

A ctitudes ante la donación de gametos.

**Dra. R. Núñez Calonge, Dr. J.R. Heredia Caicedo,
Dr. P. Caballero Peregrín**

Clínica de Reproducción Asistida FIV - Madrid - Dr. Caballero Peregrín S.L.

C/Álvarez de Baena, 4 - 28006 - Madrid

INTRODUCCIÓN

La infertilidad afecta aproximadamente a un 15% de las parejas en edad reproductiva. Si a esta cifra añadimos las que han sobrepasado la edad considerada como crítica para conseguir una gestación (más de 38 años), el número aumenta.

Los tratamientos de esterilidad van encaminados a solucionar el problema y conseguir una gestación, pero siguiendo una política de "escalones", esto es: desde la solución más sencilla hasta la más compleja. En la elección del tratamiento adecuado intervienen sobre todo, las indicaciones médicas o diagnóstico previo de infertilidad hasta factores tales como duración de la esterilidad, número de intentos en determinadas técnicas de reproducción asistida, y edad de la mujer. Este último es uno de los factores más determinantes a la hora de conseguir un embarazo.

La donación de gametos se considera el último escalón en Reproducción Asistida. Se utilizan espermatozoides u ovocitos procedentes de donantes cuando no existe una posibilidad razonable de conseguir una gestación con

otro método. En el caso de la utilización de semen de donante, quizás el tratamiento muchas veces sea de primera elección, ya que las indicaciones así lo exigen. Actualmente, con la posibilidad de realizar microinyección espermática intracitoplasmática (ICSI), con la que se puede inyectar un único espermatozoide dentro del ovocito, incluso recuperando los espermatozoides directamente del testículo en varones azoospermicos (sin espermatozoides en el eyaculado), apenas si se puede hablar de esterilidad masculina. Sin embargo, hay casos en los que no existen espermatozoides ni siquiera en el testículo, o son incapaces de lograr una fecundación. En estas ocasiones, o cuando el varón es transmisor de una enfermedad hereditaria, la única solución para conseguir un embarazo es el empleo de espermatozoides procedentes de donante.

El proceso en la mujer es sin embargo más complejo. En circunstancias normales, sin que exista ningún factor masculino, una pareja joven primero se someterá a inseminaciones intrauterinas con el semen del marido para lograr un embarazo. Si tras seis ciclos de inseminación no se ha conseguido la gestación, el siguiente paso es la fecundación in vitro. Es entonces cuando, se puede comprobar que la calidad de los ovocitos no es la adecuada, y existen pocas posibilidades de éxito. Otras veces el motivo es el tiempo. Después de transcurrir años en ocasiones, la reserva ovárica femenina comienza a disminuir sensiblemente, hasta prácticamente agotarse. La solución entonces reside en la recepción de ovocitos proce-

dentos de donante. Sólo en los casos en los que inicialmente se comprueba que no existe reserva ovárica (fallo ovárico precoz) o también pueden existir la posibilidad de enfermedades hereditarias, este será el primer tratamiento de elección.

En la mayoría de los casos, es duro tanto para la mujer como para el varón saber que no poseen la capacidad de engendrar hijos genéticamente suyos. Y es entonces cuando el apoyo psicológico se hace todavía más necesario.

En este tema se analizarán los comportamientos más habituales en las parejas subsidiarias de esta técnica, desde el punto de vista de la mujer y del varón. Además, trataremos de evaluar las actitudes de los donantes de gametos con respecto a su papel en esta técnica de reproducción asistida.

DONACIÓN DE ESPERMATOZOIDES: EL VARÓN ANTE LA INSEMINACIÓN CON SEMEN DE DONANTE

Reacciones del varón ante la noticia

Ya hemos comentado anteriormente que las principales indicaciones de la Inseminación con semen de donante (IAD) son: la ausencia de espermatozoides (incluso en el testículo), y las enfermedades hereditarias.

