

PSICOPATOLOGÍA DEL ABORTO ESPONTÁNEO Y TRASTORNOS TRAS LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

PSYCHOPATHOLOGY OF MISCARRIAGES AND PSYCHIC DISORDERS FOLLOWING FERTILITY TREATMENTS

Fernando Leal Herrero

*Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián» de Valladolid
C/ Núñez de Arce, 21, 4º E. 47002 Valladolid
Tfnos.: 983-55-41-13 y 647-289-351
E-mail: fern_leal_h@hotmail.com*

Resumen

En este trabajo se abordan los trastornos psíquicos que con frecuencia aparecen a raíz de los abortos espontáneos. Se explicitan las formas clínicas de aparición de dichos trastornos y se valora la posible conveniencia de utilizar el diagnóstico de «síndrome post-aborto», para compendiar los síntomas que constituyen la base común de las reacciones psicopatológicas sub-siguientes a los abortos. Asimismo se exponen las reacciones psicológicas y psicopatológicas que aparecen, tanto en la mujer como en el hombre, en la parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida, con una breve descripción de los aspectos psicodinámicos que afectan a los cónyuges. Por otra parte, se advierte de los riesgos biológicos y psicológicos consecuentes a las técnicas de reproducción asistida, se hace una valoración ética de las mismas, y se alerta sobre las consecuencias a largo plazo de esas técnicas de reproducción humana.

Palabras clave: aborto espontáneo, síndrome post-aborto, reproducción asistida, complicaciones, riesgos, problemas éticos.

Abstract

This paper deals with the psychic disorders that frequently follow miscarriages. We specify the clinical forms under which such disorders appear and argue in favour of establishing a «Post-Abortion Syndrome» which would include the symptoms that form the basis of the psychopathological reactions that follow miscarriages. We will also study the psychological and psychopathological reactions to be found in couples—in both men and women—who undergo fertility treatments, offering a brief description of the psychodynamic aspects that affect the couple. Furthermore, we will stress the biological and psychological risks that appear as a consequence of fertility treatments and offer an ethical evaluation of these risks, warning of the long-term consequences of human reproductive techniques.

Key words: miscarriages, post-Abortion syndrome, assisted reproduction, complications, risks, ethic problems.

1. Psicopatología tras aborto espontáneo

El aborto es siempre un trauma psíquico para la mujer, especialmente para quienes han decidido abortar voluntariamente, pensando que el aborto sería la menos perjudicial de las opciones posibles.

Tanto el aborto provocado como el espontáneo afectan a la mujer en un nivel profundo de su personalidad, que está ligado a su capacidad de generar vida humana y a su deseo de maternidad.

Dice el Prof. L. Thibault, de la Universidad de Montreal, que toda mujer, salvo excepciones patológicas, desea tener un hijo¹. Y nosotros añadimos a este aserto que la mujer desea tener un hijo, pueda o no pueda tenerlo, quiera o no quiera tenerlo, y sepa o no sepa que desea tenerlo.

Se trata, sin duda, del deseo universal de ser madre, que asegura la procreación y la continuidad de la vida, independientemente de las circunstancias culturales y socio-económicas en que se encuentre cada mujer en particular, y de que en muchas ocasiones no se manifieste ese deseo explícitamente, porque se mantiene a nivel inconsciente.

Unido a este deseo, que abarca tanto el campo de la consciencia como el del inconsciente, se encuentran los sentimientos de capacidad y potencia, ligados a la maternidad. A través de la fecundación, del embarazo y del parto, la mujer es capaz de formar y poner en el mundo nada menos que a todo un ser humano. ¿Cabe mayor demostración de capacidad y de potencia?

No es extraño, pues, que la mujer-madre llegue a tener una cierta expansividad afectiva y un cierto sentimiento de omnipotencia. Y tampoco es extraño que muchas mujeres aseguren que el haber tenido hijos es el mayor logro de su vida.

1 Prof. Thibault, L., antiguo Jefe de Servicio de la Clínica de Psiquiatría Infantil del Instituto «Albert-Prévost», Université de Montréal.

Si la mujer que tiene un hijo se aproxima a la vivencia omnipotente, se comprenderá con facilidad que en el polo opuesto se sitúe la mujer que aborta, precisamente porque la interrupción del embarazo trunca su proyecto vital de maternidad, y por lo tanto su vivencia se convierte en sentimiento de impotencia².

