratamientos de fertilidad. Pueden ser producidos con gametos propios de las personas involucradas en el tratamiento; o a partir de un gameto donado y otro propio; o bien de ambos gametos donados. Estos embriones al ser congelados, pueden ser transferidos tanto a las personas y parejas que estaban inicialmente involucradas en el tratamiento, como a otras personas o parejas que no lo estaban.

Si bien estas técnicas, y otras tecnologías usadas en apoyo a las primeras (por ejemplo, la criopreservación de gametos), han ayudado a las personas que tienen problemas para reproducirse y tener hijos e hijas, también han despertado una serie de problemáticas éticas. Desde si es legítima la inseminación heteróloga, con espermios donados, hasta si es abuso el contrato con mujeres para llevar a cabo el embarazo de otra, en lo que se conoce como portadora gestacional.

Consideraciones Bioéticas

Para varios autores, Mainetti, Gracia y Cortina entre ellos, la bioética contemporánea se divide en tres niveles: microbioética, mesobioética y macrobioética (Álvarez-Díaz, 2016). El centro o eje de la microbioética en los tratamientos de reproducción asistida lo constituye la relación clínica y se vincula con la toma de decisiones en torno al propio cuerpo. Este nivel, a su vez, considera tres partes. Primero, quienes proveen atención en salud (médicos,

profesionales de laboratorio y profesionales de la salud mental). Segundo, a los pacientes y/o usuarios. Y en tercer lugar, considera a los involucrados directamente (donantes y gestantes subrogadas o bancos de gametos) y la comunidad donde se lleva a cabo el tratamiento y sus políticas públicas (con o sin regulación jurídica).

Es en el nivel microbioético donde la consejería reproductiva juega un rol importante en la orientación de las personas que se realizan TRA, respecto de la manera en que su decisión del uso de algunas de las técnicas impactarán a ellos o a su descendencia, en un contexto social dado y en un posible contexto futuro.

Hay cierto consenso en que el papel de los Profesionales de Salud Mental (PSM) es proporcionar apoyo, educación y preparar a las personas que usan las TRA para enfrentar situaciones estresantes. Sin embargo, hay un área o espacio donde se genera controversia respecto de su rol (Stowe y Greenfield, 2006). Hay algunos médicos que consideran que el rol del PSM es el de evaluar si una persona o pareja puede o no acceder a un determinado tratamiento. Es decir, debe tener en cuenta desde el interés superior de un potencial niño/a hasta evaluar la capacidad de los participantes para dar su consentimiento informado o para cumplir con los requisitos del tratamiento médico. Otros consideran que el rol del PSM no incluye determinar qué pacientes son o no elegibles para un tratamiento, argumentando que en la parentalidad espontánea nadie monitorea esas decisiones. Y hay quienes afirman un punto intermedio, donde los PSM tienen el deber ético y una responsabilidad profesional respecto de otorgar alguna medida de evaluación en relación a la idoneidad de los futuros padres (Ahuja, M. 2009).

En el caso de Santiago de Chile, ocho de los diez centros que realizan tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad cuentan con profesionales de salud mental. Sin embargo, su modalidad (electiva u obligatoria para iniciar tratamiento, consulta espontánea o derivada por el médico a cargo), nivel de especialización del profesional, participación sistemática en las reuniones clínicas, nivel de involucramiento en la

organización o Unidad de Medicina Reproductiva, junto a otros factores, hacen que la forma de llevar a cabo las labores de estos profesionales sea diversa.

El uso de las TRA con gametos o embriones donados provoca un cambio en el modo de entender el parentesco y la filiación, tanto para las familias receptoras como aquellas personas que son donantes. Para las primeras, es la voluntad procreativa, la crianza y el cuidado de la descendencia lo que los une filialmente; y es juntamente la ausencia de voluntad procreativa, de crianza y de cuidado, lo que derriba el parentesco para los y las donantes.

Por lo expuesto hasta ahora, y dada también la participación de la Psicología como disciplina que reflexiona en conjunto con pacientes en las implicancias de las TRA, es que la presente investigación se centra en los problemas éticos que perciben psicólogas y psicólogos que tienen experiencia en labores de consejería reproductiva. Específicamente, la investigación se centrará en procedimientos con uso de donantes, por su impacto cultural en el concepto de filiación. Se vuelve interesante también, porque en la búsqueda de investigaciones nacionales e internacionales en el área, no he logrado encontrar información desde la mirada de las y los psicólogos relativas a la problemáticas éticas que ellos perciben en sus pacientes. Por último, la investigación se realizará en la ciudad de Santiago porque la mayor concentración de centros de medicina reproductiva que realizan tratamientos de FIV se encuentran en esta ciudad.

MARCO METODOLÓGICO

OBJETIVO GENERAL: Explorar los problemas éticos percibidos por psicólogas y psicólogos durante la consejería reproductiva a personas que realizan Tratamientos de Reproducción Asistida con uso de Donantes, en la ciudad de Santiago-Chile.

En cuanto a los **Objetivos Específicos**, esta tesis se planteó cuatro objetivos, cada uno de ellos originado desde la perspectiva de las y los consejeros reproductivos:

- a) Explorar y describir problemáticas éticas que enfrentan las personas antes, durante y después de la realización de tratamientos de reproducción asistida con uso de donantes.
- b) Explorar y describir los desafíos y estrategias que enfrentan pacientes que realizan un tratamiento de reproducción asistida con uso de donante, respecto de comunicar su experiencia a otros significativos.
- c) Analizar la relación entre las decisiones que pacientes toman en el curso de su tratamiento de reproducción asistida con uso de donantes y los elementos valóricos y/o culturales presentes en su entorno.
- d) Comprender el rol de la consejería y las tensiones en el acompañamiento de decisiones éticas que enfrentan los y las pacientes durante la realización de tratamientos de reproducción asistida con uso de donantes.

Diseño Metodológico

Este es un estudio de **metodología cualitativa**, con un **diseño Fenomenológico**, de análisis inductivo-descriptivo. El estudio Fenomenológico tiene la “finalidad de comprender un fenómeno desde una perspectiva en la cual el investigador no debe ver con conceptos

premeditados, sino que requiere de la vivencia del ser humano que la experimenta” (Guerrero-Castañeda y cols., 2017) y puede ser utilizado para comprender lo concerniente a la práctica de una profesión (Castillo Sanguino, N., 2020). Un cuadro resumen de estos aspectos metodológicos, se presenta al final de este apartado, en la Tabla 1.

Se aplicó un **muestreo intencional** basado en: heterogeneidad (edad, experiencia, origen estatal y privado del centro de fertilidad de donde pertenece), pertinencia, y la relevancia teórica del caso. Los criterios de inclusión muestral fueron: (i) Psicólogos y psicólogas con título profesional; (ii) que hayan trabajado o trabajen en clínicas u hospitales de la ciudad de Santiago donde se realicen tratamientos con TRA de alta complejidad con uso de donantes; (iii) que realicen o hayan realizado consejerías reproductivas desde el 2015 en adelante. En cuanto al criterio de exclusión, se dejaron fuera psicólogos y psicólogas que llevaban menos de un año realizando consejería reproductiva, al momento de las entrevistas.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la **entrevista semiestructurada**. Para ello, se confeccionó una pauta de entrevista que consideró los objetivos de la investigación y aspectos administrativos del proceso. Se entiende que a través de la entrevista semiestructurada y del enfoque fenomenológico se recoge un discurso más privado de la temática en estudio. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas íntegramente.

Para el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, se aplicó la técnica de metodología cualitativa denominada **Análisis de Contenido**. Este procedimiento metodológico permite aislar unidades de significado, categorías, descripciones del fenómeno y experiencias compartidas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Por lo tanto, las transcripciones se redujeron, organizaron y simplificaron en unidades de texto más manejables, con el fin de descubrir lo importante. La codificación y la categorización de unidades de sentido identificadas en las transcripciones generó un documento de categorías de significado.

Universo y selección de la muestra

En Santiago existen 10 centros donde se realizan tratamientos con TRA con uso de donantes. Estos centros son unidades de medicina reproductiva de hospitales o clínicas que también tienen otras especialidades médicas; o bien, son clínicas especializadas en fertilidad. De estos lugares, ocho disponen de servicios de asistencia psicológica para sus pacientes.

Para el acceso a la muestra, se hizo uso de una red de contactos con estos profesionales que se construyó en 2018, lográndose contactar a siete profesionales que cumplían con los criterios de inclusión muestral. De los profesionales contactados, seis fueron finalmente entrevistados², correspondiente a cinco de estos lugares (dos de los profesionales pertenecían a una misma institución, pero habían trabajado en distintas épocas).

Para reclutar la muestra, se contactó a cada profesional vía telefónica. Una vez explicada la investigación, se les hizo llegar el documento de Consentimiento Informado (CI) mediante correo electrónico. Luego de un par de días se volvía a contactar, ya sea por medio de una llamada o mensaje de texto para agendar la entrevista (horario, lugar y modalidad) y para asegurarse que el CI había sido leído. Las entrevistas se realizaron entre enero y abril del 2023. Todas fueron grabadas mediante dos dispositivos (plataforma Zoom y grabadora externa, para entrevistas en línea; o grabadora externa y grabadora del computador, para entrevistas presenciales). Finalmente, todas las entrevistas fueron transcritas, para su posterior estudio.

² Para efectos de Confidencialidad, en documentos presentados en esta tesis, los nombres de los entrevistados fueron reemplazados por una letra E mayúscula y un número que va del uno al seis.

Tabla 1: Cuadro Resumen Metodología

Tipo Metodología	Cualitativa
Tipo de Diseño	Fenomenológico
Tipo de Muestra	Intencional (Heterogeneidad, Pertinencia, Relevancia)
Instrumento Recolección Datos	Entrevista Semi estructurada
Forma de Estudio de Datos	Análisis de Contenido
Universo	8 Centros de medicina reproductiva con uso de donantes con Consejería Psicológica
Muestra	6 Psicólogo/as (de 5 centros)
Modalidad de entrevista	2 Presenciales/4 vía plataforma de Zoom

RESULTADOS

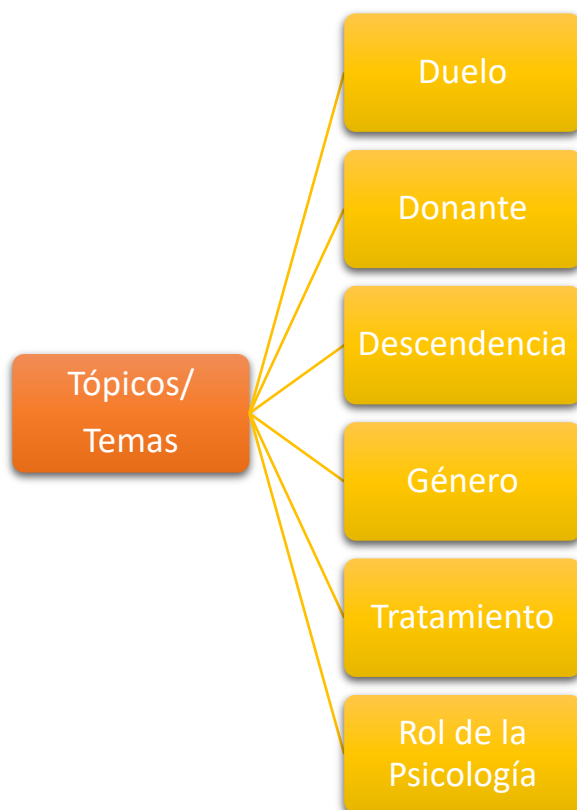
Tal como se explicó anteriormente, se realizaron seis entrevistas. El promedio de duración de las entrevistas fue de 66 minutos (mínimo 52 min. y máximo 91 minutos). Dos de las entrevistas se realizaron presencialmente y el resto, vía plataforma Zoom. Cada entrevista fue grabada mediante dos dispositivos (plataforma Zoom y grabadora externa, para entrevistas en línea; o grabadora externa y grabadora del computador, para entrevistas presenciales). El tiempo total de grabación fue 6 horas y 37 minutos.

Los años de experiencia en el rol de consejería reproductiva de las y los seis profesionales entrevistados/as fluctuaba entre dos años y medio y 25 años, con un promedio de 12 años. La mayoría son mujeres, y también la mayoría pertenece a instituciones de salud privada. Se ha optado por no describir más específicamente la muestra debido a que, en general, cada centro dispone de un solo profesional, lo que la/lo hace altamente identificable.

La codificación y categorización de las entrevistas dio como resultado un “consolidado”, un documento de categorías de significados. El análisis de ese consolidado determinó seis tópicos o temas que, desde distintas aristas, ponen de relieve asuntos relacionados con aspectos éticos: **Duelo, Donante, Descendencia, Perspectiva de Género, Tratamiento y Rol de la Psicología**. Es desde el análisis de contenido que se obtienen los resultados que se presentan a continuación³.

³ En la presentación de cada tópico, aparecerán una serie de citas, que corresponden a extractos de las entrevistas analizadas. Al final de cada cita textual, y entre paréntesis, se consigna una letra “E” mayúscula acompañada de un número, el que indica en qué entrevista se encuentra dicho enunciado. Y después de los dos puntos, un número que se corresponde con el párrafo (o número de línea, sólo en el caso de la Entrevista 1) donde se encuentra la frase en la transcripción de la entrevista. Por ejemplo, “E3: 36” indica que en el párrafo 36 de la entrevista #3, se encuentra la cita.

Figura 1. Tópicos generales encontrados en el análisis temático de las entrevistas

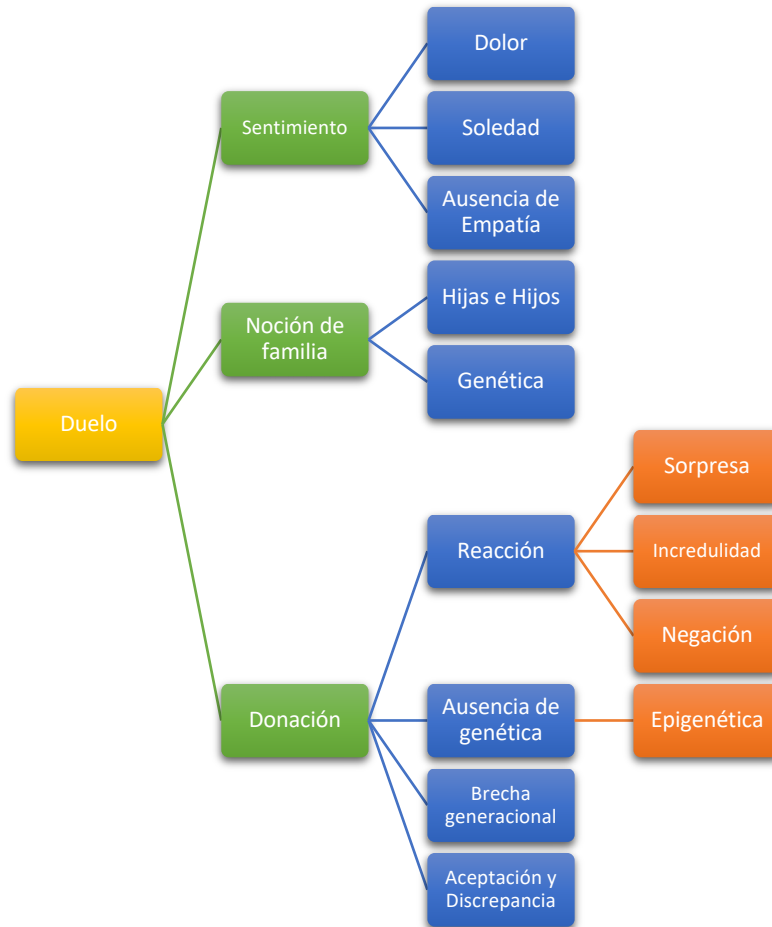


En las siguientes páginas abordaré los resultados por cada uno de estos tópicos/temas.

DUELO

Tal como se muestra en la siguiente figura (nº 2), en relación al tema del **Duelo**, existen diversos subtemas que se han agrupado en tres grandes subtemas (sentimiento, noción de familia y donación), los que a su vez tributan a otros dominios.

Figura 2. Temas y subtemas relacionados Duelo



El duelo, en su segunda acepción, según la Real Academia Española⁴, hace referencia a “dolor, lástima, aflicción o sentimiento”. Es justamente dolor y aflicción lo que aparece asociado a la experiencia de no poder tener hijos, de acuerdo con el relato de los y las entrevistadas. Esa experiencia extremadamente dolorosa está en un inicio relacionada con el diagnóstico de infertilidad, que es algo que les cuesta mucho aceptar:

"...lo primero que les pasa diría yo, en mi experiencia, es que no lo quieren oír. Dicen "ah, este doctor está loco, ¿cómo se dice una cosa así?" y se van. Y lo primero es un shock inicial, negación diría yo. Como "no, no puede ser" y suele pasarme mucho que pacientes llegan después de meses y meses que (se) les dijo." (E2: 22).