Hasta hace unos pocos años, el factor masculino severo, con algunos esper-

DOSSIER

matozoides en el eyaculado pero escasa movilidad y aumento de las formas anormales, también era subsidiario de esta técnica. No fue hasta 1992 que se publicó el primer caso de gestación con microinyección intracitoplasmática de un único espermatozoide (ICSI). Y este hecho no sólo ha supuesto una revolución desde el punto de vista científico, sino desde el sentir del varón con esta problemática. Se podría considerar que la imposibilidad de conseguir una gestación con un eyaculado patológico está prácticamente descartada hoy en día. Y eso ha cambiado la actitud de las parejas en cuanto a la Reproducción Asistida.

En primer lugar, aunque cada día menos, muchos varones confunden la infertilidad con la impotencia. Cuando se les informa de la dificultad para conseguir una gestación, muchos pacientes ven trastornada su capacidad sexual y sienten vergüenza de que esto pueda ser conocido. Afortunadamente, las parejas cada vez están más informadas y la formación al respecto ha mejorado bastante.

En segundo lugar, depende del "ego" de cada persona el que se vea más afectado o no por pensar que su hijo no será genéticamente suyo. En muchos casos el deseo de descendencia puede ser únicamente una traslación egoísta de determinadas necesidades que, lógicamente, se reflejan en la pareja y en la disposición frente a la solución de la inseminación con semen de donante. En estos casos, el problema va más allá de una dificultad para concebir. Como sucede muchas veces al tratar con este tipo de parejas, nos encontramos con que se esconden otros asuntos enmascarados por una infertilidad y es muy complejo discernir si esos problemas deben tratarse previamente o no. Por una parte, la pareja ha acudido para poder solucionar algo en concreto y quizás sea una intromisión, más que una ayuda, ofrecerles apoyo psicológico para un tema distinto. Sin embargo, por otro lado, quizás no sean conscientes de que inicialmente necesiten arreglar

sus conflictos personales y estemos en la obligación de asesorarles.

Actualmente, ya que se informa a la pareja de todas las posibilidades terapéuticas antes de comenzar un tratamiento, la reacción ante la IAD es diferente dependiendo del diagnóstico inicial. Si el varón es portador de alguna tara genética transmisible a la descendencia, la mayoría de las veces casi ven con alivio que se encuentre una solución para su problema y poder ofrecer un hijo a su pareja, aún a pesar de no ser genéticamente suyo. En estas ocasiones, lo que pudiera ser una traba, se convierte en la mejor de las soluciones. La mujer puede concebir un hijo, necesario para la pareja, sin el peligro de que herede la enfermedad. También es cierto que en contadas ocasiones, el varón no se opone al riesgo de transmisión de ese defecto genético. Solo quiere ayuda de la técnica cuando no es capaz de conseguir una gestación por sí solo, esto es, la calidad espermática está alterada (como consecuencia o no de la enfermedad), y quiere descendencia propia, aún a pesar del riesgo. No se contempla como solución la IAD, sino otra serie de técnicas de reproducción asistida como la anteriormente mencionada: microinyección intracitoplasmática. En estos casos, aunque dependiendo de la gravedad de la enfermedad de la que es portadora el padre, la pareja tiene derecho a elegir cuál es su mejor opción.

Otra de las indicaciones más "agradecidas" son los pacientes oncológicos, esto es, con ausencia de espermatozoides post-quimio o radioterapia. Habría que pensar si la enfermedad previa ha sensibilizado a la pareja de tal manera que encuentran en la IAD una salvación.

Cuando el varón carece de espermatozoides o éstos son incapaces de lograr una fecundación y la única opción es la IAD, aunque las reacciones son diversas, la mayoría de las ocasiones supone un duro golpe, no sólo para el hombre, sino también para la mujer.