Los sentimientos de impotencia, de incapacidad, de culpabilidad y de auto-depreciación constituyen la base sobre la que se desarrollarán las diferentes manifestaciones psicopatológicas del «síndrome post-aborto», preferentemente las formas clínicas depresivas y adaptativas.

Los trastornos psíquicos en las mujeres que interrumpen voluntariamente su embarazo ya están abordados en la ponencia del Profesor Polaino, por lo que vamos a abordar de manera preferente los trastornos psíquicos en las mujeres que abortan espontáneamente y que son mucho menores, en intensidad y frecuencia, que los de los abortos provocados³, si bien tienen síntomas comunes en sus formas de aparición.

Las formas más frecuentes de aparición clínica psicopatológica de los abortos espontáneos son las siguientes:

1. Reacciones depresivas.
2. Trastornos adaptativos.

2 Schnaque, C.E; Bennett, V. y Ossandon, A. «Síndrome Post-Aborto: Descripción sintomática del síndrome», *Revista Electrónica Psicología Científica*. com. (Marzo 2005).

3 Burke, Th. y Reardon, D.C. «Mujeres silenciadas». El síndrome post-aborto en toda su crudeza». <http://www.secotia.com/libros/libro-mujeres-silenciadas.htm>

3. Trastornos de ansiedad.
4. Trastorno de estrés postraumático.
5. Trastornos del comportamiento, y
6. Acentuación de los rasgos de personalidad premórbida.

Los clínicos solemos encajar las reacciones psicopatológicas post-aborto en alguna de estas categorías diagnósticas mencionadas. Sin embargo, es cada vez mayor el número de autores que publican trabajos abogando porque se reconozca el diagnóstico de «Síndrome Post-aborto» como entidad psicopatológica diferenciada, pues las actuales Clasificaciones Internacionales D.S.M.-VI.⁴ y C.I.E.-10⁵ no lo contemplan como tal.

Tendría sentido que se acuñara el diagnóstico de «Síndrome Post-aborto», pues en las pacientes en las que aparece patología post-aborto hay unos síntomas comunes, como son:

1. Sentimiento de tristeza.
2. Sensación de «vacío interior».
3. Sentimiento de pérdida.
4. Pesadillas con contenido onírico sobre el aborto.
5. Fantasías y proyecciones sobre la vida del hijo que no nació.
6. Y sentimiento de culpabilidad. (Mucho más intenso, patógeno y destructivo en los abortos provocados).

4 A.P.A. – D.S.M.-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson, Barcelona, 2002.

5 O.M.S. C.I.E.-10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*, Ed. Meditor, Madrid, 1993.

También es cierto que estos síntomas comunes pueden ir acompañados de otros síntomas diferentes y variados⁶, mostrando un abanico psicopatológico que puede ir desde manifestaciones fobo-obsesivas hasta trastornos del comportamiento y de los hábitos en forma de alcoholismo o drogodependencia.

A este respecto es muy ilustrativo el buen trabajo de Gómez Lacín, Hermoso de Mendoza y Zapata García, del Servicio Navarro de Salud —el primero—, y de la Clínica Universitaria de Navarra —los dos últimos—, proponiendo el reconocimiento del diagnóstico de «Síndrome Post-aborto» como entidad psicopatológica específica⁷.

Por nuestra parte, queremos aportar una pequeña observación clínica que hemos hecho en algunos casos de «síndrome post-aborto» que cursan con síntomas de Trastorno del comportamiento alimentario. Según algunos estudios, los trastornos alimentarios aparecen con una frecuencia de entre el 10 y el 20% de los síndromes post-aborto (incluyendo todo tipo de aborto).

Lo que nosotros hemos observado es un trastorno del comportamiento alimentario, consistente en una *hiperorexia* que aparece en las semanas siguientes al aborto. La paciente comienza a hacer unas ingestas excesivas, que se mantienen a lo largo de varios meses. En algunas

ocasiones el comportamiento puede llegar a ser bulímico, con atracones de comida seguidos de vómitos provocados, pero generalmente no aparecen atracones, ni vómitos, sino simplemente hiperorexia, con ingestas abundantes pero no muy compulsivas, ni críticas, porque estas pacientes no quieren adelgazar, sino que quieren engordar.

