

Cuando el cuerpo no puede

Clara Giannelli Bozzini*

Flavia A. Navés**

Sociedad Argentina de Psicología en Reproducción Humana Asistida
-SAPRHA-Asociación Civil

Recibido: 11/11/2021 – Aprobado: 18/3/2022

Resumen:

En el presente trabajo nos proponemos visibilizar el padecimiento psíquico de las mujeres que atraviesan un cáncer ginecológico y que, además, deben hacer frente a la imposibilidad de gestar como consecuencia de la enfermedad. Y también reflexionar sobre el trabajo del psicólogo en este ámbito.

Para cumplir con nuestro objetivo nos valdremos del episodio cinco de la segunda temporada de la serie televisiva estadounidense “New Amsterdam” (S2, E 5), estrenada en el año 2018 en Netflix, la plataforma de streaming estadounidense.

Palabras clave: Oncofertilidad, reproducción asistida, gestación por sustitución.

Abstract:

When the Body can't.

In this paper we intend to make visible the psychological suffering of women who go through a gynecological cancer and who, in addition, must face the impossibility of gestating as a result of the disease. And also reflect on the work of the psychologist in this area.

To meet our goal, we will use episode five of the second season of the American television series "New Amsterdam" (S2, E 5), premiered in 2018 on Netflix, the American streaming platform.

Keywords: Oncofertility, Assisted reproduction, Surrogacy.

Una historia de vida

En el episodio cinco de la segunda temporada de la serie “New Amsterdam”, (S2, E 5) la Dra. Helen ve preocupada a su paciente Paz, la cual padece cáncer uterino. Para tranquilizarla, Helen le dice a Paz que solo se hará un examen de rutina con el objetivo de ver el progreso de su tumor. Sin embargo, los resultados no son los esperados.

Al indagar la Dra. Helen sobre la causa de la angustia de su paciente se anuncia que la compañía de seguros “Barcroft” ha decidido unilateralmente no cubrir la subrogación; proceso de reproducción médicamente asistida que estaba próxima a iniciar Paz para concretar su anhelo de tener un hijo, mientras da pelea al cáncer de útero. Su hermana, Jasmine, era quien prestaría su vientre para gestar a su sobrino. En esta escena se produce el siguiente diálogo:

Dra. Helen: *¿Solo viniste para ver el progreso del tumor?*

Paz: *Cómo sabe cuándo el cáncer uterino imposibilitó mi FIV, mi hermana se ofreció a ser mi subrogada y por meses tolero pruebas e inyecciones de hormonas*

*gclara7@hotmail.com

**flaviaandreanaves@gmail.com

Jasmine: *¡LO IBAN A IMPLANTAR LA PRÓXIMA SEMANA!*

Paz: *Pero la compañía de seguros cambió las reglas... ¡ya no cubre la subrogación de ningún tipo!*

Dra. Helen: *¡Es una locura! ¿Cuándo cambiaron las reglas?*

Paz y Jasmine: *Hace tres semanas*

Dra. Helen (dirigiéndose al director del hospital): *Max ¡hace tres semanas dejaron de cubrir la subrogación en una noche!!*

Dr. Max: *¿Aunque ambas tengan la misma compañía?*

Dra. Helen: *Barcroft cubrirá a Jasmine si quiere tener un bebé y cubrirá a Paz si quiere tener un bebé, pero, no cubrirá a Jasmine si quiere tener el bebé de Paz. ¡Dios! ¡El embrión de Paz dentro del útero de Jasmine no les va a costar más dinero! Y las agencias de adopción no hacen fila para darles bebés a mujeres con cáncer... ¿Y ahora? ¿qué? ¿Paz va a esperar tres años para ver si su útero aún es hospitalario después de toda la radiación? ¿Esa es la única oportunidad de ser madre?*

Más allá de que ambas hermanas están en condiciones de iniciar el proceso de gestación por sustitución, la decisión de terceros tuerce el camino que las llevaba a concretar el deseo más ansiado de Paz. Lo que la confronta con su cruel realidad; todo el esfuerzo de Paz, y del equipo médico, para vencer el tumor no tuvo éxito...

