

Panorama actual de la reproducción asistida en mujeres lesbianas

Current frame of the assisted reproduction technics in lesbian women

Romeu M^{1,2}, Herrero G¹, Montañana V^{1,2}, Monzó A^{1,2}, Romeu A¹

¹Servicio de Reproducción Asistida (Ginecología) del Hospital Universitario La Fe de Valencia; ²IMER, Instituto de Medicina Reproductiva, Valencia.

Resumen

La revisión de los estudios disponibles en MEDLINE parece indicar que no existen diferencias entre las familias heterosexuales y homosexuales en cuanto al desarrollo psicológico, sexual y social del los niños que crecen en dichas familias.

Se estima la población lesbiana en un 0,2% de las mujeres entre 18 y 49 años, unas 258.500 mujeres. La ley 13/2005, permite desde el año 2005 el matrimonio entre personas del mismo sexo, en España hubo 1.384 matrimonios entre mujeres en el año 2006, además existen 3.619 parejas formadas por mujeres, y se estima que unos 300.000 niños viven en el seno de familias homoparentales.

En ausencia de causas de esterilidad, la mujer lesbiana anteriormente podía gestar manteniendo relaciones sexuales o realizándose inseminaciones intravaginales. Tales prácticas vulneraban su condición sexual y la de su pareja, y no estaban exentas de riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas, además al ser el donante conocido podría reclamar derechos sobre el nacido en un tiempo posterior. Los centros de reproducción asistida ofrecen garantías de no transmisión de infección y anonimato del donante para realizar inseminaciones. Si existe alguna causa de esterilidad, puede ser necesaria una fecundación in vitro con semen de donante e incluso plantearse una donación de ovocitos. Se ha planteado la opción de ser la compañera pareja quien lo done. Los argumentos esgrimidos a favor son el conocer el origen genético de los mismos y el vincular a ambas mujeres con el nacido ya que una aporta sus genes y la otra lo gesta. De aceptarse tales prácticas, ¿cuál sería el marco legal y médico que debiera enmarcarlas? ¿debería aplicarse la misma normativa que se aplica a las donantes actuales? En una sociedad que legaliza el matrimonio homosexual y en la que cada vez el concepto de familia es más complejo, ¿qué postura deben adoptar los profesionales de reproducción asistida para atender a cada individuo en el marco de la ley?

Palabras clave: Lesbianas. Donación ovocitos. Técnicas de reproducción asistida. Anonimato.

Correspondencia: Dra. Mónica Romeu
Servicio de Ginecología (Reproducción Humana)
Hospital Universitario La Fe
Avda. Campanar, 21
46009 Valencia

Summary

Systematic review of publications available at MEDLINE does not seem to show any difference between heterosexual and homosexual families in terms of children growing in such families' psychological, sexual and social development. Overall development was found to be normal.

Lesbian population has been estimated in 0.2% of women between 18 and 49 years old, around 258,500 women. The law 13/2005, July the 1st, allows, since 2005, same sex persons to get married; in fact, 1,384 weddings between women took place in 2006. Furthermore, there are 3,619 lesbian couples and around 300,000 children do actually live in homoparental homes (masculine and feminine).

In the absence of sterility, lesbian woman gets pregnant having intercourse or receiving vaginal inseminations. Both practices damaged her sexual condition and her partner's and weren't free of sexually transmitted diseases transmission risk. Moreover, the known donor will always be able to claim his rights as father of the born. Assisted Reproduction Centres warrant lack of the first ones and donor anonymity to undergo intrauterine inseminations. But, in the presence of sterility, it can be necessary an in vitro fecundation with donor sperm and even an egg donation. The other woman of the couple could be the one to donate her eggs. Arguments in favour are the known genetic origin of them and the link created between both women and the child knowing that the first contribute with her genes and the other carrying the gestation. To accept such practices, what legal and medical framework should be raised? Should be applied the same regulation applied to donors? In a society that legalizes homosexual weddings and within the family concept y more and more complex, what attitude should be adopted by assisted reproduction techniques professionals to agree each one in the legal framework?

Key words: Lesbians. Oocyte donation. Assisted reproduction techniques. Anonymity.

INTRODUCCIÓN

Es una realidad social actual el aumento de la demanda de técnicas de reproducción asistida por parte de mujeres solas, hetero u homosexuales y de mujeres con pareja de su mismo sexo. La mujer puede gestar y, en consecuencia, para ser madre, a diferencia del hombre, sólo "necesita" que se le proporcione el gameto masculino.

En ausencia de factores de esterilidad, la mujer cuando desea un hijo puede reproducirse manteniendo relaciones sexuales. No obstante, hacer tal cosa para la mujer homosexual puede resultar de una violencia intolerable. Históricamente las parejas lesbianas han solventado este problema realizándose inseminaciones intravaginales con semen de algún varón conocido; sin embargo tal práctica no está exenta de riesgos. Los más señalados son: el varón puede, posteriormente reclamar sus derechos de paternidad sobre el nacido; además existe la posibilidad de transmisión de enfermedades. En la actualidad estos dos inconvenientes serían solventados en los centros de reproducción asistida que garantizan el anonimato del donante y además descartan enfermedades genéticas e infecciosas.