Cuando se analiza con ellas el contenido de sus vivencias y de sus impulsos, las pacientes verbalizan que el aborto les ha dejado una gran sensación de vacío, y que la ingesta de comida es un «intento de rellenar ese vacío con algo». El hecho de engordar les recuerda morfológicamente el estado del embarazo, consiguiendo con ello una cierta sensación de alivio. Es una sintomatología que dura entre 6 y 10 meses. Es decir, que tiene un curso cronológico que se asemeja al del embarazo. Y el aumento de peso se sitúa entre 8 y 14 kilos. No sabemos si este cuadro remitiría espontáneamente, porque los tres casos que hemos seguido iban acompañados de afecto deprimido, por lo que fueron tratados con antidepresivos y apoyo psicoterapéutico.

El aborto espontáneo, además de truncar las expectativas de maternidad de la mujer, interrumpe también el proyecto vital que la madre tiene respecto a su hijo, pues el hijo, en los primeros meses del embarazo, ya vive en la mente de la madre, ya tiene una presencia psíquica en la madre: en sus sentimientos, en sus fantasías, en sus deseos, en sus proyecciones. Y todo ello se suspende con la interrupción del embarazo, que muchas mujeres viven como la pérdida de un hijo,

6 Mahe, V. et al. «Post-abortion mania», *British Journal of Psychiatry* (October 1999).

7 Gómez Lavín, C. «Categorización diagnóstica del síndrome post-aborto», <http://www.es.catholic.net/psicologoscatolicos/348/2696/articulo.php?id>

un hijo no nacido, pero un hijo al fin y al cabo. Es natural, por lo tanto, que se produzca, a raíz del aborto, una reacción de *duelo* (excepto en las madres que ya tienen hijos y no deseen tener más), y que en esa reacción de duelo puedan aparecer síntomas psicopatológicos que predominantemente sean de naturaleza depresiva y ansiosa.

A lo largo de toda nuestra vida profesional, solo hemos encontrado un caso en el que la paciente (que había interrumpido voluntariamente su embarazo), decía no sentir ni tristeza, ni ansiedad, ni culpabilidad por el aborto provocado. Atribuía su sintomatología ansioso-depresiva a dificultades relacionales en el trabajo y a un conflicto crónico con la madre. No quería profundizar en el tema del aborto, ni en nada relacionado con él. Hacía una *negación* total de la posible relación entre el aborto y su padecimiento psíquico. Tratamos su cuadro depresivo-ansioso, y evolucionó favorablemente. Se casó y se fue a vivir a una ciudad del Mediterráneo. Un par de años después fui yo a dar una conferencia a esa ciudad. Al final de la conferencia vi que esta antigua paciente venía a saludarme, trayendo un bebé en los brazos. Se había enterado de que yo daba una charla en la ciudad y vino a escucharme y a presentarme a su hijo. Empática, sonriente y feliz, me dijo que para ella era muy importante que yo supiera que ya había tenido un hijo y que pudiera presentármelo. Aquella cariñosa escena me confirmó en la idea de que el aborto había sido traumático para ella, aunque hubiera hecho negación y racionalización de él, y quería mostrarme, a toda costa,

que aunque hubiera destruido la vida de un hijo, también era capaz de ser madre.

Pero lo más frecuente no es este tipo de negación y racionalización del aborto, sino que lo habitual es que la paciente verbalice ampliamente sobre la interrupción del embarazo, sobre todo en los casos de aborto espontáneo en los que la culpabilidad es mucho menor y no está ligada, evidentemente, a su comportamiento, puesto que la mujer no ha sido la responsable, ni material ni voluntaria, de la interrupción de su embarazo. La culpabilidad en el aborto provocado es intensa, destructiva y muy patógena. En cambio, la culpabilidad en el aborto espontáneo es distinta: más liviana, más tolerable. No está ligada a ningún acto reprobable, sino que está ligada a la responsabilidad —intrasíquicamente asumida— de no poder completar la tarea de hacer vivir a su hijo.