⁴ <https://dle.rae.es/duelo>

Ese dolor también aparece cuando se tiene que recurrir a tratamientos de medicina reproductiva, que era algo que se conocía, pero que jamás se había pensado como una alternativa personal, propia:

“y antes de eso, era siquiera pensar en la idea de tener hijos a través de esta vía. Cuando llegaban pacientes con fertilización in vitro y que la primera vez no les había ido bien, como empezar a vislumbrar los posibles caminos, ya partía eso como una primera aproximación y un primer problema, o no sé si problema, pero conflicto interno. De finalmente entonces me dicen que hay una... hay varios caminos, hay varias vías, pero nunca me imaginé que éste también podía ser un camino que me iba tocar a mí. Como eso.” (E3: 24)

Luego de un primer momento de dificultad para aceptar que ésta es una realidad personal, aparece en el duelo, junto con el dolor, otras conductas y emociones asociadas; evitar ver niños, evitar ciertas fechas, dolor frente a los nacimientos de otros, envidia, celos, soledad. Sentimientos, además, que se viven con conflicto, tal como lo señalan dos de las/os entrevistadas/os:

“Se ve con mucha frecuencia tender a evitar situaciones sociales que sean reminiscentes de niños. O de maternidad. Por ejemplo, ir a la clínica o ir al hospital a visitar la mejor amiga que acaba de tener guagua o la prima que acaba de tener guagua o la hermana. No sé. Suscita conflictos internos, sentimientos encontrados. Por un lado, muchas ganas de ir a ver por alegría genuina, pero al mismo tiempo envidia y celos y ¿por qué ella sí, yo no? Ahora esto, por supuesto, no se habla, no lo hablan, no lo dicen, pero genera mucho conflicto interno. Es bien común eso. El día de la madre es otra fecha muy, muy álgida, la Navidad. Pésima fecha...” (E5: 34)

“Entonces como que esa falta de conocimiento del tema las afectaba y las hacía sentirse muy solas. Y muy... Bueno, todo esto se acrecentaba el día de la madre, el día del niño... y todos estos días.” (E6: 116)

La experiencia de infertilidad en el medio social de los pacientes es descrita por las y los entrevistados como vivida con poca empatía desde su entorno, puesto que, para los pacientes y su medio social, la familia se puede formar cuando llegan los hijos. Los entrevistados lo describen en ciertas frases estereotipadas o en cierto grado de invisibilización de una pareja que no tiene hijos/as, como se ve en las viñetas siguientes, lo que va acrecentando un sentimiento de soledad y aislamiento, que además se va asociando a otras experiencias de duelo del proceso de tratamiento:

“Todos esos lugares comunes espantosos, cuando la otra decía “qué más quisiera yo que pasara una noche en blanco por cuidar a la guagua”, ¿te fijas? entonces como que es tratado con poca empatía el tema en general.” (E6: 116)

“Entonces, tenían que hacer todos los rituales que hacían los papás, y a las otras (parejas/hermanas), se les respetaba todo, claro, porque tenían la guagua, pero tenían.... entonces era súper doloroso. Porque decían “no solamente como que no nos respetan el espacio, pero además como que no empatizan con que... nosotros tenemos que afirmarnos mucho entre nosotros en nuestro espacio, nosotros somos una familia igual y no nos ven como una familia”.” (E6: 114)

En el contexto de las TRA, cuando los tratamientos con propios gametos no dan buenos resultados (embriones no viables, transferencias sin resultados positivos y/o pérdidas tempranas); o bien se detectan deficiencias o ausencia de los gametos de las o los pacientes (Azoospermia o baja reserva ovárica, entre otros) que no podrán mejorar con medicamentos, es muy probable que la propuesta de tratamiento futuro considere la donación de gametos. Esto nuevamente puede ser un hecho inesperado y doloroso para los pacientes. Las y los entrevistados coinciden en que la sugerencia de uso de gametos donados es vivida como un nuevo duelo que requiere tiempo para ser procesado.

“...que es distinto a la persona que llega, no sé, inicialmente, la evalúan, intentan un primer tratamiento y después se dan cuenta que no hay nada, que no hay reserva (ovárica), entonces claramente recomendar donación como al principio las desestructura completamente.” (E1: 131)

“Pero a mí me parece que así y todo son pacientes que a mí me parece que son pacientes que no vienen preparados para el cambio de viraje. Por bien o por mal. No sé si uno puede venir preparado, porque me parece que es el enfrentar un duelo, ¿sí?” (E4:41)

“Yo diría que el shock y yo diría que en general, casi todos los pacientes que yo conozco, siempre se demoran, tienen una transición en decir “ya, ahora le damos”.” (E2: 28)

Cuando surge en el proceso de tratamiento de la infertilidad, la alternativa del uso de donantes, los y las entrevistadas plantean que nuevamente hay en primera instancia incredulidad y negación, pero que esta vez hay algo que ya se ha comenzado a escuchar y que quizás ayuda a procesar que puede ser una opción para ellos.

Cuando te dicen “mira, todos estos son los caminos a recorrer” y todos, por supuesto sí les pasa que dicen “ah, ese de allá no tiene nada que ver conmigo, ese lejano no tiene nada que ver conmigo” que es la donación de gametos. Pero ya lo han venido oyendo, y por lo tanto mi impresión es que sí hay algo que se empieza como a procesar.” (E2: 34)

El uso de donantes requiere que las y los pacientes renuncien al material genético de uno o ambos progenitores. Este hecho es vivido como una pérdida en la gran mayoría de los casos, lo que inevitablemente va a producir dolor en los pacientes. Se habla de un doble duelo: el de la dificultad de tener hijos espontáneamente y el de la imposibilidad de transmitir la propia genética. Así lo explicitan las/os profesionales entrevistados:

“Primero, una persona vive una infertilidad, se enfrenta a un proceso de duelo, y cuando diagnostican, o en el fondo recomiendan un tratamiento por donación es un segundo duelo ¿no? porque ya no puede ser con tu genética...” (E1: 97)

“El primer conflicto era abandonar la idea de familia más clásica y de abandonar la genética. Es solo el primer conflicto que se veía... Segundo era lo de abandonar la genética. “Entonces ¿Qué va a pasar conmigo, y qué va a pasar con mis genes en este camino?”” (E3: 24)

El uso de gametos o embriones donados es relativamente nuevo en la reproducción humana, particularmente la donación de óvulos y embriones. Al ser una realidad para la cual hay poca experiencia y que, además, cambia rotundamente las expectativas de las personas sobre la herencia de sus factores geno y fenotípicos, los y las pacientes deben enfrentarse a situaciones que les generan conflicto.

“La propuesta de una donación genera harto conflicto. Y, por un lado, para darte un ejemplo, el conflicto entre los rasgos biológicos que se pudieran heredar que no pertenecen a esta pareja, que son externos. Y eso incluye tanto la apariencia, el color de ojos como el pelo, como la forma, hasta rasgos también más psicológicos o psicosociales, como si va a ser extrovertido, va a ser introvertido.” (E5: 36)

En opinión de un/a de los/as entrevistados/as, el duelo dependerá del valor que ponen las personas en lo biológico, en la genética. Otra cosa particular de este duelo específico, el duelo del legado genético, es que además no sólo compete a la pareja, también podría abarcar a la familia extendida:

“...y a quienes se les hacía más difícil era por el tema de básicamente de no poder transmitir la genética” (E1: 164)

“Si las personas construyen el significado como de familia a partir de lo biológico, se le hacía como difícil como reconocer a un niño nacido por donación como su hijo”. (E1: 303)

“Y había algunas otras parejas que sí les gustaba la idea de poder compartirlo con los padres, especialmente en el caso que fuera la mujer, con los padres de ella, entendiendo que pudiera ahí la genética también no expresarse, entonces como poder hacer también esta familia el duelo de no expresar físicamente lo que estuviera pasando.” (E3: 51)

Un factor que aparece como alivio de ese duelo, de acuerdo con los y las profesionales, es la Epigenética⁵ porque ayuda a la idea que la madre gestante tiene un rol en la manifestación de la genética del embrión. Así, las y los entrevistados dan cuenta de cómo han ido encontrando un vocabulario que ayuda al proceso de duelo.

“Aparte que en la ovodonación siempre está el tema de la Epigenética, y yo siempre la pongo en juego, además. Como una... y en general los médicos también se la dicen, entonces hay algo ahí que las calma, entonces, como yo les digo siempre: ese embrión en otro útero sería una persona distinta, que en el tuyo. Y eso es como un... eso, es como produce y yo encuentro que (...) un cierto alivio” (E2: 92)

“Sí, terminan los genes, pero finalmente la que gesta, la que va dando todo el entorno para que se expresen esos genes son ustedes como familia”, entonces esas como frases también como que les ayudan muchísimo. Y ponerles el concepto de la Epigenética era algo que yo creo que les cambiaba como la mirada, así como el antes y el después” (E3: 36)

Los entrevistados plantean que quizás las nuevas generaciones, que van a vivir en un mundo donde esta realidad ya es algo que se habla y conoce, estarán más familiarizadas con esta técnica. Esto es particular de la ovodonación, donde una mujer joven que hoy es ovodonante, podría en el futuro ser una receptora.

“Como que no está registrado, ¿sí? no está instaurado simbólicamente. Creo que no es lo que va a ocurrir para las generaciones que hoy son las donantes, cuando sean las pacientes. Creo que es un sesgo generacional. Pero al no criarse en una infancia validando la gestación en donación, ese paciente quedó catapultado. Me refiero para vivir una experiencia mucho más brutal de la que hoy día le va a tocar vivir a la que hoy es donante.” (E4: 104)

La resistencia inicial al uso de donantes va cediendo a medida que se van sucediendo los intentos de tratamiento. En ese camino, pareciera producirse una especie de gradiente de aceptación del uso de donantes, por parte de las y los pacientes, una especie de aceptación, que también es muy coincidente con la idea de duelo.

“Yo creo que eso tiene que ver con ellas, como que van quemando etapas y van como viendo que finalmente las posibilidades para poder ser padres con gestación es un camino que implica abandonar en este caso un gameto. Ya, entonces creo que se hacía más fácil cuando llevaban un camino recorrido”. (E3: 36)

“Al principio puede que haya la primera propuesta de presentación como alternativa de la donación para muchas parejas puede ser fuerte, chocante y a medida que se van ensayando los tratamientos y se van teniendo resultados negativos y se va dando, va

⁵ Ayuda a comprender cómo los factores ambientales y los procesos internos pueden influir en el desarrollo fetal.

progresando la infertilidad y progresando toda esta historia ¿no? porque es una historia, al final la gente se va abriendo a alternativas como la donación” (E5: 30)

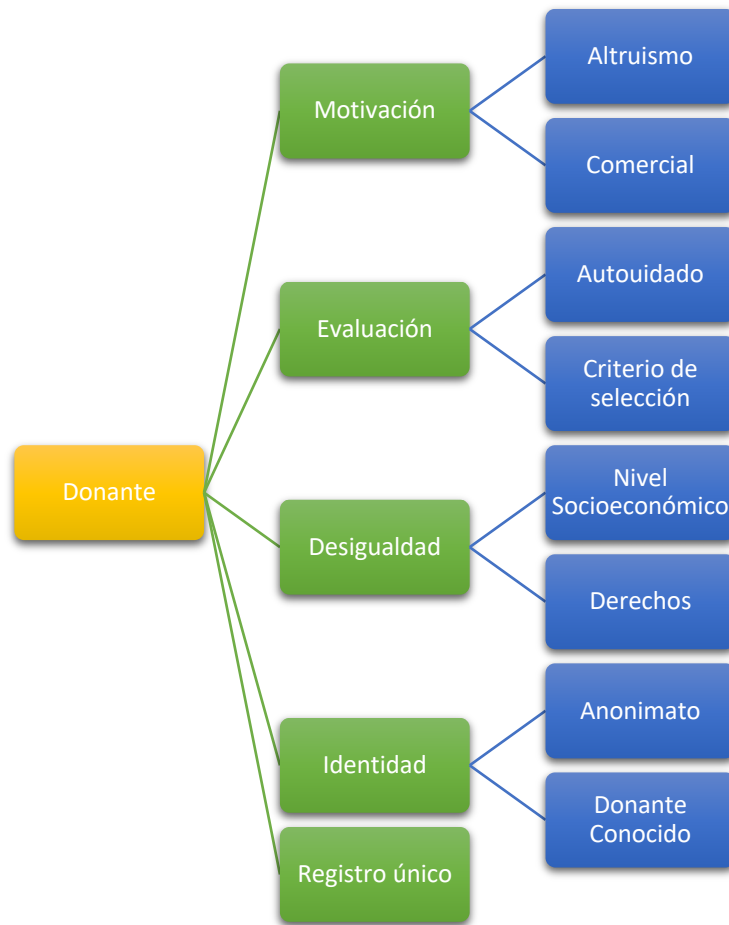
Sin embargo, cuando se trata de una pareja es importante considerar que las etapas del duelo pueden ser distintas para cada uno, y que puede producir discrepancias importantes en la forma de enfrentar las decisiones futuras:

Ya no se entrapa el tratamiento, "el fármaco ¿cuánto me lo puse mal?". No... Se entrapa la persona. "Es que yo creo, yo he pensado que para mí es importante que... pero yo lo escucho a él y quiere que no le digamos nada", como que empieza de forma individual cada pareja a tomar incluso un lugar individual". (E4: 53)

En síntesis, los profesionales entrevistados dan cuenta de un duelo complejo que tiene distintas etapas, y que incluso puede entenderse como varios duelos juntos, donde además los pacientes sienten poca empatía o sensibilidad del medio. Tienen que lidiar con sentimientos internos en conflicto y elaborar una realidad para la cual aún hay pocas palabras o símbolos. Sin embargo, los profesionales han ido encontrando de a poco algunas estrategias para ayudar a procesar la experiencia (“ese embrión en un útero distinto, sería una persona distinta”).

DONANTE

Figura 3. Temas y subtemas relacionados con el o la Donante



El uso de “terceras partes” en la posibilidad de concebir un hijo o hija es una circunstancia que permite diversos análisis. El aporte de estas terceras partes, de los y las donantes, puede ser de distinto tipo: Gametos (óvulos o espermios) y embriones.

La motivación para donar puede ser altruista, comercial o bien tener ambas motivaciones en su origen. La compensación económica que se les hace a las/los donantes, específicamente de óvulos y espermios, es un tema que aparece, tanto asociado con lo “comercial” o si esa donación está asociada a procurar el bien de forma desinteresada, como lo muestra la segunda cita:

“Cómo es esta donación, quién hace esta donación. Hay un tema de dinero, cuánto es el tema del dinero. Sabemos que se compensa, qué es la compensación, como todas esas cosas de cuán limpio, podíamos decir, energéticamente está esa situación.” (E3: 36)

“Entonces cuando había parejas que estaban con más camino recorrido en términos de conversación, de hablar de la situación y no de negarlo, se les era más fácil poner en un lugar a esta donación, a la tercera parte en el fondo. Como okey, qué es lo que va a ser, cuál va a ser el simbolismo de esto. Mirémoslo como un regalo, como una alternativa de poder ser familia...” (E3: 36)

La percepción de que la donante de óvulos podría estar siendo tratada diferencialmente por parte de las instituciones de salud, respecto de la receptora, y no cómo correspondería según su contribución, es otro tema que surge:

“Como que siento que la donante se deja como un poco de lado, que es como la persona que dona gametos. Y resulta que es una persona que altruistamente está donando una parte de sí, una parte de su cuerpo en beneficio de otro, entonces no es como sólo donar una célula, sino que está haciendo una acción, una contribución social tremendamente importante. (E1: 402)”

Otro tema que surgió en las entrevistas fue el de las diferencias socioeconómicas entre quienes donaban y recibían los gametos o embriones, lo que a juicio de un/a de los/as encuestados/as, era de interés sociológico:

“Pero las personas que pagan pueden pagar y pagan la donación, y lo que pasa es que las donantes generalmente son de grupos socioeconómicos medios y bajos, entonces son las personas de bajos recursos que intervienen sus cuerpos para beneficiar a personas de grupos altos, y eso yo creo que es un tema como de interés sociológico igual.” (E1: 441)

Respecto del estado de salud de las donantes, las y los entrevistados hacen alusiones a dos aspectos. El primero, referente a la preocupación por las repercusiones que pudiese tener el someterse a un procedimiento médico de esta magnitud (estimulación hormonal de varios días y extracción quirúrgica de ovocitos bajo sedación); y, por otra parte, aparece la preocupación desde las receptoras y sus parejas acerca del estado de salud de las donantes al momento de hacer la donación:

“En ese sentido se sabe que clínicamente claro, no va a tener ningún daño y puede seguirse embarazando, pero a largo plazo, cuáles son las consecuencias. Yo creo que hay una zona como un poco oscura, entonces yo creo que la institución de salud, con todo lo que hace, debería también tener responsabilidad en el seguimiento y también no sé si hay, porque ahí lo desconozco, si hay seguros médicos asociados para proteger la salud de la donante.” (E1: 410)

“Yo creo que las primeras aproximaciones que tenían eran con estos como conceptos medio desde la adopción, como del... entonces cómo, en qué condiciones la mamá o esta niña o esta donante va a dar estos gametos, ¿está sana? ¿Qué tan sana es? ¿Qué tan consumo tiene?, ¿qué tanto podemos saber que su salud mental está también sana? como que no nos vamos a encontrar con algo tan, tan no esperado” (E3: 44)

También manifestaron que los y las pacientes tienen dudas respecto de los estándares para evaluar el estado de salud de las donantes, por parte del centro de fertilidad:

“¿Cómo hacen acá el chequeo de cómo es la donante? ¿Cuáles son los filtros? ¿Qué exámenes les hacen? ¿A qué se refiere con confidencialidad, anonimato rotundo, qué es eso? ¿Yo voy a poder saber, cómo tú me puedes confirmar que los exámenes hechos a ella realmente están saludables? ¿Por qué quiere donar?” (E4: 49)

Un/a de los/las entrevistados hace alusión a un tema comparativo con estándares éticos en otro país, respecto de la posibilidad que la donante de óvulos tenga alguna información del resultado de su donación:

“Porque la donante se va y donó. Y se fue. Pero no tiene información de si efectivamente nació un niño, qué edad tiene... En Australia por ejemplo (...) es mandatorio que la donante pueda acceder a esa información. Si nacieron niños, cuántos nacieron, qué edad tienen...” (E1: 499)

Las/os entrevistadas/os también refieren que son consultados por las personas que se someten a estos procedimientos respecto de qué criterios usar para elegir a los y las donantes, cuando el procedimiento así lo permite.