Sin embargo, para algunos médicos no es fácil aceptar estas demandas y se hace necesaria una refle-

xión que permita que, tanto la aceptación como la negativa, estén sólidamente fundamentadas.

MARCO SOCIAL, LEGAL Y ÉTICO

Los cambios sociales nos estimulan a replantear algunos de los conceptos que habíamos aceptado sin discusión durante muchos años.

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad (según el artículo 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. La Constitución Española desde 1978 protege a la familia a nivel social, económico y jurídico. Son protegidos todos los modelos de familia ya que no se recoge un modelo único y restrictivo de familia (1). La familia es el ámbito prioritario y fundamental de convivencia y afecto; el adulto (o los adultos) integrantes de la familia deben cumplir las funciones de protección y socialización con respecto a los menores.

La definición tradicional del matrimonio ha sido: "La unión entre un hombre y una mujer, donde los hijos nacidos de la mujer son reconocidos como descendientes legítimos de los cónyuges" (2). Tal definición ha sido criticada (3) por no presentar un carácter universal y también porque no siempre la pareja está

formada por un hombre y una mujer. Además, debido a la multiculturalidad de nuestra sociedad occidental, es preciso ampliar la noción de matrimonio a las relaciones legales existentes en las diversas culturas.

Al matrimonio se accede mediante distintas formas de prestar el consentimiento, ya sea mediante formas civiles o religiosas -todas las confesiones son iguales ante la Ley-. El derecho a contraer matrimonio es subjetivo y es reconocido en distintos textos y convenios internacionales. Sin embargo, no se ha tenido en cuenta que el matrimonio es una institución cuyo contenido varía enormemente según las distintas culturas. En la actualidad se habla de un aumento significativo de formas de nuevas familias que son estructuras familiares diferentes a las de la familia tradicional (hombre y mujer con hijas/os biológicos). Estas nuevas familias se apartan del modelo tradicional pero, por otra parte, algunos de estos modelos no son nuevos en un sentido histórico. La familia monoparental (un solo adulto con hijas/os biológicos o adoptados) es un ejemplo claro. En Europa, los hogares monoparentales han ascendido debido al aumento de los divorcios, pero también ha crecido el número de solteros que desean hacerse cargo de sus hijos sin convivir con otro adulto. Estos modelos no serían más que una variación de un modelo históricamente en uso; es similar al de las viudas y viudos quienes han educado desde siempre a sus hijos por sí solos.

La Ley 13/2005 española modificó el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio siguiendo una Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de febrero de 1994, en la que pedía a la Comisión Europea que recomendase poner fin a la prohibición de contraer matrimonio a las parejas de mismo sexo, y garantizara los plenos derechos y beneficios del matrimonio entre homosexuales (4).

En general, existen analogías entre las parejas de hecho y el matrimonio; ambas instituciones persiguen las mismas finalidades: creación de una comunidad de vida entre dos sujetos, fundada sobre deberes de asistencia moral y material (2).

En el contexto multicultural actual, la familia es una realidad que debe ser protegida por el derecho, aunque se trate de diferentes modelos de familia. Las "parejas de hecho", las "familias monoparentales" y las "familias homosexuales" son también otros modelos de familia a proteger. Sin embargo, en la sociedad multicultural actual algunas diferencias son muy marcadas con respecto al matrimonio tradicional (nos referimos a los matrimonios contractuales islámicos y a los matrimonios poligámicos en emigrantes africanos). En todo caso, los "modelos de familia" que no reciban protección jurídica deben ser delimitados con

sumo cuidado para no vulnerar el mandato constitucional de "protección a la familia". En nuestra sociedad europea la cuestión actual límite a discusión sería si la familia poligámica y los matrimonios contractuales son modelos de familia también a proteger.

Se llama heterosexual a la persona cuyas relaciones afectivas y sexuales fundamentalmente son individuos del sexo opuesto. Por lo mismo, se denomina homosexual (lesbiana o gay) a la persona cuyas relaciones afectivas y sexuales fundamentales son con individuos de su mismo sexo. El término gay es utilizado en ocasiones tanto para hombres como para mujeres; cada vez es más frecuente referirse a los hombres homosexuales como gays y a las mujeres homosexuales como lesbianas. Bisexual sería la persona que se siente atraída y tiene actividad sexual con personas de ambos géneros.

El desarrollo psicosexual de la persona tiene tres elementos fundamentales: identidad de género, rol sexual y orientación sexual (5). La identidad de género es la identificación de uno mismo como mujer u hombre. Generalmente un niño lo adquiere alrededor de los 3 años y no se puede cambiar. Parece haber consenso en que la identidad de género estaría más relacionada con aspectos psicológicos que biológicos. Así, el sexo que se le asigna al bebé y en el que se le cría sería lo determinante. El rol sexual es todo lo que una persona dice y hace que se asocia con ser hombre o mujer en una cultura dada. No cabe la menor duda de que el rol sexual se ve influido por el entorno. La orientación sexual aparece mucho más tarde; es la preferencia subjetiva por personas del mismo sexo o del opuesto, o de ambos. Existe mucha controversia sobre si los padres pueden condicionar o no en este aspecto. Parece ser aceptado por las diferentes teorías psicológicas que es la calidad de las relaciones entre padres/hijos lo importante y no la orientación sexual de los padres.