Cuando el aborto espontáneo se produce en el primer embarazo, la mujer comienza a sentir temor de no conseguir llevar a término a un hijo, y este temor con incertidumbre aumenta lógicamente si los abortos se repiten. En esta situación la incertidumbre va convirtiéndose en preocupación de no llegar a tener hijos, y suele entonces iniciarse un período en el que los esposos se plantean si quieren tener, o no, algún hijo por otros medios, bien sea por adopción o bien sea por reproducción asistida. También se plantean este dilema los cónyuges o parejas estables que son infértiles por cualquier causa: por anovulación, por inmadurez de los óvulos de la mujer, por azoospermia en el hombre, por incompatibilidad inmunitaria, etc.

2. Trastornos psíquicos tras las técnicas de reproducción asistida

La mujer y el hombre reaccionan de forma diferente ante el hecho de la infertilidad. Generalmente, el hombre da muestras de ser menos abierto y más reticente que la mujer a asumir la infertilidad. Se niega o se resiste, durante algún tiempo, a hacerse pruebas médicas para saber si es estéril; y más aún, si la esposa ya ha consultado y el ginecólogo le ha dicho que está todo bien y que ella podría tener hijos. El marido se resiste porque teme que la infertilidad sea suya. Muchos hombres asocian la infecundidad a una deficiencia de la masculinidad, y les cuesta mucho, psicológicamente, asumir esa deficiencia. En cambio suelen aceptar de manera más fácil y natural la infecundidad de la esposa.

En algunos casos hemos visto cómo el marido, a partir del momento de ser diagnosticado de azoospermia, ha comenzado a manifestarse huraño, irritable, intolerante y agresivo. A pesar de contar con el apoyo de su esposa, este apoyo y comprensión no eran suficientes para calmar la irritación y autodecepción del hombre. Éste se siente defraudado de sí mismo, y su sentimiento de impotencia lo empuja a rechazar a su esposa y, paradójica pero ciertamente, a rechazar su ternura y comprensión, porque el apoyo de su mujer lo pone ante la evidencia de su propia incapacidad generadora.

Hemos observado también, en los hombres que tienen este tipo de reacción psíquica, que a partir de un cierto momento proyectan su culpabilidad y

hostilidad hacia la esposa, llegando a tener una ideación paranoide que, sin llegar a ser delirante ni perder el contacto con la realidad, se manifiesta con reproches a la esposa, y con desconfianzas y sospechas injustificadas acerca de la fidelidad de la mujer. Parece como si el marido, en esa reacción psicopatológica, diera por supuesto que su esposa se va o piensa irse con otro hombre, dado que él no puede satisfacerla en sus deseos de maternidad. Cuando los cónyuges atraviesan estas dificultades, la pareja suele terminar en separación y divorcio, como también terminan en divorcio muchos matrimonios que se someten a los métodos de reproducción asistida, y que expondremos posteriormente.

En las parejas infértiles que desean tener hijos, lo más frecuente es que se inclinen por la adopción, que suele ser satisfactoria, a pesar de tener que soportar las penalidades de un largo proceso administrativo, desde que comienzan con la solicitud y la evaluación, hasta la integración del niño en la familia.

Pero actualmente está aumentando el número de parejas que se deciden por los métodos de reproducción asistida⁸, ya que las nuevas técnicas de reproducción han ampliado el margen de actuación de las mismas. La reproducción asistida puede ser «homóloga», si los gametos son de los cónyuges, o «heteróloga», si hay donación de gametos por personas ajenas. Vamos a referirnos a la reproducción asistida

8 Marcó, J. y Tarasco, M. *Diez temas de reproducción asistida*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2001.

heteróloga, porque es la que presenta mayores complicaciones⁹ y la que plantea serios problemas éticos.

Las parejas que deciden recurrir a un método de apoyo a la fecundación, suelen atravesar un *período de obsesividad* o de *obsesivización* progresiva, que padece uno de los cónyuges o ambos a la vez, y que consiste en la ocupación del campo de la consciencia por ideas fijas y persistentes, cuyo contenido es el propio de los elementos reproductivos: óvulos, espermatozoides, fecundación «in vitro», hormonas, selección de embriones, donantes, características de los donantes, etc.

