

Formación en Psicología de la Reproducción Humana

Introducción

Los avances de los últimos 40 años en la Medicina Reproductiva han producido una gran revolución respecto a la perspectiva de construcciones de familias y sus protagonistas. Se pasó de la tradicional consulta a un ginecólogo, cuando una pareja casada tenía dificultades en obtener o mantener un embarazo por problemas de fertilidad “concretos”, a ofrecer tratamientos para lograr un embarazo a cualquier persona que lo desee, independientemente de tener o no problemas de fertilidad.

Los profesionales de la reproducción, en su gran mayoría, asisten a personas o parejas de diversas edades, estado civil, con y sin alteraciones reproductivas, que criopreservan gametas – por motivos de salud o sociales – que intentan reducir sus chances de no poder concebir a futuro, hasta a aquellos que utilizan úteros ajenos para gestar si no pueden o no quieren utilizar el suyo.

Los centros de Reproducción Asistida actualmente cuentan con varias especialidades médicas y biológicas, y otros saberes profesionales que les son imprescindibles para ayudar a sus consultantes - abogados, éticistas, psicólogos, fundamentalmente - quienes hoy ocupan un rol de importancia que no aplicaba a los tratamientos por dificultades reproductivas en tiempos de nuestros padres. Para realizar con éxito su trabajo, a las instituciones dedicadas a la fertilidad humana, ya no les alcanza con subsanar problemas físicos, les es necesario contemplar también el plano emocional, considerar pautas legales vinculadas a la filiación y otras, preguntarse si todo lo que la tecnología permite realizar es éticamente aceptable para las personas en particular, y para la sociedad en general. Además, el desafío que generan las nuevas construcciones familiares vigentes interpela a cada experto, cuestionando sus propios saberes, valores, límites y alcances tanto desde lo profesional como desde lo personal.

El abordaje biopsicosocial de un equipo interdisciplinario se impone como necesario y útil para todas las partes en juego¹. Trabajar de manera escindida no favorece a ninguna de las partes involucradas, ya sean pacientes o profesionales actuantes. Cada profesional se nutre del otro para realizar una tarea consiente y responsable a la hora de ofrecer tratamientos adecuados, a las personas adecuadas.

La competencia en temas médico-biológicos y técnicos que actualmente se posee, permiten la construcción de “cuerpos de seres humanos”, pero no necesariamente garantizan que la familia formada sea prospectivamente sana, psíquica y físicamente.

Si bien la reproducción humana es una necesidad básica y un derecho humano, no siempre las personas que formulan el deseo de ser padres evalúan cuánto la paternidad está influenciada por determinaciones sociales, culturales y psicológicas donde los aspectos morales, éticos,

religiosos, filosóficos, idiosincráticos y emocionales necesitan ser analizados y ceñidos a sus reales motivaciones y expectativas antes de proceder a la realización de TRA (Tratamientos de Reproducción Asistida). El no hacerlo, en muchos casos, conduce a dificultades y posteriores secuelas en los padres, en los hijos, entre las parejas.

De la misma manera, las necesidades y potenciales dificultades de las terceras y cuartas partes intervinientes en muchos de los tratamientos ofrecidos como modo de tener hijos, como los donantes de gametas o las mujeres gestadoras por sustitución, son motivos de atención y cuidados psicosociales que exceden lo estrictamente médico- biológico.

Obviamente, el cuerpo médico biológico no tiene formación profesional necesaria para ayudar a las parejas a hacer estos procesos, motivo por el cual, paulatinamente, los centros de fertilidad han ido incorporando psicólogos a sus staff, para asistir psicológicamente a pacientes y para evaluar candidatos a participar de distintas prácticas y tratamientos que se realizan en los centros de fertilidad. En algunos casos los psicólogos forman parte de las instituciones, y en otras, lo hacen de modo independiente, trabajando puntualmente en los casos que son requeridos. Sin embargo, aún hay muchos profesionales médicos e institutos reproductivos que nunca utilizan los servicios de salud mental especializados, sosteniendo que no son necesarios, llegando inclusive a utilizar donantes de gametas y gestadoras, a las que consideran aptas dado que tiene condiciones médicas apropiadas, desestimando otros aspectos de corte social y psicológico a tener en cuenta.

Es importante aclarar que las personas con dificultades reproductivas son una población generalmente “sana” mentalmente, y que no todos los pacientes necesitan terapia psicológica. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que atraviesan múltiples situaciones físicas, emocionales, de duelo, de toma de decisiones, de estrés y otras, que requieren de atención en forma preventiva, psicoeducativa, de apoyo y guía, y en muchas instancias, psicoterapéuticas. Este abordaje, a nivel mundial se lo denomina *counseling*, y *counselors* a los profesionales que lo llevan adelante. En salud mental, el *counseling* en Infertilidad lo pueden realizar psicólogos, psiquiatras, asistentes y trabajadores sociales que tengan un sólido conocimiento, experiencia y saberes relacionados a todos los aspectos psicosociales asociados a la problemática.

Especialización psicológica del área

En la actualidad, y con la creciente complejidad que conllevan los distintos tratamientos médicos disponibles y la aceptación y acogimiento social de los formatos familiares antes ni pensados, es lógico que el profesional de salud mental que trabaje en el área debe tener conocimientos específicos que incluyen no sólo la problemática psicológica vinculada a las dificultades de lograr el embarazo y /o de llevarlo a término sino, conocimiento de muchas otras áreas necesarias para la correcta atención de pacientes y personas involucradas en cada tratamiento y familias participantes en ellos. Pero el camino de la especialización está en plena construcción; lo recibido en las carreras de grado no incluyen ni abarcan la complejidad y constante

actualización de saberes médicos, genéticos, biológicos, legales, religiosos, además de los psicológicos ineludibles de la especialización.

Por otro lado, no escapa a ningún profesional de la salud mental que el poder prolongarse a través de los hijos es un deseo muy frecuentemente presente en la población y que se va forjando desde niño en general. Los consultorios psicológicos están llenos de pacientes que hablan de su familia, ya sea sobre la relación con padres o hermanos, de problemas entre ellos, de la falta de ellos, etc. Nos entrenamos para atender todas las variables relativas a las problemáticas familiares; rara vez nos forman para tratar a personas para las cuales el formar una familia pueda ser tan incierto, desgastante, dificultoso y desafiante, como lo es para muchas ².

La infertilidad y las dificultades reproductivas por temas médicos y sociales no son esperadas por la mayoría de la sociedad, no fuimos educados en su posibilidad. Hasta hacen muy pocos años atrás, cuando surgían problemas físicos en las parejas, eran los médicos los que intentaban subsanar el dolor concomitante que los traía a la consulta reproductiva. Muchas veces no se podía determinar el motivo por el cual no se embarazaban y se sugería que era “psicológico”. Claro, los veían angustiados, tristes, ansiosos... leían los efectos de la infertilidad como las causas subyacentes a la misma. Así los pacientes pasaban de ser de pacientes ginecológicos a pacientes “psiquiátricos”, empeorando más aún su malestar. Afortunadamente, esta visión cambió con el advenimiento de la comprensión de los fenómenos desencadenados por el dolor de la imposibilidad de formar sus familias y las nuevas ramas de estudio de los fenómenos biopsicosociales, la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), sumados a los avances en el área mensurable de muchos fenómenos psicológicos.