Madre biológica es la madre que gesta y pare al niño. Madre social sería la pareja íntima de la madre biológica e involucrada en la crianza y matemaje de ese bebé.

Algunas personas solteras u homosexuales con o sin pareja desean tener, criar y educar hijos. Como no existe evidencia para muchos autores de que los niños educados por los padres solteros u homosexuales padezcan desventajas por el hecho de la monoparentalidad o de la homosexualidad de sus progenitores es comprensible que los interesados defiendan que los programas de reproducción deberían aceptar tratar a todas las personas independientemente de su estado civil o su orientación sexual.

Esto plantea preguntas acerca de los derechos reproductivos, el bienestar de los niños, la discriminación

de los homosexuales y la autonomía del profesional. La pregunta que lo englobaría todo sería: ¿Es aceptable tratar a personas solteras o a parejas independientemente de su orientación sexual? Si es ético proveer tales servicios, la segunda pregunta sería: ¿Los programas de reproducción asistida están obligados a tratar a todo el mundo, independientemente de su género, su estado civil o su orientación sexual? En función de cada respuesta se plantearían diferentes opciones. Cada vez en más estados de Europa se acepta que existiría obligación ética de tratar a todas las personas por igual, independientemente de las características antes señaladas. De hecho, el 23 de enero de 2008, la Gran Sala del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo condenó la discriminación basada en la orientación sexual en un proceso de adopción, sentando jurisprudencia al ser vinculante para todos los países europeos que suscribieron la Convención de Derechos Humanos.

Es importante conocer que nueve países europeos permiten la adopción de niños por parejas de gays o lesbianas (Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Islandia, Noruega, Holanda, Reino Unido y Suecia). En España, el Código Civil permite desde 2005 el matrimonio gay y la adopción por parte de una pareja del mismo sexo. Sin embargo, en ocasiones la ideología o las creencias han dificultado la adopción de hijos por lesbianas (6). Recientemente una jueza de Algeciras ha reconocido a dos lesbianas como madres de una niña nacida por inseminación artificial. Hasta ahora la mujer no gestante de una pareja lesbiana, aún casada, se veía obligada a iniciar los trámites de adopción para ser reconocida como progenitora. Las asociaciones de lesbianas reclamaban el derecho de igualdad con el matrimonio heterosexual donde el marido se inscribe directamente en el Registro Civil como progenitor (7). Recientemente, la Disposición adicional primera de la Ley 3/2007 ha introducido un nuevo apartado 3 en el artículo 7 de la Ley 14/2006 que permite a la mujer casada “manifestar ante el encargado del Registro Civil que consiente en que cuando nazca el hijo de su cónyuge se determine a su favor la filiación respecto del nacido”.

Por otra parte la imagen de la familia tradicional nunca ha sido del todo cierta y lo es todavía menos desde el reciente aumento de las tasas de divorcio, los nacimientos fuera del matrimonio, la adopción, las técnicas de reproducción asistida, el reconocimiento de los derechos de las mujeres, el movimiento gay y otros factores socio-económicos (8,9) (emigración, globalización, multiculturalidad). Estamos siendo testigos de un cambio en la naturaleza de la reproducción y de la familia. A pesar de que la mayoría de na-

cimientos sigue teniendo lugar en el seno de familias de heterosexuales unidas en matrimonio, emergen nuevas variaciones. La reproducción en el matrimonio ya no es sólo coital, y puede incluso necesitar de gametos donados. Por otro lado, la aceptación social de homosexuales, hombres y mujeres, también ha cambiado. No sólo cada vez más personas solteras solicitan servicios de reproducción asistida para poder tener hijos, sino que muchos homosexuales actuales tienen hijos de relaciones heterosexuales anteriores (10).

Esto acentúa el debate de si se debe aceptar en programas de reproducción asistida a homosexuales. La posible decisión dependería del equilibrio de tres importantes valores: del deseo de la persona o personas de querer ser progenitor, de la protección del bienestar del nacido y sí la autonomía del profesional puede suponer una limitación en su deber de no discriminar en función del estado civil o la orientación sexual.

Hay sectores que se oponen a la reproducción de personas solteras u homosexuales abogando por el bienestar de la descendencia. Argumentan que el mejor entorno para la crianza del niño es el de la familia de un matrimonio heterosexual y se resisten a aceptar cualquier otra alternativa. Al límite, aceptarían que el bienestar del niño puede asegurarse en alguna otra opción, como las mujeres solas o en pareja lesbiana, pero en ningún caso en las parejas de homosexuales varones o los hombres solteros, ya sean hetero u homosexuales. El sentimiento colectivo de donde partimos en nuestra cultura es que los niños necesitan una madre y un padre. Hay quien cree que los hijos de parejas homosexuales sufrirían aislamiento social y problemas en el momento del desarrollo de su identidad y su orientación sexual (11, 12). Los hombres solteros tienen la imagen preconcebida de ser menos atentos y menos capaces de criar un hijo que la mujer, incluso se ha afirmado que estos niños estarían en mayor riesgo.

Sin embargo, no existe evidencia de que tales creencias correspondan con los hechos (13). Así, no es posible afirmar que haber crecido con un padre homosexual suponga efectos negativos sobre los hijos (14-16). Al contrario, en algunos estudios, las diferencias fueron a favor de los padres homosexuales, que parecen estar más alerta sobre las necesidades de sus hijos y ofrecen mejores cuidados que los padres heterosexuales (17-20).

