

MADRE HAY MÁS QUE UNA

Samanta Villar



Un relato en primera persona sobre
la aventura de la maternidad

MADRE HAY MÁS QUE UNA

*Un relato en primera persona
sobre la aventura de la maternidad*

SAMANTA VILLAR

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Masanta Films, S. L., 2017

© Editorial Planeta, S. A., 2017

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

www.editorial.planeta.es

www.planetadelibros.com

Primera edición: enero de 2017

Depósito legal: 24.354-2016

ISBN: 978-84-08-16517-0

Preimpresión: Víctor Igual, S. L.

Impresión: Black Print

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como **papel ecológico**

Índice

ANTES DE VIOLETA Y DAMIÁ

1. El quirófano... La infertilidad	13
2. Empieza el tratamiento hormonal	21
3. Duelo genético	25
4. Mi concepción de la maternidad	40
5. Aparece la donante	59
6. Vuelta a empezar	62
7. Un final incierto	72
8. Vivir los ciclos	78
9. Vendo Gonal	84
10. El aborto	91
11. Por fin	119

EMPIEZA EL EMBARAZO EN SERIO

12. El primer trimestre	127
13. El primer trimestre, además de las náuseas	148
14. El segundo trimestre	157
15. La historia de Esther y Naza: la nueva invasión vikinga	164
16. Son niña y niño	181

17. La prueba morfológica	186
18. Cómo estoy yo en estos meses	193
19. El sexo en el embarazo	197
20. El tercer trimestre	205
21. Partos transgresores: el nacimiento Lotus	220
22. Sueños de embarazada	236
23. Las últimas semanas antes de parir	240
24. El parto	244
<i>Epílogo. El posparto</i>	261
<i>Agradecimientos</i>	271

El quirófano... La infertilidad

La puerta del quirófano se abre y dos mujeres entran pronunciando mi nombre con voz chillona.

—¿Samanta Villar?

Soy yo.

El quirófano tiene las dimensiones de una capilla. Nada le sobra ni le falta. Paredes blancas, una camilla firme donde recostarme y abrir las piernas con comodidad. Un ecógrafo y, sobre mí, una lámpara cenital más grande que la de los dentistas. Probablemente, podríamos hacer esto mismo en una habitación con muebles de madera y luz natural, pienso, y sería más agradable. Tengo la impresión de que no se necesita una gran asepsia para una fecundación *in vitro*, aunque todos vamos con batas, patucos y cofias. Lo que van a hacer es introducirme una cánula que contiene dos embriones, los «mejores» que han conseguido. No tienen que hacerme ninguna incisión que requiera material esterilizado, aunque seguro que es mejor asegurarse de que no contaminamos mi endometrio con alguna bacteria perdida.

—¡Traigo dos embriones preciosos! —exclama una de las biólogas en un tono aniñado.

En mi primera fecundación *in vitro* me sorprendió que me hablaran con ese volumen. En la tercera, deduje que era parte del protocolo para asegurar que los embriólogos no están introduciendo los embriones de otra pareja en la mujer equivocada.

Esto, por insólito que parezca, ha sucedido. En Italia, en diciembre de 2013, el hospital Sandro Pertini de Roma implantó por error dos embriones de una pareja en otra mujer de apellido desafortunadamente parecido, y viceversa. La *in vitro* cruzada dio lugar solo a un embarazo, gemelar, y en los padres equivocados. La confusión salió a la luz de casualidad en una villocentesis, una prueba prenatal para detectar patologías genéticas, y el caso llegó a los tribunales, que sentenciaron que la pareja gestante eran los padres legales de los bebés, aunque genéticamente no fueran suyos. El caso conmovió a Italia y al mundo.

Otro incidente que saltó a los medios de comunicación fue el de una pareja blanca de Irlanda del Norte que en 2009 dio a luz a un hijo negro. La clínica había fertilizado el óvulo de la mujer erróneamente con espermatozoides de un donante sudafricano. En 1993, Wilma Stuart, una mujer holandesa, pudo quedarse con los gemelos negros que había dado a luz; pero en 1998, una mujer de Nueva York, Donna Fasano, tuvo que entregar al bebé a sus padres biológicos. En 2002, otra mujer blanca dio a luz gemelos negros en una clínica del Reino Unido.