En esa reacción psíquica obsesiva se percibe que el *artificio* de las técnicas de reproducción asistida es difícil de asimilar y de aceptar intrapsíquicamente, y que los mecanismos obsesivos de fijación de ideas y de repetición son un mecanismo defensivo del aparato psíquico para adaptarse a esa nueva realidad que se presenta. Los propios cónyuges se expresan con frases como: «Es difícil atravesar esta etapa» o «es duro pasar este trago». Dentro del abanico de modalidades de la reproducción asistida: fecundación «in vitro» intraconyugal o por donación de óvulos o por donación de espermatozoides, nos ha parecido percibir que la más difícil de aceptar es la modalidad de donación de espermatozoides, pues al hombre le cuesta más asumir que su mujer sea

fecundada por espermatozoides de otro hombre, con todo lo que ello representa simbólicamente. También le resulta difícil al varón aceptar los *detalles* de la selección del espermatozoide, en relación con las características físicas del donante, y tener que escoger entre caracteres diversos de otros hombres. En alguna ocasión hemos oído decir a algún esposo, que esos detalles de la fase de selección del espermatozoide son «repugnantes» y «asquerosos». A la esposa le es más fácil tolerar ese desagrado y suele suavizarlo diciendo que prefiere que las características del donante sean lo más parecidas posible a las de su marido. Lo prefiere así por sí misma, por su marido y por el futuro de su hijo.

3. Aspectos psicodinámicos en la reproducción asistida

Como principio general, formulamos que la mujer tiene mayor participación y protagonismo en todo el proceso de reproducción, por su implicación en la implantación del embrión, en el embarazo y en el parto.

En la mujer: En caso de haber recibido el óvulo o los óvulos de una donante, ella —la receptora— aporta su cláustro materno (anidación en la mucosa uterina, crecimiento y desarrollo del embrión y posteriormente del feto, aportación de sangre y nutrientes durante todo el embarazo, calor corporal, etc.), además de toda la gama de sentimientos y vivencias que se producen en la mujer durante el embarazo, y el «feed-back» que recibe de su hijo, sobre todo en los últimos meses de la gestación.

9 Rovati, L. «Las complicaciones derivadas de la reproducción asistida asociadas a la infertilidad». <http://www.bebesymas.com/fertilidad/las-complicaciones-derivadas-de-la-reproduccion-asistida-asociadas-a-la-infertilidad/>

En caso de que el donante de espermatozoos haya sido otro hombre en lugar de su marido, la mujer acepta bien el embarazo deseado, pero empieza a pensar en el hombre donante. Como no lo conoce, fantasea sobre él y se forja una novela imaginaria a la medida de sus propios deseos, en detrimento de su marido y del lugar que éste debería ocupar en el imaginario femenino como esposo y como padre del hijo. La mujer siente gratitud e incluso cariño hacia el donante genético desconocido, aunque en muchas ocasiones, como esposa, se resista a reconocer conscientemente que tiene esos sentimientos hacia el hombre que no es su marido. Pero el aparato psíquico actúa también más allá de los mecanismos de defensa del Yo, y esa afectividad dirigida al donante desconocido va desarrollándose, proyectando sobre él el *ideal* de Marido-Padre de su hijo. Ideal que va ocupando el ámbito vivencial de la mujer, incluso en el campo de la conciencia, y que, por ser desiderativo y fantaseado, el marido no podrá competir con ese rival. Si compete con él, saldrá perdiendo en la lucha por la primacía en el corazón de su mujer, pues los roces y las limitaciones de la vida cotidiana producen en la esposa pequeñas frustraciones de repetición, frustraciones que no provoca el Marido-Padre ideal o idealizado.

Como hemos explicado en nuestro libro *La pareja humana*¹⁰, elaborado con el material extraído de las psicoterapias

10 Leal Herrero, F. *La pareja humana*, Ed. Pirámide, Madrid, 1986.

conyugales, la mujer tiende a construir intrapsíquicamente un *ideal de marido*, tanto más cuanto más la fruste su esposo en la realidad. Y no cabe duda de que el hecho de que el esposo no haya podido fecundarla es motivo de honda frustración, aun cuando la esposa no quiera reconocerlo conscientemente y, si lo reconoce, no quiera verbalizarlo para no herir a su marido y no desvalorizarlo. Pero la frustración en la mujer por la incapacidad procreadora de su esposo, va abriendo una brecha en la relación conyugal, en la cual la esposa va alejándose progresivamente del marido en el plano afectivo, aunque conserve hacia él, formalmente, respeto y consideración. Paulatinamente, fragua en la mujer un casi imperceptible sentimiento de que su «verdadero marido» es «el otro», el donante, puesto que es su fecundador y el progenitor de su hijo. Concomitantemente y derivando de esta situación, el marido percibe el alejamiento psicológico de su esposa y la dificultad para la convivencia íntima, incluso aunque mantengan un buen grado de entendimiento sexual.