“¿Y cómo se busca? ¿Qué busco? ¿Qué crees tú? ¿A ti como psicólogo@ te parece que sería importante que se pareciera o no se pareciera? ¿Qué crees que habría que buscar importante?”, te preguntan... me preguntan eso.” (E2: 38)

Sin embargo, la tarea de seleccionar a la donante, en caso de poder elegir, se vuelve difícil. Es común, en un principio, no tener satisfacción con la disponibilidad de datos existentes para la elección:

“Por ejemplo, no poder seleccionar a la donante como ellos quisieran. Hay personas que se conflictúan porque no pueden como, porque no logran estar satisfechas o conformes con las donantes que les proponen, por ejemplo. Ese es como un conflicto que se veía...” (E1: 108)

En cambio, hay otros pacientes que parecen tener criterios definidos, sin dudas respecto de cuáles eran sus expectativas de futuros donantes:

“Me tocó una pareja muy simpática que él decía “no, tú estás loc@ que voy a buscar, mira, soy chico, negro, feo, ¿por qué voy a buscar si tengo la posibilidad de sacarme un rubio, alto, fornido, que le guste la música? No poh, si voy a pagar voy a pagar por algo bueno” me decía. Un chiste.” (E2:40)

Al parecer, se impone una forma de transparencia de la información, que algunos/as entrevistados/as les parece necesario explicitar con los y las pacientes:

“La confirmación de antecedentes psicológicos en la familia de quien dona. Un poco yo en general, transparente lo que es en LA INSTITUCIÓN, las etapas de la selección de la donante, los protocolos de la donante. Lo que se pregunta, no se pregunta. No paso la entrevista que les hago, sino que les verbalizo en general puntos que yo sé que ellos están preguntando” (E4: 80)

Dentro de las dificultades que se cruzan con la labor médica, es posible encontrar cómo el anonimato de las y los donantes puede ser un factor que las/los entrevistados requieren evidenciar con los pacientes:

“Tremendo tema, ¿no? Tremendo tema (el anonimato). Entonces no se lo nombran tanto yo diría acá los médicos, como que... porque en el fondo si se nombra genera harta resistencia. Y la verdad es que yo igual siempre lo pongo en juego” (E2:42)

Otro aspecto que aparece como un déficit según las/los entrevistadas/os es la ausencia de un registro nacional de donantes:

“Y para cerrar, el tema de las donantes, sólo mencionar eso de que, bueno, no hay registro de donantes, entonces las donantes pueden pasar por varias clínicas...” (E1: 496)

Por último, respecto de las y los donantes, aparece como tema repetitivo la eventual problemática del uso de donantes conocidos, aunque con distintas aristas. Por una parte, la idea que se trae un donante propio, sin evaluar las implicancias:

“Varias veces hemos tenido eventos, así como que llega... una vez tuve un trío aquí que era un matrimonio que vino con un amigo que decían “no, yo le ofrecí porque somos vecinos, yo le ofrecí” y estaba el marido al lado... obvio que, con inseminación, no es que iban a tener relaciones...” (E2: 158)

Al parecer, ser donante conocido es un tópico de cuidado. Los/as entrevistados/as reportan también su evaluación en estas situaciones:

“O sea que, de verdad, creo que un par de donantes dije que no, porque había conflictos en términos de que fuera... era ovo donación de familiares conocidos y creo que un par de situaciones dije que no porque a mí me parecía que las donantes no estaban aptas” (E3: 83)

Y la evaluación de un donante conocido, no sólo atañe al donante, sino que también es relevante que la familia receptora pueda ser vista en sesión psicológica:

“De hecho en términos como de la consejería no todas las familias que hacen donación pasan por consejería. Y esos ya son temas éticos que son complejos porque obviamente las directrices si no les señalan que todos los receptores..., las familias receptoras deberían pasar por consejería.” (E1: 230)

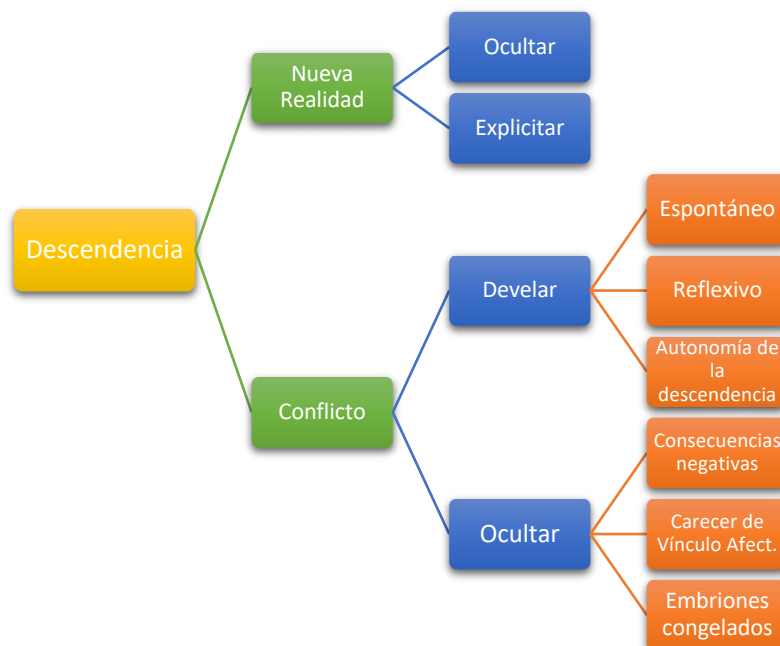
En algún caso, la participación incluso es llevada a comité de ética y en equipo se resolvían esas peticiones:

“Pero que llegaban de repente y nunca nos negamos a estudiarlo y luego lo presentamos al comité de ética de LA INSTITUCIÓN, allí en conjunto se resolvía. Te fijas, que eran donaciones familiares...” (E6: 84)

En síntesis, el grupo de psicólogos/as entrevistados/as dan cuenta de verse enfrentados/as a diversas preguntas complejas en la labor de consejería para abordar el tema de las donaciones de gametos; partiendo por la problematización del significado de donación ¿es comercial, altruista o ambas? Pero esto luego se cruza con las tensiones del anonimato y el derecho a la información de donantes y receptores, las dudas de los usuarios sobre los protocolos y las preguntas de las familias receptoras que parecen ser propia de la pericia y habilidad psicológica (*“¿es bueno o no que se parezca a nosotros?”*). Las/os psicólogas/os parecen tener que lidiar con diversas preguntas éticas complejas y una de las estrategias que se utiliza es pensar con otros (*“La llevábamos a comité y ahí juntos se resolvía”*).

DESCENDENCIA

Figura 4. Temas y subtemas relacionados con la Descendencia



La descendencia surge permanentemente en el relato de las/os profesionales, como un tema con varias aristas. Probablemente es el que más dificulta a las y los pacientes, a la hora de profundizar en las consecuencias futuras de adherir a un tipo de tratamiento que implique la donación de gametos o embriones. Los tratamientos con gametos donados trasladan a las y los pacientes a una realidad no tradicional, respecto de los hijos e hijas, especialmente si se hace referencia a su origen.

"...este concepto de familia tan tradicional de... entonces cómo le decimos que es de donación, ¿lo van a entender sus compañeros? Estaba mucho el miedo a ser estigmatizados, como a ser... entonces como "¿es mi hijo o no es mi hijo?", desde la estigmatización. Eso es como el más miedo que tenían, fíjate, poder abrirlo y ser estigmatizado o que no pudieran entender lo que pasaba". (E3: 44)

Pero a veces es el estamento médico el que intenta mantener el *statu quo*:

"...muchos médicos (...) les decían a las parejas, las parejas me contaban eso que le decían, "oye si con un óvulo esto es lo mismo, esto es un óvulo de otra mujer ¡y tú no tienes nada que contarle a nadie!". Entonces se les aliviaba la culpa, se les aliviaba la complicación." (E6: 157)

"Yo creo que ahí hay una línea bien compleja, porque es el centro (hospitalario) el que permite como la... el secreto, también" (E1: 224)

"Podemos ayudar en eso, el tema del anonimato, de la creencia en el anonimato, que los equipos médicos... me parece a mí que, en general, no son suficientemente como transparentes con las pacientes de que están en... o sea que tener donación de gametos de alguna manera es algo que podría saberse, desde por estos bancos genéticos, pero también porque puede pasar algo que, el accidente ponte tú, sabemos que pudiera ser que alguien, que un hijo se enterara... como que ese es un tema que lo encuentro sensible y que cuesta, como que no está del todo abierto." (E2: 168)

El mantener el secreto o bien contarle su origen a la descendencia, es algo que los/as psicólogos/as tienden a explicitar en las sesiones con las y los pacientes:

"...por supuesto está el tema de saber o cómo transmitírselo eventualmente a un hijo, que también eso es algo que yo lo pongo en juego, no siempre lo dicen automáticamente." (E2: 24)

"Poco plantearse, yo diría, inicialmente el tema del traspaso, de compartir esta historia con los hijos. Pero luego, bueno, ese era un tema que uno abría al preguntar, y ahí era un tema bien difícil". (E6: 73)

"Estamos en este punto y en este punto ahora. Ya que ustedes lo hablan con ustedes -o si es una sola persona-, uno pudiera pensar que lo vamos a poder compartir con un hijo". Yo siempre lo llevo un poco directo para allá. Pero porque sinceramente creo que los personajes involucrados son los pacientes, pero me parece fundamental siempre traer a ese hijo porque estamos en ausencia de ese hijo". (E4: 63)

Esta develación sobre el origen, especialmente el origen genético, aparece en los y las pacientes como un tema extremadamente conflictivo. Esto es percibido por todos los profesionales entrevistados:

"...como algunas familias, que son las menos sí, como que, porque algunas se abren a la apertura y hay otras que dicen que no, pero si no es necesario, dicen, "¿para qué va a saber?", "sólo lo sabemos los dos y con eso es suficiente, no necesita saber". (E1: 250)

"Primero, si llegan a contar que es una donación de gametos al mundo, ya sea los compañeros, no sé qué, que eso les pueda afectar y les puedan discriminar. Que la familia pueda discriminar a esos niños en el futuro, los abuelos, por ejemplo, "no, es que mis papás son súper conservadores, que, si llegan a saber que este óvulo o este espermio no es de nosotros, lo van a tratar distinto al nieto..." por ejemplo, o a la nieta. Eso sí les preocupa mucho a los padres diría yo, respecto a cómo van a vivir, que no sufran, que sean niños que no vayan a sufrir por discriminación a propósito de la donación de gametos. Eso diría yo que es como lo más central en ese sentido". (E2: 59)

"Y último conflicto era más bien "¿se lo vamos a contar al hijo? ¿Va a ser algo que le vamos a decir? ¿O lo vamos a dejar entre nosotros?". (E3: 24)

"¿Cómo podríamos decírselo?, ¿qué implicancias va a tener?... y ahí, había parejas que decían que, muy pocas la verdad, decían que esto era algo entre ellos dos y nada más, y otros decían "¿en qué momento le cuento? ¿Le cuento cuando sea más grande...?"

como más que visualizar mucho más allá de la descendencia, con el niño es como qué le cuento para que no lo... lo viva bien y que sea integrado". (E3: 44)

Ahora tengo otros que en el camino toman distintas decisiones y en eso es no contar todo lo que está ocurriendo a la familia, sí. Para poder no problematizarlo más allá porque "no mis abuelos jamás entenderían que... no, ¡olvídate!". (E4: 73)

Por ejemplo, lo que te acabo de decir, tenemos la intención de decirle porque nosotros valoramos sobremanera la transparencia. Es nuestro valor primordial en la vida. Esa es la intención, pero de ahí a que lo hagan... Del dicho al hecho, hay mucho trecho. No sé cuánto has encontrado la literatura tú de eso, pero esa es mi experiencia." (E5: 48)

Pero hay quienes reportan una total intención de transparencia con el/la futuro/a hijo/a. Según los y las profesionales, existen pacientes con intención de transparencia de manera espontánea y también es posible que el trabajo terapéutico ayude a proyectar esas vivencias futuras de manera menos compleja:

"La pareja que se inclina por decir es porque valoran mucho la virtud de la... de la transparencia. Ellos son parejas que te dicen que ellos develarían el secreto porque no podrían vivir toda la vida con un secreto oculto. Una información oculta a su hijo, que es lo más importante que tienen en la vida, y para ello importante es, es la transparencia, como digo" (E5: 44)

"Ahora, cuando ya logran como... como trabajar el tema de la información hacia el niño, mucho de todo esto se alivia. O sea, porque es algo que es más fácil decirle al pediatra, que decirle al niño". (E6: 124)

Hay una idea de que ocultando la información se evitarían diferentes consecuencias, primordialmente intuitas como negativas:

"...y los amigos, y cómo los amigos, y los amigos de ellos también, y los amigos de los niños y cómo lo van planteando en el ambiente en que ellos se desenvuelvan, cómo escoger entonces un colegio que sea menos estigmatizador en ese aspecto... principalmente eso era lo que más les preocupaba, más que la descendencia biológica o genética". (E3: 47).

"Y otras parejas, que prefieren guardarlo. No develarlo nunca según ellos para no generar daño o dolor. Y, por último, no tiene mayor importancia o no va a influir en el niño, ¿no? Y optan por, por no hacerlo." (E5: 44)

Sin embargo, muchas parejas optaban por "guardarlo con pequeñas excepciones":

"...porque se sientan y dicen sí, pero no lo vamos a contar a nadie, a nadie, sólo lo sabe mi prima Juanita y el tío Pancho". (E2: 26)

"La mayoría diría yo, que querían mantenerlo lo más cuidado posible, o sea a lo más alguien más externo como una hermana o el hermano de la pareja, pero era como esta sensación de mantenerlo lo más guardado posible." (E3: 51)

Quizás una de las consecuencias más difíciles es la idea de que, por no haber compatibilidad genética, por provenir desde un gameto donado, la vinculación afectiva con el/la hijo/a podría carecer de intensidad o ser distinta a la que se tiene con un hijo con el que se comparte genética:

"...va a haber algún tipo de depresión post parto por la no vinculación genética, entonces tiene las mujeres sobre todo tienen la fantasía de que pudieran tener menos apego con sus hijos por, por ejemplo, porque no está su carga genética, a propósito de la ovodonación. O que el padre podría no tener, o podría sentirse distante con su hijo porque no están sus espermios." (E2: 24)

"¿lo voy a querer suficiente? ¿Voy a tener suficiente vínculo? ¿Me va a querer suficiente? ¿Va a sentir una diferencia conmigo, una distancia conmigo? ¿Se va a enojar cuando entienda realmente lo que era? Que fue una donación...". (E2: 59)

"Me tocó a veces que cuando era... sobre todo donación de espermio, había también, aparte de las inseguridades del hombre, había la inseguridad de la mujer de que él le hiciera la desconocida. Si en algún momento ellos entraban en conflicto como pareja, el dijera "bueno, y al final este hijo ni si quiera es mío". (E6: 73)

"Bueno, yo creo que en general hay una mezcla de como ansiedad de finalmente poder tener la guagua, pero con hartito temor también, por las implicancias que tiene la donación. En el sentido de, digamos, el sentir o no sentir propio al hijo." (E6:73)

En la práctica, el revelar el origen a un/a hijo/a, puede complicarse. Y si bien se tienen casos, no son frecuentes:

"Y dudas sobre todo por la pertinencia de un hijo que ya existe. Por la pertinencia de preguntas de ese hijo y porque la realidad pudiera estar exigiendo ciertas cosas y ellos no han situado la realidad desde esa perspectiva. Y de forma bien aislada, pero yo creo que me ha pasado y me ha golpeado bien fuerte, como que, aunque sea muy aislado, me parece que es una experiencia que se pudiera haber, de forma más cuidadosa, haber evitado. Y lo pienso también para ese hijo que ya está vivo y tiene 5 años y me están recién contactando, lo encuentro insólito". (E4: 76)

En esta misma arista, un/a psicólogo/a se pregunta si es facultad de los padres hacer uso de la información sobre el origen del hijo/a o si es ese/a hijo/a quien tiene el derecho de manejar esa información. La pregunta es por la autonomía de ese niño/a:

"...por otro lado también los niños deberían decidir cómo quieren ser vistos por su entorno también. Si ellos quieren contar algo de su intimidad, acerca de sus vidas. Entonces hay padres que se adelantan y de pronto a lo mejor el hijo no quiere que el resto sepa." (E1: 275)

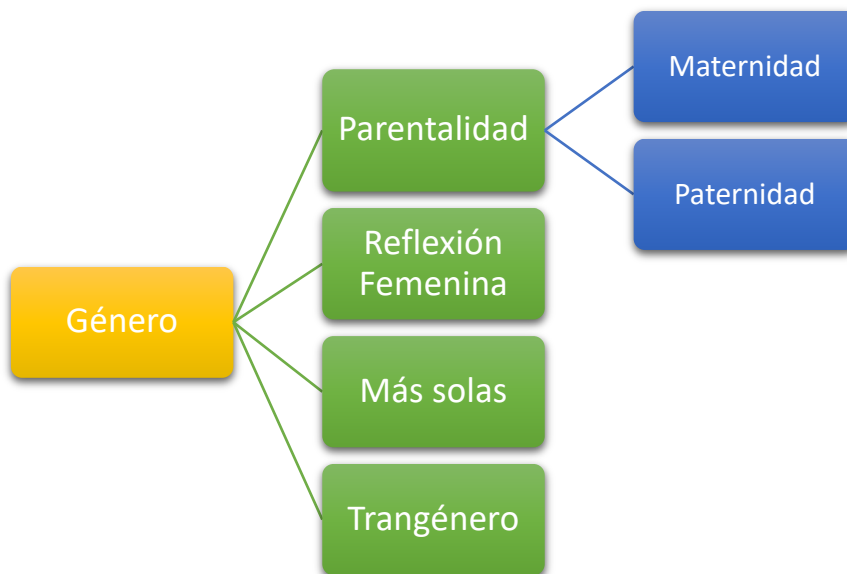
Por último, respecto a la descendencia, un/a entrevistado, hace alusión a que para las y los pacientes, los embriones congelados presentan la calidad de hijos/as:

“Para algunas personas también se les hacía complejo porque sentían que los niños que quedaban, o sea como que los embriones que quedaban eran como sus hijos, entonces como que sus hijos estaban congelados”. (E1: 297)

El grupo de psicólogos/as entrevistados/as tienen nuevamente que enfrentarse a decisiones complejas en la labor de consejería, esta vez para abordar el tema de la descendencia. Los y las profesionales perciben que este es el tema más complejo para los pacientes porque cuestiona la definición tradicional de familia configurada por lazos genéticos. Además, dentro de los equipos existen miradas en conflicto, donde se percibe a algunos médicos favoreciendo el secreto y a los y las psicólogas favoreciendo la transparencia. Los y las profesionales además describen a familias con posiciones que van desde el secreto dentro de la pareja, el secreto “con pequeñas excepciones”, a la total transparencia. A los/as entrevistados/as les toca poder escuchar esta diversidad y comprenderla, sosteniendo su propia perspectiva. De todos modos, los/as entrevistados/as dan cuenta y comprenden las razones para no contar (temor al sufrimiento del hijo/a, familias muy tradicionales, miedo a la estigmatización), a pesar de sostener una posición de transparencia. Pero más allá de si contar o no contar, los profesionales deben responder a las preguntas de los pacientes de cuándo y cómo contar. Por último, los y las entrevistadas problematizan también la idea que hay un potencial tercero que será un sujeto autónomo con derechos sobre su identidad.

GÉNERO

Figura 5. *Temas y sub temas relacionados con la Perspectiva de Género*



El análisis de las entrevistas permite mostrar las diferencias percibidas por las y los psicólogos que son relativas al género, puesto que señalan que existirían diferencias en cómo el duelo es llevado por hombres y mujeres, cuando se tiene que recurrir a la espermiodonación.