Paulatinamente, la necesidad de atención psicosocial especializada en la temática y sus implicancias se va haciendo cada vez más necesarias tanto para los personas en búsqueda de su hijo como para los profesionales médicos que les realizan los tratamientos para el logro de embarazo.

Sin embargo, aun cuando hay muchos excelentes profesionales de la salud mental, no hay todavía una gran número de ellos que estén formados para la correcta asistencia a los pacientes reproductivos; consecuentemente, mucha gente pierde mucho tiempo (valiosísimo en reproducción humana), sin el asesoramiento adecuado. De igual forma, la evaluación de aptitud y acompañamiento psicológico para ser subrogante de úteros o donantes de esperma u ovocitos requiere de un entrenamiento y precisión por parte del profesional en cuanto a la evaluación de su salud mental, realidades y potenciales consecuencias sociales presentes y para el futuro de ellos y sus familias, para los cuales es menester que los *counselors* estén formados en el área para hacerlo idóneamente.

Cómo fue surgiendo esta especialidad

La evolución de la psicología de la Infertilidad pasó por muchas etapas. Las primeras (1930-1950/60 aproximadamente) comprendían las Teorías de Infertilidad Psicogénicas, en donde la psicopatología demostrable se pensaba tenía un rol etiológico, los conflictos psicogénicos eran

causantes de infertilidad: conflictos neuróticos relativos a la maternidad, rechazo a la maternidad, no asumir roles adultos, conflictos con la masculinidad, y otros. Se utilizaba una teoría o sus principios teóricos y se los adaptaba y aplicaba a la infertilidad ^{3,4} .

Más adelante, en los años 70, surge la Teoría de las Secuelas Psicológicas. Estas sostenían que las perturbaciones emocionales eran la consecuencia, no la causa ^{5,6,7} . Se amplía la visión a la interrelación de los individuos, pareja, sociedad y la Medicina Reproductiva. Este enfoque, pasó a ser la base fundamental para el trabajo clínico ya que:

- Integró modelos teóricos
- Conceptualizó a la infertilidad como una crisis de vida mayor involucrando estrés y sufrimiento
- Proveyó un marco teórico para la provisión de servicios de Counseling
- Estimuló el desarrollo del apoyo al paciente y de las organizaciones de (auto)ayuda
- Incrementó la toma de conciencia entre profesionales médicos y de la salud mental sobre la importancia de los aspectos psicosociales de la infertilidad
- Legitimó la adaptación a la infertilidad como un problema de estudio empírico

Dos perspectivas teóricas que guiaron mucha actividad clínica y de investigación fueron:

1. Dolor y Pérdida (Greif and loss), con sus exponentes más relevantes en John Bowlby, Elizabeth Kubler Ross, y Patricia Malhsteadt
2. Stress y Coping Model de Lazarus y Folkman, que trabaja sobre el cómo reacciona un individuo frente al estrés y eventos de vida estresantes.

Según Susan Klock ⁸ , usando estos dos modelos, investigadores han comprobado información respecto a variables personales, conductuales y sociales que afectan la adaptación a la infertilidad. Esta información a su vez, puede ser usada para realizar intervenciones clínicas, y como tal, es relevante para el capital de conocimiento del counselor en infertilidad.

Ya desde principios de este siglo, se están desarrollando marcos teóricos específicos de la Infertilidad, que ayudan a clínicos e investigadores a identificar el fenómeno psicosocial de la infertilidad, sus temas relevantes, modalidades de tratamientos, intervenciones beneficiosas para minimizar el estrés psicológico y el trauma.

Dentro de los nuevos enfoque teóricos encontramos:

Modelo psicológico cíclico: Sugiere que el distrés psicológico causado por la infertilidad puede y tiene consecuencias biológicas que pueden, y deben influir en la concepción, se use o no un tratamiento médico.

Enfoque del contexto psicosocial: Enfoque holístico que entiende a la infertilidad como un proceso dentro de un contexto social (matrimonio, familia, comunidad) y un contexto (cultura, religión).

Considera la estratificación (disponibilidad dispar) de servicios médicos y psicológicos y el turismo reproductivo.

Enfoque de resultado psicológico: Integración de: cuerpo-mente, sistema familiar, perspectiva biopsicosocial para la práctica clínica y la investigación y reconoce la influencia de factores psicobiológicos (estrés) en la concepción y los resultados de los tratamientos. Foco en la respuesta psicosocial a los tratamientos en los individuos, parejas y familias subsecuentes así como en las intervenciones psicoterapéuticas que incrementan los resultados.

*Modelo de acercamiento biopsicosocial*⁹: Dentro de sus exponentes están:

- Covington¹⁰, "Collaborative Reproductive Health Care Model"
- Van Empel et al.¹¹, "Patient_centered Care"
- Boivin et al.¹², "Integrated Approach"

Las Investigaciones psicológicas en Infertilidad también fueron cambiando con el correr de los años. Las primeras focalizaban en la psicopatología individual (particularmente en mujeres), las disfunciones sexuales, y en el estrés específico de la infertilidad. Se basaban en especulaciones teóricas o informaciones anecdóticas más que en investigaciones rigurosas científicamente (sin grupos control, utilizando instrumentos no estandarizados, y pequeños números de casos).

La investigación hoy en día encuentra que:

- Muchos counselors que actúan como investigadores
- Cambió el foco de lo individual a la pareja, las familias y las intervenciones en grupos.
- Los temas principales son:
 - Impacto del estrés sobre la infertilidad
 - Diferentes respuestas según el género
 - Temas transculturales
 - Condiciones médicas complicadas
 - Funcionamiento en familia formadas con terceras o más partes
 - Transmisión de la información al hijo y al entorno
- Nuevos modelos de investigación:
 - Etnográficos (Antropología) basados en datos históricos y estudios de la narrativa
 - Análisis del discurso (análisis acontecimientos diarios)
 - Estudios cualitativos

Lineamientos para el Counseling en Infertilidad

La necesidad de Counseling especializado es reconocido y obligatorio en algunos países, y recomendado por la mayoría de las Sociedades Científicas.

Existen Lineamientos y aspectos creados por diferentes asociaciones de counselors en Europa (ESHRE), USA (MHPG), en Nueva Zelanda, en Australia, en Argentina, en Canadá... A pesar de

ello, en Latinoamérica falta apoyatura de parte de las Sociedades Reproductivas en general, y de muchos médicos y clínicas en particular, para que la asistencia psicosocial a los pacientes, donantes y mujeres subrogantes, sea la norma.

En 2012 Eric Blyth ¹³, hizo un estudio con el objetivo de unificar varios elementos que forman los lineamientos para el Counseling en Infertilidad de varios países, y delimitó cuatro grandes áreas concernientes a la práctica contemporánea. Fig. 1

Fig. 1.