Dra. Helen: *Paz tengo tus tomografías de esta mañana. Tu tumor ha dejado de responder a la quimio. Para evitar que se propague tienes que hacerte una histerectomía. Cuando removamos el cáncer de tu cuerpo entrarás en remisión más rápido.*

Paz (llorando): *¿Entonces ya no hay forma para que yo pueda tener un bebé?*

Jasmine: *Oye mírame. Encontraremos la forma.*

Paz (llorando): *Lo siento sé que hay cosas más importantes que eso, pero, siempre soñé con tener un hijo. Sé que eso suena anticuado.*

Dra. Helen: *¡No! No es cierto, ¡suena humano!*

El impacto emocional que produce el diagnóstico de cáncer es enorme, la persona se enfrenta a su propia mortalidad.

Al hablar del tratamiento la supervivencia se convierte en el tema principal y, dependiendo de la edad, el género y la familia, la fertilidad suele convertirse en el segundo tema más importante para la mujer, a veces, inclusive, el más importante.

Paz, lo ejemplifica cuando exclama que por meses ha tolerado pruebas e inyecciones hormonales para embarazarse. Ella vislumbra una salida posible ante el ofrecimiento de su hermana para llevar adelante la gestación por sustitución, al recibir el diagnóstico de cáncer de útero. Para ella, ser madre es tan importante como ganarle la batalla al cáncer y contaba con los medios para lograrlo hasta que la aseguradora decide sacar de su cartilla los tratamientos de subrogación, por considerarlos un gasto innecesario. Gasto que sus clientes cubren con la cuota mensual.

A Paz, le queda sólo una esperanza, si el tratamiento oncológico es exitoso podrá esperar tres años para que su útero aloje a su tan anhelado hijo. Pero, las cosas van más allá de lo que Paz puede soportar. Su tumor ya no reacciona a los tratamientos y la Dra. Helen se confronta

con la difícil situación de explicarle a Paz que deberán extirpar el útero y con él toda posibilidad de concretar su deseo de ser madre.

Si su cuerpo entra en remisión Paz será una sobreviviente al cáncer, pero, no a la infertilidad provocada por su enfermedad. Renunciar a la maternidad parece ser el saldo que pagar para sobrevivir al cáncer; saldo que le cobrará Barcroft gracias a la falta de una regulación clara que pone sobre las cuerdas a las mujeres que, como a Paz, la biología no le da posibilidad alguna de contar con su propio cuerpo para gestar su descendencia cuándo así lo deseen. Para estas mujeres la subrogación debe ser una solución beneficiosa y no maléfica.

Fertilidad y cáncer: ¿una intersección vacía?

Afirman Steta Mondragón, Gallo Steta, Almanza, Álvarez-Valero (2010) que el futuro reproductivo de los pacientes con cáncer se torna ominoso ante la urgencia de recibir tratamientos que lesionan las células germinales. Incluso, aunque los avances obtenidos en fertilización asistida “han permitido una mejor comprensión de la biología gonadal, así como del blastocisto, se hace indispensable determinar cuál es la técnica más susceptible de adaptar al paciente que será objeto de tratamiento antineoplásico” (p. 34). Es necesario precisar las implicaciones biológicas y sociales del estudio de oncofertilidad y determinar las perspectivas de fertilidad según el sexo, la edad, la biología natural de la neoplasia, la naturaleza de los efectos demostrables con el uso de agentes citotóxicos sobre fertilidad, la predisposición anímica del paciente y la selección de los métodos terapéuticos viables (Gallo Steta, Almanza, Álvarez-Valero; 2010).

“En el caso de las mujeres diagnosticadas con cáncer podrían contar con sólo dos técnicas bien establecidas para preservar su fertilidad, a saber: a) proteger sus ovarios de la radiación (ooforopexia) y b) fertilización in vitro de urgencia. Si bien la ooforopexia puede proteger a los ovarios de ser radiados, también puede disminuir las expectativas de lograr un embarazo exitoso. La fertilización in vitro de urgencia permite efectuar la colección de ovocitos maduros, fertilización y formación de embriones para su congelación; sin embargo, la presencia de cáncer puede convertirse en una limitante debido a que la estimulación hormonal necesaria para obtener ovocitos maduros puede retrasar el tratamiento antineoplásico o verse contraindicado en pacientes con tumores sensibles al empleo de hormonales” (Gallo Steta, Almanza, Álvarez-Valero; 2010, p. 35)

Para estos autores, estos conceptos provocaron el desarrollo de una nueva especialidad médica, la oncofertilidad; especialidad que acuña un carácter interdisciplinario para desarrollar y proveer nuevas opciones de preservación de la fertilidad en hombres, mujeres e infantes a quienes se ha diagnosticado cáncer u otra enfermedad ominosa y que ameritan un potencial tratamiento de fertilidad (Woodruff & Snyder, 2008) y, además, estudia la forma de mantenerla antes de iniciar el tratamiento antitumoral con capacidad de afectar a células germinales, salvaguardándolas de toda malignidad, al intentar utilizarlas en fertilizaciones futuras (Gallo Steta, Almanza, Álvarez-Valero; 2010).