Para el varón porque en la mayoría de los casos no se había planteado la

posibilidad de que el problema de infertilidad fuera de origen masculino. Todavía hoy un gran número de parejas con deseos de embarazo creen que la causa de la infertilidad se encuentra en la mujer. El primer paso en el estudio de esterilidad suele ser el ginecólogo, y sólo después de una exploración y examen preliminar de la mujer se decide acudir a un especialista que les oriente más exactamente. Es entonces cuando se solicita un estudio del semen (seminograma).

La decisión sobre optar o no por la inseminación con semen de donante debe de ser tranquilamente meditada. Al principio, como ya se ha mencionado, el varón suele rechazar de plano esta alternativa, pero quizás la mayoría de las veces se debe al desconocimiento de la posibilidad y de la técnica. En otras ocasiones la mujer se opone a la IAD porque desea únicamente tener un hijo de su pareja. Y esto es para ella más importante que la maternidad únicamente.

En cualquier caso, acceder a someterse a una inseminación con semen de donante tiene que ser una decisión conjunta. Casi siempre, tras explicar con detenimiento en qué consiste, cuáles son las posibilidades de éxito y los inconvenientes derivados de la misma, todas las parejas la contemplan como una recurso acertado, y en el caso del varón, supone una gran prueba de amor hacia la pareja en la idea común de compartir un hijo.

Dudas y preguntas más frecuentes

Aún a pesar de aceptar de buen grado la donación de espermatozoides, todas las parejas coinciden en dudar al respecto de una serie de condicionamientos. La mayoría convienen en mantener el anonimato frente a la familia y amigos, no tanto por lo que de "vergonzoso" puede suponer para el varón, sino por el aspecto social del tema. Y esto es lógico puesto que, como ya se ha comentado, en la mayoría de las ocasiones existe un gran

desconocimiento sobre las técnicas de reproducción asistida en general, y sobre la donación de gametos en particular. Como consecuencia, además de las dudas surgen las preguntas, que casi siempre convergen en el mismo punto: la selección del donante. Las cuestiones más inmediatas que surgen se refieren al donante en cuanto a su estado de salud, cómo se realiza la selección, tests a los que deben someterse, etc. Y en último lugar casi siempre, el aspecto físico. La elección de un donante idóneo se realiza siempre en base a las características físicas del varón, y el grupo sanguíneo, en caso de no ser el mismo, es compatible con ambos. Sin embargo, en ocasiones la pareja pregunta si el niño guardará cierto parecido físico con alguno de los dos, casi siempre por miedo a que los demás puedan reconocer al niño como si no fuera verdaderamente hijo de ambos. Ni que decir tiene, que es labor del especialista en reproducción alejar estas dudas. Hay que hacer comprender a los pacientes que, aún en el caso de un hijo natural de ambos, no se puede asegurar ningún tipo de parecido físico. No obstante, debemos hacer lo posible para que esto suceda, y por eso se escoge el donante más compatible.

Es importante tener en cuenta que no se debe intentar convencer a la pareja para que acceda a realizarse esta técnica, si ellos mismos no está seguros. Esta debe ser una premisa básica: informar y aconsejar, pero en último extremo, la decisión la toman los pacientes. Si no es de esta forma, las consecuencias pueden ser peores que la solución que se ha intentado tomar.

Cuando se consigue el embarazo

Por regla general, la consecución del embarazo en IAD es el fin de todas las dificultades. No solamente se zanján todas las dudas e inquietudes, sino que las ilusiones se renuevan. Para el varón, desaparecen todos los celos que pudieran existir; y adoptan una posición claramente activa en su paternidad. A

menudo solemos ver parejas que después del nacimiento de un niño tras IAD, desean otra gestación, y esta vez es el padre el que más hincapié hace y más ilusión tiene. Bien es verdad que también con frecuencia los niños adecuan los gestos, ademanes y, en general, adquieren la apariencia del padre. Y eso, lógicamente, les satisface. Por eso las segundas gestaciones son mucho más confiadas.