La obligación legal de tener counseling (Australia, Nueva Zelanda y UK) y se prescriben los roles del counselor

Credenciales idóneas para individuos que lleven adelante actividades de counseling psicológico profesional

- Tener al menos nivel de graduado en campo profesional relevante (psiquiatría, psicología, counseling, psicoterapia, trabajo social) con un currículum relevante
- Tener al menos una licencia relevante para la práctica profesional
- Demostrar entrenamiento relevante en los aspectos médicos y psicosociales de la infertilidad
- Demostrar un mínimo nivel de experiencia clínica relevante proveyendo counseling en infertilidad
- Demostrar compromiso con la educación profesional continua

Diferentes formas de Counseling

- counseling de implicación;
- counseling de toma de decisiones;
- counseling de apoyo;
- counseling en crisis y
- counseling terapéutico

Práctica de counseling en relación a elementos específicos de TRA:

• **HAY ACUERDO EN 35 ÁREAS Y LAS SIGUIENTES RECIBIERON EL MAYOR CONSENSO:**

- Donación de semen
- Donación de ovocitos
- Pacientes que usan sus propias gametas
- Donantes y subrogadas
- Donación de embriones
- Donaciones familiares
- Embarazos múltiples/nacimientos
- Diagnóstico pre implantacional (PGD)
- Parejas de lesbianas
- Evaluación de pacientes y donantes
- Mujeres solas sin pareja
- Subrogante genética
- Apertura de la información al nacido GD
- Finalizar el tratamiento sin lograr embarazarse
- Subrogante genética
- Problemas sexuales
- Adopción
- Niños y adultos concebidos por DG
- Preservación de la fertilidad por razones médicas
- Preservación de la fertilidad por razones

Acreditación de profesionales de salud mental en reproducción humana y psicología de la infertilidad

Dónde especializarse adecuadamente en esta área es un tema aún complejo ya que es difícil encontrar carreras o postgrados universitarios de Psicología de la Infertilidad. En términos generales encontramos:

- Algunas Sociedades Científicas otorgan Diplomas según requisitos especificados por ellas mismas, ej. SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva)
- Otras Sociedades Científicas exigen una acreditación profesional de salud mental en Medicina Reproductiva extendida por el grupo de Salud Mental. Ej., MHPG (Mental Health Professional Group) de ASRM (American Society for Reproductive Medicine), ver Fig. 2
- Existen intermitentemente algunos Masters ofrecidos por algunas universidades, (aunque no siempre focalizado en el saber psicológico asistencial específico, sino más en fertilidad en general)
- Desde 2018 REDLARA (Red Latinoamericana de Reproducción Asistida) ofrece el Diplomado en Psicología de la Reproducción Humana (aspectos teóricos y de práctica clínica) para profesionales de habla hispana y portuguesa
- Se dictan Cursos diversos sobre distintos aspectos de la especialidad que extienden certificados de asistencia

Fig. 2. **Acreditación a Profesionales de Salud Mental en Medicina Reproductiva (MHPG de ASRM). Mínimas cualificaciones sugeridas para trabajar en infertilidad**

ASPECTOS MÉDICOS

- Fisiología reproductiva básica
- Etiología de la infertilidad femenina y masculina
- Conocimiento de las tecnologías de Reproducción Asistida
- Problemas de tests, diagnósticos y tratamientos para problemas reproductivos

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- Temas maritales y familiares asociados a la infertilidad y el impacto sobre el funcionamiento sexual
- Aproximaciones a la psicología de la infertilidad incluyendo evaluación psicológica, duelos/pérdidas, intervenciones en crisis, stress post-traumático, respuestas típicas y atípicas
- Alternativas a la formación de una familia incluyendo adopción, reproducción con terceras partes envueltas, vida sin hijos
- Tratamiento psicológico individual y de pareja
- Temas legales y éticos de los tratamientos de infertilidad
- Mínimo de un año de experiencia clínica proveyendo counseling a personas infértiles, preferentemente bajo supervisión o en co-terapia con un counselor experimentado en infertilidad
- Educación continua: asistencia a cursos ofrecidos por la ASRM u otras organizaciones profesionales y/o instituciones educativas en aspectos médicos y psicológicos en cuidados de la salud reproductiva

Diversos roles de los counselors en infertilidad

El counselor debes ser flexible para realizar los diversos roles según sea requerido:

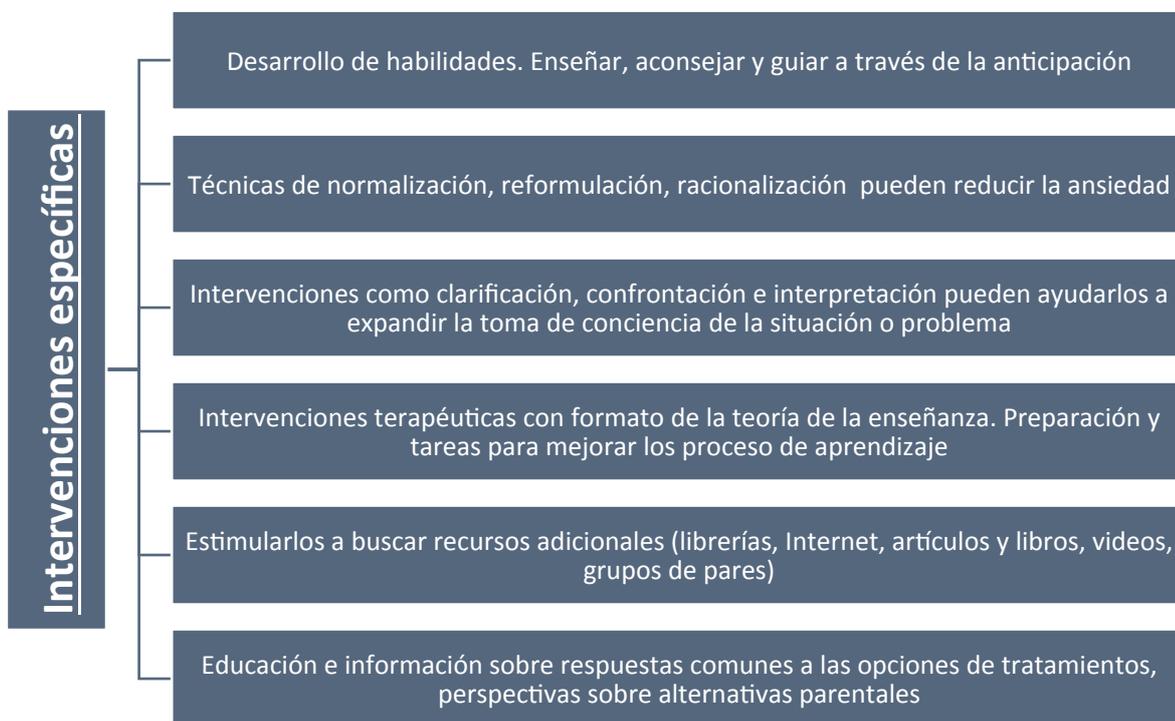
- *Evaluación:*
 - Pacientes: entendiendo las necesidades de los pacientes infértiles dentro del contexto de la historia que cada persona trae. Hay múltiples instrumentos y herramientas para juntar información e intervenciones autoadministrables para identificar a aquellos que necesitan apoyo emocional adicional⁹. Una evaluación psicológica de rutina pretratamiento permite identificar individuos vulnerables o en riesgo y ofrecerles cuidados psicológicos

temprano en el proceso de tratamientos de embarazo ¹⁴ . Se han identificado varios factores de riesgo alto de distrés entre individuos infértiles que podrían requerir psicoterapia ¹⁵ .