—Se toman enormes precauciones para evitar que esto ocurra —declaró al diario *The Sun* un portavoz de la clíni-

ca perteneciente a la red del Sistema Nacional de la Salud británico, el NHS—. Este es un caso entre un millón.

Desde hace unos años en algunos centros de reproducción asistida españoles se utilizan los sistemas de seguridad más sofisticados que hay en el mercado para garantizar la trazabilidad de las muestras biológicas (óvulos, espermatozoides y embriones) y eliminar cualquier confusión en su identificación. Pero el error humano sigue existiendo. Lo de gritar en el quirófano es rudimentario, aunque seguramente efectivo. Así que el tono chillón de las biólogas, por molesto que sea, es de agradecer.

Estoy con las piernas abiertas, observando a mi izquierda la pantalla donde se proyecta la imagen del ecógrafo. Al otro lado tengo a mi marido, Raül. Supongo que mira la pantalla como yo, pero no lo sé, porque estoy concentrada en lo que me va contando una enfermera con cofia de colores que me habla en un tono cariñoso. Raül y yo estamos cogidos de la mano. Somos un equipo. Aquí ya no nos sentimos nerviosos. Todo lo que podíamos hacer ya está hecho. Ahora toca relajarnos y confiar en los profesionales.

La enfermera me señala una raya blanca, que es la cánula que el ginecólogo me está introduciendo. No noto nada. La cánula se detiene al llegar al endometrio. Al cabo de unos segundos, oigo un pistonazo y veo cómo una gota blanca choca contra las paredes de mi endometrio.

—¡Hala! —exclama la enfermera de la cofia de colores—. Qué bonito, ¿verdad? Se ha visto perfectamente. Ahí van los embriones.

Yo asiento. Estoy asombrada por la eyaculación. Nos dejan solos unos minutos en el quirófano antes de llevarme

a la cama para que repose. Todo el personal nos desea suerte en un tono protocolario. Como quien dice «buenos días» al entrar en un estanco.

Yo no creo en la suerte. Pero es cierto que las técnicas de reproducción asistida tienen un nivel de éxito que puede resultar decepcionante, un 50 por ciento o menos en la mayoría de las clínicas. Cada intento es como lanzar una moneda al aire; aunque, estadísticamente, cuantas más tentativas se acometan, mayor será la probabilidad de conseguir el embarazo.

Nosotros llevamos cuatro años buscando el bebé y sin ayuda de la ciencia tendríamos unas posibilidades en torno al 5 por ciento de lograrlo. Pero hemos conseguido vivir este tiempo sin angustia, a diferencia de muchas parejas.

Como todos los que no consiguen concebir en un tiempo razonable, tuvimos una fase en la que nos planteamos las relaciones sexuales con la única finalidad del embarazo, pero fue Raül quien me hizo recapacitar.

—Es que es como un trabajo —me dijo en tono lastimoso.

Raül tiene la capacidad de hacerme reír. Me reí entonces, me enterneció, me despertó el instinto protector. Y decidimos que no estableceríamos calendarios de coitos, ni controlaríamos mi temperatura basal para detectar la ovulación, ni nos fijaríamos en mi flujo buscando mi momento más fértil, ni compararíamos los mucho más fiables medidores de ovulación. Simplemente haríamos el amor como habíamos venido haciendo durante toda nuestra relación. Incluso ahora, con las posibles consecuencias que la decisión de tener sexo sin estar obsesionados con el em-

barazo pudo tener en mi capacidad reproductiva, creo que tomamos la decisión acertada. Porque lo que más me preocupaba es que buscar al bebé derivara en un conflicto o provocara una ansiedad que afectara a nuestra relación de pareja, que desde el principio había sido excelente. Así que seguimos queriéndonos como hasta entonces, sin preocuparnos de si me quedaría embarazada o no, durante un año y medio más, aproximadamente.

Cuando ya quedó claro que debíamos acudir a los especialistas, lo hicimos. Pero yo en aquella época viajaba mucho por motivos de trabajo y no fui demasiado exhaustiva con las pruebas médicas. Algunas veces no podía ir al médico porque estaba de rodaje y debía esperar otro mes para hacerme los exámenes. A diferencia de otras patologías, la infertilidad requiere de pruebas diagnósticas en días muy determinados del ciclo menstrual. Yo decidí tomármelo con calma. No me apremiaba el tiempo, aunque sabía que no me quedaba demasiado. O siendo más honesta, creo que en aquel momento el sentido de la responsabilidad por el trabajo era superior a las ganas de ser madre. Tenía treinta y siete años y creía que con la ayuda de los médicos conseguiría ser madre de un modo u otro. No me equivocaba, aunque, visto en perspectiva, ahora habría preferido dejar algunos reportajes de lado y concentrarme antes en las pocas posibilidades que me quedaban de ser mamá.