En general, en la cultura occidental, cada vez más, la tendencia es enfocarlo como una obligación ética de tratar a todos por igual y con el mismo respeto.

EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil estimar el tamaño de la población homosexual a la que nos estamos refiriendo. Además, existe desplazamiento en la actividad sexual, los homosexuales no siempre se mantienen toda su vida adulta como tales, cosa que dificulta conocer exactamente de cuánta población se trata (21).

En la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada (22) por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2003 a personas entre 18 y 49 años, un 0,2 (de las mujeres encuestadas se declaró "exclusivamente homosexual" mientras que un 2,5% de las mismas se declaró bisexual) (19).

Se estima pues que un 3,9% de los hombres y un 2,7 de las mujeres de la población española han mantenido relaciones homosexuales en algún momento. En términos poblacionales, al menos 645.300 personas entre 18 y 49 años han mantenido relaciones con personas de su mismo sexo, de ellos 386.800 son hombres y 258.500 mujeres.

Las prácticas homosexuales parecen ser más frecuentes entre los jóvenes, como se puede observar en el Informe Juventud en España, 2004, en el 3,4% de los hombres y 2% de las mujeres de 15 a 29 años declaran haberlas mantenido en el último año (23).

En el contexto europeo, el 2,7% de las mujeres homosexuales españolas (2003) puede ser comparado con el 2,2% de Portugal (1999) (24) y el 1,3% de Italia (1998) (25); el 2,4% de Bélgica (1993) (20), el 2,7% de Francia (1992) (20), el 1,7% del Reino Unido (1990) (26) y el 3,8% de Noruega (1992) (20).

En el año 2006, en España hubo 4.574 matrimonios cuyos cónyuges eran del mismo sexo (27), 3.190 eran entre hombres y 1.384 entre mujeres (28). En cuanto a número de parejas, según la Asociación de Familias Gays y Lesbianas con Hijos e Hijas (GALEHI) existen 10.474 parejas de homosexuales, de las que 3.619 están formadas por mujeres y 6.855 por hombres. Esta misma asociación estima que unos 300.000 niños viven en el seno de familias homoparentales. Este dato no se corresponde con los del INE, probablemente porque muchas personas no se han censado como homosexuales. Según la estimación de esta asociación un 27% de parejas de lesbianas y un 10% de parejas gays tienen hijos.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los argumentos esgrimidos en contra de las familias de lesbianas son que la ausencia de la figura paterna y la orientación sexual de la madre tendrán

efectos deletéreos sobre el desarrollo del niño (29). El desarrollo de los niños educados en tales familias viene siendo estudiado desde hace 30 años, y sus resultados publicados (36). Las primeras revisiones fueron realizadas con el objeto de conocer la posible afectación de los niños, llegando a la conclusión de que no hay diferencias significativas con los niños educados en familias heterosexuales.

En resumen, los hijos pueden ser fruto de una relación heterosexual previa de una o de las dos mujeres, pero también pueden ser el fruto de la búsqueda activa de dos mujeres por tener un hijo en común y el deseo de compartir la custodia del mismo desde el inicio (30).

En la Sociedad Americana de Psicólogos se presentaron los primeros estudios sobre la equivalencia de la paternidad de las parejas homosexuales en 1979 (31). Dicha organización, en 2004, llega a la conclusión de que no existen diferencias: "Los niños criados por homosexuales son mentalmente tan sanos como los de padres heterosexuales" (32, 33).

Parece que los niños de parejas homosexuales se muestran más abiertos a la idea de poder considerar tener una pareja homosexual en un futuro. Como es comprensible, estos niños se muestran más tolerantes frente a la homosexualidad (34-36). El desarrollo emocional (37) y las relaciones sociales de estos niños, no son de peor calidad, ni en los aspectos emocionales, ni en las relaciones sociales (8, 30, 31, 35, 38-42).

Los estudios en niños basados en cuestionarios presentan limitaciones ya que los niños pueden contestar aquello que perciben que es socialmente deseable; por debajo de los 9 años las respuestas son de aceptable validez y fiabilidad. También pueden mostrarse reacios a compartir percepciones y experiencias propias cuando se les pregunta directamente sobre ellas, sobre todo si las mismas han sido negativas (43). Se ha tratado de superar tales limitaciones con investigaciones que incorporan juegos y apoyos (44-48). La observación de los temas de los juegos de los niños es una forma privilegiada de acceder a su mundo interior. Permite analizar la relación con los padres desde el punto de vista del niño, así como su desarrollo emocional y comportamiento. Estos niños tienen una figura materna femenina y una figura paterna masculina en sus narraciones y tienen clara conciencia de lo que es una familia tradicional y de lo que son las normas sociales. Los niños de familias lesbianas que informan a sus compañeros de la naturaleza de su familia, observan que los amigos más allegados reaccionan positivamente, pero para otros compañeros resulta difícil entender que alguien tenga dos madres y no tenga padre (49, 50).