"He visto varias parejas, son ellas, que me pasa que han estado muchas veces aquí como muy afectadas porque como que quieren... lo quieren a él, quieren su descendencia, me dicen "es que yo quiero, yo quiero reflejar en mi hijo, o en mi hija algo de él", pero él dice "no, pero si va a estar bien" si son mucho más, la cosa esa media pragmática masculina..." (E2: 74)

"...pero creo que para mí el paciente hombre espermio donación no llega. No está. ¿Que, no se problematiza? no, yo creo que no lo toma como tema. Probablemente es una familia que no va a relatar que eso fue así, no está problematizado, yo creo que la paciente mujer haciendo una ovo donación o ella hablando de la espermio donación, pero no llega su pareja, es mucho más problematizado y sostenido por ella como paciente o ella aproblemada por la ovo donación, sin desmerecer que cuando estamos en espermio donación yo no tengo a misma frecuencia de pacientes estando en sesión conmigo..." (E4: 69)

Es evidente que la espermiodonación es vista con más dificultad a la hora de apropiarse de esa paternidad, por parte de las y los entrevistados.

“Porque hay una cuestión objetiva ahí que cuando el hombre, no es con sus espermios es como que queda al margen totalmente la parte biológica. Porque más que mal el útero es súper potente al fin y al cabo. Entonces yo creo que ahí el hombre tiene que desarrollar como mucho más un pensamiento sobre la paternidad digamos de qué significa la paternidad y lo que significa como que tú sales al encuentro de ese vínculo, como que hay una parte activa, tremendamente activa de parte de los hombres para hacer suyo el proceso.” (E6: 142)

Por otra parte, aparece la ovodonación como un proceso difícil de llevar, especialmente para las mujeres, según las y los entrevistados:

“A mí me parece que dentro de lo que es la ovo donación particularmente, me suena un escenario más problemático, en Chile, por lo menos de lo que me es pensar la embrio donación o la espermio donación como a solas, ¿sí?” (E4: 26)

“Y claro, para el hombre decir “no, no te preocupes, no hay problema”, es más fácil, porque él mantiene su carga genética. Y bueno, y para la mujer se le hace doblemente difícil porque además tiene que llevar el tratamiento, entonces eso también lo referían las pacientes que la complejidad para ellas, como llevar el tratamiento, con todos los exámenes, las hormonas...” (E1: 327)

Se muestra en el relato que son las mujeres las que hacen el trabajo reflexivo, incluso por ellos, especialmente si la pareja vive en otras regiones, distinta a la Metropolitana, como se muestra en la última cita:

“El caso de un hombre que necesitaba ser, dar la muestra y finalmente él nunca vino mucho a conversar conmigo, la señora venía a conversar conmigo de este proceso. Y cómo lo hacía y cómo ella lo ayudaba, porque ella sabía que esto se le hacía difícil, porque era algo que no se había imaginado, y que además es algo que él no lo habla, entonces tampoco le está contando mucho a sus amigos, entonces con quién lo va a hablar” (E3: 54)

“Y también se suple con el discurso interno de... “bueno, si yo lo gesto...”, estoy hablando de la mujer, por supuesto, “igual voy a ser madre. Igual aporto con la gestación del embarazo, el parto y la crianza”, y al final dicen, “bueno, lo que genera, lo que hace un niño de uno o lo que forma un niño es la crianza que uno le da. No son los genes con los que vienen.” (E5: 38)

“...ahora que estoy pensando un poquito más en detalle, era como más dificultad en poder yo acceder a evaluar la pareja, en el caso que fuera pareja ¿sí? porque la pareja generalmente se quedaba, si no era específico, se quedaba en regiones, o estaba trabajando... era un poquito más satélite en ese ámbito. En cambio, la mujer estaba un poquito más sola ahí” (E3:72)

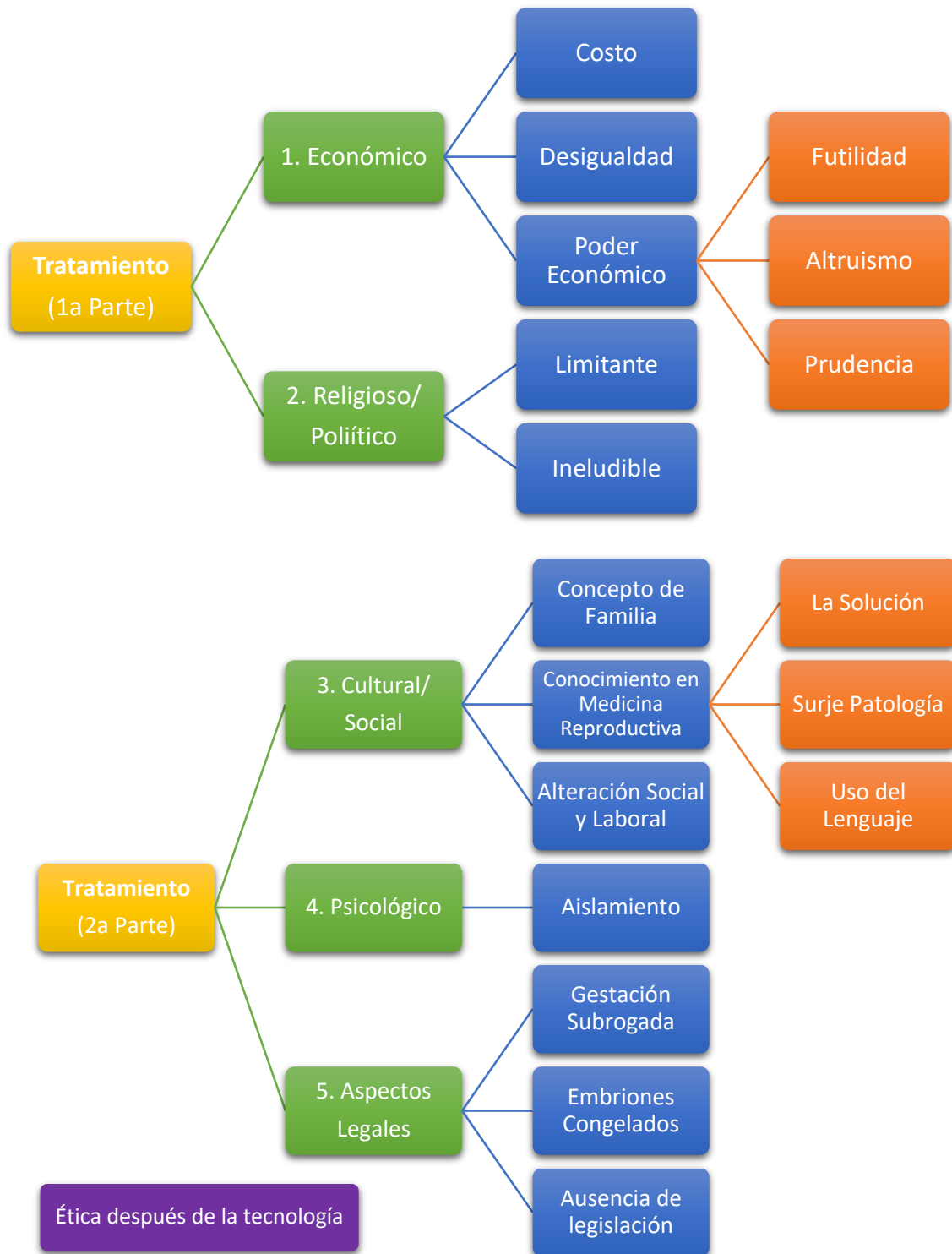
Un caso distinto a los enunciados anteriormente, que también es referido al Género, es la preservación de ovocitos en una persona transgénero, antes de comenzar el tratamiento médico para su cambio de sexo.

“Incluso a mí me tocó un caso muy interesante que era una chica muy jovencita, que estaba haciendo su tránsito a chico y que quería guardar su ovulo porque se iba a guardar su potencial reproductivo, porque se iba a Alemania hacer su tratamiento médico y el papá la apoyaba mucho... qué se yo, pero quería dejar su potencial reproductivo porque el día de mañana cuando quisiera tener hijos no iba a poder tener hijos”. (E6: 86)

En síntesis, la perspectiva de género es una visión que debe ser considerada a la hora de entender y abordar las intervenciones psicológicas en los tratamientos con TRA con donantes, pues hay impactos diferenciales reportados por los y las entrevistados/as. El más evidente es que es la mujer la que se lleva gran parte del peso o carga del tratamiento, tanto biológica como psicológicamente, independiente de si la donación es de gametos femeninos o masculinos. Por otra parte, y como tema emergente, aparece la criopreservación de gametos en personas haciendo su transición de género, lo que abre la posibilidad de formar nuevos modelos de familia a futuro.

TRATAMIENTO

Figura 6. *Temas y subtemas relacionados con el Tratamiento*⁶



⁶ En este esquema, la figura 6 se ha dividido en dos sólo para una mejor visualización de los subtemas.

Respecto del tratamiento, se encontraron cinco subtemas que dan luces de diversas preocupaciones de las y los entrevistados: Económico, Religioso y Político, Social y cultural, Psicológico y Legal, las que describimos a continuación.

Lo Económico

Que el costo de estos procedimientos sea alto, produce diferentes reflexiones y es motivo de preocupación, especialmente si la pareja en tratamiento tiene su residencia en regiones distintas a la Metropolitana:

“Yo creo que una limitación obviamente es lo económico también, porque a lo mejor las personas podrían hacer más intentos, pero a veces no pueden hacer tantos.” (E1: 133)

“El tema de las distancias para algunas, yo creo que la mitad viene de regiones, entonces era, es costoso ya el tratamiento y además adicionar como los viajes en avión, el quedarse en hoteles o en algún lugar... estar alejados de la familia en el periodo en que necesitan ayuda, incluso hay pacientes que estaban solas, en un hotel haciéndose el tratamiento como por un mes... Y que claro, eso complejiza bastante” (E1: 202)

El costo de un tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad, puede generar desigualdades de acceso que, en términos teóricos, lidian con el principio de justicia.

“Claro, una pareja... "no, es que sabes que no puedo eyacular, no tengo erecciones porque la tranca con mi abuela con...", ¿ya?... terrible. Y pagas 4 o 5 millones y listo y cerrado el problema. Pero en el sector público no, porque tiene cupos limitados, porque es caro el tratamiento, porque tienen insumos limitados, porque tienen una lista de espera de miles de parejas. Entonces no es llegar, bueno pago y me lo hago.” (E5: 113)

“Bueno, para qué decir las personas que no tienen acceso, que esa es otra realidad de nuestro país, que sólo unos pocos tienen accesos a la salud pública y quedan personas entremedio que no pueden hacer el tratamiento y que esas no las conocemos porque no llegan a las clínicas.” (E1: 438)

Por otra parte, el poseer recursos económicos puede reñir con la futilidad terapéutica, porque según uno/a de los/as entrevistados/as, a veces se ofrecían terapias con pocas expectativas de éxito o, esa misma capacidad económica parecía dificultar el entender que hay aspectos altruistas involucrados en un tratamiento por donación:

“Y tú sabes que, bueno, según el diagnóstico médico, a lo mejor es menos de un 5% que... pero la persona quiere y puede. Entonces ahí hay como un tema ético de cómo ¿se le puede permitir a esta persona que lo intente? ¿Si siente que está preparada en

términos como económicos, psicológicos, físicos, como para poder hacerlo? ¿O tenemos que seguir como la recomendación médica que dice que no es necesario hacerlo? Entonces a veces la directriz se transforma como de pronto para las personas como una presión a hacer.” (E1: 175)

“...están pagando un tratamiento, entonces muchas veces buscan como condiciones ideales como de ese tratamiento. Que la donación cumpla con ciertos requisitos, que se den en las mejores condiciones y de pronto se olvida un poco que la donación sigue siendo una acción altruista” (E1: 102)

En razón de las/os entrevistadas/os, el poseer recursos económicos limitados podía ser perjudicial para los pacientes puesto que, al ir intentando tratamientos de menor a mayor complejidad (y de menor a mayor costo), estos pacientes no alcanzaban a financiar el tratamiento con mayor costo porque se habrían agotado sus recursos en los intentos anteriores. Este hecho, no haber tenido información de todos los posibles caminos y haberse decidido por financiar sólo un tratamiento de alto costo, producía reproches posteriores, como muestra la cita:

“¿por qué no me dijeron antes? ¿Por qué no me dijeron que era posible hacer todo esto de alta complejidad, con múltiples exámenes y evaluaciones, haber financiado todo y habérmelo jugado de la mejor forma posible y no haber hecho como intentos?”. Entonces cómo poder informar a los pacientes de esas posibilidades dentro del rango de posibilidades que tiene, yo creo que es importante. Yo creo que hay un choque quizás ahí entre la medicina en cómo actúa, cierto, que va avanzando en complejidad y las posibilidades que tienen las personas” (E1: 148)

Lo Religioso y lo Político

Es posible en el relato de los/as entrevistadas, encontrar a la religión como una limitación a usar la tecnología reproductiva, por ejemplo, en el uso de donantes.

“Y bueno, algunos pacientes no, definitivamente no aceptaban la donación no más, no llegaban a donación porque no era su opción de vida. No querían un hijo... o sentían que no iba a ser su hijo definitivamente. Pero sí, yo creo que tiene que ver con valores religiosos fundamentalmente, en creencias más tradicionales de familia” (E1: 305)

Sin embargo, se reporta que el impacto de lo religioso habría ido cambiando a lo largo del tiempo.

“...fíjate que lo que yo creo es que nos llegaron tanto... tengo la impresión de que llega menos gente con creencias más clásicas a hacer estos procedimientos.” (E3:76)

“Yo creo que, de todas maneras, yo creo que hay, estadísticamente es algo que no necesariamente tiene la más alta frecuencia, son casos un poco aislados en la problematización extrema.” (E4: 71)

Se encuentran en el relato de los y las entrevistadas, argumentos religiosos en contra y a favor del uso de los tratamientos reproductivos.

“... y esta es una frase que yo he escuchado miles de veces, "¿quiénes somos nosotros para torcerle la mano a Dios?" Ahí hay una cosa ética. "¿Quiénes somos para torcerle la mano a Dios? No podemos, no debemos o no sería lo correcto". Pero al mismo tiempo también tienes parejas, personas, pacientes igualmente religiosos y que dicen, "bueno, pero si Dios les dio la inteligencia a los médicos para inventar estas técnicas es porque quiere que nosotros la usemos". (E5: 58)

A juicio de las y los entrevistados, hay quienes terminan trasgrediendo su propia creencia religiosa, por lo que consideran necesario resolver dichas problemáticas por las consecuencias que puedan tener a futuro:

“Algunas que llegan, digo ahí porque ahí se hacen las inseminaciones, incluso llegan por ejemplo a pura inseminación, no quieren ir más allá por el tema religioso, ese es como el límite. Imagínate llegar a donante. El tema donante. Hay varias que lo han hecho como así, como cerrando los ojos y decir "ya, igual démosle", pero como que no lo comentan con nadie porque tienen como vergüenza del cómo transgredir la ley de Dios.” (E2: 73)

“Iban a hablar con su pastor o su sacerdote conocido y claro. Pero es un tema que hay que resolver. Que hay que resolver porque yo siento que, o sea, tú cuando tienes un hijo, el hijo puede tener un síndrome de Down, pueden tener una enfermedad no sé qué y tú vas a sentir que ese es el castigo por el pecado que hiciste, que está recibiendo un ser humano con unas características.” (E6: 147)

Los aspectos relacionados al pensamiento político de los usuarios, en la opción de acudir a la medicina reproductiva, no aparece como un aspecto repetitivo ni fundamental. Uno/a de los/as entrevistados/as hizo una referencia:

“Si, los que tenían una visión política un poquito más de izquierda, alegaban más en términos de que la ISAPRE no lo incluía, de que estaba recién en alguno momento cuando yo estaba allá, partiendo a incluir algunos procedimientos de fertilidad” (E3: 80)

Lo Cultural y lo Social

Se aprecia cierta apertura a los tratamientos reproductivos y con ello, a los nuevos modelos de familias, aunque dicha apertura no es vista de la misma manera en pacientes “de regiones”, como se observa en la tercera cita:

“lo que yo vi es que la mayoría obviamente ya tiene apertura como a los tratamientos, quizás un porcentaje muy mínimo como que le cuesta como aceptarlo, como, como posibilidad. O sea, siempre es difícil en términos psicológicos, ¿no?, pero como posibilidad ética, yo creo que eso es muy limitado. (E1:291)

“La cultura nacional, yo creo que ahí quizás Chile tiene un poquito más de apertura en algunos aspectos en términos de las construcciones de familia, de los nuevos modelos, y que hay diversas familias” (E1: 315)

“Tengo la impresión de que los pacientes de provincia, igual si tienen como más aprensiones, son más tradicionales, podría decir. Como a propósito de la pregunta de antes, más de lo conservador... entonces más de familia, hacen más vida de familia, entonces comparten más las escenas familiares, sus vidas” (E2: 130)

Según los/as entrevistados/as, en la sociedad existe la creencia de que la Medicina Reproductiva es la gran solución a los problemas reproductivos. Se ponen grandes esperanzas en su práctica; y, junto con ser un área que puede ayudar al deseo de ser madres y padres, también es fuente de patología.

“Yo creo que cuando la gente de repente llega y empieza a buscar el hijo recién y se encuentra con que no tiene reserva ovárica es como... como... como fuerte. Es súper fuerte, sobre todo porque yo creo que hubo un tiempo... ahora se ha ido cambiando tanto como la cultura al respecto, pero un tiempo donde la gente pensaba, y esto no sólo acá, en Estados Unidos, que la medicina reproductiva te iba a resolver todo” (E6: 98)

“Como que siento que se patologiza a las personas que con el fin de, obviamente, hacer la infertilidad un diagnóstico, que es un fin médico para prestaciones de salud, se trabaja así con las pacientes también. Entonces la paciente se siente como enferma. Y porque el modelo médico lo define como una enfermedad. Pero lo define para fines prácticos, lo define para entenderlo así y para recibir tratamiento, pero no es necesario abordarlo así con la paciente.” (E1: 460)

Es así como el lenguaje usado por el mundo médico se vuelve algo violento para las personas que deben atravesar por estos tratamientos.