- Evaluación para considerar a candidatos prospectivos aptos para realizar la donación de sus gametas y a potenciales gestadoras de embriones para personas que realizan gestación por sustitución.

- *Counseling de apoyo*: los counselors ayudan a sus pacientes a aprender cómo avanzar y tomar decisiones, realizar cambios necesarios para adaptarse, tanto frente a un cambio agudo como una pérdida de embarazo, o una situación crónica como una depresión resultante de una larga y sostenida infertilidad y sus tratamientos ¹⁶ . Existe múltiples intervenciones específicas. Fig. 3

Fig. 3



- *Tratamiento psicoterapéutico*: Es una interacción psicoterapéutica o tratamiento contraído entre un profesional de salud mental y un paciente/cliente que está luchando emocionalmente para conseguir la paternidad. Esta batalla generalmente incluye temas que son psicológicos por naturaleza y que pueden variar respecto a sus causas, influencias, disparadores y potenciales resoluciones. Una evaluación precisa de éstas, y otras variables, dependen de la experiencia del profesional, la capacidad y comprensión de los componentes psicológicos y médicos de la infertilidad y sus tratamientos

- *Facilitador de las tomas de decisiones.* Se aplica según sea requerido por la situación y ayuda a evaluar los beneficios frente a los riesgos de cualquier tratamiento incluyendo los costos económicos, el tiempo empleado, los costos y riesgos emocionales que comprenden entre otros:
 1. Tests diagnósticos y tratamientos para fertilidad
 2. Inseminaciones, FIV e ICSI con gametas propias
 3. Donación de óvulos/esperma/subrogación
 4. Adopción – Acogida o cuidado tutelar de niños
 5. Vida libre de hijos
 6. Destino de embriones criopreservados,
 7. Estudios genéticos pre y post concepcionales y qué hacer a partir de los resultados
- *Educación y psicoeducación* en temas vinculados a su problemática específica (Ej. Endometriosis y sus implicancias emocionales, físicas, relacionales, sexuales, laborales, etc. y cómo enfrentarlas y manejarlas de manera beneficiosa)
- *Counseling preventivo:* Se puede realizar sobre diversos tópicos delimitados, por ejemplo a receptores de gametos. Este acercamiento psico-educacional es una combinación de información, traspaso de conocimiento y creación de estrategias, dentro de una relación de apoyo y alerta emocional que presta atención a los contextos individuales, familiares y sociales ¹⁷
- *Investigación*
Hacer investigaciones propias utilizando metodología y lenguaje científico y la lectura y actualización de revistas especializadas relevantes
- *Consultas específicas*

Tipos de abordaje

Afortunadamente existen muchas formas de acercarnos a la asistencia de un paciente en busca de formar familias, siendo la experiencia y buen criterio profesional de cada counselor el que determine cuál o cuáles modalidades serán más apropiadas a cada tipo de individuo o pareja, y el momento en que sea oportuno.

Las más utilizadas:

- Psicoterapia tradicional, individual o marital,

- Counseling: preparatorios; de temas específicos; consultas psicoeducacionales; crisis de la infertilidad en general
- Grupos de apoyo: pacientes con un coordinador entrenado; workshops educacionales^{18, 19, 20}
- Talleres: Programas cuerpo- mente; reuniones sobre temas y técnicas específicas

Enfoques de probada eficacia

Mucho se ha estudiado acerca de los tipos de enfoque más efectivos con el objetivo de colaborar en el reequilibrio del sistema psiconeuroendócrino para reducir sus niveles de ansiedad, depresión y estrés, para favorecer la fertilidad y el bienestar de los pacientes involucrados²¹. Diversos investigadores han coincidido en dos principalmente^{22, 23,24,25,26,27,28, 29}.

1. Cognitivo- comportamental

Estrategias para interrumpir la rumiación excesiva o pensamientos fatalísticos, busca instalar y mantener un esperanza realista, ayuda a los individuos a reconocer sus propias manifestaciones físicas o psicológicas de estrés

2. Cuerpo-mente

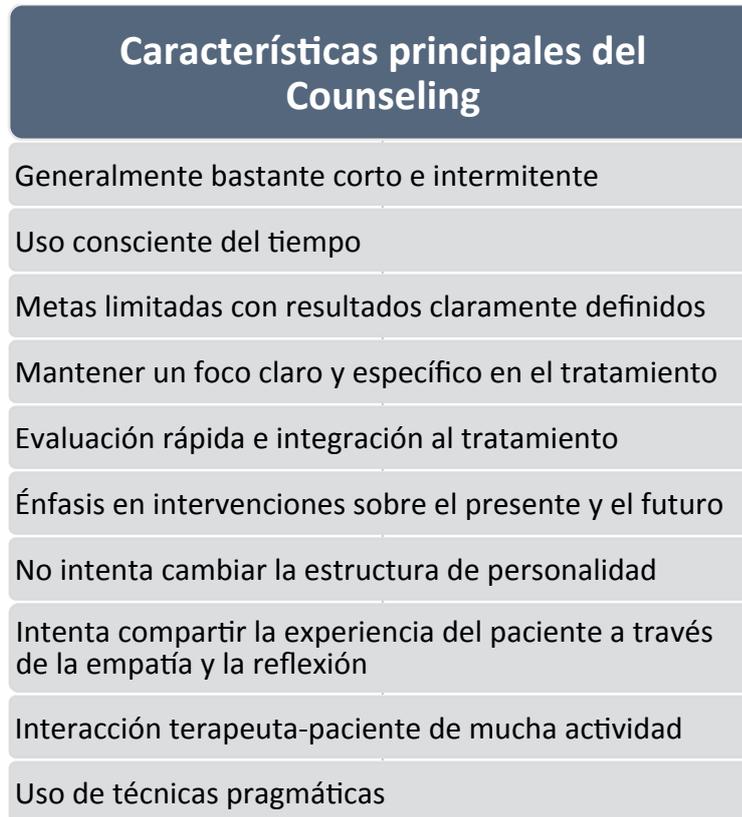
Técnicas meditativas de conciencia corporal como relajación muscular profunda, técnicas de respiración para inducir respuesta de relajación, y otras. Estas ayudan intentando reequilibrar el sistema PNIE favoreciendo la fertilidad y tranquilidad de las personas.