La mayoría de las familias de lesbianas desde el origen comparte las tareas relacionadas con la crianza de los niños (40, 51, 52), en mayor grado que las parejas heterosexuales (53). Muestran superioridad en su habilidad de identificar aspectos críticos del cuidado del niño y de formular soluciones apropiadas a los problemas detectados (54,55). Tanto la madre biológica como la social establecen fuertes vínculos afectivos con el hijo, y parece que la madre social alcanza mayor calidad tanto en la interacción madre-hijo (56, 43, 57) como en las habilidades de toma de conciencia de la maternidad (58, 59).

La presencia de la madre social implica que coexisten dos figuras femeninas en el hogar. Hasta la actualidad, esta situación no tenía cabida en la definición social de lo que constituía una familia. La ausencia de palabras para designar la posición de la madre social en la familia es importante, ya que es a través del lenguaje que uno se describe a sí mismo y sus experiencias (60). Por otra parte, hay muchas cuestiones abiertas a la disensión, por ejemplo: ¿cuál es el rol social de la madre social? ¿Es una segunda madre o se caracteriza más por adoptar un modelo paternal? En torno al papel de la madre social gira la ambivalencia. En la mayoría de familias de dos madres, ambas se consideran iguales; en otros casos, aparecen sentimientos de celos y competitividad en cuanto a los lazos afectivos y aspectos de la crianza de los niños. Como los padres adoptivos, la madre social se enfrenta a la dificultad de desarrollar un sentido adecuado de progenitor (61).

Hemos observado como otros autores que muchos de los estudios revisados presentan sesgos importantes; los más señalados son: están limitados en el tiempo, pueden existir consecuencias en el desarrollo psicológico de los niños que todavía no hayan dado la cara, la mayoría de estudios cuentan con muestras pequeñas conseguidas en unidades de reproducción o en organizaciones de homosexuales, se incluyen tanto familias de lesbianas monoparentales como biparentales, la inclusión de voluntarios aporta al estudio personas que muestran interés por participar, tal motivación frecuentemente introduce sesgos. Es igualmente cuestionable la elección de los grupos control, los modelos heterosexuales o monoparentales pueden presentar tal variedad de factores no controlables que sea finalmente difícil extraer conclusiones extrapolables. Por último, es de señalar que la mayoría de los datos recogidos han sido aportados por las madres que, conscientemente o no, intentan dar la mejor imagen de sí mismas y sus familias. Por todo esto, en el futuro, serán de especial interés las investigaciones dirigidas a los niños, a conocer sus propias opiniones

(62). Obviamente se necesitarán estudios con tamaños muestrales mayores e hijos de edades mayores.

TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN EN MUJERES LESBIANAS

Es un debate en los centros de fertilidad si tratar o no a parejas especiales (lesbianas, padres solteros, padres de edades avanzadas o con enfermedades severas). Hay centros que evitan tratamientos en tales casos abogando por los intereses del niño (63, 64). En las lesbianas, la ausencia del padre es considerada como un riesgo para la aparición de confusión en la identidad de género (65-67). Además se cita que las lesbianas son más inestables emocionalmente e incapaces de asumir el rol de la maternidad (68) lo cual podría afectar el desarrollo del niño.

Algunos especialistas en reproducción optan por hacer una revisión individualizada de cada caso y se apoyan en su autonomía y responsabilidad para decidir sobre el tratamiento. Esta actitud la justifican apoyándose en que no existe literatura científica disponible.

La pregunta a plantearse sería: ¿Existe evidencia empírica para asumir que el desarrollo psicosocial del niño y la calidad de la paternidad después de tratamientos de infertilidad en estos pacientes difiere de las de las familias heterosexuales sanas? Salvo que uno mantenga el punto de vista tradicional abogando por la importancia de la familia biparental heterosexual en el desarrollo de la personalidad, parece poco probable que el desarrollo social y emocional de los niños nacidos de tratamientos de reproducción con gametos donados a mujeres solas sea diferente del de los niños que se encuentran en familias heterosexuales mono-parentales o en familias lesbianas. En los primeros años de vida, los niños no perciben los prejuicios sociales y si se encuentran en desventaja material, este no es un efecto directo de crecer en una familia con sólo uno de los progenitores, sino el resultado de defectos de nuestra sociedad. En los casos de mujeres lesbianas, hay que señalar que probablemente criarán a sus hijos con una compañera y por tanto no sufrirán los problemas financieros y el aislamiento de las familias monoparentales.

La identidad de género no tiene por qué verse afectada por la ausencia del padre. En el caso del rol y la orientación sexual es diferente, varía en función del marco teórico del observador. Algunos esperarían dificultades en el proceso de identificación del niño, particularmente en los casos de niños varones que carecen de figura paterna. Los niños criados en ausencia del padre -para algunos autores- pueden tener dificul-

tades al no tener un modelo de su mismo sexo. Sin embargo, los modelos a imitar no son siempre los padres y otros modelos pueden ser elegidos (abuelos, tíos, amigos). Otras orientaciones teóricas otorgan mayor importancia al proceso cognitivo del hijo y menos a los padres, por lo que no esperan mayores alteraciones en los hijos nacidos a partir de inseminaciones o fecundaciones in vitro de donante.