“Por ejemplo, una paciente que fue a una urgencia en otro lado y le dijeron... porque estaba con un aborto y le dijo “es mi tercer aborto”, entonces el médico le dijo “ah, te estás convirtiendo en una abortadora”” (E1: 484)

“Conocí casos de personas que me dijeron que habían ido donde un médico X para decir, y este médico les había dicho “bueno, tienes que aceptar, o sea llegaste normal y saliste enferma de acá. Esa es la realidad. Estás enferma, eres infértil. No puedes tener hijos”. Hay harta como violencia” (E1: 478)

Según los y las profesionales de la salud mental, la vida de los pacientes, en sus ámbitos sociales y laborales se altera completamente con la concurrencia de estos tratamientos, se esconden para poder “pinchase”, deben inventar razones para salir del trabajo a alguna ecografía, o bien disimular que se está yendo a visitas médicas para que la familia extendida no cree expectativas:

“Porque justamente el tema de todo este proceso es que tienen que venir, que el pinchazo, que la hormona esté a no sé qué nivel, que hay que salir corriendo, etcétera. Y que es mucho ida y venida. Y entienden que si no informan y no tienen algún aliado en el trabajo, no pueden. Entonces lo hacen hartos así para poder ir y venir, y las que no pueden por temas complejos, lo pasan muy mal.” (E2: 50)

“Tercero era cómo lo abordamos socialmente, hacia externo, hacia fuera de la familia, afuera de nosotros como pareja, si esto resulta o si queremos que nos acompañen, quién nos va a acompañar en este camino, a quien le vamos a contar.” (E3: 24)

“Eso por una parte, como muy poco espacio y muy poca legitimidad. Y además con toda esta cosa que hay en el sector de las empresas y todo, que es mal mirado una mujer, porque va a tener guagua entonces se va a ir de permiso en permiso y todo lo demás. O sea, ya la maternidad es como una amenaza, pero el luchar por la maternidad no tiene espacio ninguno” (E6: 115)

Aspectos Psicológicos

Con esas dificultades concretas, los pacientes que están en tratamiento tienden a ocultarlo o bien tienden a aislarse, pues han de enfrentarse al reconocimiento de incapacidades en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo.

“Tengo varias (pacientes) que llevan (a fiestas o celebraciones)..., últimamente me han comentado varias, que andan o con cerveza sin alcohol o esta champaña sin alcohol, o espumante sin alcohol, entonces lo llevan y medias escondidas se sirven para que crean (que están bebiendo alcohol), para que nos les pregunten...”. (E2: 53)

“...los procesos de los que cursa y tener que silenciarse o no ser reconocida como en su proceso es súper doloroso para las personas”. (E1: 213)

Hay una mezcla de como ansiedad de finalmente poder tener la guagua pero con hartos temor también, por las implicancias que tiene la donación”. (E6: 73)

“...que fuera algo tan transparente porque es algo justamente que no está nada socializado, y eso hace que finalmente las parejas, las mujeres se van quedando solas en el camino de qué es lo que les está pasando. Entonces se torna como más difícil el camino de la, de los procesos de fertilización asistida.” (E3: 30)

Profundizaré aspectos psicológicos en el último tema “Rol de la Psicología” (ver pág. 47)

Aspectos legales

Las/los entrevistados también dan cuenta de que estos temas actualmente se encuentran regulados de mínima manera, y no directamente por un cuerpo legal específico para tratamientos de Reproducción Asistida.

Como ejemplo, la gestación subrogada que en Chile no se encuentra regulada, es una consulta que sí está apareciendo en los centros.

“Y otro también, que tiene que hacer una inseminación todo bien y después tú le haces preguntas y después arrancan... o sea, varias escenas del orden del... alrededor de la donación con un cercano, te diré. Vienen a preguntar si alguien podría ser también esto de útero como subrogado, también, están tanteando” (E2: 158)

En los equipos se habla de otros temas que están medianamente regulados, como uso de embriones que se encuentran crio preservados.

“... esto del embrión congelado con parejas que se separan. Si poh, eso como por ahí que también es un tema. No es que venga al caso, pero es un tema que siempre todos hablamos y que está ahí como, que es un tremendo tema.” (E2: 160)

“Creo que hay términos éticos que a mí me parece que tienen que ver con los tratamientos, pero no necesariamente con los tratamientos en gestación, sino que tiene que ver más con laboratorio ¿sí? con problemáticas de los pacientes y qué ocurre con los embriones que ocuparemos, no ocuparemos, cuántos ocuparemos... esas cosas. Me parecen de una pregunta que es constante, independiente del tipo de tratamiento, que está, ¿sí?”. (E4: 82)

“El caso de la donación de embriones cuesta mucho que la gente llegue al punto de donar los embriones. Entonces nosotros con la bióloga que hay hecho todo un seguimiento hasta el día de hoy”. (E6: 77)

También aparece en el diálogo con los entrevistados la necesidad de regular estas prácticas, a través de la reflexión y la discusión y varios destacan la ausencia de una ley.

“Pero la verdad es que cosas que no se pueden hacer. Porque además, bueno. Tú sabes bien que no hay ley en Chile que regule... por lo tanto es bien complejo”. (E2: 158)

“Claro, que todavía no tengamos una regulación. Pero como que se tome consciencia de que esto implica como un tipo de reflexión que tiene que ser un tipo de reflexión como de personas que se hayan metido en los temas, que conozcan los tratamientos, en qué consisten... Y eso yo creo que se ha avanzado súper poco.” (E6: 209)

Finalizando, como tantas veces, la tecnología médica llega, se instala, y después se van pensando y analizando las consecuencias que pueden tener en la vida de las personas.

“O sea también como que estos equipos de repente, como que no se detienen tanto al principio, sino que llega a la tecnología, llega la posibilidad y van avanzando. Entonces uno arma un programa y... estudiemos, “¿qué es lo que se evalúa en las donantes, cómo es la cosa?” Y bueno y empezamos con todo un sistema de evaluación de los donantes”. (E6: 55)

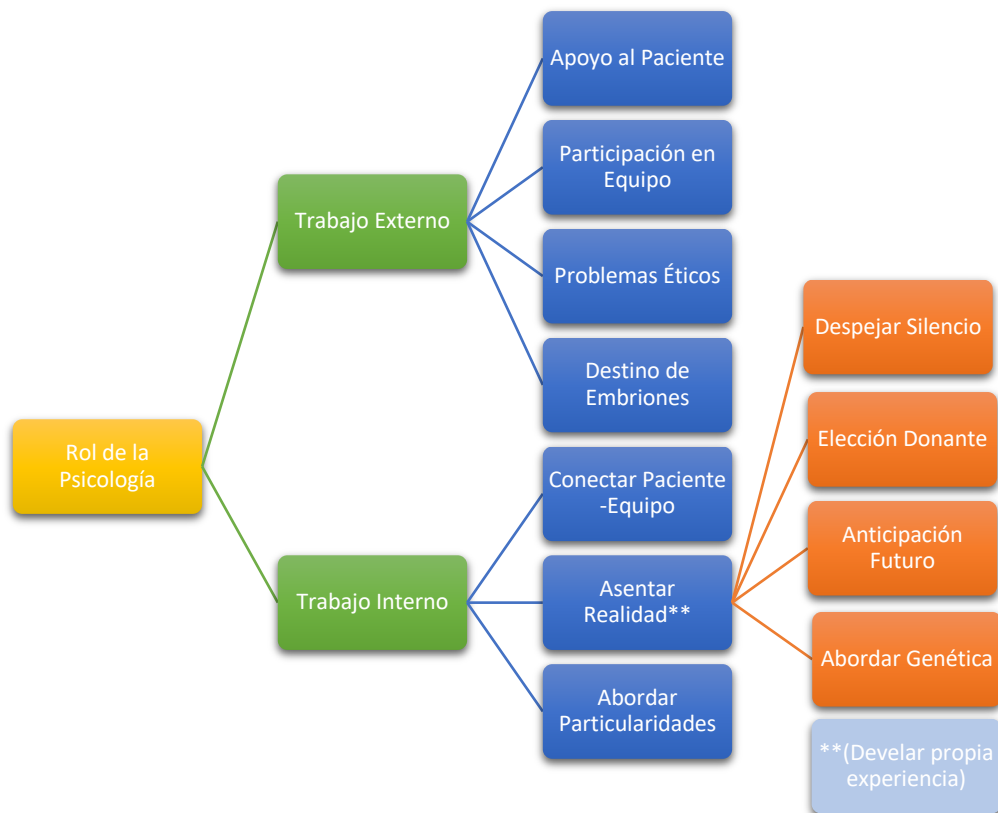
“...entonces hay muchas cosas que nosotros vamos medios atrasados. Bien atrasados. Y que da como más seguridad cuando tú tienes, tienes una discusión como más abierta y al final se llegan a, como a ciertas orientaciones...” (E6: 173)

“O sea, cómo te dijera, como lo que... yo siempre pensaba para mis adentros, decía, lo que hacemos tiene que ser bueno en el sentido de bondad. Tiene que ser bueno, no pueden haber cosas como grietas ahí que tú digas estoy utilizando tal cosa para obtener tal otra...” (E6: 155)

En síntesis, se presenta en el tema del Tratamiento varios aspectos claves de las TRA, como son el alto valor económico, las desigualdades que ello devela y cómo se pone en jaque, por ejemplo, el altruismo. Los valores religiosos, aunque parecen ir disminuyendo en influencia, deben ser considerados para el bienestar de las futuras familias. Se aprecia una apertura a la conformación de nuevas formas de familias y si bien la Medicina Reproductiva se ve como la gran solución, también se vuelve una fuente de patología. Pero el tratamiento en sí, sigue siendo ocultado en muchos casos. En lo psicológico, aparece el aislamiento. Se destaca la ausencia de un marco regulatorio y la idea de que la reflexión ética se inicia mucho después de que se ha instalado la tecnología médica.

ROL DE LA PSICOLOGÍA

Figura 7. *Temas y sub temas relacionados al Rol de la Psicología*



La percepción de las y los profesionales acerca de su rol en estos equipos, se traduce tanto en el apoyo emocional como en dilucidar problemas éticos.

“Entonces, por lo tanto, si tienen alguna paciente compleja, algún caso como estas cosas más éticas, de repente el tema... de repente no sé qué tienen por algún tema particular, esto que quieren que el donante sea la señora del amigo. Todo ese enredo así lo presentan, siempre me lo dicen a mí, siempre me mandan a mí, esas pacientes. Todas esas pacientes como con ciertos como dilemas éticos en general me las mandan, pero además me mandan cuando ven pacientes que están muy mal anímicamente en todo lo que es el proceso” (E2: 140)

“Fuera de eso los médicos, las enfermeras, hasta los administrativos, todo el mundo anda derivando. Los ven así, los ven así, cómo sea que llegaron y obviamente hay cosas como ya, pérdida, aborto, beta negativa, no transfer, ovodon...” (E4: 34)

El rol también abarca otro tipo de intervenciones, más allá de lo específicamente clínico. Por ejemplo, la participación desde lo psicológico con el equipo ampliado de trabajo:

“...sí, yo creo que el psicólogo tiene que formar parte de las reuniones clínicas, que es importante apreciar, bueno, todo lo que estamos conversando respecto a cómo la persona ve su tratamiento, cómo lo enfrenta y en qué momento poder hacerlo, debe haber un diálogo fluido entre los equipos médicos y psicología.” (E1: 372)

“Entonces creo que es re importante el cómo nos podemos insertar como psicólogos y consejeros en los equipos de manera de aportar con lo que nosotros vemos, ¿no?... y además con... entendiéndola y ayudándola al resto de, del equipo a sostenerse.” (E3: 84)

“De hecho, sí, ya no sigue el proyecto mismo de eso y obviamente yo estoy ahí. Soy parte del sistema y necesario, y cuando hay que armar protocolo participo en los protocolos, desde la redacción hasta ámbitos que yo creo que sería bueno poner no sé qué...” (E2: 150)

Desde el ámbito exclusivamente clínico, la ayuda psicológica parece ir en la búsqueda de hacer que las y los pacientes vivan con criterio de realidad este camino y también se la percibe como un puente entre el paciente y los médicos:

“También hace de puente entre pacientes y tratante. Yo he hecho hartito eso. Aportar porque los médicos están en lo suyo. Tienen poco tiempo para lo otro y el sistema lo hace cada vez más difícil. Entonces, es útil que uno les transmita esto, yo lo hago en los congresos de manera condensada. Bueno ¿cuál es la perspectiva? ¿Cuál es la vivencia de los de los pacientes? Eso lo aprecian mucho ellos, aprenden mucho de eso. Eso es muy útil también, así que es un trabajo útil, no solamente para los pacientes, sino que también para los médicos.” (E5: 88)

“Pero desde ahí, a mí me parece que no sé si es similar, a mí me parece que hay diferencias, en lo que les pasa conversando con un médico respecto de la ovodonación con lo que me preguntan a mí. Y con lo que me plantean a mí. En relación a lo que yo escucho, o yo acompaño, o yo observo antes de.” (E4: 47)

Uno de los/as entrevistados/as, relata la tarea psicológica para que los embriones tengan un buen destino.

“Y hasta el día de hoy, o sea, ella está tratando como (...) de que el máximo de embriones se les dé solución. Entonces me ha llamado, me ha mandado parejas que o que quieren donar o que quieren recibir y como que tengan un espacio psicológico para verlo.” (E6: 82)

Los profesionales destacan la importancia de la actualización constante:

“Además, me apoyé mucho en el equipo porque yo pude ir a los congresos, te fijas, y siempre en los congresos también había ponencias, pero además había siempre como un curso pre congreso y las mujeres que estaban, que la llevaban ¿me entiendes? Estaban todas ahí y se repetían en la Sociedad Americana y en la Sociedad Europea y bueno, fue súper interesante. Porque como que estaba yo súper al día de todo lo que estaban escribiendo, todos los grandes temas” (E6: 39)

Respecto a labor clínica, a lo específico que se hace dentro del espacio de consulta, cuando se tiene al paciente enfrente, las y los profesionales hablan de distintos tipos de ayuda.

Ayudar a elegir al donante (espermios u óvulos, si es posible), es una tarea que se hace muy difícil para las y los pacientes y que es necesario de acompañar, pues no se sabe de cuáles son los criterios a utilizar en la elección:

"Mucha angustia en esta elección en los espermios de banco. A mí me tocó en varios casos acompañarlos como hacer un primer ejercicio. Meternos juntos a la página, decir a ver, van a preguntar eso... no, nunca lo hice con ellos, pero como diciendo "¿hagamos un ejercicio?" pero después tú con tu marido te metes." (E6: 75)

El acudir a donantes, requiere entender que la compatibilidad genética no va a existir, lo que implica analizar y anticipar escenarios futuros (por ejemplo, preguntas médicas en controles de salud de la vida del hijo o hija):

"Pero yo siento que se... que frente a las donaciones se necesita mucho de espacios de reflexión. Y un espacio con alguien que sepa las cosas, como que anticipe los problemas que está intuyendo que ellos tienen, o que haga las preguntas para que ellos se las planteen..." (E6: 143)

En todas las entrevistas surgió la necesidad de los y las psicólogas de desmitificar la genética a través de la reflexión acerca de cómo ésta no asegura de manera espontánea el parentesco o vínculo. Y de cómo se ha sobrevalorado la vinculación genética como origen de las relaciones filiales. Esta relativización de lo genético permite abordar más sanamente la nueva posibilidad de ser padres y madres.

"Y como que se iban... iban profundizando en su motivación y en su proyecto, te fijas. Entonces también ahí podían elaborar esto... esto de tener que prescindir de tu genética. Porque estaban como muy afirmadas en su deseo y muy afirmados en su en su proyecto ¿te fijas?" (E6:98)

"Entonces cuando tú hacías la pregunta, "ya, ¿pero tú crees que si conoces muy bien la genética va a poder sanar cualquier cosa?" Y como que se empezaban a deshacer un poco ese tipo de creencias. (...)... digamos, tengo un gran peso por mi familia de cáncer, y entre busco los donantes alguien que no tenga eso para no agrandar, el peso genético del cáncer, que tiene alguna implicancia (...) Pero de repente hay creencias un poquito mágicas respecto a la genética." (E6: 126)

En voz de los y las entrevistados, hay algunos pacientes que tienden a no hablar de esa existencia futura de un hijo o hija nacido por donante. Y hablar de ello es necesario, despejar ese silencio, es una tarea ineludible a la hora de realizar una asesoría psicológica en un tratamiento reproductivo con uso de donantes:

“Ya, veamos ahora, aunque lo fantaseemos, aunque no sea una realidad hoy. No importa. Pero yo me quedo tranquila, clínicamente, de que hablamos de eso alguna vez, de que si se nos mueve hoy día el piso, nos demos cuenta que no es un terremoto, no es un cataclismo, no es una bomba nuclear, nadie va a quedar herido, muerto y aniquilado, pero que de esto hay que hablar. Y en eso, a mí me parece como que siempre sitúo la pareja y el hijo o la madre y el hijo, como el personaje principal” (E4: 64).

A las y los entrevistados les ha correspondido abordar experiencias excepcionales en nuestro contexto nacional, como lo es la subrogación. En ese sentido, es importante que estos y estas profesionales puedan tener información y formación actualizadas de las distintas TRA, para poder asistir a esas eventuales consultas.

“Y también, bueno, alcancé a ver parejas homosexuales, por ejemplo, de hombres, y que querían hacer una subrogación, pero sabían que no se hacía en Chile, iban a ir ponte tú a Perú a hacerlo, pero querían tener un espacio como para... de reflexión, entonces yo me entrevistaba con la que iba a ser la subrogante, o porque ellos habían elegido a alguien que les gustaba y esa mujer había aceptado ayudarlo y que se yo.” (E6: 88)

Lo que ha sido un punto de controversia en la psicología clínica, para una de las entrevistadas aparece como un aspecto que favorece el trabajo terapéutico. Exponer la propia experiencia, es percibido como un aporte:

“Y cuando yo le cuento un poco la historia mía, “ah” le dije, “si, yo tuve un embarazo con ovo donación”, creo que le cambió incluso la mirada. Como la mirada en términos de cuál es mi aporte en el equipo y que se yo. Entonces yo creo que pudiera ser un plus, no es necesario, pero un plus el conocer por dentro también el proceso” (E3: 92)

Por último, surge el llamado a la conciencia de que se tiene una voz de autoridad, que eso influye en los pacientes y que, en ese sentido, hay una responsabilidad que manejar.

