

TIPOS DE ANSIEDAD FRENTE A LA DONACIÓN HIPOTÉTICA DE EMBRIONES PARA INVESTIGACIÓN. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Jorge Alberto Alvarez-Díaz*

SUMMARY

An article published recently explored the kinds of anxiety displayed by couples that have been treated with assisted fertilization techniques, IVF (in vitro fertilization) and ICSI (intracytoplasmic sperm injection) towards the hypothetical embryo donation for research. The study shows that the more frequent kinds of anxiety, in agreement with the methodology of Gottschalk et al, are guilt anxiety and separation anxiety. This work intends to give a reflection as an essay on the probable relationship present between gender and these kinds of anxiety.

Reproductive medicine. Basic definitions

The different clinical presentations of infertility and sterility have given origin to their study in a novel area called reproductive medicine. Reproductive medicine is in charge of the prevention, diagnosis and opportune treatment of the problems of human fertility.

A reproductive problem is that one present in the couple who does not obtain a spontaneous pregnancy. Sterility is the inability of the man or the woman to conceive. Primary sterility is acknowledged when the couple, after a year of sexual relations without use of contraceptive method and with deliberate search of descendants, has not become pregnant. Secondary sterility occurs when the couple, after conceiving, does not obtain a new gestation after trying for two or more years. On the other hand, infertility is the inability to produce a living child. Therefore, primary infertility is suffered by the couple who has a gestation without a suitable ending (abortion, repeated loss of gestation, etc.), and the secondary infertility occurs when after a childbirth with at least one child being born alive, they cannot attain a new gestation upon maturity. After a complete medical evaluation, the treatment plan could include simple techniques of assisted fertilization (like the intrauterine insemination) or complex techniques of assisted fertilization (like IVF and ICSI).

IVF technique begins with the ovarian hyperstimulation with exogenous hormones, in a controlled way, and the transvaginal ovular capture guided by ultrasound; then, every ovum with a high quality is incubated with sperm treated previously in the gamete laboratory by an embryologist. After the gamete meeting, a culture of the zygote is done to be able to visualize the cellular

division and thus to demonstrate its fertilization. Later the transference to the uterus is made. The pregnancy probability increases with the number of transferred embryos: 9% with one, 18% with two, 29% with three and 32% with four. The rest of produced embryos is cryopreserved. The success of the technique, understood like «baby in house», cannot exceed 40%, basically because the knowledge of the molecular mechanisms that regulate the implantation of the human embryo is still very limited.

ICSI technique consists in the same steps that the IVF, but differs in the way of fertilization, which is done here by a direct injection of a sperm into the cytoplasm of an ovum.

The use of these new techniques as tools to the service of human reproduction have undertaken the analysis and the debate in this kind of treatments, with special emphasis on the psychological, social and ethical aspects. This is so because now appears the possibility (unthinkable before), of 5 relatives as parents: the genetic mother (the ovum producer), the biological mother (who held the pregnancy), the social mother (who will take care of the product in postpartum), the genetic father (sperm producer), and the social father (who will take care of the product in postpartum).

Anxiety in reproductive medicine

The emotional and psychological aspects have been, in general, little studied and understood in the population of the couples that have fertility problems. Usually it is accepted that the reproductive problems have repercussions in the psychological sphere, but still it is discussed that the psychological factor is a cause of fertility problems. At the beginning of this type of studies, it could have suggested that women with a traditional feminine roll are more anxious than men, but they would not show levels of depression nor of sexual or marital dissatisfaction. Nevertheless, the taller will depend largely on the conceptions that settle down around the relation between masculinity and paternity, femininity and maternity.