Cada vez son más las parejas de lesbianas que buscan reproducirse gracias a inseminaciones con semen de donante (61). En aquellas clínicas en que son aceptadas, en general una de las dos mujeres de la pareja es la que recibe el tratamiento de estimulación ovárica y es inseminada. Si no se consigue la gestación, puede llegar a estar indicada una técnica de fecundación in vitro con semen de donante. Si aún así no se logra, puede incluso llegar a considerarse la donación de ovocitos. En resumen, el manejo del tratamiento es idéntico al de una pareja heterosexual.

En algún caso la pareja de lesbianas puede plantear la opción de que el óvulo donado sea el de una de las mujeres y sea la otra la que lo gesté, dando lugar a un embarazo en la que las dos serían madre, la primera genética y la segunda biológica. También podría considerarse la indicación médica para la donación de ovocitos: sería similar al grupo de mujeres heterosexuales, las indicaciones serían el ser portadora de enfermedades genéticas y la baja reserva folicular, en general por edad avanzada (69).

Al tratarse los óvulos de un bien tan escaso y difícil de conseguir, una posible opción sería pedirle a la pareja que los donase. La edad suele ser el principal factor justificante del uso de gametos donados dado que muchas han retrasado la búsqueda de la maternidad. Las mujeres lesbianas de más edad que establecen relaciones con mujeres más jóvenes solicitan, lógicamente, que los ovocitos donados sean los de su pareja. Además alegan que es preferible conocer el origen genético de los mismos. De acceder a tales peticiones una sería la madre legal mientras que la otra sería la madre genética. Se cumplirían pues los deseos de ambas mujeres de ser madres y la relación se afianza por el hecho de intercambiar material genético. Así, las dos madres se convierten en necesarias para el nacimiento del niño, tanto la que pone el material genético como la que lo gesta (70). Hay que tener en cuenta que en España la donación de ovocitos tiene que ser anónima. Si no se aceptase la aplicación del requisito del anonimato de la donación a las parejas homosexuales femeninas supondría prever el establecimiento de vínculos biológicos diferentes con el hijo por parte de ambos miembros de estas parejas que los que existen por parte de cualquier otra clase

de pareja que desee concebir un hijo con la ayuda de gametos obtenidos de donación. Recordemos que, en nuestro país, no está permitido la filiación automática respecto de la donante de ovocitos, ni siquiera en aquellos casos en los que pudiera existir relación de parentesco entre la donante de los ovocitos y la mujer que lleve a cabo la gestación.

Si se aceptara la donación intrapareja, habría que considerar el límite de edad de la mujer donante. ¿Se debe limitar ésta a los 35 años como en el caso de las mujeres donantes de óvulos? ¿O se debería aplicar el mismo límite de edad que a las parejas heterosexuales? La mujer que decida hacer de donante deberá registrarse como tal y deberá ser informada y aconsejada como tal, así como realizarse todas las pruebas que se requieren para las donantes anónimas. Además deberán ser informadas de los procedimientos clínicos a los que se va a someter y los riesgos inherentes a los mismos (71, 72).

Si la sociedad está aceptando la homosexualidad, quizás las clínicas de reproducción no deberían sólo preguntarse si asisten o no a estas parejas, sino de qué manera pueden responder a los requerimientos de esta cambiante sociedad. El rápido desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento, especialmente con los gametos de donante, ha creado nuevas expectativas y demandas de tratamientos de reproducción en otros grupos sociales que no son sólo parejas estériles. En una sociedad en la que el concepto de familia es cada vez más compleja, quizás la opción de la donación de óvulos intrapareja pueda ser aceptable con el tiempo. Sin embargo, hay opiniones que plantean que se debería enfocar como donación de pre-embiones y por tanto el enfoque legal sería diferente y más restrictivo. Si la ley ha cambiado, de forma que reconoce el matrimonio entre estas dos mujeres y, además, la ley les permite adoptar ¿por qué la ley les impide tener acceso a este tipo de técnica de reproducción?

Para manejar estos cambios sociales, se debe realizar una revisión de las normas que rigen la Reproducción Humana Asistida y la Embriología. Es interesante saber cuál es el lugar otorgado a las parejas del mismo sexo y la importancia de la figura del padre para el niño. Como también, los especialistas en reproducción deben respetar a los pacientes como individuos, independientemente de sus opciones sexuales (73).

AGRADECIMIENTOS

A Javier Rey por sus aportaciones sobre normativas y legislaciones vigentes, por su interesante pers-