En el hombre: Si la fecundación se ha hecho con el óvulo u óvulos de una mujer donante, siendo él el progenitor, acepta bien el embarazo deseado y al niño después del parto, pero también tiene fantasías sobre la mujer donante, y se pregunta cómo será esa mujer y cómo serían las relaciones sexuales con ella. En los hombres que quieren a su esposa, suele actuar el mecanismo de la represión, para no recrearse en esas fantasías sexuales y que éstas no ocupen el espacio de la intimidad conyugal. No obstante, la imagen de la otra mujer está presente.

Si la fecundación se ha producido entre un óvulo de su mujer y el esperma de un donante, al hombre le resulta doloroso, psíquicamente, asumir este hecho, aunque desee vivamente tener un hijo. Es muy difícil para el varón superar la frustración y el sentimiento de impotencia por no haber sido capaz de fecundar a su esposa. Tolera mal los pensamientos y vivencias en torno al hijo que su esposa lleva en su seno y que no es suyo propio, sino de otro hombre. Aparecen miedos, al principio inconscientes y posteriormente conscientes, de que su mujer piense en el otro y de que pueda desearlo y quererlo.

Un factor desfavorable y de cierta magnitud para el hombre, es el hecho de su escasa o nula participación en todo el proceso de fecundación asistida y de gestación del hijo, pues todo sucede entre su esposa, el donante y las personas que asisten en la reproducción (médicos y demás profesionales del servicio), quedando él al margen en los aspectos esenciales. Todo ello provoca en el esposo un sentimiento de autodepreciación, pues se ve como un mero espectador del proceso que conduce a darle un hijo. El no haber aportado nada, ni en lo genético ni en lo biológico, le induce a pensar que él no es nada para ese hijo, y por extensión tampoco lo es para la madre. Con el tiempo, aparece el deseo de colmar esa falta existencial con otras satisfacciones, para compensar el desequilibrio subyacente. Y la tentación de alejarse de su mujer y del hijo es frecuente, ya que su presencia (la del hijo y la de la madre) le recuerdan constantemente su incapacidad.

4. Inconvenientes y riesgos de la reproducción asistida

Los riesgos e inconvenientes de la reproducción asistida son numerosos y serios¹¹. Entre los riesgos biológicos más frecuentes cabe destacar los siguientes:

1. Riesgo de embarazo múltiple, con lo que ello puede implicar tanto para la mujer como para los fetos.
2. Mayor frecuencia de fetos inmaduros que en la fecundación normal.
3. Mayor frecuencia de malformaciones congénitas en los niños nacidos por reproducción asistida.
4. Eliminación de embriones. Otro gran problema, de importancia y gravedad ética evidente, es que cuando se fecundan varios óvulos para asegurar que el proceso de fecundación-gestación llegue a término, se *escoge* a uno de esos óvulos fecundados, en detrimento de los demás. Es decir, se elimina a los demás embriones (uno o dos o los que hubiere), con lo cual se destruye la vida de unos embriones humanos que tienen ya una dotación genética única, diferenciada e irrepetible. Son embriones de seres humanos a los que se cercena la vida, supuestamente en beneficio del bienestar de la pareja, y supuestamente también en beneficio del embrión al que se le permite continuar con vida.

11 Riesgos de complicaciones en embarazo aumentan en la reproducción asistida, <http://www.salud.com/secciones/salud-femenina.asp>?

Esto es dramático e inadmisiblemente¹², aunque sea técnicamente posible; y es de lamentar que actualmente esté extendiéndose la utilización y eliminación de embriones humanos, tanto en las técnicas de reproducción asistida como en investigación genética. Es tanto más inadmisiblemente cuanto que quebranta dos principios fundamentales:

1. El principio ético del derecho a la vida del *nasciturus*.
2. El principio de la lógica científica que exige dar prioridad a los métodos incruentos, tanto en las técnicas médicas especiales como en la investigación.