Gender perspective

Gender perspective makes reference to the academic, illustrated and scientific conception that synthesizes the theory, the liberating philosophy and the policy, created by the women in the feminist culture. Gender perspective allows to analyze and to understand the characteristics that define women and men in a specific

* Docente de Bioética y Sexualidad Humana, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Becario del Programa Internacional de Formación Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial. Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. Universidad de Chile. Correspondencia: Dr. Jorge Alberto Alvarez-Díaz. Apartado Postal # 695, Administración Lerdo, Av. Lerdo 205 Sur, Zona Centro, 32001, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. e-mail: bioetica_reproductiva@hotmail.com
Recibido primera versión: 27 de mayo de 2005. Recibido segunda versión: 16 de enero de 2006. Aceptado: 24 de febrero de 2006.

way, as well as their similarities and differences. This gender perspective analyzes the vital possibilities of women and of men: the sense of their lives, their expectations and opportunities, the complex and diverse social relations, that occur between both genders, as well as the institutional and daily conflicts that they must face and the ways in which they do it.

The feminist gender analysis is detractive of the patriarchal order, it contains specific criticism of the injurious, destructive, oppressive and alienated aspects that are present due to the generic organization based on the inequality, injustice, and political hierarchy sustained by people based on gender. The category of captivity for the feminine gender and of dominion for the masculine gender cannot escape to the scope of the reproductive medicine and to the theoretical possibility which is becoming more and more real, of using human embryos for research.

Guilt anxiety

Guilt anxiety can be associated independently with the disapproving vision of Christianity in the West, in respect to the reproductive medicine in general and to the donation of embryos in particular, whether its aim is reproductive or not. It would be possible to locate a first instance of patriarchal dominion through the Church and the exerted control over sexuality and reproductivity in the Family, and a second one of patriarchal dominion when the previous one not being enough, it uses reproductive medicine like a dominion agent on the feminine captivity, that is, the "motherspouse" captivity.

Separation anxiety

It is possible to consider what the series of procedures involved arouses in a so technified reproductive medicine: the solitude sensation that can experience a human body when self perceived by itself like a biological body; like another object more of the technological and science to the service of the human reproduction. Solitude, isolation, loss of what has been gained or isolation from what it is about to be gained through the technique (the non had son until the moment to go to receive diagnosis). If one considers the embryo like a being of equal ontological value that an adult, these will be a greater anxiety of separation when donating embryos.

Final considerations

Reproductive medicine has too many matters not sufficiently explored. Other sciences should make new theoretical constructions, besides psychology (which should study empirically and theoretically if the anxiety is the same when people is thinking about embryo donation, and when they are donating the embryos). For example, anthropology must review and (eventually) redefine some concepts as family, incest and others. Law must create new norms about gamete and embryo donation, and contribute with the legal definitions of "father", "mother", "son"; maybe even make laws regarding the legal disposition of cryopreserved embryos, etc. Finally, real world is too complicated as are our mental maps and schemes.

Key words: Anxiety, embryo donation, research, gender perspective.

RESUMEN

Un artículo publicado recientemente exploró los tipos de ansiedad que presentan las parejas que han sido tratadas con técnicas de fecundación asistida de alta complejidad, frente a la donación hipotética de embriones para investigación. Los tipos de ansiedad

más frecuentes, de acuerdo con la metodología de Gottschalk y cols., fueron la ansiedad de culpa y la ansiedad de separación. En este trabajo se pretende dar una reflexión a modo de ensayo acerca de las probables relaciones entre el género y estos tipos de ansiedad.

Ansiedad en medicina reproductiva

Los aspectos emocionales y psicológicos, en general han sido poco estudiados en la población de las parejas que tienen problemas de fertilidad. Suele aceptarse que los problemas reproductivos causan repercusiones en la esfera psicológica, pero aún se discute que el factor psicológico pueda ser causa de problemas de fertilidad. Al iniciar este tipo de estudios, se sugirió que las mujeres con un rol femenino tradicional se muestran más ansiosas que los varones. Sin embargo, en buena medida lo anterior dependerá de las concepciones que se establezcan en torno a la relación entre masculinidad y paternidad, feminidad y maternidad.

Perspectiva de género

La perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por las mujeres en la cultura feminista.