Características importantes para el trabajo psicológico con pacientes reproductivos

Más allá de la línea psicológica que cada especialista prefiera usar, el abordaje de pacientes en tratamientos de fertilidad es específico y difiere en varios aspectos de intervenciones por otros motivos, o de corte psicológico puro, o psicopatológico. Este debe ser pensado en función de la necesidad y del tiempo real que estos pacientes acuden a nuestra consulta; a veces son una o unas pocas sesiones (especialmente aquellos que consultan en los centros de fertilidad durante el tiempo que dura el tratamiento que estén realizando), y probablemente se interrumpan al lograr el embarazo o nacimiento de su hijo.

Linda Applegarth³⁰ sugiere ciertas características técnicas, Fig. 4

Fig. 4



Si bien son diversas las cuestiones y las necesidades que traen los pacientes enumeraré a continuación³¹ varias de las temáticas frecuentes e importantes a abordar (Fig. 5), y conductas terapéuticas útiles (Fig. 6)

Fig. 5

Temáticas frecuentes
<ul style="list-style-type: none">• Diferentes estadios del proceso y sus síntomas• Educación acerca de la anatomía y fisiología del aparato reproductivo y sexual• Tiempo (Administración de tiempos)• Comunicación• Diferencias de género• Motivaciones para el paternaje• Alternativas al embarazo, si no conciben• Implicancias éticas- religiosas-laborales-jurídicas

Fig. 6

Conductas terapéuticas útiles
<ul style="list-style-type: none">• Reencuadrar y/o validar sus sentimientos• Compartir sus pérdidas• Facilitar el proceso de duelo y sufrimiento• Enseñarles a modificar el sistema de creencias basado en ideas irracionales• Facilitar la comunicación / relación médico-paciente• Universalizar respuestas emocionales típicas• Técnicas de coping• Ayudarlos en la toma de decisiones• Reevaluar metas• Asesorarlos en cómo hablar con sus hijos acerca de su origen (especialmente aquellos nacidos por donación de gametas, subrogación, familias uniparentales, familias homosexuales)

Qué necesitan los pacientes

Pocos pacientes solicitan por propia voluntad atención psicológica por su problema reproductivo, tampoco todos los que son derivados por consejo médico llegan a la consulta psicosocial, e indiscutiblemente, no todos necesitan nuestra intervención profesional.

Una investigación de Pasch et al.³² reveló que si bien el distrés psicológico es frecuente durante un tratamiento de fertilidad, la mayoría de los pacientes y sus parejas no reciben, y no son derivados a Servicios de Salud Mental. Más aun, estos servicios no son tampoco ofrecidos a aquellos en alto riesgo de distrés psicológico serio. Los autores hipotetizan que puede ser que la clínica no note el distrés de sus pacientes porque los éstos eligen no revelarlo a sus médicos. Suponen que los pacientes colaborativos y felices reciben mejor cuidado, o temen se les niegue tratamiento. Inversamente, puede que las clínicas sí les ofrezcan servicios de salud mental pero los pacientes estén demasiado sobrecargados con el tratamiento de fertilidad para tomarse el tiempo de evaluar sus necesidades en este aspecto.

Cuando los pacientes entran a nuestros consultorios en las clínicas fertilidad no tienen claro porqué los médicos los derivan al counselor especializado y, en los primeros tiempos de búsqueda, tampoco vislumbran las complejidades que posiblemente deberán atravesar a lo largo del camino reproductivo.

Es de suma importancia para la buena conexión del psicólogo con las personas que anhelan tener o agrandas su familia que consideremos aclarar nuestro rol y función, no el de una psicoterapia tradicional, sino aquel enfocado en la problemática de sus dificultades y necesidades para formar una familia.

Probablemente los pacientes nos cuenten en detalle su historia médica de infertilidad, (ya que la repiten en cada consulta en las clínicas y con cada nuevo especialista), quizás nunca la hayan contado desde lo emocional. Darles este lugar con actitud empática, sin etiquetas de salud mental y considerando que están enfrentando una crisis a la que se le van sumando nuevos eventos que postergan su resolución, favorecerá el establecimiento de un vínculo que conllevará total confianza de su parte, imprescindible para ayudarlos en este proceso. Estar disponibles a toda hora por teléfono, frente a cada duelo, en cada crisis, ante cada resultado fallido, en los quirófanos si lo necesitan, cooperando en los momentos en que deben afrontar decisiones complejas que se presentan y deben resolverse en el momento, facilitando la comunicación médico- paciente (cuando estos se ven imposibilitados de expresarle su dudas y miedos) son actitudes frecuentes e indispensables de la especialidad.

En términos generales, la mayoría de los pacientes busca obtener alivio en sus síntomas, asistencia para lidiar con temas referidos pérdidas, recuperar el sentido de equilibrio psicológico, mejorar sus recursos de adaptación, y auxilio en tomar decisiones que implican información procesada con tiempo y sin prejuicios. El distrés psicológico, sobretodo el femenino, es la primera motivación de abandono de los tratamientos^{33,34}.

Más allá de los inconvenientes del acceso del paciente a la consulta con los counselors, eventualmente, el suministro de apoyo psicosocial es agradecido y valorado por la mayoría de quienes deben lidiar con la tremenda carga de un diagnóstico de infertilidad, y el dolor y sufrimiento que, atravesar por este estado y sus tratamientos, implica.

Asistencia a receptores y donantes de gametas

En la actualidad, y debido a los cambios en las edades en que se desea formar una familia, a la asistencia reproductiva a parejas homoafectivas, a individuos sin pareja, a personas que no quieren heredarles enfermedades genéticas a sus hijos, y a otros motivos, se viene dando un incremento en la necesidad de utilizar gametas de donantes (más comúnmente de ovocitos).

Sin embargo, ni recibir ni donar gametas son experiencias exentas de desafíos, por lo que recibir Counseling preventivo sería aconsejable en ambas situaciones. Pero desafortunadamente,

por distintos motivos, aún es poco ofrecido por la clínicas y médicos de Reproducción Asistida, especialmente a los/ las donantes de sus gametas.

Receptores

El Counseling preconcepcional de los receptores es requerido y recomendado por muchos grupos profesionales y cuerpos regulatorios, y la mayoría de los personas que reciben gametas donadas reconoce el valor potencial de la guía profesional.

Los counselors que brindan el servicio de asistir preventivamente a padres prospectivos deben poner el foco en lo psico-educacional, no en lo evaluativo³⁵. Su tarea debería centrarse en prepararlos para una vida familiar donde existen diferencias genéticas entre padres e hijos y que, por lo tanto debería incluir tópicos como³⁶ :

- la reformulación de “familia” y el duelo por la pérdida de su aporte genético a su hijo,
- diferencias entre lo genético- lo congénito – lo adquirido
- la importancia de lo epigenético en la conformación de la psiquis de un ser humano³⁷,
- temores y fantasías relacionados a la elección de los donantes,
- psico-educación vinculada a las implicancias de la asistencia de donantes en la formación de su familia a presente y a futuro,
- la intención de informar a los hijos (y a otros) su forma de concepción y,
- el proceso de revelación y sus particularidades,
- suministro de recursos bibliográficos, grupos de padres por donación de gametas.