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica y la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva recomiendan discutir el impacto del tratamiento del cáncer en la fertilidad con todos los pacientes con cáncer en edad reproductiva. Incluso, sugieren ofrecerles opciones para preservarla y explicarles que, aún preservado sus gametos o tejido ovárico, es posible que su fertilidad sea afectada con lo cual podrían requerir de la donación de gametos,

embriones o la gestación por sustitución. La importancia de esto radica en que, para muchas mujeres, diagnosticadas de cáncer, su fertilidad es una causa más de preocupación y puede afectar la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. La pérdida de la capacidad reproductiva resulta ser casi tan dolorosa como enfrentar el cáncer mismo. Conocer cómo preservarla es fundamental para mejorar su calidad de vida y afrontar la carga de los tratamientos contra el cáncer (Deshpande, Braun y Meyer, 2015); la posibilidad de tener hijos, sobreviviendo al cáncer, puede servir como un poderoso estímulo para su recuperación (Treves, Grynberg, Parco, Finet, Poulain, Fanchin, 2014; Hershberger, Finnegan, Pierce, Scoccia, 2013) aunque no hay que perder de vista que el proceso de fertilización es un factor estresante en sí mismo ya que los individuos se ven enfrentados a una crisis que genera angustia y sentimientos de pérdida y frustración (Arranz-Lara, Blum Grymberg y Ito Sugiyama; 2001).

Como afirma Ariza (2014), la infertilidad supone un tipo de trastorno biográfico (biographical disruption) que obliga a reexaminar la misma subjetividad en tanto un ser capaz de tener planes y expectativas (p. 54). Este desconcierto que produce “no poder” tener un hijo, agregamos no poder hacer nada contra el cáncer que irrumpe en la vida de una persona, es una reacción a un acontecimiento extraño en el marco de una vida planificada de otra manera. Catástrofe que irrumpe en la estructura psíquica desordenando las marcas que ordenaban simbólicamente la experiencia.

Si un cuerpo no puede otro podría enmendar su imposibilidad

Cuando las sobrevivientes al cáncer se topan con la imposibilidad de gestar, hayan o no conservado sus gametos, pueden recurrir a las biotecnologías reproductivas. Este amplio conjunto de técnicas biomédicas contempla la gestación por sustitución, una técnica que, como afirma Carr (2018) es un método de reproducción asistida basado en la evidencia con resultados deseables para la madre solicitante, sin afectar el tratamiento del cáncer y la supervivencia a largo plazo, así como también para la gestante subrogada y el niño por nacer. Su afirmación se basa en investigaciones recientes que demostraron que no hubo diferencia en el riesgo de parto prematuro o una tasa de natalidad más baja entre los grupos que usaron FIV, ICSI, transferencias de embriones congelados y subrogación. En este último el peso al nacer fue significativamente superior. Otros estudios de cohorte retrospectivo de más de un millón de embarazos demostraron que las portadoras gestacionales tuvieron una tasa de embarazos y nacidos vivos superior que las portadoras no sustitutas en todas las metodologías de FIV. En lo que respecta a los aspectos psico-emocionales a largo plazo relacionados con la entrega del bebé, en las mujeres que gestan para otros, las investigaciones han demostrado que no poseen problemas psicológicos a los 6 o 12 meses y hasta los 10 años después del nacimiento, incluso conservan sentimientos positivos respecto de su papel en la construcción de una familia.