“En los tratamientos de reproducción asistida son muchas decisiones y son decisiones complejas que ponen a las parejas en una sola respuesta única. Y los tratantes son voces con alta autoridad. Y la ética viene en mi conciencia y va influir grandemente en los pacientes. Y eso tiene un peso único que lo profesionales debemos manejar, incluyendo los psicólogos.” (E5: CPE)

En síntesis, este apartado da cuenta cómo los y las psicólogas entrevistados/as perciben su rol dentro del equipo de medicina reproductiva y cómo ven que los demás perciben este rol. En relación a esto último los entrevistados dicen que los otros miembros del equipo derivan pacientes ya sea por razones emocionales (“está muy mal anímicamente”) o para ayudar a dilucidar escenarios complejos (“situaciones particulares”) y además dicen que estas derivaciones pueden venir de casi cualquier miembro del equipo, incluyendo personal administrativo. Por otro lado, los mismos psicólogos describen un rol que parece tener distintos ámbitos, ya que definen dentro de sus competencias tareas que van desde el acompañamiento emocional a los pacientes durante el proceso, deliberar en situaciones éticas complejas en relación a los casos, ayudar al equipo a sostenerse emocionalmente, participar en la elaboración de protocolos, ser nexo entre pacientes y médicos. Incluso una persona entrevistada alude a ayudar en la distribución de los embriones criopreservados. Dentro de los temas y estrategias que se abordan en las sesiones de consejería están la elección de donante, discusión sobre la valoración social de la genética, compartir experiencias personales sobre infertilidad y reflexionar sobre escenarios complejos que no han sido abordados en otras instancias. Todo esto confirma la idea de que es un rol con múltiples demandas y que parece no estar claramente definido.

DISCUSIÓN

El aporte de esta investigación radica en la riqueza y la posibilidad de entendimiento de la complejidad de los tratamientos de fertilidad con uso de donantes, desde la perspectiva de las y los profesionales del área de la psicología, quienes brindan asesoría. Es por esto que consideramos que los resultados resultan ser interesantes en muchos sentidos. Para ordenar la discusión, seguiremos el mismo orden en que presentamos los seis ejes temáticos de los resultados.

DUELO

Tal como señalaron las y los participantes de este estudio, el recurrir a la Medicina Reproductiva, cuando se lleva tiempo intentando tener hijos/as, puede ser un paso difícil. El ser diagnosticado/a con alguna dificultad en la esfera de la fertilidad se convierte en un momento difícil e incluso puede conllevar serias consecuencias psicológicas a mediano y largo plazo, las que están ligadas con la vivencia de un duelo.

Tanto los límites biológicos reproductivos como algunas otras condiciones hacen que a mujeres y hombres se les dificulte cumplir el deseo de ser madres y padres. Cuando eso ocurre y las personas acuden a tratamiento, sucede que muchos aspectos cotidianos se vuelven difíciles de tolerar: las críticas sobre la maternidad y los hijos/as, la asistencia a compromisos sociales como las fiestas de bienvenida de la guagua (Baby shower), bautizos, cumpleaños infantiles, etc.; incluso noticias sobre el embarazo de otras/os se convierten en el recuerdo constante que no se puede alcanzar dicho deseo. Así, las personas comienzan a no asistir y a aislarse de esas y otras circunstancias. Un estudio realizado en 2002, afirma que el 90,8% de los pacientes en tratamiento de fertilidad esperaban poder asistir a instancias de apoyo psicológico mientras se encontraban en tratamiento (Palacios y Cols., 2002). La familia extendida solicita la presencia de nietos/as y/o sobrinos/as, demanda que puede ser implícita o explícita. Incluso, muchas veces esa familia percibe que la pareja, al no tener los compromisos que conlleva la parentalidad, carecen del estatus de familia, llegando a exigirles mayor disponibilidad de tiempo y disculpando menos sus eventuales

ausencias en eventos sociales y familiares, lo que es percibido por los investigados como “falta de empatía”. Con todo, el sentido de la soledad se instala en la vida de las personas por el tiempo en que sigan siendo dos. Para Ávila y Moreno-Rosset (2008) la infertilidad es una crisis multidimensional que afecta al individuo, la pareja y la familia; y en distintos niveles: psicofisiológico, del sentido del sí mismo, de la relación con los otros, lo que desencadena altos niveles de estrés, con una variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas.

Si los hallazgos médicos indican alguna problemática irreversible con los gametos propios, incluso si no hay detección de una causa específica y han existido fracasos reiterados con tratamientos de fertilización in vitro, muy probablemente la sugerencia será acudir a la donación de gametos o de embriones. Las/os entrevistados refieren que para las y los pacientes necesitar un tratamiento con células donadas, producirá reacciones emocionales confusas: sorpresa, incredulidad, incluso negación.

El uso de células donadas y almacenadas, para llevar a cabo un tratamiento de fertilidad, si bien lleva muchos años siendo posible (Ovodonación, desde 1983 y espermiodonación, desde 1970), es de conocimiento restringido. El uso de gametos donados implica renunciar a la propia genética, lo que es visto como algo problemático, según mencionan los y las psicólogos/as entrevistados/as. En efecto, a juicio de las/os entrevistados, el que la solución se base en esta posibilidad terapéutica provoca un gran conflicto, especialmente si las personas ponen un valor especial en lo biológico/genético.

Nuestra sociedad sigue otorgando un gran valor a la transmisión genética como forma de llegar a la filiación (Campitelli, C., 2018). Se es familia si se comparte biología o genética. Al duelo de no poder tener hijos/as de manera espontánea, se suma un segundo duelo: renunciar a la posibilidad de transmitir la propia genética. Esto cambia las propias expectativas y, probablemente, las de la familia cercana (especialmente los/as abuelos/as). A vista de los/as entrevistadas, es probable que estas técnicas médicas puedan tener una

mayor aceptación a futuro en generaciones más jóvenes, como lo es en la generación de las ovodonantes de hoy, por ejemplo. Particularmente importante, en la imposibilidad de transmitir la propia genética, son las repercusiones que para las y los pacientes podría tener este tipo de tratamiento en la descendencia, lo que abordaré en específico más tarde en el texto.

Sin embargo, los hallazgos de la Epigenética ayudan a mitigar la falta de contribución genética de las mujeres que usan ovocitos donados. La epigenética es “el estudio de los cambios que activan o inactivan los genes sin cambiar la secuencia del ADN, a causa de la edad y la exposición a factores ambientales (alimentación, ejercicio, medicamentos y sustancias químicas). Estos cambios modifican el riesgo de enfermedades y a veces pasan de padres a hijos”⁷. En 2015, una investigación sobre los mecanismos de interacción entre endometrio y el embrión, concluye que “En resumen, hemos identificado un nuevo mecanismo de comunicación entre células que implica la entrega de miARN endometriales desde el endometrio materno al embrión previo a la implantación” (Vilella, F. y cols., 2015, pp. 3217). Para Omart y Abelaira (2020), el trabajo de Vilella demuestra que la mujer gestante puede influir en la información genética de su hijo/a, aunque el óvulo sea de otra mujer, como sucede en casos de ovodonación y de gestación por sustitución.

Según las/os entrevistadas/os de los centros de fertilidad de Santiago, la posibilidad de influenciar en el desarrollo del embrión durante la gestación, implica para las pacientes cierta posibilidad de alivio en este segundo duelo.

DONANTE

Los tratamientos para conseguir un embarazo son de múltiples frecuencias y complejidades. A juicio de las y los entrevistados, a medida que las y los pacientes han debido transitar por más tipos e intentos de tratamientos, incluso eligiendo nuevos equipos médicos

⁷ <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/epigenetica>

especialistas, mayor será su posibilidad de aceptar entrar a un tratamiento de FIV con uso de donantes.

La posibilidad del uso de donantes en los tratamientos de reproducción asistida implica la existencia de un o una donante, que entrega sus gametos para ser usados por quienes se someten a estos procedimientos. En Santiago de Chile, no todos los centros de salud que practican tratamientos de alta complejidad realizan tratamientos con “terceras partes” y, por lo tanto, no todos esos centros poseen “bancos de donantes”. Hay gran diversidad respecto del uso, criterios de selección, anonimato o no de los distintos tipos de donantes.

A modo de información, en Chile, la gran mayoría de los donantes de gametos masculinos suelen proceder del extranjero, debido a que gran parte de los centros de fertilidad acceden a bancos extranjeros⁸. Sólo uno de los centros en la Región Metropolitana posee donantes nacionales, aunque también sus pacientes pueden acceder a bancos extranjeros. En general, los bancos extranjeros ofrecen donantes de espermios que pueden ser identificados (y eventualmente ubicados) a corto o largo plazo, o bien, donantes de espermios anónimos, cuya identidad se mantendrá oculta. Los donantes de espermios chilenos son anónimos⁹.

Respecto de las donantes de ovocitos, cada centro que tiene entre sus tratamientos ofertados el uso de ovocitos donados, tendrá también su propio banco de donantes, quienes serán principalmente mujeres chilenas. Respecto a la información disponible sobre la donante, para que las o los pacientes puedan elegir una donante, es variada. Hay centros donde es el equipo médico o un programa de software quien elige a la donante de ovocitos para una pareja en tratamiento¹⁰; hay otros centros donde se entrega una selección restringida de donantes (tres, por ejemplo) para que sus pacientes elijan; y hay un centro

⁸ <https://sgfertility.cl/tratamientos/donacion/donacion-de-semen/>

⁹ <https://cerdonante.cer.cl/cerdonante-%c2%b7-hombre/>

¹⁰ <https://ivinet.cl/tratamientos-reproduccion-asistida/ovodonacion/>
<https://cer.cl/programa-ovorecepcion-cer-cl/>

donde pacientes elijen a sus donantes directamente desde el banco de donantes, sin mediar el equipo médico¹¹ (previamente habiendo excluido donantes que posean las mismas enfermedades monogénicas que quien aporte espermios en el tratamiento). Hasta el momento de la investigación, en todos los bancos de donantes de ovocitos, menos uno, la identidad de la donante es anónima¹². Esto quiere decir que el centro de fertilidad mantiene a resguardo los datos identificatorios de la donante, sin excepción. Solo uno de los centros, poseían donantes de ovocitos “anónimas abiertas”. Ello implica que la identidad de la donante puede ser revelada a la descendencia, cuando esa descendencia lo solicite y haya cumplido la mayoría de edad legal. Develar la identidad es una autorización que la donante otorga expresamente antes de la extracción de ovocitos. El anonimato de las y los donantes de gametos es una discusión que está teniendo gran debate internacional (Frasquet R., 2018; Riaño-Galán, I., Martínez, C., Gallego, S. 2021). Es así como los Comités de Ética y Práctica de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (ASRM, por sus siglas en Inglés), debido a la multitud de plataformas de redes sociales globales, la existencia de los test de ADN cada vez más accesibles y utilizados, y por la tecnología de reconocimiento facial, afirman que el verdadero anonimato entre el donante y el receptor ya no se puede asegurar. Y sostienen que “todas las partes involucradas en la donación de gametos y embriones deben ser conscientes que las identidades pueden ser descubiertas por la descendencia resultante y otros individuos genéticamente vinculados en cualquier momento futuro. Esto es válido tanto para donaciones dirigidas (identificadas) como para donaciones no identificadas” (ASMR, 2022, p.77).

Las motivaciones para ser donante son principalmente dos o una combinación de ambas: altruista y/o económica (Salomé, Álvarez y Cubillos, 2019). En Chile, en la mayoría de los centros de fertilidad se intenta que la donación de gametos sea un acto solidario y prescinda de tener un tinte de intercambio comercial. Una discusión importante a nivel teórico es si la compensación económica entregada a las y los donantes para compensar los esfuerzos

¹¹ <https://sgfertility.cl/tratamientos/donacion/ovodonacion-donacion-de-ovulos/>

¹² <https://cer.cl/tratamientos-reproductivos-cer-cl/#ovorecepcion>

dispensados en el tratamiento de extracción de ovocitos alcanza el atributo de un acto comercial. Es decir, se intenta evitar que ovocitos y espermios se conviertan en productos comerciales (Araya, R., 2010). Esto último no es lo que más preocupa a los y las entrevistadas. Las preocupaciones se centran en que la ovodonante sea al menos, igualmente bien tratada/cuidada por el equipo médico que como es tratada la receptora; que se le dé el estatus que le corresponde dada la crucial contribución que hace; que la donación se realice por convicción de ayuda y no por necesidad económica; y que exista, durante este procedimiento, cuidado a su salud.

Respecto de esto último, un hecho que las y los entrevistados argumentan de preocupación es la ausencia de un registro nacional de donantes. En la actualidad, al no haber un registro, una donante que cumpla con los criterios de selección en una institución de fertilidad, podría ser donante varias veces en una misma institución (hasta 6 veces¹³) y además serlo otras varias veces en otras instituciones. Ello podría suponer un riesgo a la salud de la donante, por el tipo y cantidad de procedimientos a los que se somete. Y también se abre el “riesgo genético”, que es el riesgo al incremento de la probabilidad de consanguinidad en la descendencia (Ariza, L., 2016).

Las y los entrevistados reportan que las y los pacientes tienen preguntas respecto del estado de salud de las donantes. Los/as pacientes no manejan información referente a cuáles son los criterios de selección de donante por parte del centro de salud, y por lo tanto, cuál es su estado de salud. Qué exámenes médicos se le practican, cómo se evalúa su salud mental, qué tipo de enfermedades familiares tiene, por qué quiere donar, entre otras dudas. Así el rol de las y los psicólogos implica aclarar esas dudas y transparentar los criterios que usan las instituciones para llegar a aceptar a una donante. En la línea de la información, uno/a de los/as entrevistados/as expresa su preocupación de que las donantes no tienen ninguna información acerca de los efectos de su donación; es decir, no saben si hubo o no

¹³ <https://www.clinicalascondes.cl/INFORMACION-AL-PACIENTE/Campanas/Campana-Ovodonacion-Donantes#:~:text=El%20proceso%20de%20donaci%C3%B3n%20se,un%20total%20de%203%20veces.>

descendencia. Así lo compara un/a de los/as entrevistados/as, con los estándares australianos donde las donantes pueden tener acceso a esa información, si así lo desean. En efecto, la guía ética australiana considera, en cuanto al intercambio de información entre “las partes” (apartado 5.7), que las clínicas deben: “Proporcionar a los donantes de gametos información relevante sobre las personas nacidas de sus gametos donados”. Y agrega: “Los donantes de gametos tienen derecho a cierta información sobre cualquier persona nacida como resultado de su donación (en particular, para prepararlos para posibles acercamientos futuros por parte de las personas nacidas). Las clínicas deben proporcionar a los donantes de gametos, previa solicitud, información no identificadora, sobre el número, edad y sexo de las personas nacidas como resultado de su donación” (NHMRC, 2017).

Respecto de los criterios para seleccionar a los donantes de espermios (en su mayoría de bancos de gametos extranjeros) y de ovocitos por parte de los y las pacientes (cuando esto es posible), no hay información de qué parámetros utilizar. Esta es una tarea que generalmente se deja a criterio de las y los pacientes, y donde es necesario algún grado de orientación. Para Pennings (2000) ya sea que la selección del donante la haga el médico o el receptor, se pueden distinguir tres criterios: la pareja del receptor, una persona atractiva universalmente y la presencia de una o más características específicas. Él también concluye en su artículo que el respeto a la autonomía de los receptores y la reducción de la ansiedad provocada por la incertidumbre constituyen los principales motivos para permitir la elección del donante a los receptores. Sin embargo, lo informado por los y las psicólogos/as de los centros de fertilidad de Santiago es que pareciera existir una ilusión de que, porque se posee una serie de alternativas en un banco de gametos y se está pagando por un tratamiento, también es posible conseguir un “donante a la medida”, lo que en la realidad no ocurre y los/as pacientes, algunas veces, no logran una conformidad con sus posibilidades de elección.

Algunos/as entrevistados verbalizan que a los y las médicos/as a cargo de los tratamientos les cuesta plantear un aspecto importante de lo que implica acudir a un donante: El

anonimato. Esta es una condición que pareciera no profundizarse al momento de recomendar este tratamiento. Y son las y los psicólogos/as quienes terminan aproximándose a las complejidades de esta elección de tratamiento, tal como lo muestra la literatura internacional y también este estudio (Ilioi, E. y cols., 2017). Por una parte, el anonimato puede ratificar la idea de que no es importante develar el origen al futuro hijo/a; y por otra parte, imposibilita encontrar la identidad genética de origen de ese/a niño/a (Araya, R., 2010). Es por esto que en otros países, como por ejemplo el Reino Unido, la HEFA (Human Fertilisation and Embryology Authority) desde 2004 ya no permite donantes anónimos (Agrawal, R., Burt, E., & Homburg, R., 2013).

Lo opuesto al donante anónimo es el donante conocido. Este tipo de donante es sugerido, generalmente, por las personas receptoras, a veces para asegurar la confiabilidad de una historia conocida y probablemente más cercana a los receptores (amigos/as, por ejemplo), otras para asegurar un fenotipo o genotipo específico (hermanos/as). Sin embargo, al ser conocido, podría desafiar aún más el concepto de familia tradicional, que ya vienen desafiando las TRA (Regalado, P., 2020). Es importante señalar que las recomendaciones internacionales son claras en que se debe evitar que un padre o hermano entregue semen para la hija/hermana, por el riesgo de consanguineidad; lo que no se arriesga cuando una hermana recibe el ovocito de otra hermana.

La reflexión sobre el escenario que propone el uso de gametos de un/a donante conocido/a es una tarea que a los profesionales de salud mental les importa de dos maneras: desde la idoneidad de el/la donante y también desde la familia que va a recibir esa contribución. Podría agregarse una tercera preocupación: la construcción de identidad del el/la hijo/a nacido por donación de gametos.

DESCENDENCIA

Sabemos que el vínculo genético no es necesario para construir relaciones de parentesco, sin embargo, es un soporte para explicar, justificar y conceptualizar las relaciones familiares

y la identidad (Álvarez Plaza, 2014). En parejas homosexuales y en mujeres que buscan la maternidad en solitario, esta base no es lo conflictiva que es para parejas heterosexuales. Para las parejas homosexuales y mujeres solas es evidente que tendrán que acudir a gametos o embriones donados para tener hijos/as; no es así para las parejas heterosexuales (Frasquet, R., 2018).