Más aún, alistarlos para manejar los sentimientos existentes en el contexto de la vida de una familia y su entorno social, cómo contribuir a la confianza parental, qué estrategias funcionan en el manejo inicial y conversaciones continuas acerca de la concepción con donantes³⁸ deberían ser pilares fundamentales del counseling a personas que son padres gracias al aporte genético de los donantes.

Es muy relevante que el equipo asistencial respete un tiempo mínimo, de entre tres y seis meses entre que se le explica a la persona que debería usar gametas donadas y la efectivización del tratamiento, para favorecer el proceso emocional necesario³⁹.

Los receptores también suelen requerir, y beneficiarse, del Counseling postconcepcional. Particularmente, apoyo y guía para lidiar con sus temores y desconocimiento sobre cómo encarar la revelación sobre su origen a sus hijos. Es bien conocido el efecto negativo sobre los descendientes⁴⁰ y el bienestar familiar cuando las ansiedades y miedos de los padres demoran demasiado el momento de compartir esta información sobre su construcción familiar con sus hijos⁴¹.

Donantes

Respecto a los donantes de gametas, debemos diferenciar el trabajo profesional según nos sea requerido se seleccione/evalúe a un candidato, o si se lo asesore y brinde un Counseling preventivo.

Afortunadamente, al menos en la Argentina, se ve un incremento en el uso de los servicios de psicólogos especializados en, al menos, evaluar aptitud psicológica de prospectivos candidatos. Sin embargo, varía mucho según las diferentes instituciones /bancos de gametos/ médicos tratantes, quizás por el temor de la merma de donantes si son demasiado exigentes con los estándares de elección (descartando, por supuesto, inconvenientes de índole médico) y por temas de índole económica.

Lo que habitualmente se espera de los profesionales de salud mental es que se evalúe a los donantes en términos de exclusión de psicopatología que pudiera transmitirse a la descendencia o fuera perjudicial para el candidato/a, o las implicancias para los mismos de los procedimientos a realizar (especialmente a donantes de ovocitos).

El Counseling preventivo para los/las donantes no es habitualmente requerido, y el cuidado del donante en términos de asesoramiento psicológico, necesidades personales, y educación de las implicancias a futuro para él y su familia, suele quedar a criterio y deseo de ofrecerlos del profesional que lo atiende. En donación de semen es muy poco frecuente ⁴².

Además, el deseo de mantener anónimos a los donantes, al menos en gran parte de Latinoamérica, hace que no siempre se les informe que el anonimato es entre los adultos participantes de los tratamientos. La eventual revelación de la identidad de los donantes puede darse ante casos de salud o porque el niño los solicita a la justicia ⁴³, y en estos tiempos, los mismos nacidos están rastreándolos intentando saber de su origen a través de plataformas creadas a tal fin, como *Donor Sibling Registry* website y otras, y a través de los tests de ADN directos al consumidor ^{44,45,46}. El crecimiento del testeo mediante estos tests han puesto en duda el mantenimiento del secreto por parte de los padres y el anonimato de los donantes aún para quienes siguen defendiendo el secreto ⁴⁷, por lo se ha sugerido que este tema se abordado por los counselors al seleccionar a los prospectivos donantes de gametas ⁴⁸.

Inclusión del counselor psicológico en la comunidad médico reproductiva

A diferencia de otras áreas de intervención psicológica, es necesario poner de relieve que nuestro trabajo está íntimamente ligado al de los diversos profesionales de las áreas médicas, los embriólogos, los enfermeros, y aún las secretarías del staff, en reproducción. El paciente suele acudir a varios médicos especialistas (ginecólogos, andrólogos, endocrinólogos reproductivos, hematólogos, expertos en imágenes y otros) por lo que la interdisciplina entonces se hace necesaria. El trabajar de este modo es productivo para todas las partes involucradas en el logro que se espera.

A tal fin, y sobre todo cuando el counselor psicológico trabaja dentro de las instituciones de atención a los problemas de infertilidad, éste debe ponderar determinadas actitudes facilitadoras de su inserción dentro de los equipos de Reproducción Asistida. Dentro de ellas considerar:

- poder comprender y hablar con la terminología biológica y médica básica de la especialidad, al igual que intentar no usar un lenguaje psicológico que dificulte la comprensión de los profesionales de las otras especialidades
- participar de los ateneos clínicos, nutrirse de los otros saberes, y colaborar con nuestro aporte específico y con hallazgos de investigaciones de corte psicológico
- realizar docencia interdisciplinaria, enriquecedora para todos los profesionales actuantes
- tener una buena formación académica y actualizarse permanentemente atendiendo a que los avances de todos los campos de la especialidad son constantes y los tratamientos mutan permanentemente.
- concurrir a cursos, congresos y eventos de cualquier rama de la Medicina Reproductiva (no sólo de la Psicología de la Reproducción Humana), que ayuden a profundizar nuestra capacitación

En cuanto al trabajo asistencial, además de las consultas puntuales o específicas y de que el abordaje clínico va a diferir con cada paciente según la necesidad de ese momento, es útil proponer módulos específicos de atención a los pacientes de acuerdo al tratamiento indicado, con tiempos acotados y posibles de cumplir, considerando el limitado período del que se dispone⁴⁹. Dado que no siempre los pacientes requieren terapias de corte tradicional, tanto ellos como médicos agradecerán la ayuda que el asesoramiento, psicoeducación⁵⁰, apoyo³¹, y la enseñanza de técnicas pragmáticas⁵¹ que puede ofrecerles durante el trascurso de cada tratamiento un profesional de salud mental.

Por otro lado, es relevante tener un grado de conocimiento de la metodología y el lenguaje científico que permita la lectura y actualización permanente de revistas especializadas de Reproducción. Pocos psicólogos, al menos en Latinoamérica, hacen investigación en Psicología. Esto es una carencia importante que retrasa el avance de la especialidad y demora o dificulta la inserción del counselor psicológico dentro de la comunidad reproductiva. El realizar investigaciones propias y publicarlas para expandir el conocimiento de la especialidad es perentorio.

En resumen, asistencia, docencia, e investigación son pilares con los que podemos demostrar la utilidad de nuestro trabajo, y que resulte beneficioso tanto para los pacientes como para el trabajo de médicos con los mismos. El riesgo de tener profesionales sin ninguna, insuficiente, o mala formación, trabajando en el área, es muy considerable. La iatrogenia posible también, lo que puede empeorar, demorar, o ser absolutamente pernicioso para las personas lidiando con temas de infertilidad. Además, lógicamente, dificulta la aceptación de la utilidad de nuestra intervención frente a la comunidad médica.

Cuando el counselor tiene historia personal de infertilidad

No es infrecuente que los profesionales que trabajan vinculados a los aspectos psicosociales de la infertilidad tengan historia personal de dificultades reproductivas. Es probable que con los cambios socioculturales de los últimos tiempos - donde la maternidad se ha postergado en pos de estudiar, trabajar y/o encontrar a la pareja adecuada, decidirse a tener una familia monoparental u homoafectiva - este número vaya en aumento.