Estas reacciones son las más habituales entre las parejas en las que, de forma absolutamente necesaria, ha existido una plena aceptación mutua y han consentido libremente con la donación. Pero también hay que tener en cuenta que en muchos casos, uno de los dos miembros de la pareja (con frecuencia el varón), no accede tan fácilmente, o no está del todo convencido, aunque ambos quieran creerlo en consentir la IAD. Es entonces cuando los problemas se multiplican con la gestación y el nacimiento del niño. Sería muy conveniente un asesoramiento psicológico para descartar estos celos, y conocer de antemano el grado de acogida de la técnica.

DONACIÓN DE OVOCITOS: ACTITUD DE LA MUJER

El procedimiento consiste en la fecundación de los óvulos procedentes de una donante con espermatozoides del marido de la paciente. Una vez conseguidos los embriones, se le transfieren al útero de la receptora.

Las principales indicaciones son:

- Edad.
- Enfermedades cromosómicas
- Ausencia congénita de gónadas.
- Menopausia precoz
- Antecedente de quimioterapia.
- Cirugía radical de ovarios por cáncer, endometriosis o infección pélvica
- Tumores ováricos, endometriomas, etc.

- Mala calidad ovocitaria o baja respuesta

Las únicas indicaciones que no son tratamientos de primera elección son la edad, y la mala calidad de los ovocitos o escasa-nula respuesta a la inducción de la ovulación. En el resto de los diagnósticos, la única alternativa para conseguir un embarazo es la donación de ovocitos. Por eso, la actitud de la mujer varía dependiendo de los casos. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre con el varón, no suelen existir demasiados celos y la aceptación del diagnóstico no es tan dura. La principal diferencia la marca el tiempo de espera que lleve la mujer queriendo quedar embarazada.

Cuando una mujer lleva varios años intentando lograr una gestación, y ha realizado varios ciclos de reproducción asistida: generalmente, primero varias inseminaciones y luego fecundación in vitro, llegar a la conclusión de que la única alternativa válida es la donación de ovocitos, es bastante frustrante. Muchas veces las pacientes piensan que han estado perdiendo el tiempo y en ocasiones el dinero; que todo el proceso: los tratamientos hormonales, ecografías, visitas a la Clínica y punciones, no ha valido la pena. Sin embargo, hay que hacer comprender a la pareja que son necesarios todos estos pasos para comprobar cuál es la mejor manera de conseguir la gestación, pero de forma lógica, y no comenzando por el final. En muchas ocasiones, las parejas ya están muy cansadas al llegar a este punto y algunas abandonan. Volvemos a recalcar, que las razones son distintas a las del varón: no se suele pensar tanto en la herencia genética, sino en el cansancio y desesperación derivados de tantos desengaños.

Por otra parte, la mujer que quiere un hijo desea, además, quedar gestante. Por eso cuando se les explica que durante el embarazo el feto va a alimentarse de su sangre, y va a vivir la maternidad de idéntica forma que si el ovocito fuera suyo, quedan absolutamente convencidas.

DOSSIER

En el caso de la donación de ovocitos, la respuesta femenina puede dividirse en dos etapas diferenciadas: cuándo deciden adoptar esta técnica, y cuándo se someten al tratamiento y comienza la espera. Hasta ahora hemos hablado de la toma de decisión, y como, dependiendo del diagnóstico inicial y situación particular de cada mujer, los sentimientos son diferentes.

Una vez que ya han llegado al convencimiento de esperar una donación, suelen acompañarse otra serie de problemas. El tratamiento en sí, es bastante sencillo, bastante más que el que conlleva la fecundación in vitro, por ejemplo. Pero psicológicamente es mucho más estresante. En cuanto al proceso que se realiza, en primer lugar se valora el desarrollo del endometrio para prever si es posible una adecuada implantación embrionaria. Durante este ciclo de evaluación son necesarias pruebas complementarias: ecografías, análisis de sangre y ocasionalmente, una biopsia de endometrio.