Además, Carr (2018), considera a la gestación por sustitución un método ético siempre que la misma sustituta haya actuado de manera autónoma al elegir su papel y que, sin coacción por razones altruistas o financieras, haya firmado libremente el consentimiento informado. Destaca, que es necesario no dejar de lado que su voluntad de ser gestante es generada por una variedad de factores, incluye los emocionales y altruistas, así como los financieros, que deben ser considerados ya que si la mujer es autónoma estos factores no desvalorizan su decisión. En cambio, señala algunas áreas de conflicto ético en el caso de la mujer diagnosticada de cáncer que solicita un tratamiento de gestación por sustitución, con o sin gametos propios, comercial y transnacional que pone el peso de la responsabilidad moral en la futura madre porque podrían

vulnerar los derechos de la mujer gestante si no llegara con vida al nacimiento del bebé o si no lograra sobrevivir al cáncer hasta la vida adulta del niño.

Si bien este problema puede presentarse en cualquier caso de gestación solidaria, es dable reflexionar sobre este punto, no para moralizar la situación, para alertar a los futuros padres, que atraviesan una enfermedad como el cáncer, sobre los potenciales daños y beneficios del tratamiento, sobre el posible acortamiento de su esperanza de vida, sobre las consecuencias de su decisión para el niño por nacer y para ellos mismos durante el proceso de asesoramiento y evaluación psicológica, con el objetivo de que comprendan los aspectos éticos, legales y emocionales que este método conlleva.

Reflexiones finales

En el presente escrito nos hemos servido del episodio cinco de la segunda temporada de la serie “New Amsterdam” (S2, E 5) para reflexionar sobre el padecimiento psíquico de las mujeres que atraviesan un cáncer y ven afectada su capacidad reproductiva. Sobre todo, quienes deban recurrir a la gestación por sustitución para ser madres ya que la misma es una opción viable para estas mujeres.

Este padecimiento físico y psíquico, destaca la importancia de la regulación de la gestación por sustitución, tanto comercial como altruista, y pone en evidencia los abusos que se desprenden de su ausencia y que tienden, fácilmente, a convertirse en la base de una explotación encubierta y en la mercantilización del cuerpo de la mujer.

También nos invita a reflexionar sobre la importancia de una intervención psicológica. Acompañar a un paciente con cáncer y que, además, recurre a la técnica de gestación por sustitución, requiere de un abordaje integral que deberá incluir herramientas de psicoprofilaxis quirúrgica, psicooncología, intervenciones focalizadas hacia el procesamiento de los duelos por la enfermedad presente, por la genética y/o la gestación (Gallo, 2020), pero, también de profesionales psicólogos que tengan apertura y capacidad de asombro para alojar la palabra y los silencios del consultante y, al mismo tiempo, incomodar con la pregunta que instale la angustia y la desesperanza que arrasan con el psiquismo de quienes dan batalla a la enfermedad (Gallo y Navés, 2021).

Referencias

Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, diciembre 2014, n.18, pp.41-73 <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a>

Arranz Lara, L.; Blum Grymberg, B.; Ito Sugiyama, E. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. En *Salud Mental*, vol. 24, núm. 5, octubre, 2001, pp. 30-36 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58252406.pdf>

Carr, SV (2018). *Surrogacy and ethics in women with cancer*, Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.11.001>

Deshpande, N.; Braun, II. y Meyer, F. (2015). Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. En *Cáncer*. November 15, 2015, Vol. 121 (22), pp. 3938-3947. <https://doi.org/10.1002/cncr.29637>

Gallo, D. (2020). *Algunas consideraciones acerca de la preservación de fertilidad futura*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Gallo, D y Navés, F. (2021). La gestación por sustitución como posibilidad de acceder a la maternidad en pacientes supervivientes al cáncer. En Navés, F compl. *Cuerpos Gestantes*, Nueva Editorial Universitaria.

Hershberger PE, Finnegan L, Pierce PF y Scoccia B. (2013). *The decision-making process of young adult women with cancer who considered fertility cryopreservation*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013 ene-feb;42 (1):59-69. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01426.x>

Steta MJR, Gallo SP, Almanza R, et al. (2010). Oncofertilidad. En *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*. Enero-marzo 2010. Vol. 55(1):33-37. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101f.pdf>

Treves R, Grynberg M, Parco S, Finet A, Poulain M y Fanchin R (2014). *Female fertility preservation in cancer patients: an instrumental tool for the envisioning a post disease life*. Future Oncol. 2014 May;10(6):969-74. DOI: 10.2217/fon.13.265

Woodruff, T. K., & Snyder, K. A. (2007). *Oncofertility: Fertility preservation for cancer survivors*. Vol. 138. New York, N.Y.: Springer.