Por otra parte, está aún por ver cuál será el impacto, a largo plazo, de la reproducción asistida con donantes sobre las personas nacidas con dichas técnicas, y sus derechos. Ya se tienen datos de que en el Reino Unido hay unas 18.000 personas con dotación genética de donantes. En Australia las cifras se sitúan entre 12.000 y 15.000. Actualmente hay en curso demandas legales, en las que los hijos exigen saber cuál es su dotación genética, y ya hay sentencias judiciales en las que a los donantes se les hace responsables legales de sus descendientes. La lucha legal y la lucha por la identidad genética no han hecho más que empezar.

Si a todos estos riesgos e inconvenientes (biológicos) le sumamos los

inconvenientes y riesgos, ya expuestos, de padecimiento de trastornos psíquicos y de reacciones psicopatológicas en ambos miembros de la pareja, veremos que son muchos los problemas que pueden acarrear las técnicas de reproducción asistida.

Tenemos la impresión de que las parejas que deciden someterse a dichas técnicas no conocen bien estos peligros, pues suelen iniciar el proceso con una sensación de seguridad, que no se corresponde con la realidad de los hechos. Esas parejas deberían ser informadas debidamente de todos los inconvenientes y riesgos posibles que puedan afectarles, como consecuencia de someterse a las técnicas de reproducción asistida. Tienen derecho a disponer de una información médica que les ponga al corriente de esas posibles consecuencias, sin dramatismo, pero con objetividad y veracidad. Sería deseable que la generalización de un buen protocolo del «consentimiento informado» contribuyera seriamente a paliar esta deficiencia.

Existe actualmente una corriente de opinión, favorecida incluso por los medios e instituciones oficiales, que tiende a minimizar el riesgo en torno a los actos, hechos y técnicas sobre la fecundación, la anticoncepción y el aborto. Los Médicos tenemos la obligación moral de intentar invertir esa corriente de opinión, aportando datos científicos veraces, informando en todos los foros científicos a nuestro alcance, y colaborando en la educación médica de la población general, especialmente de la juventud, para que aprendan a cuidar su salud y su vida

12 Guajardo, J. L. F. «La reproducción asistida: Valoración técnico-científica y consideraciones éticas», <http://www.monografias.com/trabajos23/reproduccion-asistida/.shtm/>

sin dejarse llevar por la propaganda de la facilidad y del hedonismo.

Finalmente, queremos hacer unas últimas consideraciones generales sobre los aspectos éticos¹³ en las técnicas y procesos de reproducción asistida cuando hay un donante externo.

Lo primero que debemos preguntarnos es si en ese tipo de reproducción asistida se respeta la dignidad humana del embrión del ser humano que va a nacer. Nosotros pensamos que no. Que hay en ella varios aspectos que conculcan la dignidad humana y el derecho inalienable del embrión y del niño a tener una dotación genética natural y espontánea, no manipulada por intervenciones técnicas de terceras personas. En estos aspectos nos adherimos a los argumentos de fondo que expone Angela Aparisi¹⁴, y que podríamos resumir así:

1. Es necesario dar al ser humano el lugar que le corresponde por su propia naturaleza.

2. Las técnicas de reproducción asistida no respetan la dignidad humana de la persona, en tanto en cuanto afectan a su inviolabilidad.
3. Las técnicas de reproducción asistida tampoco respetan la libertad humana, en tanto en cuanto condicionan su creación y su nacimiento.
4. La decisión e intervención de *otros* (terceras personas) en la vida de *unos* (los embriones) es una ingerencia indebida en el curso de la concepción de los seres humanos.

Pensamos que el ser humano es inviolable por su naturaleza y dignidad, y que nada ni nadie debe quebrantar esa inviolabilidad, ni en las formas de concepción de la vida, ni en los estadios posteriores embrionarios y fetales. El derecho a la vida, la defensa de la vida y el respeto a la dignidad humana, deben estar presentes en todas las vertientes de la actividad médica, incluyendo, por supuesto, las de las nuevas técnicas especiales.

Recibido: 25-07-2009

Aceptado: 27-08-2009

13 Elizarrri, J. *Bioética*, Ediciones Paulinas, España, 1991.

14 Aparisi, A. «Comentarios al proyecto de ley de reproducción asistida» (Junio 2006). <http://www.arguments.es/homearguments/blog.php?categoria=15>