Si el ciclo de evaluación ha sido satisfactorio, se podrá reiniciar la medicación para preparación como receptora. Esta etapa es una de las más duras, porque la mujer tiene que esperar que se consiga una donante adecuada, y no se sabe exactamente cuando va a ocurrir. A veces transcurren unas pocas semanas, pero en otras ocasiones pueden transcurrir meses, que pueden ser desesperantes para la paciente.

Cuando se obtienen los óvulos de la donante, el ginecólogo se pone en contacto con la receptora para solicitar del marido una muestra de semen con el que fertilizar los ovocitos. A las 48 horas de la fertilización se programará la transferencia de los embriones al útero de la receptora. El procedimiento de transferir los embriones se lleva a cabo generalmente sin anestesia y, salvo excepciones, no ocasiona más molestias que las de una exploración ginecológica. Sólo demanda una media hora, incluyendo los minutos de reposo post-transferencia.

El tiempo de espera desde la transferencia hasta que se realiza la prueba de embarazo es el más exasperante de todos. Pero en esto no se diferencia de lo que ocurre en cualquier otra técnica de reproducción asistida.

Dudas y preguntas más comunes

En la donación de ovocitos se plantean casi siempre los mismos miedos que cuando se trata de donación de espermatozoides. Y esto es lógico, porque en ambos casos, la fuente de preocupaciones estriba en el desconocimiento que se tiene sobre el/la donante como fuente de gametos. Las más habituales son:

- 1.- *El anonimato es la que más frecuentemente preocupa a las parejas. Aunque ellas hayan aceptado plenamente la Técnica, desean mantener ante todo la discreción.*
- 2.- *El estado de salud de las donantes es otra de las principales inquietudes. Necesitan las máximas garantías de seguridad ante cualquier posible alteración en el recién nacido.*
- 3.- *Aunque ya se ha mencionado anteriormente el parecido de los hijos es una conjetura que, si bien normalmente ilusiona a los futuros padres, en este caso suele causar más intranquilidad. Aún sabiendo que la elección de los donantes se realiza, entre otras características, en base al parecido físico con los padres, a menudo suelen preguntar sobre el mismo.*

El embarazo es en ocasiones un tiempo de angustias, las nuevas por lo que supone en sí una gestación con sus incertidumbres, y las antiguas, hechas realidad con el éxito de la donación. También a menudo nos encontramos con parejas que no pueden llegar a creer que lo que ocurre sea cierto. Sobre todo si han esperado mucho tiempo hasta ver el deseado final. Incluso piensan que algo malo tiene que ocurrir por fuerza (aborto, pérdidas tempranas, malformaciones, etc).

Finalmente, y también como ocurre con la donación de espermatozoides,

cuando tiene lugar el nacimiento del niño, toda esta serie de incertidumbres desaparecen. La presencia del hijo lo supera todo y pueden comprobar que la realidad es otra que la intranquilidad y la congoja.

ACTITUDES DE LOS DONANTES DE GAMETOS

Donantes de semen

Las condiciones necesarias para que un varón acuda a una Clínica como donante de semen son: que sea mayor de edad, menor de 35 años, y sano. Una vez interesado por el tema, y en nuestra Clínica en concreto, se le realiza una entrevista exhaustiva, y si procede, es seguida de los pertinentes análisis de semen, sangre, orina y bacteriológicos.

Tras la realización de una campaña de captación de donantes en las universidades de Madrid (publicación de un reportaje en el periódico de la universidad, y dos programas de radio), la respuesta ha sido abrumadora, y las conclusiones tras el análisis de resultados creemos que es muy interesante a nivel social.

En primer lugar, se puede evaluar el perfil medio del donante de semen: la edad oscila entre 20 y 27 años, universitarios en un 90% (no hay distinción entre el tipo de carreras que cursan, aunque hay un mayor porcentaje de estudiantes de ingenierías y estudios de ciencias en general). La gran mayoría no conocía de antemano en qué consistía el proceso que conlleva el estudio para ser donante de semen, y aunque en ocasiones habían pensado informarse sobre este tema, no sabían dónde acudir.