Las y los entrevistados reportan que a las y los pacientes se les dificulta profundizar en las consecuencias del uso de gametos donados porque les lleva a una realidad no tradicional, poco conocida. Para los y las pacientes, asegurar que serán hijos/as aunque no se tenga el vínculo genético, es una tarea desconocida y que provoca miedo. Los conflictúa tremendamente. Junto con ello, el equipo médico pareciera no ayudar, en todas las ocasiones, a poder ver esa forma de nueva familia de un modo legítimo, reforzando la idea tradicional de que el parentesco se adquiere por vía genética. De este modo, se llega a la disyuntiva de si tiene más sentido explicitar u ocultar el uso de gametos donados. Coincidente con lo que los psicólogos y psicólogas de este estudio ven como dificultades en las y los pacientes, Golombok (2015) sostiene que la falta de un vínculo genético en los niños concebidos por donantes no es en sí el problema; más bien, implica un problema para las madres y padres, ya que deben decidir cómo hablar de ello y cómo construir la narrativa familiar.

El develar el uso de donantes en sus tratamientos desata una serie de miedos: que niños y niñas sean discriminados por su entorno social; que no sean reconocidos por la familia extendida (abuelos/as, principalmente); incluso que el mismo hijo/a cuestione la calidad de madre y/o padre; y también que sean ellos mismos quienes no puedan reconocer ese vínculo con sus hijos/as, o que puedan sentir un vínculo menos intenso. Así, tal como lo muestra este estudio, psicólogas y psicólogos sienten como un deber abordar esta disyuntiva y sus consecuencias futuras, en reunión con las y los pacientes. Abraham de Cúneo (2004), también hace referencia a los temores que asisten a padres que recurren a

las TRA: respecto al reconocimientos como madre o padre del hijo/a, de ser rechazado por el hijo/a y de rechazar al hijo/a y temores a la herencia física y emocional.

Podría decirse, a la luz de los resultados, que las y los pacientes se dividen entre aquellos que piensan no decir a nadie este origen, entre aquellos que piensan compartirlo con uno o dos personas y aquellos que piensan abrirlo a todos los significativos incluyendo a el/la hijo/a.

La develación del origen a la descendencia en los tratamientos con gametos donados entra en conflicto con varios principios bioéticos. El derecho de todos los ciudadanos de conocer su origen biológico (BCN, 2022), entre ellos, podríamos colegir, el derecho del niño o niña nacida de una TRA con uso de donantes de saber sobre su origen; el derecho de los padres a conservar en secreto su historial clínico (en este caso, su infertilidad); el derecho de el o la donante que contribuyó solidariamente en anonimato, a conservar ese anonimato. Por último, un principio rector, que funda el ordenamiento jurídico chileno en materias de niñez y que está contenido en el artículo N°3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, es “el interés superior de los niños, niñas y adolescentes”. Éste implica que todas las decisiones que se tomen en relación a un niño, niña o adolescente deben ir orientadas a su bienestar y pleno ejercicio de derechos. La investigación en esta área revela que cuanto antes se informe a los niños nacidos mediante donación reproductiva sobre sus orígenes biológicos, más positivos serán los resultados en términos de calidad de las relaciones familiares y bienestar psicológico en la adolescencia (Ilioi, et al, 2017).

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Respecto de las diferencias entre hombres y mujeres, las y los psicólogos argumentan que es posible apreciarlas en diferentes ámbitos.

Para los entrevistados, el duelo se hace de manera diferencial. Los hombres parecen no tener grandes problemas con el uso de gametos de donantes, ya sean estos espermios u

óvulos. Las mujeres, en cambio, usando espermios u óvulos donados, acuden a sesiones de consejería con una cuota de duelo importante. Son ellas quienes más consultan, incluso lo hacen para apoyarlos a ellos.

Cuando se acude al uso de espermios donados, un/a de los/as entrevistados/as argumentó que los hombres en tratamiento debiesen hacer un camino reflexivo, donde desarrollar el pensamiento sobre la paternidad, ir al encuentro de ese hijo/a. Porque en este caso, no habría participación biológica, por lo tanto, hacer el vínculo con el/la hijo/a es una tarea solamente de él. En cambio, las mujeres, si bien son quienes explicitan mucho más que ellos el dolor por la ausencia genética, al menos tienen la participación durante el embarazo y eventualmente también con sus óvulos.

Desde lo reportado por las y los entrevistados, ellas se llevan la mayor carga del tratamiento, junto con hacer el trabajo reflexivo. Primero, porque es en el cuerpo de ellas donde se lleva a cabo el embarazo. En segundo lugar, el cuidado y crianza de hijos/as ha estado históricamente más asociado a las madres que a los padres, cuestión que explicaría en parte, también, ese dolor más evidente que ellas llevan cuando se tiene que recurrir a la ovodonación. La explicación biológica (embarazo llevado por la mujer) y la sociológica (el peso histórico de la crianza) permitirían suponer que el trabajo reflexivo sobre las consecuencias de tener hijos con ayuda de gametos donados, lo hace más la mujer que el hombre.

Desde otra línea de la teoría de género, es interesante apreciar como uno/a de los/as entrevistados/as, comenta que dentro de sus atenciones, está la de asistir a una persona transgénero, quien antes de someterse al tratamiento médico para su transición de género, hace reserva de su material reproductivo, por si a futuro quisiera tener hijos/as con su propio material genético. Este tema abre un mundo de otras interrogantes éticas actuales y futuras.

TRATAMIENTO

El tratamiento es la temática que más subtemas presenta. Hay algunos de ellos que fueron profundizados en anteriores subtemas, pero igualmente los nombraré.

En el **aspecto económico**, el alto costo de estos procedimientos y la prioridad de tratamiento respecto de otras patologías, hacen que el problema de la fertilidad y del uso de los tratamientos de reproducción en Chile sean costeados principalmente por los pacientes. Al año 2021, solo cerca del 15% del total de tratamientos de reproducción asistida fueron financiados por el sistema público de salud (Céspedes y Correa, 2021). Así, las personas que tienen menos recursos, tienen también menos probabilidad de acceder a estos tratamientos. La desigualdad en el acceso es evidente.

Si a esto sumamos que la mayoría de los centros de medicina reproductiva que ofrecen tratamientos con TRA con uso de donantes se encuentran en la ciudad de Santiago (hay otros dos centros en la Región de Valparaíso y uno en la región del Bio-Bio¹⁴), también nos encontramos con una desigualdad de acceso geográfica.

La cuantía en la disponibilidad de recursos económicos abre posibilidades que desafían la ética. Personas que tienen suficientes medios económicos, pueden intentar tratamientos que tienen pocas expectativas de éxito (por ejemplo, uso de los propios ovocitos cuando por factor de edad de la mujer, los ovocitos se suponen ineficaces). Estos intentos pueden lidiar con la futilidad del procedimiento médico. O bien, situaciones donde las personas que pueden costear un tratamiento oneroso, se les olvida que hay factores altruistas involucrados en el mismo (por ejemplo, exigiendo características fenotípicas en las

¹⁴ <https://crh.uv.cl/#>

<https://clanicamujer.cl/project/ovodonacion/>

<https://www.cramconcepcion.cl/tratamientos-de-donacion-de-ovulos/>

donantes). O bien, personas que carecen de recursos económicos, pueden no verse beneficiadas con la prudencia médica (ir haciendo tratamientos más complejos a medida que van fracasando los más simples).

En cuanto a los **valores religiosos**, si bien existe la percepción por parte de las y los entrevistados que dichos valores han ido cambiando con los años en el sentido de no ser un obstáculo, es posible encontrar a la religión como una limitante, específicamente en el uso de gametos donados. También se relata que hay pacientes que argumentan lo religioso tanto a favor como en contra del uso de las TRHA, en general. Un/a entrevistado/a dio especial importancia, por las repercusiones futuras en la vida cotidiana, al hecho que los y las pacientes trasgredan sus propias creencias religiosas al querer cumplir el deseo de tener un/a hijo/a. Es recomendable en esos casos hacer un trabajo reflexivo profundo antes de intentar un tratamiento a través de TRA con uso de donantes.

En lo **social/cultural**, según percepción de las y los entrevistados, los chilenos tenemos mayor apertura a los nuevos tipos o modelos de familia. En ese sentido, podríamos pensar que habría cierta aceptación de las familias formadas a través de la fertilización asistida. Ciertamente que las y los entrevistados, en su mayoría, dieron cuenta de esta apertura. Pero también coexiste con esta visión, la idea de familia tradicional, especialmente en las parejas que se encuentran en regiones distintas a la Metropolitana. La apertura a las nuevas formas de familia y su coexistencia con modelos tradicionales es coincidente con las investigaciones que se han llevado a cabo en nuestro país en las últimas décadas (Herrera, F. y Teitelboim, B., 2010; Brito, S. y cols. 2022).

En referencia a la visión que se tiene de la Medicina Reproductiva como solución a los problemas de fertilidad, las y los entrevistados sugieren que las y los pacientes ven en esta área de la medicina la gran solución y el camino seguro a cumplir el deseo de ser padres. Se tienen grandes expectativas sobre los tratamientos con TRA. Las dificultades en la fertilidad al requerir una solución, los seguros de salud públicos o estatales y el cuerpo médico, deben

definirlo como una patología y con ello, el o la paciente quedan también definidos como “enfermos”, lo que para uno/a de los/as entrevistados/as, no es en la práctica necesario abordarlo de esa manera. Así, el lenguaje médico, para algunos/as pacientes, puede verse con tintes de violencia, según lo deduce un/a de los/as entrevistados/as.

La vida de las personas que asisten a estos tratamientos se ve profunda y ampliamente afectada. La vida familiar, social y laboral es interrumpida por la ocurrencia de procesos biológicos que duran varias semanas y que no son predecibles. Todos los y las entrevistadas evidencian esta perturbación en la vida cotidiana de las personas: ecografías de seguimiento en días específicos, inyecciones hormonales a horas determinadas, procedimientos quirúrgicos imposibles de programar con mucha antelación, etc. Las circunstancias vitales se alteran por un período no corto de tiempo (Ávila y Moreno-Rosset, (2008).

Es en este contexto que se alteran los **aspectos psicológicos** en las vidas de las y los pacientes. Es probable que una pareja que llega a requerir un tratamiento de reproducción asistida con uso de donante haya tenido que pasar por varias instancias médicas y probablemente varios tratamientos fallidos. Dado que la infertilidad es un evento en general adverso y estresante, hay personas que lo significan como “una experiencia devastadora, desencadenando trastornos emocionales o un marcado aislamiento social” (Domínguez, R, 2002, pp 3). Esto es coincidente con lo reportado por las y los entrevistados de esta investigación.

En lo relativo a los **aspectos legales**, como fue descrito al principio de esta investigación, en Chile la legislación existente en materias relativas a los procedimientos y técnicas de reproducción asistida es escasa. La única norma de rango legal fue la que modificó el sistema de filiación, que prescribe que “el padre y la madre del hijo concebido mediante la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida son el hombre y la mujer que se sometieron a ellas” (Lecaros, J.A., 2012, pp 16). Y lo segundo, está referido a la investigación

científica en seres humanos, donde en una parte, se *“prohíbe y sanciona “toda práctica eugenésica, salvo la consejería genética” (...)* y *“la clonación de seres humanos”*; y en otra, *“la ley prohíbe la destrucción de embriones humanos cuando tiene por finalidad “obtener las células troncales” y cultivarlas para tejidos y órganos (artículo 6º), de modo que no es un prohibición general de destrucción de embriones”* (Lecaros, J.A., 2012, pp. 18). Ambas leyes en ningún caso logran constituirse en un cuerpo legal exhaustivo que regule ampliamente el uso y práctica de las técnicas de reproducción asistida.

Para la mayoría de las y los entrevistados, hay temas que van surgiendo y que no están tocados por la ley; por ejemplo, el caso del acuerdo con una gestante subrogada¹⁵ o gestante sustituta. Hay, en la experiencia de los y las entrevistadas, asesoramiento y acompañamiento a personas que han recurrido a esta posibilidad otros países. Otro tema es el que se produce por la criopreservación de embriones, y por la tanto la disponibilidad que se tiene de ellos. Éstos pueden ser donados a otras parejas, en caso que la pareja originaria quiera cederlos o la mujer haya cumplido cierta edad. Sin embargo, cuál es la edad, cómo es que se gestiona la donación, cómo actúa el anonimato en esos casos, son interrogantes que quedan abiertas, sin ser reflexionadas ni consensuadas.

Para algunos/as de las psicólogos/as, se constata que la tecnología reproductiva se inventa, se instala y es a posteriori que se evalúan sus consecuencias de largo plazo. No hay un proceso paralelo y es así como la ética llega más tarde a preguntarse sobre lo procedente de estos sucesos.

ROL DE LA PSICOLOGÍA

La Medicina Reproductiva es un área de la ciencia eminentemente biológica. Sin embargo, las repercusiones psicológicas, sociales, legales y éticas de acudir a un tratamiento derivado de la medicina reproductiva son innegables. Para las personas que tienen dificultades en su

¹⁵ Mujer que lleva adelante un embarazo habiendo acordado que ella entregará el bebé a los padres previstos (Zegers H. y Cols., 2017)

fertilidad, el contar con la posibilidad de tener un hijo/a es un camino que muchas veces se está dispuesto a recorrer, independiente de las consecuencias que tenga. La presencia de profesionales de la salud mental es necesaria en términos prácticos y en diferentes sentidos.

Las y los entrevistados son conscientes de la importancia de su rol. Son requeridos en su labor de apoyo emocional y decisional para pacientes, tanto por otros integrantes de los equipos de trabajo (médicos/as, enfermeras/os, hasta personal administrativo), como por los propios pacientes. Pero también se les contempla en las reuniones clínicas, en la confección de protocolos de actuación, en la deliberación de casos especiales. Por ejemplo, un/a de los/as entrevistado/as, aunque ya se había retirado formalmente de su lugar de trabajo, le solicitaron apoyar al equipo en el proceso de donación de embriones. Algunos/as comentaron ser requeridos para capacitar internamente al equipo de trabajo; otros/as, al menos han sido consultados para orientar la ayuda en esas capacitaciones internas. Varios/as se perciben como el puente que permite o mejora la comunicación y/o relación médico-paciente y también como apoyo emocional a los integrantes del equipo de trabajo. Aunque es necesario siempre, varios/as entrevistados/as destacan la necesidad constante de actualización, no sólo en lo que atañe a la psicología, sino también a los mismos tratamientos reproductivos.

En relación a lo que se hace con los pacientes dentro de ámbito clínico, al interior de la consulta psicológica, los y las psicólogos afirman que es imprescindible pensar en que son pacientes que muy probablemente tengan que enfrentar la construcción de un nuevo tipo de familia, con hijos/as procedentes de la donación de gametos o embriones. Dentro de este contexto, se efectúan una serie de estrategias para ayudar en esta nueva conformación. Se sostiene a las y los pacientes en sus dolencias psicológicas y muchas veces se es el puente que aclara dudas que quedaron de la sesión con el médico o que comenzaron a surgir después de ésta; y que también transmite esa vivencia al área médica. Se apoya y ayuda al/la paciente en cosas prácticas, como orientar la selección de el o la

donante, independiente del grado de poder en la selección; o a anticipar el futuro, por ejemplo, poner situaciones en que los o las pacientes no podrán ocultar, sin mentir, que la descendencia posee una genética distinta a la de ellos. También en los casos de duelo genético, es relevante profundizar sobre la genética y desmitificar o relativizar, en parte, su grado de participación en la vida de las personas. Por ejemplo, mostrar que hay vínculos sólidos en ausencia de lazos genéticos y que existen vínculos débiles en presencia de genética compartida. Muchas veces en consejería se abordan temas que la pareja ha silenciado o bien evitado, pero que son, en la mayoría de los casos, asuntos que, al ser explicitados en este espacio de cuidado, destraban atrapamientos innecesarios; o bien, permiten confrontar puntos de vista antes escondidos. Estos hechos, en la gran mayoría de los casos, alivianan o despejan el escenario psicológico, entregando algo de calma.

Dentro de las técnicas psicológicas, una de las entrevistadas, sostiene que la autorrevelación es una estrategia que parece ser útil en este tipo de intervenciones. Ésta se refiere a “las revelaciones personales que realiza intencionalmente el terapeuta, por lo general en forma de intervención, durante el tratamiento” (Olivera y cols., 2018, pp. 62). La autorrevelación es una herramienta psicológica que presenta algunas controversias y que se aconseja en circunstancias específicas.

Ya finalizando este apartado, uno/a de los/as entrevistados/as solicitó, fuera del contexto de la entrevista, comunicar que una de las cosas que se quedó pensado fue en el gran poder que se tiene, desde los equipos médicos, y el o la psicóloga inserto en ellos, respecto de la influencia de las opiniones y comentarios que se emiten en los espacios sanitarios con los pacientes. Hay en ese poder un llamado en sí mismo sobre la relevancia del ejercicio de la ética en el desempeño del rol del psicólogo (y también del resto del equipo).

LIMITACIONES

La presente investigación sólo incluyó psicólogos/as que trabajan y trabajaron en centros de salud de la Región Metropolitana. Los resultados no se pueden extrapolar a centros ubicados en otras regiones del país, ni a lo que sucede en otros países.

Respecto de los y las pacientes, sería interesante explorar estas problemáticas éticas directamente desde ellos, ya no a través de los y las psicólogos. Y también poder investigar cuál es el impacto de la labor de los psicólogos en el devenir de los pacientes; que fuesen ellos quienes pudiesen estimar el eventual aporte que hace la Psicología como disciplina a su experiencia de vida.

Así también, sería interesante explorar la perspectiva de los temas éticos con las y los médicos y las y los tecnólogos médicos, en cuanto son ellos quienes están directamente aplicando las técnicas de reproducción asistida.

Por último, al ser ésta una investigación exploratoria y de metodología cualitativa, sería interesante complementar estos hallazgos con parámetros cuantitativos, con la consiguiente cualidad de predicción y generalización.

CONCLUSIONES

Los resultados del primer trabajo que explora las percepciones sobre las temáticas éticas que tienen las y los psicólogos que trabajan en centros de medicina reproductiva en Santiago de Chile, nos permiten conocer en profundidad las principales áreas de interés que surgen en la labor de apoyo y orientación a las y los pacientes.

Gracias a la metodología cualitativa fenomenológica, el análisis de contenido de las entrevistas nos permitió agrupar seis áreas temáticas, cada una con diversos subtemas:

Duelo, que atañe tanto a la dificultad de cumplir el deseo de ser madres y padres, como el duelo que implica renunciar al acervo genético familiar y que las y los psicólogos deben acoger y gestionar.