El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera específica una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización genérica originada en la desigualdad, la injusticia, y la jerarquía política de las personas basadas en el género. La categoría de cautiverio para el género femenino y la de dominio para el masculino no pueden escapar al ámbito de la medicina reproductiva y a la posibilidad teórica, cada vez más real, de utilizar embriones humanos con fines de investigación.

La ansiedad de culpa

La ansiedad de culpa se puede asociar con la visión de desaprobación que tiene el cristianismo en occidente respecto de la medicina reproductiva en general y de la donación de embriones en particular, independientemente de si el fin es reproductivo o no. Se podría situar un primer momento del dominio patriarcal a través de la Iglesia y el control ejercido en la sexualidad y la reproductividad en la Familia, y un segundo momento de dominio patriarcal cuando, al no ser suficiente lo anterior, utiliza la medicina reproductiva como agente de dominio sobre el cautiverio femenino: el cautiverio de madrepasa.

Ansiedad de separación

Para la ansiedad de separación se puede considerar lo que despierta la serie de procedimientos que intervienen en la tan tecnificada medicina reproductiva: la sensación de soledad que puede experimentar un cuerpo humano al autopercebirse como un cuerpo biológico, como un objeto más de la tecnociencia al servicio de la reproducción humana. Soledad, aislamiento, pérdida de lo que se ha ganado o aislamiento de lo que está por ganarse a través de la técnica. Si se considera al embrión como un ente de igual valor ontológico que un individuo adulto, existirá mayor ansiedad de separación al donar embriones.

Consideraciones finales

Por diferentes mecanismos, la religiosidad de la cultura occidental, predominantemente cristiana, ha influido de diferentes formas para ello. Además, la consideración del estatus del embrión humano en un plano ontológico similar al de un individuo adulto, podría influir de otras formas. La temática de la donación de embriones deberá ser enriquecida con aportaciones de la antropología, el bioderecho, etc.

Palabras clave: Ansiedad, donación de embriones, investigación, perspectiva de género.

Un artículo publicado recientemente (2) exploró los tipos de ansiedad que presentan las parejas que han sido tratadas con técnicas de fecundación asistida de alta complejidad, FIV (fertilización *in vitro*) e ICSI (inyección del espermatozoides al citoplasma del óvulo, por *intracytoplasmic sperm injection*) frente a la donación hipotética de embriones para investigación. Los tipos de ansiedad más frecuentes, de acuerdo con la metodología de Gottschalk y cols. (12) fueron la ansiedad de culpa y la de separación. En este trabajo se pretende dar una reflexión a modo de ensayo acerca de las probables relaciones existentes entre el género y estos tipos de ansiedad.

MEDICINA REPRODUCTIVA. DEFINICIONES BÁSICAS

La medicina reproductiva se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas de la fertilidad humana. Se considera un problema de fertilidad aquel presente en la pareja que no logra un embarazo espontáneo. La esterilidad es la incapacidad de fecundar y puede ser primaria (cuando la pareja, luego de un año de relaciones sexuales, sin uso de método anticonceptivo y con búsqueda intencionada de descendencia, no ha logrado el embarazo), o secundaria (cuando luego de un embarazo no se logra otra gestación tras dos o más años de intentarlo). La infertilidad es la incapacidad para producir un hijo vivo y puede ser primaria (pareja que consigue una gestación sin llevarla a término adecuado, como en aborto, etc.), o secundaria (cuando luego de un parto con al menos un nacido vivo, no se puede llevar a término otra gestación). Tras una evaluación adecuada, el plan de tratamiento puede incluir técnicas simples de fecundación asistida (como inseminación intrauterina) o complejas (como FIV e ICSI).