Una de las informaciones obtenidas más sorprendentes, fueron las referidas a las motivaciones como donantes. De un total de 125 muchachos entrevistados, 40 de ellos sólo tenían motivaciones altruistas (ayudar a parejas con problemas de esterilidad, etc...), lo que supone un 32% del total. 33 tenían moti-

vaciones claramente económicas (ayuda para las salidas de los fines de semana, etc...). Esto supone un 26% del total. El resto, 52 donantes dijeron que la motivación era mixta: esto es, querían ayudar, pero no les venía mal la remuneración (42%). Una prueba palpable del espíritu de colaboración lo demuestra el hecho de que muchos de los chicos son además donantes de sangre. Por otra parte, una vez que les explicamos todas las obligaciones que conlleva la donación: análisis y controles periódicos, abstinencia sexual antes de cada donación, etc, si realmente quieren seguir con el estudio, existe algo más que el puro interés económico.

A veces nos ha ocurrido que los donantes tienen cierto recelo a pensar en que existan "hijos" suyos repartidos por el mundo. Esta es una idea muy equivocada que hay que alejar de inmediato. Y entienden rápidamente, que al igual que una persona dona su sangre y no repara en las vidas que se han salvado, tampoco los gametos representa más que eso. Los hijos son de verdad de la pareja que los va a tener, no de los donantes.

En la Tabla I se representa la evolución de los 125 donantes entrevistados inicialmente, y los principales motivos de rechazo.

Actitud de las donantes de óvulos.

Como es lógico pensar, es más difícil encontrar mujeres que estén dispuestas a donar sus ovocitos. El método de captación de donantes femeninas es el mismo que el de los varones, y el perfil medio de la donante es prácticamente el mismo, en cuanto a edad y formación. Las principales diferencias estriban en el número de mujeres interesadas que acuden y en sus motivaciones. Cuando se les explica el proceso para la obtención de los gametos, muchas de ellas deciden abandonar. En otros casos, cuando han empezado las pruebas puede también que alguna donante no quiera continuar. Pero por regla general, si comienzan el tratamiento lo hacen absolutamente convencidas. En cuanto a las motivaciones, existen más casos en los que llegan exclusivamente por la compensación económica.

Al contrario que en el caso de los varones, no hemos podido realizar aún un estudio estadístico con el número de donantes femeninas a las que se ha entrevistado, las que han aceptado y las rechazadas, ya que en este momento siguen en estudio varias de ellas.

La gran mayoría de las donantes aún a pesar de una formación cultural extensa, desconocen cuál es el procedi-

miento de la donación. Y esto es lógico, ya que la información sobre este tema en general, es escasa, y la divulgación tampoco es demasiado amplia. Se les explica, no solamente que tienen que someterse a una serie de analíticas y estudios (hormonales, bacteriológicos, etc) con el que asegurar su estado óptimo de salud, sino el proceso de inducción de ovulación para conseguir los ovocitos. Durante el tratamiento hormonal tienen que acudir a la Clínica a lo largo de determinados días del ciclo (que no pueden determinarse de antemano porque dependen de la respuesta de cada mujer y en cada ciclo de forma diferente). En esos días, en los que se controla el crecimiento de los folículos, se tienen que realizar una ecografía vaginal y una analítica para conocer el valor del estradiol (hormona secretada por el ovario, que indica cómo evoluciona ese crecimiento folicular). Normalmente sólo son necesarios dos o tres días de controles para inducir la ovulación. Después, y tras la administración de otro preparado hormonal distinto, que tiene como misión inducir la ruptura folicular, se indica cuándo hay que acudir para la punción folicular, u obtención de los ovocitos. Ese día, la punción se realiza bajo anestesia-sedación, y no se siente dolor o molestia alguno, recuperándose totalmente antes de una hora.