Donante, incursionamos en los cuestionamientos acerca de sus derechos, de su deseo de anonimato o el derecho a la información sobre el origen que tiene la descendencia. La importancia para los y las donantes de la existencia de un registro único.

Descendencia, nacida por donante enfrenta a estas nuevas familias a romper el estereotipo de familia tradicional adhiriéndose a la transparencia, o continuar con el enfoque tradicional de familia con los riesgos que ello implica. Los y las psicólogas saben de esta dualidad, deben apoyar y también orientar para saber cómo y cuándo es que se comunica el origen a hijas e hijos.

Perspectiva de Género, nos lleva a hacer gran foco en las mujeres. Ellas son quienes se llevan gran parte de la carga biológica y emocional de estos tratamientos. Se hace imperativo cuidar su salud mental, en casos de fracaso y de éxito terapéutico, pues los tratamientos reproductivos generalmente debido a su prolongada duración, facilitan la aparición de sintomatología depresiva. A la vez, cuidar la inserción de los hombres, pues su sentimiento de paternidad será construido en base a la compañía que él haga en este proceso.

Tratamiento, de donde surgen las problemáticas éticas más conocidas: la inequidad en el acceso económico y geográfico a estos tratamientos. La necesidad de la concordancia entre la creencia religiosa y el tipo de técnica reproductiva a usar. En lo social, la medicina

reproductiva es la solución, pero que apareja un cambio importante en la noción de familia. Y en lo relativo a lo legal, emergen dos ausencias, la de un cuerpo específico regulatorio y de la del registro nacional de donantes.

Por último, el *Rol de la Psicología* en cada uno de estos temas es de trascendental importancia. Cómo las y los pacientes llevarán en sus vidas el pasar por estos tratamientos, y el deseo de ser madres y padres, de una manera sana para ellos y ellas; y principalmente en la vida de sus hijos e hijas, es a mi juicio, la principal tarea. El apoyo emocional y en la toma de decisiones, en evaluar consecuencias futuras y mostrar el camino a la comunicación de origen, con los y las pacientes. Muchas veces ser nexo entre los pacientes y el equipo médico. Ayudar a las organizaciones en la reflexión sobre temas específicos (anonimato, congelación de embriones, nuevos modelos de familia, comunicación de origen, entre otros). La conclusión es evidente: la presencia del profesional de salud mental, en los equipos de Medicina Reproductiva, psicóloga o psicólogo, debidamente entrenado, con conocimientos en biología de la reproducción, con habilidades en el manejo de situaciones complejas, con conocimientos en bioética, y con una actitud abierta, comprensiva y reflexiva, es ineludible.

Para finalizar, un último alcance. Es interesante apreciar que la necesidad de transparencia es lo que cruza varios de los temas que aparecieron en esta investigación: Anonimato del donante, conformación de nuevas formas familiares, comunicación de orígenes, registro nacional de donantes. Me parece interesante que ocurra de esa manera, aunque tampoco creo que la transparencia se deba convertir en el norte de la brújula investigativa.

BIBLIOGRAFÍA

Abraham de Cúneo, Lidia. (2004). La maternidad y la paternidad a la luz de las técnicas de fecundación asistida. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 394-396. Recuperado en 15 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500012&lng=es&tlng=es.

Agrawal, R., Burt, E., & Homburg, R. (2013). Time-Line in HFEA Developments and Regulatory Challenges: 20 Years of Overseeing Fertility Practices and Research in the UK. *Journal of obstetrics and gynaecology of India*, 63(6), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s13224-013-0494-z>

Ahuja, M. (2009) Practice guideline: Counseling in Infertility. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*, 1(2), 38-43.

<https://www.jsafog.com/doi/JSAFOG/pdf/10.5005/jp-journals-10006-1028>

Álvarez-Díaz, JA (2016). Problemas éticos en reproducción humana. En: López Arellano O, Peña Saint Martin F. *Salud, condiciones de vida y políticas sociales. Miradas sobre México*. Ciudad de México: ALAMES PROMEP. p. 19-42. ISBN 978-607-9426-34-7.

Álvarez Plaza, C. (2014). La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada. *IM-Pertinente*, 2 (1), 17-43.

Applegarth, L. D. (2006). Individual counseling and psychotherapy. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (p. 129–142). Cambridge University Press.

Araya, R. K. (2010) Secreto y anonimato en la donación de gametos. Diálogos bioéticos 1 abril al 13 octubre del 2010 - Centro SAVAL. Centro Bioética Facultad de Medicina Clínica Alemana – UDD. <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/08/Secreto-y-anonimato-en-la-reproducci%C3%B3n-asistida-con-donaci%C3%B3n-de-gametos.pdf>

Ariza, Lucía. (2016) Cuerpos abstractos, riesgos concretos: dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud Colectiva* [online]. v. 12, n. 3 [Accedido 4 Noviembre 2023], pp. 361-382. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2016.789>>. ISSN 1851-8265

ASRM American Society for Reproductive Medicine. (2012). *Reproducción con Donante (Donación de espermatozoides, óvulos, embriones y vientre de alquiler): Guía para pacientes*. Obtenido el 31 de mayo de 2021 en https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/reproduccion_con_donante-spanish.pdf

Ávila, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo. Monográfico sobre Infertilidad y Psicología de la Reproducción*, 29(2),186-196.

BCN Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2022), Ley Fácil, Guía legal sobre Filiación. Última actualización: 27-09-2022, <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/filiacion>.

Brito Rodríguez, S., Basualto Porra, L. Azócar González, R. y Flores Rivas, C. (2022) Matrimonio igualitario, perspectivas socioculturales y ético políticas desde las voces de estudiantes universitarias/os RUMBOS TS, año XVII, Nº 28, (pp. 245-268)

Campagne, D. M. (2015). El psicólogo y la procreación aplazada: Consideraciones acerca de la criopreservación y de una calidad óptima de gametos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 75–84. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14455>

Castillo Sanguino, N. (2020) Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 20 (10), 7-18. Recuperado en 31 de Agosto de 2022 de http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia_como_metodo/167

Cereceda Molina, A. (2014). Las técnicas de reproducción humana asistida y su falta de regulación a causa del anacronismo de la legislación chilena. *Revista Actualidad Jurídica*, Facultad de Derecho, Universidad del Desarrollo, 29, (pp. 601-611)

Céspedes, P. y Correa, E. (2021) Reproducción asistida en Chile: una mirada global para el desafío de ofrecer un acceso oportuno. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 32, Issue 2, Pages 189-195, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.09.002>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000237>).

Cortiñas S., Paula. (2001). Ética y donación del gameto femenino. *Interciencia*, 26(9), 404-411. Recuperado en 18 de agosto de 2022, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442001000900007&lng=es&tlng=es.

Costas Pacheco, L. A. Mater semper certa est : resignificando lo biológico en las técnicas de reproducción humana asistida [en línea]. Trabajo final de grado. Montevideo : Udelar.FP, 2022.

Domínguez V., R. (2002), Psicología e Infertilidad, *Revista Médica Clínica Las Condes*; Vol. 13. Núm. 1.

Domínguez, R. y Solari, D. (2014) Revelar a los hijos la historia de su gestación en casos de ovodonación: una observación clínica. En Zegers H., F., & Salas, S. P., *Bioética, reproducción y familia* (pp. 261-272). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.

Ethics and Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine. (2022) *Updated terminology for gamete and embryo donors: directed (identified) to replace “known” and nonidentified to replace “anonymous”: a committee opinion*. *Fertility and Sterility*, ISSN: 0015-0282, Vol: 118, Issue: 1, Page: 75-78, <https://www.fertstert.org/action/showPdf?pii=S0015-0282%2822%2900151-0>

Fernández Borbón, Hugo, Gerez Mena, Suraima, & Pineda Bouzón, Anyelin. (2015). La reproducción asistida. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(2), 367-373. Recuperado en 05 de abril de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200019&lng=es&tlng=es.

Frasquet Aira R. M. (2018). Elecciones reproductivas, anonimato y parentesco: discursos, estrategias e implicaciones para las 'madres solteras por elección'. Papeles del CEIC. *International Journal on Collective Identity Research*, vol. 2018/2, papel 196, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), UPV/EHU Press, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.18887>

Guerrero-Castañeda, Raúl Fernando, Prado, Marta Lenise Do, Kempfer, Silvana Silveira, & Ojeda Vargas, M^a Guadalupe. (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 67-71. Recuperado en 12 de septiembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015&lng=es&tlng=es.

Golombok, S. (2015). *Modern families: parents and children in new family forms*. Cambridge University Press.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Herrera, F. y Teitelboim, B. (2010). La mirada de los chilenos a la familia. En Universidad Diego Portales (ed.), *Encuesta nacional UDP* (pp. 121-135). UDP

Ilioi, E., Blake, L., Jadvá, V., Roman, G. and Golombok, S. (2017), The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *J Child Psychol Psychiatr*, 58: 315-324. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12667>

Lecaros, J.A. (2012) "Preámbulo" en Los problemas éticos y jurídicos de la reproducción humana asistida: informe sobre el Seminario Académico 2012 (pp. 5-20). Santiago: Universidad del Desarrollo, 2012.

Martínez, M., Miguel. (2006). La Investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología [en línea]*. 2006, vol. 9, no. 1, (p. 123-146). ISSN 1560-909X. http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1598/revista_de_investigacion_en_psicologia08v9n1_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mata-Miranda, M. M., & Vázquez-Zapién, G. J. (2018). La fecundación in vitro: Louise Brown, a cuatro décadas de su nacimiento. *Revista de sanidad militar*, 72(5-6), 363-365. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400363&lng=es&tlng=es.

Mendiola, J., Ten, J., Vivero G., Roca, M., Bernabeu, R. (2005). Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 22(1) 15-22. <http://www.revistafertilidad.org/RecursosWEB/fertilidad/Ferti-En-Feb05-Trabajo1.pdf>

NHMRC National Health and Medical Research Council (2017). Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical practice and research. Canberra: National Health and Medical Research Council.

Njagi, P., Groot, W., Arsenijevic, J., Dyer, S., Mburu, G., Kiarie, J., (2023) Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review, *Human Reproduction Open*, Volume 2023, Issue 2, 2023, hoad007, <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>

Olivera, J.; Manubens, R. T.; Challú, L.; Brnich, M. P.; Roussos, A. J.; (2018) Cómo valoran los pacientes la autorrevelación del terapeuta en sus tratamientos: Una investigación cualitativa; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; *Revista Brasileira de Psicoterapia*; 20; 3; 8-2018; 61-79

Ormart, E. B. y Abelaira, P. (2020). Clínica psicoanalítica en la infertilidad: Epigenética y Duelo. *Revista universitaria de psicoanálisis*, pp. 43-50.

Palacios, E, & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 94-103. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000200004>

Palacios B, Estela, Jadresic M, Enrique, Palacios B, Fernanda, Miranda V, Cristián, & Domínguez, Rosario. (2002). PERCEPCION DEL PACIENTE INFERTIL ACERCA DEL EQUIPO MEDICO TRATANTE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(1), 25-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000100005>

Pennings, G., (2000). El derecho a elegir a su donante: ¿un paso hacia la comercialización o un paso hacia el empoderamiento del paciente?, *Human Reproduction*, Volumen 15, Número 3, 1 de marzo de 2000, páginas 508–514, <https://doi.org/10.1093/humrep/15.3.508>

Ramos Vergara, P., Arenas Massa, Á., & Santos Alcántara, M. (2014). La persona y su dignidad al inicio de la vida: el concebido por técnicas de fertilización in vitro en Chile. *Acta bioethica*, 20(2), 169-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200004>

Regalado, P. (2020) Cap. 14: La identidad en la donación de gametos” en La producción del parentesco: Jurkowski, L.; Lima, N. S.; Rossi, M. (coordinadoras), Buenos Aires. URL: <https://www.teseopress.com/gametos>

Riaño-Galán, I., Martínez González, C., Gallego Riestra, S. (2021) Cuestiones éticas y legales del anonimato y la confidencialidad en la donación de gametos. *Anales de Pediatría*, Volume 94, Issue 5, Pages 337.e1-337.e6, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.02.008>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321001405>

Rosado-Pacheco, C. M. (2011). Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería. *Revista De Educación De Puerto Rico (REduca)*, (26), 113–131. Recuperado a partir de <https://revistas.upr.edu/index.php/educacion/article/view/13320>

Rouchou B. Consecuencias de la infertilidad en los países en desarrollo. *Perspectivas en Salud Pública* . 2013;133(3):174-179. doi: 10.1177/1757913912472415

Salomé Lima, N., C. Álvarez Plaza y C. Cubillos Vega (2019): “Donantes de ovocitos: análisis comparativo de dos muestras de Argentina y España sobre perfil de donantes, motivaciones y anonimato”, *Política y Sociedad*, 56(3), pp. 603-622.

Stowe Kader, N., y Greenfield, D. A., (2006). Ethical Aspect of Infertility Counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (p. 508–520). Cambridge University Press.

Solari B, Daniela, Villa V, Sonia, Schwarze M, Juan Enrique, Balmaceda R, José, Albornoz G, Claudia, & Pommer T, Ricardo. (2012). Motivaciones y actitudes hacia la donación voluntaria de ovocitos: Experiencia de la Unidad de Medicina Reproductiva de la Clínica Monteblanco. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(5), 342-346. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500004>

Varsi Rospigliosi, E., (2017). Determinación de la filiación en la procreación asistida. IUS. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A.C.*, 11(39), .[fecha de Consulta 10 de Octubre de 2023]. ISSN: . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293250096005>

Velarde, Marissa, Salas, Sofía P., Domínguez, Rosario, López, Teresa, Céspedes, Pablo, Furman, Irene, Godoy, Anita, Castro, Magdalena, & Zegers-Hochschild, Fernando. (2018). Percepciones y creencias sobre criopreservación embrionaria en mujeres y hombres que se realizan técnicas de reproducción asistida en Santiago, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 27-44. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100027>

Vilella, F., Moreno-Moya, J. M., Balaguer, N., Grasso, A., Herrero, M., Martínez, S., Marcilla, A., & Simón, C. (2015). Hsa-miR-30d, secreted by the human endometrium, is taken up by the pre-implantation embryo and might modify its transcriptome. *Development (Cambridge, England)*, 142(18), 3210–3221. <https://doi.org/10.1242/dev.124289>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(9), 1786–1801. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex234>

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO



**ACTA DE APROBACIÓN
2022-95**

Fecha: Santiago, 26 de diciembre de 2022

Protocolo: "Problemáticas éticas percibidas por psicólogos y psicólogas durante la consejería reproductiva de personas que se realizan tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad (tra-ac), con uso de donantes, en la ciudad de Santiago."

Investigador Responsable: Soledad Cartagena Prado

Institución: Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo
Tesis para optar al grado de Magíster en Bioética

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Documentación revisada en 1ª instancia:

1. Carta de solicitud de evaluación del proyecto
2. Resumen del proyecto de tesis
3. Formulario de consentimiento informado

Documentación revisada en 2ª instancia:

1. Formulario de entrevista para los participantes

Para otorgar la presente Acta de Aprobación, se consideraron los siguientes aspectos éticos:

El valor social : El objetivo de esta investigación es explorar los principales problemas éticos que refieren las psicólogas y psicólogos que realizan consejería reproductiva a personas en Tratamientos de Reproducción Asistida de Alta Complejidad con uso de Donantes (TRA-AC-D), de centros médicos, clínicas y hospitales de la ciudad de Santiago. En Chile no se han determinado lineamientos o guías éticas en esta temática que permitan orientar los criterios de manejo clínico de los distintos profesionales involucrados. En este sentido, cada centro tiene regulaciones propias y, a un nivel más específico, cada médico podría tener sus propios criterios de aplicación de las tecnologías reproductivas. En el intento de llenar un vacío de información sobre las problemáticas éticas de la consejería reproductiva que se realiza en Chile por profesionales de la psicología y de colaborar de forma concreta con la crítica labor que ellas y ellos realizan, es que se asienta el presente proyecto de tesis.

Validez Científica: En este estudio de metodología cualitativa, se plantea un diseño fenomenológico, de análisis inductivo-descriptivo. El muestreo se realiza a través de la selección de una muestra de individuos, en

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl



este caso psicólogas y psicólogos que trabajan en centros de tratamientos reproductivos de alta complejidad y con uso de donantes, de la ciudad de Santiago. Se aplicará un muestreo intencional basado en: Heterogeneidad, Pertinencia y la Relevancia Teórica del caso. La técnica de recolección de datos a utilizar será la entrevista semiestructurada. La metodología elegida es adecuada para responder a la pregunta de investigación.

Evaluación riesgo/beneficio: favorable, no se perciben riesgos para los participantes.

Protección de los derechos de los participantes: la participación en el proyecto es voluntaria, se asegura la posibilidad de retirarse o de negarse a participar, sin ningún perjuicio para los participantes. La investigadora se compromete a manejar los datos respetando los criterios de confidencialidad.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones éticas para la realización del estudio propuesto y, por ende, otorga su aprobación, la que estará vigente mientras el proyecto esté en curso.

El Comité solicita que el investigador:

- Para nuevas correspondencias referentes a este proyecto, se le solicita utilizar el número **2022-95**
- Una vez finalizado el proyecto, el Comité deberá ser informado de los resultados del estudio.



Digitally signed by MARCIAL ENRIQUE OSORIO FUENZALIDA
DN: c=CL, o=R-Metropolitana, l=Santiago, q=e-Digital, ou=e-Digital, cn=MARCIAL ENRIQUE OSORIO FUENZALIDA
email=marcialosorio@udd.cl
Reason: Sign CEDULA-6618276-2-34716-4037240
Location: e-Digital App
Date: 28.12.2022 12:35:38 -0300

Dr. Marcial Osorio
Presidente
Comité Ético Científico

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl



Nómina de los integrantes del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, que participaron de la revisión expedita del proyecto el 26 de diciembre de 2022, donde se acordó la Aprobación del protocolo:

NOMBRE	PROFESIÓN	CARGO
Marcial Osorio Fuenzalida	Médico	Presidente
M. Bernardita Portales Velasco	Fonoaudióloga	Vice-presidenta
Maria Laura Aued	Médico	Secretaria

Facultad de Medicina UDD | Clínica Alemana de Santiago. Mail ceccasudd@udd.cl