Muchos profesionales entonces, pueden estar motivados a entrar en el campo específico por su historia personal, lo que ineludiblemente tiene impacto en el trabajo clínico que se haga. Si este es el caso, es fundamental ser crítico de las propias visiones sobre estos temas para no sesgar al paciente. Existe el riesgo de perder neutralidad, transferir frustraciones, interponer nuestras ideologías, visiones de familia y del paternaje, de lo que significa la vida libre de hijos, de las actitudes frente a los distintos tratamientos que ofrece la Medicina Reproductiva, etc.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta el tema de la apertura de la propia historia personal de infertilidad a los pacientes. Un reporte⁵² indica que más del 90 % de los terapeutas utiliza su propia historia en el trabajo. Cuando esta labor se realiza con personas buscando tenazmente tener su familia, el contar su propia experiencia puede ser un arma potentísima y generar un efecto poderoso en la relación terapéutica debido a que crea empatía, modula conductas efectivas y facilita la confianza y apertura, minimizando también el poder diferencial en la relación terapéutica. Sin embargo, debe considerarse cuidadosamente a qué paciente, en qué momento, y que el propósito específico sea el de beneficiarlo. Claramente, las decisiones acerca de la apertura estarán influenciadas por la perspectiva teórica de uno, el diagnóstico del paciente y la fortaleza de la alianza terapéutica, entre otras.

Otra situación propia de la especialidad, es que puede suceder que pacientes y counselor estén buscando embarazo al mismo tiempo. Cuando es así, suele darse una situación sumamente compleja, riesgosa y desafiante, que es imprescindible tener en cuenta (especialmente si es mujer).

Si el counselor se embaraza primero,

- Probablemente para el paciente sea muy difícil seguir siendo asistido por él. Será necesario que el terapeuta lo converse honestamente y sea sensible a la decisión del paciente

- Si está embarazada al momento de tomar una paciente nueva, debe advertirle a la persona para que la misma pueda decidir si se quiere atender con ella o con alguien no embarazada
- Los counselors pueden sentirse vulnerables por su embarazo, y pueden no querer promover sentimientos de hostilidad acerca de su embarazo
- Los pacientes pueden sentirse abandonados, enojados, celosos, pero se pueden sentir inhibidos a expresar sus sentimientos negativos
- Pueden surgir temas de desconfianza y los pacientes puede abandonar el tratamiento prematuramente

Si se embaraza primero la paciente,

- La terapeuta puede sentirse celosa, enojada y competitiva y será difícil celebrar el éxito y difícil mantener la neutralidad terapéutica.
- La paciente puede sentirse culpable de su propio éxito y sentir necesidad de ocuparse del terapeuta

Futuros desafíos para los Counselors en Infertilidad

La especialidad debe seguir delineándose y adaptándose a las realidades posibles e las diferentes culturas. No por ello, debemos dejar de lado la realidad de un mundo globalizado donde las personas se trasladan de país y continente en búsqueda de los tratamientos que en sus países no ofrecen o prohíben. De tal manera que probablemente cada vez más asistamos a personas con diferentes miradas y posicionamientos frente a las implicancias psicosociales que cada formato familiar envuelve.

Es muy conveniente que los profesionales de Psicología de la Infertilidad y Reproducción Humana Asistida manejen el idioma en que la ciencia y la transferencia de tecnología se realiza (actualmente el inglés), por varios motivos: frecuentemente es el idioma utilizado por los extranjeros que llegan a las clínicas; es necesario para poder mantenerse informado y actualizado sobre los nuevos avances y campos interrelacionados; permite presentaciones de nuestros hallazgos y trabajos en Congreso Internacionales de la especialidad; permite capacitarnos transfronteras en cursos y cursos precongresos importantes como los europeos o americanos; nos permite forjar lazos laborales con counselors de otras partes del globo. Además, todo lo precedente, facilita que sean más aceptados, bienvenidos y necesarios en los equipos de Reproducción Humana Asistida.

Nuestra formación requiere que los agentes de salud mental incursionen en la investigación y la educación a otros profesionales asociados. Por ejemplo, existen muchísimas áreas que aún carecen de datos corroborados por investigaciones psicológicas que orienten a los profesionales

especialistas en su quehacer diario con sus pacientes. Esta tarea, que es de nuestra comunidad, debe afrontarse y es sumamente formativa. Algunas de las temáticas que requieren desarrollo en nuestro campo al día de hoy son:

- Epigenética e influencia materna en el desarrollo psico-emocional de los bebés en gestación
- Diferencias entre los nacidos por ovodonación y donación de esperma
- Asesoramiento psicológico sobre las implicancias que todos los avances y tests genéticos disponibles para los pacientes y sus hijos conllevan
- Familias formadas por donación de embriones, tanto aquellos provenientes de parejas que los formaron y luego no los utilizaron y los donaron, como de aquellos embriones formados a partir de dos gametas donadas de modo separado.

Los desafíos también incluyen la educación sobre nuestro saber, no sólo a los psicólogos que van entrando al campo, sino a otros profesionales, como los pediatras, que serán sumamente influyentes en los padres y las familias que ayudamos a formar. Estos suelen carecer de las armas con las cuales asesorar en su consulta a padres que han formado sus familias con gametas donadas, por gestación por sustitución, familias monoparentales, homosexuales, transgénero, padres en edades avanzadas, por donaciones intergeneracionales o intrafamiliares. Educar fortalece nuestro propio conocimiento de las temáticas con las que lidiamos laboralmente.

Como profesionales de la Reproducción Humana, los counselors navegamos por el difícil camino de lo nuevo, lo desafiante, las cuestiones éticas y lo desconocido, el futuro. Realizarlo con profesionalismo, conocimientos y empatía es imperativo.

Referencias

1. Avelar CC, Campos ALM, Araújo C, de Souza Xavier EB. Equipe multidisciplinar em Reprodução Humana. Em Avelar CC, Caetano JP, eds. *Psicología en Reprodução Humana*. Sao Pablo: SBRH; 2018. P. 119-120.
2. Moreno Sánchez A. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: una crisis vital. En Roca M, Giménez V. eds. *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción Asistida de la Sociedad Española de Fertilidad*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 61-69.
3. Benedek T. Infertility as a psychosomatic defense. *Fertil Steril*. 1952; 3:527-4.
4. Sandler B. Infertility of emotional origin. *J Obstet Gynaecol Brit Emp*. 1961; 37:137-45.
5. Menning BE. RESOLVE: A support group for infertile couples. *Am J Nurs*. 1976; 76:258-9.
6. Menning BE. Counseling infertile couples. *Contemp Obstet Gynecol*. 1979; 13:101-8.
7. Menning BE: The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*. 1980; 34:313–319
8. Klock S. Reproductive psychology and fertility counseling. In Covington S, ed. *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies*. Cambridge University Press; 2015. p. 33-44.
9. Covington SN. Collaborative reproductive healthcare model. In Covington S, ed. *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies*. Cambridge University Press; 2015. p. 1-32.
10. Covington SN. Infertility counseling in practice: a collaborative reproductive healthcare model. In Covington SN, Burns LH, Eds. *Infertility Counseling: A comprehensive handbook for clinicians*, 2nd Edn. London: Cambridge University Press; 2006. p. 493-507.
11. Van Empel IWH, Aarts JWM, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JSE, Nelen WLDM, et al. Measuring patient centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Hum Reprod*. 2010; 10:2516-26.
12. Boivin J, Domar AD, Shapiro DB, Wishmann TH, Fauser BC, Verhaak C. Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Hum Reprod*. 2012; 27(4):941-50.
13. Blyth E. Guidelines for infertility counseling in different countries: Is there an emerging trend? *Hum Reprod*. 2012; 7:2046-57.
14. Gameiro S, Canavarro MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: Direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling*. 2013; 93(3):646-654.
15. Peterson B, Boivin J, Norre J, Smith C, thorn P, Wishmann T. An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *J Assist Reprod Genet*. 2012; 29:243-48.
16. Applegarth LD. Fertility Counseling for individuals. In Covington S, ed *Fertility Counseling: Clinical Guide and Case Studies*. Cambridge University Press; 2015. p. 45-59.