Pero con frecuencia, mujeres que vienen muy motivadas para la donación, después de explicarles la metodología para la preparación, más los riesgos inherentes a la anestesia, hiperestimulación o hemorragias, deciden abandonar. Para nuestro entorno, lo peor es cuando el abandono se produce después de haber realizado las analíticas y estudios pertinentes, en cualquiera de los controles del ciclo, en los que la donante no aparece más.

Después de esto, la conclusión es evidente: cuando una mujer decide y lleva a cabo todo el proceso hasta el día de la donación es porque existe algún motivo más que el fundamentalmente económico. Y aunque en principio lo sea, el convencimiento de que repre-

Tabla I: Evolución de los donantes que han acudido inicialmente al Banco de Semen

DONANTES	Nº	%
Entrevistados	125	
No interesados	5	4
Abandonan	15	12
Semen no apto	36	34
Congelación no apta	12	17
Infecciones	5	9
Otros	5	9
TOTAL aceptados	47	44,7
TOTAL rechazados	58	55,2

DOSSIER

senta algo más importante, está por encima de la propia remuneración de que se acompaña.

Aspectos comunes en los/as donantes de gametos

Existen determinadas expresiones que coinciden de igual forma en los varones y en las mujeres que quieren donar sus espermatozoides y sus óvulos. Es natural pensar que estas actitudes comunes se derivan de la juventud y condiciones culturales actuales de los/as donantes, independientemente del sexo. Así por ejemplo, todos suelen concordar (y en esta ocasión coincidiendo con las parejas infértiles) en la necesidad de mantener el anonimato frente a sus familias y amigos. Aún a pesar de mantenerse una actitud generosa (o quizás por eso), prefieren que no trascienda su decisión.

Analizando este altruismo, admirable por una parte en una sociedad en la

cual presuponemos que la juventud tiene unas miras por lo general egoístas, asombra así mismo la forma en que, al aceptar, deciden asumir todos los inconvenientes, molestias y riesgos (en el caso de las mujeres), que puede ocasionar la donación. Y sorprende sobre todo si se compara con la actitud de las parejas que esperan recibir los gametos como solución a su problema. Porque las charlas con este tipo de pareja suelen ser largas e intensas, llenas de celos y de dudas, que parecen no acabar nunca desde una consulta a la otra. Sin embargo, la información que los donantes necesitan, es la justa y necesaria. Aún a pesar de ser obligado el firmar y comprometerse por escrito de la responsabilidad que asumen (hoja de consentimiento informado), nunca suelen protestar y parecen no tener ningún prejuicio. La pregunta que se plantea es si existe algo entre estas dos generaciones que las hace diferentes en cuanto a su manera de ver la terapia y

sus riesgos (que se corresponde con su manera de ver la vida y las consecuencias), o es que las parejas con infertilidad tienen otra visión del problema, con independencia de su edad cronológica.

En síntesis, por encima del altruismo o el mero interés económico, es reconfortante comprobar la importante dosis de salud mental que existe entre la juventud española, como razón principal para su desprejuiciada, crédula y firme actitud ante el reto de ofrecer sus gametos. Aunque es posible que, lamentablemente, este hecho puede explicarse por la forma en que estos jóvenes perciben la vida y sus desafíos, y que, pasados los años, pueden llegar los escrúpulos, incertidumbres y desconfianzas que suelen despojar al adulto del encanto que ofrece el desenfado de la inmadurez.



DISTEST

DISTRIBUCIÓN DE TESTS PSICOLÓGICOS Y MATERIAL PSICOTÉCNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24, 1º, 2ª. • Teléfono y Fax 96 360 63 41 • 46021 VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- Tests
- MATERIAL DIDÁCTICO
- Bibliografía
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- APARATOS ENURESIS
- BIOFEEDBACK

HORARIO: Lunes a Viernes, de 9 a 14 y de 16 a 19 h.