pectiva. Al Dr. Alberola por la revisión y corrección de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Muir-Watt H.:** Les modèles familiaux à l'épreuve de la mondialisation (Aspects de Droit International Privé) » en AL. Calvo Caravaca/Iriarte Ángel JL (eds), *Mundialización y familia*, Madrid 2001, pp11-22.
2. **Carrascosa González J.:** Nuevos modelos de familia y derecho internacional privado en el siglo XXI. *Anales de Derecho* 2003; 21: 109-143.
3. **Gough K.:** Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. *Barcelona* 1976; 74-110.
4. **LEY 13/2005**, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *BOEn°* 157; pág 23632-23634.
5. **Smith Am et al.:** Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27: 138-145.
6. **Carbajosa A.:** Histórica sentencia en favor de la adopción por los homosexuales. *El País*, 23 de enero de 2008, p34.
7. http://www.lasprovincias.es/valencia/20061017/ocio/lesbianas-reproduccion-asistida_200610171750.html
8. **Golombok S, Spencer A, Rutter M.:** Children in lesbian and single parent households: psychosexual and psychiatric appraisal. *J Child Psychol Psychiatry* 1983; 24: 551-72.
9. **Greenfeld DA.:** Reproduction in same sex couples: quality of parenting and child development. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17: 309-12.
10. **Amato P, Jacob MC.:** Providing fertility services to lesbian couples: the lesbian baby boom. *Sex Reprod Menopause* 2004; 2: 83-7.
11. **Avison WR.:** Single motherhood and mental health: implications for primary prevention. *Can Med Assoc J*, 1997; 156: 661-3.
12. **Cairney J, Bpyle M, Offord DR, Racine Y.:** Stress, social support and depression in single and married mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 442-9.
13. **American Psychological Association**, 2004. Available at: <http://www.aoa.org/pi/lgbc/policy/parents.html>. Accessed Sept 27, 2006.
14. **Andersen N, Amlie C & Ytteroy EA.:** Outcomes for children with lesbian or gay parents. A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology* 2002; 43: 335-351.
15. **Patterson ChJ.:** Lesbian and gay parenthood. En MH. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Vol III (pp. 317-338). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
16. **Stacey J and Biblarz TJ.:** (How) Does the sexual orientation of parents matter? *American Sociological review* 2001; 66: 159-183.
17. **Wainwright JL, Russell ST, Patterson CJ.:** Psychosocial adjustment, school outcomes, and romantic relationships of adolescents with same sex parents. *Child Dev* 2004; 75: 1886-98.
18. **Gottman JS.:** Children of gay and lesbian parents. *Marriage Fam Rev* 1989; 14: 177-96.
19. **Bigner JJ, Jacobsen RB.:** Parenting behaviours of homosexual and heterosexual fathers. *J Homosex* 1989; 18: 173-86.
20. **Barter BL, Robinson BE.:** *Gay fathers*. Lexington, MA: DC Health, 1990.
21. **Cameron P, Cameron K.:** What proportion of heterosexuals is ex-homosexual? *Psychological Reports*, 2002; 91: 1987-1097.
22. http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03_resu.pdf
23. **Aguinaga, J, Andréu J, Cachón L, Comas D, López A y Navarrete L.:** *Juventud en España. Informe 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud; 2005.
24. **Amaro F, Frazao C, Pereira ME y Cunha TL da.:** HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *Int.J.STD AIDS* 2004; 15: 56-60.
25. **Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C y Osborn JF.:** Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. *Prev.Med.* 2001; 32: 40-8.
26. **Johnson AM, Wadsworth J, Wellings K y Field J.:** *Sexual Attitudes and Lifestyles*. Oxford: Blackwell Scientific Press; 1994.
27. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/provi06/10/&file=01001.px&type=pcaxis>
28. <http://www.ine.es/jaxi/memu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/matn/a2006/&file=pcaxis>
29. **Cameron P, Cameron K, Landess T.:** Errors by the American psychiatric association, the American psychiatric association, and the nacional educational association in representing homosexuality in amicus briefs about amendment 2 to the US supreme court. *Psych Rep* 1996; 79: 383-404.
30. **Golombok S.:** *Parenting. What really counts?* London: Routledge; 2000.
31. **Golombok S, Perry B, Burston A, Murria C, Mooney-Somers J, Stevens M.:** Children with lesbian parents: a community study. *Developmental Psychology* 2003; 39: 20-33.
32. **Mª Victoria del Barrio Gándara.:** de la Facultad de Psicología de la UNED. "Educación y nuevas estructuras familiares", ponencia de la IV Semana abierta de Psicología, 1997
33. **Alien M and Burell N.:** Comparing the impact of homosexual and heterosexual parents on children: Meta-