La técnica de FIV consiste en una hiperestimulación hormonal ovárica controlada, la captura ovular por punción transvaginal, reuniendo cada ovocito de calidad adecuada con espermatozoides capacitado previamente. Se realiza un cultivo del cigoto para visualizar la división celular y evidenciar la fecundación. En de 3 a 5 días se transfiere al útero, aumentando la probabilidad de embarazo con el número de embriones transferidos: 9% con uno, 18% con dos y 29% con tres. De haber más embriones, se criopreservan. El éxito de la técnica (entendido como “bebé en casa”), no rebasa 40% debido a que el conocimiento de los mecanismos de la implantación es aún muy limitado. Las indicaciones para FIV son: obstrucción tubaria sin posibilidad de corrección, fracaso de 6 ciclos de inseminación artificial, endometriosis, algunos tipos de infertilidad masculina, infertilidad idiopática, etc.

El ICSI consiste en los mismos pasos que la FIV, pero la fecundación se realiza con la inyección directa del espermatozoides al citoplasma del óvulo. Las indicaciones principales son en factor masculino severo (oligozoospermia, astenozoospermia, teratozoospermia, combinaciones de éstas, o azoospermia); agenesia de canales deferentes, fallas en vasostomía, procesos cicatrizales en epidídimo, etc.

El uso de las técnicas de FIV e ICSI (entre otras) ha llevado al análisis y el debate, con énfasis en los aspectos psicológicos, sociales y éticos, debido a la novísima posibilidad de que existan hasta 5 actores vinculados con un nuevo ser humano: la madre genética (productora del ovocito), la madre biológica (gestante), la madre social (cuidadora del producto en el posparto), el padre genético (productor del espermatozoides) y el padre social (cuidador del producto en el posparto). Desde luego, éstos pueden ser menos (hasta los dos más tradicionales, donde la madre reúne las funciones genética, biológica y social, y el padre las funciones genética y social).

ANSIEDAD EN MEDICINA REPRODUCTIVA

Los aspectos emocionales y psicológicos han sido, en general, poco estudiados en la población de las parejas que tienen problemas de fertilidad.

La ansiedad es un elemento constitutivo del ser humano y juega un papel importante para sobrevivir, independientemente de los problemas de fertilidad. Experimentar ansiedad es un estado común, casi tan antiguo como la humanidad misma. Las diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres no son tan notables como cuando se habla de la depresión, pero las mujeres manifiestan por lo general mayores niveles de ansiedad (8). Suele aceptarse que los problemas reproductivos causan repercusiones en la esfera psicológica, lo que modificaría los niveles de ansiedad.

Al iniciar estudios sobre la ansiedad en este tipo de parejas, se sugirió que las mujeres con un rol femenino tradicional se muestran más ansiosas que los varones (9).

La ansiedad en el hombre dependerá también de las concepciones que se establezcan en torno a la relación entre masculinidad y paternidad: paternidad resignificada para el varón con un problema de fertilidad, entendiéndola desde lo genético (si aporta su propio espermatozoides), desde lo social (si es el proveedor económico), o desde lo tradicional (al reunir las fases genética y social en sí mismo). Para la masculinidad tradicional se exalta la posibilidad del buen funcionamiento sexual y de la capacidad reproductiva, ya que “tener muchos hijos es una de las muchas funciones sociales constitutivas de una noción de capacidad” (11).

Estudios previos hechos en Chile relacionados con el tema, señalan que los varones muestran ansiedad más frecuentemente (28).

El tema de la donación de embriones humanos se ha explorado poco en Latinoamérica. Se ha investigado inicialmente la donación como terapia para problemas de fertilidad¹, pero es prácticamente nula la investigación empírica en relación con la donación con fines de investigación.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por mujeres en la cultura feminista. La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen tanto a las mujeres y los varones de manera específica, como a sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva analiza las posibilidades de las mujeres y los varones: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, etc.

La perspectiva de género es detractora del orden patriarcal; contiene una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquía política de las personas basadas en el género (17).

La perspectiva de género implica una visión ética sobre desarrollo y democracia, como contenidos de vida para enfrentar la inequidad, la desigualdad y la injusticia. Todas las personas viven inmersas en relaciones de poder marcadas por su género. La masculinidad tiene asegurado el dominio en el mundo; la feminidad, el cautiverio (18). Los poderes intergenéricos e intragenéricos están articulados entre sí y forman el complejo orden político en el mundo patriarcal (19). La perspectiva de género implica una redistribución de los poderes sociales, la transformación de los mecanismos de creación y la reproducción de esos poderes.