A los treinta y cinco años ya hay una disminución importante de la fertilidad en la mujer. Esto nos lo dicen poco a las chicas. Nacemos con una cantidad determinada de óvulos y estos no se dividen nunca más, o sea, que los óvulos tienen la misma edad que nosotras. De los aproxima-

damente trescientos mil ovocitos que tenemos en la pubertad, en cada ciclo menstrual se pierden unos mil. A los treinta y cinco años queda aproximadamente el 10 por ciento de los ovocitos y son los de peor calidad.

Por eso, al pasar los treinta y cinco años se hace más difícil lograr un embarazo. Y, si finalmente se consigue, cuesta más retenerlo. Hay una alta tasa de abortos espontáneos. La causa natural es que los óvulos tienen mecanismos celulares menos perfectos para corregir los defectos que normalmente ocurren en los embriones y es más frecuente que haya embriones genéticamente anormales. El aborto espontáneo aparece, entonces, como un mecanismo de preservación de la especie.

Después de los treinta y ocho años hay otro bajón en la tasa de fertilidad importante, tiene que ver con la capacidad celular de regeneración. Después de los cuarenta y un años, la fertilidad se reduce drásticamente, porque la edad natural de la mujer para ser madre termina más o menos de los cuarenta y uno a los cuarenta y cuatro años.

Pero todo esto no me lo contaron en el colegio. Tampoco mi madre lo sabía y por eso no me pudo informar. Paradójicamente, me dediqué toda mi vida fértil a prevenir un embarazo no deseado cuando en realidad mi problema acabaría siendo el contrario. A veces me planteo cuánto dinero me debí gastar durante tantos años en métodos anticonceptivos absurdamente, o a partir de qué momento dejaron de ser necesarios. Todos los que tenemos problemas para concebir acabamos pensando eso antes o después.

Finalmente decidí cogermé unos meses de descanso del trabajo para poder pasar más tiempo en casa y concentrar-

me en quedarme embarazada. Tanto por el método natural como con la ayuda de la ciencia. Era el año 2014. Todavía no sabía que tardaría año y medio más en conseguirlo.

Una sencilla analítica en seguida dio con el problema. La hormona antimülleriana (AMH), también denominada hormona inhibidora mülleriana, que indica cuántos óvulos válidos tiene todavía la mujer en los ovarios, era anormalmente baja. En resumen, como diría Raquel Sánchez Silva, tenía los óvulos contados. Después vino la confirmación a través del recuento de folículos.

—Veo tres—me dijo el ginecólogo—. Se considera que una mujer tiene una reserva ovárica adecuada o normal si tiene de seis a diez folículos. Baja reserva ovárica si el recuento es inferior a seis y alta reserva ovárica si es superior a doce.

Los folículos no son óvulos. Son una especie de saquitos diminutos que están en el ovario y que contienen a los óvulos (entre otras células). En cada ciclo menstrual, uno de esos folículos madura más que los demás y da lugar a la expulsión de un óvulo. El resto se atrofia, es decir, desaparece o muere como parte de un proceso biológico programado. Cualquier mujer podría conocer su reserva ovárica en una ecografía ginecológica rutinaria con un simple recuento de folículos si se la practicaran en los primeros días del ciclo. De esta forma, un porcentaje no despreciable de mujeres podría saber con antelación si la reserva es adecuada o no. Quizá muchas personas se plantearían buscar el embarazo antes si conocieran esta condición. No hay que olvidar que el ovario, por desgracia, es un órgano que se cansa pronto. Tiene una vida media inferior a la de otros

órganos. Ahí está la menopausia para certificarlo. Pero pocas mujeres lo tienen en cuenta y, cuando lo hacen, como yo, habitualmente es demasiado tarde.

—No te aconsejo la inseminación en este caso. Podríamos probar una fecundación *in vitro* con tus propios óvulos. Si no funcionara, recomiendo la donación de óvulos —dijo mi ginecólogo.