- analysis of existing research. *Journal of homosexuality* 1996; 32: 19-35.
34. **Tasker F, Golombok S.:** Adults raised as children in lesbian families. *Am J Orthopsychiat* 1995; 65: 203-15.
 35. **Tasker F, Golombok S.:** Growing up in a lesbian family. London: Guilford Press; 1997.
 36. **Golombok S, Tasker F.:** Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbians. *Dev Psychol* 1996; 32: 3-11.
 37. **Robinson J, Mantz-Simmons L, Macfie J & the MacArthur.:** Narrative Working Group. MacArthur narrative coding manual. 1995. Unpublished manuscript.
 38. **Golombok S, Spencer A, Rutter M.:** Children in lesbian and single parent households: psychosexual and psychiatric appraisal. *J Child Psychol Psychiat* 1983; 24: 551-72.
 39. **Gottman J.:** Children of gay and lesbian parents. In: Bozett F, Sussman M. editors. *Homosexuality and Family relations*. New York: Harrington Park; 1990. p: 177-96.
 40. **O'Connell A.:** Voices from the heart: the developmental impact of a mother's lesbianism on her adolescent children. *Smith Coll Stud Soc Work* 1993; 63: 281-99.
 41. **Green R.:** Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents. *Am J Psychiat* 1978; 135: 692-7.
 42. **Gershon TD, Tschann JM, Jemerin JH.:** Stigmatization, self-esteem, and coping among the adolescent children of lesbian mothers. *J Adolesc Health* 1999; 24: 437-45.
 43. **Buschbaum HK, Toth SL, Clyman RB, Cicetti D & Emde RN.:** The use of a narrative story-stem technique with maltreated children: implications for theory and practice. *Development and Psychopathology* 1992; 4: 603-625.
 44. **Patterson CJ.:** Families of the lesbian baby boom: Parents' division of labor and children's adjustment. *Developmental Psychology* 1995a; 31: 115-123.
 45. **Brewaeys, A, Golombok S, Naaktgeboren N, de Bruyn JK and Hall E.:** Donor insemination: Dutch parents' opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children. *Hum. Reprod.*, 1997; 12: 1591±1597.
 46. **Klagsbrun M. & Bowlby J.:** Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology* 1976; 21: 7-21.
 47. **Getz JA, Goldman JA, Corsini DA.:** Interpersonal problem solving in preschool children: a comparison of assessment procedures using two-dimensional and three-dimensional stimuli. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1984; 5: 293-304.
 48. **Mize J & Ladd GW.:** Predicting preschoolers' peer behavior and status from their interpersonal strategies: A comparison of verbal and enactive responses to hypothetical dilemmas. *Developmental Psychology* 1988; 24: 782-788.
 49. **Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, Brewaeys A.:** What does it mean for youngsters to grow up in a lesbian created by means of donor insemination? *J Reprod Infant Psychol* 2002; 20: 237-52.
 50. **Gartrell N, Banks A, Reed N, Hamilton J, Rodas C, Deck A.:** The national lesbian family study: 3. Interviews with mothers of five years olds. *Am J Orthopsychiat* 2000; 70: 542-8.
 51. **Gartrell N, Banks A, Reed N, Hamilton J, Rodas C, Deck A.:** The national lesbian family study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *Am J Orthopsychiat* 1999; 69: 362-9.
 52. **Sullivan M.:** Rozzie and Harriet? Gender and family patterns of lesbian coparents. *GenD Soc* 1996; 10: 747-67.
 53. **Flaks DK, Fisher I, Materpasqua F, Joseph G.:** Lesbian choosing motherhood: a comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. *Dev Psychol* 1995; 31: 105-14.
 54. **Fitzgerald B.:** Children of lesbian and gay parents: A review of the literature. *Marriage & Family Review* 1999; 29: 57-75.
 55. **Parks C.:** Lesbian parenthood: a review of literature. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68: 376-389.
 56. **Brewaeys A, Ponjaert I, van Hall EV, Golombok S.:** Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families with 4 to 8 year old children. *Hum Reprod* 1997; 12: 1349-59.
 57. **Golombok S, Tasker F, Murray.:** Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socio emotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *J Child Psychol Psychiat* 1997; 38: 783-91.
 58. **Chan RW, Brooks RC, Raboy B, Patterson CJ.:** Division of labor among lesbian and heterosexual parents: Association with children's adjustment. *J Fam Psychol* 1998; 12: 402-19.
 59. **Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, Brewaeys A.:** Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *American Journal Of Orthopsychiatry* 2003; 73: 78-90.
 60. **Muzio C.:** Lesbian co-parenting: On being/being with the invisible (m)other. In J. Laird (Ed.), *Lesbians & lesbian families: Reflections on theory and practice* (pp. 197-211). New York: Columbia University Press 1999.
 61. **Grotevant HD & Kohler JK.:** Adoptive families. In M. E. Lamb (Ed.), *Parenting and child development in*

- “nontraditional families” (pp. 161-190). Mahwah, NJ: Erlbaum 1999.
62. **Hunfeld JAM, Fauser BCJM, Beaufort ID, Passchier J.:** Child development and quality of parenting in lesbian families: no psychosocial indications for a-priori withholding of infertility treatment. A systematic review. *Hum Reprod Update* 2001; 7: 579-590.
 63. **Blyth E.:** Assisted reproduction: what’s in it for children? *Child Soc.*, 1990; 4: 167-182.
 64. **Blyth E. and Cameron C.:** The welfare of the child. An emerging issue in the regulation of assisted reproduction. *Hum. Reprod.*, 1998; 13: 2339-2342.
 65. **Falk PJ.:** Psychosocial assumptions in family law. *Am. Psychol.*, 1989; 44: 941-947.
 66. **Green R.:** *Sexual Science and the Law*. Harvard University Press, Cambridge MA., 1992.
 67. **Patterson CJ.:** Children of lesbian and gay parents. *Child Dev.*, 1992; 63: 1025-1042.
 68. **Falk PJ.:** Psychosocial assumptions in family law. *Am. Psychol.*, 1989; 44: 941-947.
 69. **Baird DT, Collins J, Egozcue J, Evers LH, Gianaroli L, Leridon H et al.:** ESHRE Capri Workshop Group. Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 2005; 1 (3), 261-276
 70. **Woodward, Bryan J, and Norton, Wendy J.:** Lesbian intra-partner oocyte donation: A possible shake-up in the Garden of Eden?, *Human Fertility*, 2006; 9: 4, 217-222.
 71. **Winter A & Daniluk JC.:** A gift from the heart: The experiences of women whose egg donations helped her sisters become mothers. *Journal of Counseling and Development*, 2004; 82: 483-495.
 72. **Balen AH & Jacobs HS.:** *Infertility in practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
 73. **Nursing & Midwifery Council.:** *The NMC code of professional conduct: Standards for conduct, performance and ethics*, 2004.