La importancia de este tipo de estudios, dice Hierro, es que “No se intenta pensar SOBRE LAS MUJERES² (que esto lo han hecho tradicionalmente los hombres) sino de investigar desde la óptica feminista todos los aspectos de la cultura” (14). Es por ello que sus voces son retomadas.

También es prudente reflexionar con posturas enunciadas por varones; muchos se han sensibilizado en la

temática e incluso se asumen como pro-feministas. Los estudios sobre masculinidad hablan hoy en plural, *masculinidades*, para hacer notar las hoy distintas formas de entender y vivenciar la masculinidad.

En esta línea, anota Bordieu, “siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera como se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica (...)” (5).

Un estudio realizado en México con pacientes que habían acudido a tratamientos de medicina reproductiva, encontró que los factores que más influyen en el deseo de ser madres son: la estructura narcisista de la personalidad, el hijo imaginario, el género, las presiones familiares y los efectos secundarios del tratamiento (3). Se ha propuesto la posible coerción social que pudiera llevar a la mujer a admitir los tratamientos reproductivos (32).

GÉNERO Y PROBLEMAS DE FERTILIDAD

Un estudio en los Estados Unidos de Norteamérica entre parejas infértiles, comparándolas con parejas presumiblemente fértiles, mostró que las esposas infértiles, comparadas con sus esposos, percibían sus problemas de fertilidad como más estresantes y se sentían más responsables por la propia infertilidad y el tratamiento; los esposos infértiles mostraron mayor estrés en el hogar. Las mujeres de ambos grupos mostraron más depresión, insatisfacción sexual y baja autoestima (1).

¿El intento de solución es distinto entre ambos géneros? Con meta-análisis se revisó la evidencia empírica de 1966 a 1995 en diferencias por género entre parejas heterosexuales casadas (16). Se encontraron diferencias significativas por género para la mitad de las estrategias estudiadas: las mujeres utilizan más las estrategias de búsqueda de soporte social, escape-evitación y reevaluación positiva.

Un estudio en Suecia (15) realizado entre parejas infértiles que buscaban tratamiento con FIV o ICSI mostró que las mujeres reaccionaron más fuertemente hacia la infertilidad; además, sentían un deseo intenso de tener un hijo. Las mujeres recibían más soporte social que los varones, quienes consideraban la realización de su papel masculino, así como el llegar a ser padres, como los aspectos centrales de la infertilidad.

LA ANSIEDAD DE CULPA

La cultura patriarcal ha creado mecanismos para perpetuar el dominio masculino sobre el cautiverio feme-

¹Leticia Urdapilleta, Departamento de Psicología CEGyR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción), Buenos Aires, Argentina; comunicación personal.

² Las mayúsculas son del texto original.

nino. Uno de ellos, propuesto por Bordieu en *La dominación masculina*, es la “deshistorización”, que paradójicamente se posibilitaría por procesos históricos y de “eternización relativa” de las estructuras que posibilitaron la división de los cuerpos sexuados de hombre y mujer en los géneros masculino y femenino. Bordieu hace hincapié en que hay que “Recordar que lo que, en la historia, aparece como eterno sólo es el producto de un trabajo de eternización que incumbe a unas instituciones (interconectadas) tales como la Familia, la Iglesia, el Estado, la Escuela, así como, en otro orden, el deporte y el periodismo (...)”. Añade después que “La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla”.

La presencia de ansiedad de culpa se puede asociar con la visión de desaprobación que tiene el cristianismo en occidente respecto de la medicina reproductiva en general y de la donación de embriones en particular, independientemente de si el fin es reproductivo o no.

Un primer momento del dominio patriarcal podría referirse a la Iglesia como instrumento de eternización. El catolicismo representa más de 90% de los habitantes de países latinoamericanos. En la *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, se dice respecto de la donación de embriones que “Esta destrucción voluntaria de seres humanos o su utilización para fines diversos, en detrimento de su integridad y de su vida, es contraria a la doctrina (...)” (30).