17. McCluskey G. and Gilbert P. Implications counselling for those people considering donor-assisted treatment 2nd edition London BICA Publications; 2015.
18. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med.* 2003; 57:2325-41.
19. CONCEBIR. Grupo de apoyo para personas con trastornos de la reproducción. www.concebir.com.ar
20. RESOLVE The National Infertility Association. www.resolve.org
21. Rooney K, Domar A. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018; 20(1):41-47.
22. Domar AD, Clapp D, Slawsby, E, Kessel B, Orav J, Freizinger M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology.* 2000; 19(6):568-575.
23. Domar AD., Rooney KL., Wiegand B., et al. Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertil Steril.* 2011; 95(7):2269–73.
24. Facchinetti F, Tarabusi M, Volpe A. Cognitive-behavioural treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 2004; 29(2):162-173.
25. Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25(3-4):273-279.
26. Schimdt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: a cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod.* 2005; 20:3248-56.
27. Newton CR. Counseling the infertile couple. In Covington SN, Burns LH, eds. *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians.* 2nd edn. New York: Cambridge University Press; 2006. p. 143-55.
28. Verhaak C, Hammer Burns L. Behavioral medicine approaches to infertility counseling. In Covington SN, Burns LH, eds. *Infertility Counseling: A comprehensive handbook for clinicians*, 2nd edn. London: Cambridge University Press 2006. p. 169-195.
29. Rasoulzadeh Bidgoli M, Latifnejad Roudsari R. The Effect of the Collaborative Infertility Counseling Model on Coping Strategies in Infertile Women Undergoing In Vitro Fertilization: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences.* 2018; 6(1):47–54.
30. Applegarth LD. Individual Counseling and Psychotherapy. In Burns L, Covington S, eds. *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians.* New York: The Parthenon Publishing Group; 1999. p. 85-101.
31. Urdapilleta L. Apoyo psicológico. En Pérez Peña E. ed. *Manual de Procedimientos Clínicos en Reproducción Médicamente Asistida de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.* Caracas: EDITORIAL ATEPROCA; 2015. p. 144-146.

32. Pasch LA., Holley SR., Bleil ME., Shehab D., Katz PP., Adler NE. Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertil Steril*. 2016; 106(1):209–215.
33. Van den Broeck Holvoet L, Enzlin P, Bakelants E, Demyttenaere K, D'Hooghe T. Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecol Obstet Invest*. 2009; 68(1):58-64.
34. Gameiro S, Boivin J, Peronace LA, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*. 2012; 18(6):652-669.
35. Pasch L. New realities for the practice of egg donation: a family building perspective. *Fertil Steril*. 2018; 110(7):1194-1202.
36. Urdapilleta L. Preparación y asesoramiento a involucrados en tratamientos de donación de gametos. En Pérez Peña E. ed. *Manual de Procedimientos Clínicos en Reproducción Médicamente Asistida de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida*. Caracas: EDITORIAL ATEPROCA; 2015. p. 146-149.
37. Lipton B. Paternidad responsable: los padres como ingenieros genéticos. En *La Biología de la creencia*, 1a Edición, Buenos Aires: GAIA Ediciones; 2013. p. 211-248.
38. Crawshaw M, Daniels K. Revisiting the use of 'counselling' as a means of preparing prospective parents to meet the emerging psychosocial needs of families that have used gamete donation. *Fam Relatsh Soc*. 2018; In press.
39. Thorn P. Recipient counseling for Donor Insemination. En Covington S & Hammer Burns L. eds. *Infertility Counseling*. 2nd Edition, New York: University Press, 2006. p. 305-318.
40. Baran A, Pannor R. *Lethal Secrets: The Psychology of Donor Insemination*. New York: Amistad Press Inc; 1993.
41. Daniels K, Grace VM, Gillet WR. Factors associated with parents decisions to tell their adult offspring about the offspring's donor conception. *Hum Rep*. 2011; 26:2783-90.
42. Daniels K, Kramer W. Genetic and health issues emerging from sperm donation—The experiences and views of donors. *Advances in Reproductive Sciences*. 2013; 1:15-20.
43. Urdapilleta, L. (2008). Construcción de familias con la asistencia de gametas donadas. Consideraciones psicológicas, anonimato y derecho a la identidad. En *DERECHO DE FAMILIA. REVISTA INTERDISCIPLINARIA DE DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA*. 2008; 41:111-128.
44. McGovern PG, Schlaff WD. Sperm donor anonymity: a concept rendered obsolete by modern technology. *Fertil Steril*. 2018; 109(2):230-231.
45. Harper JC, Kennett D, Reisel D. The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Hum Reprod*. 2016; 31(6):1135-1140.

46. Chung E, Glanz M, Adhopia V. Donor-conceived people are tracking down their biological fathers, even if they want to hide. Thanks to DNA tests and the internet, 'anonymous' sperm donation is a thing of the past. CBC News. 2018; (citado 29 Agosto 2018) Recuperado de <https://www.cbc.ca/news/technology/sperm-donor-dna-testing-1.4500517>
47. Crawshaw M. et al 2017 Disclosure and donor-conceived children. *Hum Reprod.* 2017; 32(7):1535-1536.
48. Hammarberg K, Carmichel M, Tinney L Mulder A. Gamete donors' and recipients' evaluation of donor counselling: A prospective longitudinal cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2008; 48:601-606.
49. Urdapilleta L. Psicología en Reproducción Asistida de Alta Complejidad: Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje. *Revista de Medicina Reproductiva.* 1999; 2(2):76-83.
50. Straube KM, Prado Lopes H, Melamed RM. Psicoeducação. Em Avelar CC, Caetano JP, eds. *Psicología en Reprodução Humana.* Sao Pablo: SBRH; 2018. p. 115-117.
51. Domar A, Kelly AL. A toolbox full of coping skills. En *Conquering Infertility*, New York: Penguin Group; 2002. p. 38-74
52. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(1):63-77.