La Iglesia ha intentado controlar la sexualidad de la pareja: primero el erotismo, luego la reproducción y hoy la disposición de embriones. Brundage ha denotado que toda sociedad humana intenta controlar la conducta sexual, ya que el sexo representa una rica fuente de conflictos (6).

Un segundo momento del dominio patriarcal podría referirse a la medicina reproductiva como instrumento de eternización. Históricamente ocurre una escisión entre el poder de la Iglesia y del médico, lo cual trajo una serie de problemas intrínsecos al quehacer médico. Pérez-Rincón dice “Que el cuerpo sea objeto de la medicina, es una verdad evidente. Pero el cuerpo que ésta ha manejado en Occidente, a partir del Renacimiento, es aquel que se desprende de una visión mecanicista que se estableció a partir del desarrollo preciso de la morfología” (29). López Sánchez menciona que “En el siglo XIX la medicina intentó regular la sexualidad de hombres y mujeres a través de la prescripción médica, cuyo fundamento higienista estableció las formas lícitas del ejercicio de su sexualidad en aras de una vida sana. Con la prescripción de la sexualidad,

los médicos mexicanos decimonónicos buscan estipular los usos del sexo y el cuerpo de los sujetos según el género al cual pertenecieran” (24).

Estas reflexiones se pueden ampliar para Latinoamérica. López Sánchez hace notar que “Es interesante observar cómo la cultura médica asigna al cuerpo un estilo de vida, el cual permite o prohíbe formas de comportamiento del cuerpo civilizado, y no sólo en el espacio público, sino también en el privado.” En el mismo sentido, López Ramos remarca que “La Escuela Nacional de Medicina era sólo un espacio donde se legitimaba un ejercicio profesional y se establecía lo que era la salud del cuerpo”(23). Este marco normativo se extendió hasta las técnicas de reproducción asistida.

¿Cómo se convierte la medicina reproductiva en un instrumento de eternización del dominio masculino sobre el cautiverio femenino? Le Breton dice que la medicina reproductiva es un “Trabajo de hombres, no de mujeres, como si en esto hubiese un logro en la transferencia a manos del hombre de un proceso que se le escapa desde el punto de vista orgánico”. Le Breton continúa: “Nostalgia turbia del hombre que introdujo en el nacimiento de un niño la interferencia de la técnica hasta controlar desde el comienzo hasta el final el proceso de la gestación, al provocar en un lugar distinto del cuerpo de la mujer, y bajo control, el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide (...). La maternidad era, todavía, en el siglo XX, específica del sexo femenino, pero ese saber propio, esa dignidad propia está segmentándose, diseminándose, cayendo por completo bajo el control médico y social”(21). Algo del exclusivo control de la mujer ha pasado al control parcial del varón, a través del desarrollo de la tecnociencia.

Gracia Guillén, destacado bioeticista español, propone que la salud se relacionaría en nuestra época con el grado de apropiación que se tenga del cuerpo. Como médico y desde la ética, propone un modelo de apropiación del cuerpo (13).

A lo largo de la historia el varón se ha apropiado muy bien de su cuerpo, en tanto que la mujer no. Un tema pendiente es el empoderamiento de la mujer a través de la apropiación del cuerpo. Para la redistribución de los poderes sociales es necesario que la mujer gestione su propio cuerpo en la medicina reproductiva: que decida de forma autónoma lo que es beneficiosa para ella. Que lo decida desde ella, y no desde el orden patriarcal coercitivo que la puede llevar (y que de hecho la lleva) a pasar por largos, a veces dolorosos o penosos tratamientos, en la búsqueda de un hijo anhelado. Hijo que puede ser o convertirse en el dispositivo de control de dominio de lo masculino sobre lo femenino.

ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Un estudio belga documentó que la consideración de que el estatus ontológico del embrión es similar al de un hijo nacido, llevaba a las parejas a aceptar la donación de embriones para otras parejas tan frecuentemente como la destrucción de los mismos, pero rehusando la experimentación en ellos (20). Al percibir que el embrión ya es un hijo nacido, las parejas podrían sentir que se están separando de su hijo si optan por donar un embrión. Esta idea de que el embrión ya es un hijo tiene una profunda raíz histórica.

“Embrión” etimológicamente viene del griego *embryon*, de *en* (prefijo que significa en) y *bryein* (hinchar, crecer, germinar o brotar) y que da a entender la idea que surge en el siglo XVII de un ente preexistente que solamente “crece” o “se desarrolla” dentro del útero de la madre. Este es el preformacionismo: la creencia de que existía un diminuto ser humano dentro del espermatozoide (animalculismo), o del óvulo (ovismo). Wolf demuestra que gameto masculino y femenino contribuían por partes iguales para constituir un ser humano.

Sin embargo la idea persiste en la teología cristiana, se incorpora al derecho canónico, y de ahí se perpetúa en buena medida en la teología moral cristiana. La idea de que la fecundación es coincidente con la animación, surge en el mismo siglo, con Thomas Fienus, profesor de medicina en Lovaina (31). Esta postura se complementó con la idea de que el embrión “posee todas las partes esenciales de un cuerpo humano”. La remoción en el Derecho Canónico, en 1896, de la distinción entre feto formado y feto no formado, sugiere que no hay un tiempo cuando el cuerpo está en estado de no formado. Ideas éstas de influencia preformacionista que son doctrina oficial del cristianismo, independientemente de si se trata del catolicismo o no.

Actualmente, embrión “se refiere al desarrollo humano en las etapas iniciales de la diferenciación. Por lo general el tecnicismo no se emplea para referirse al producto de la fecundación sino hasta la segunda semana, después de formado el disco embrionario bilaminar” (26).

Actualmente la ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) adopta el término de “embrión preimplantacional” por motivos socioculturales (10), aclarando que lo hacen «para evitar confusión y terminología especial la cual puede llevar a incertidumbre en la mente pública, y con el conocimiento de que hay muchas otras definiciones para la entidad que resulta de la fecundación durante el desarrollo hacia el feto, hemos decidido utilizar el término genérico de “embrión” el cual se refiera a las etapas de la fertilización a la formación del disco embrionario».

En Australia se encontró que quienes tenían una mayor práctica religiosa y quienes habían tenido embri-

nes criopreservados por más tiempo, mostraban más preocupación por su donación para fines de investigación. Quienes habían respondido positivamente hacia la donación aducían argumentos a favor del auxilio para parejas con problemas de fertilidad y argumentos a favor del desarrollo científico (25). El estudio concluye que se necesita más educación y consejo en relación con la donación de embriones para investigación.

Los estudios de revisión en el tema de la donación de embriones se han centrado en la donación terapéutica (22). En esta línea, un estudio canadiense concluye que lo más importante como factor predictivo respecto a este tipo de donación es la tranquilidad de compartir información sobre la familia donde va a crecer el hijo, además de tener contacto con él, pero sin tener relación directa con el resto de la familia (27). Esto resultó más importante que la realización de pruebas de tamizaje o el tamaño de la familia que ya se tiene.

Un estudio australiano reciente mostró que sólo 30% de las parejas donaría sus embriones para investigación (7). Sin embargo, el estudio más reciente al respecto de la donación de embriones procede de Dinamarca, y es distinto a todo lo expuesto hasta ahora (4). En ese estudio, 57% respondió afirmativamente a la donación para investigación de células troncales, 49% respondió afirmativamente a la donación para tratamiento con células troncales, y sólo 29% respondió afirmativamente a la donación para parejas infértiles. El estudio muestra una diferencia muy importante respecto a lo encontrado más frecuentemente en la bibliografía; sin embargo, no explica el porqué, pudiendo tal vez explicarlo la educación respecto a estos temas.

CONSIDERACIONES FINALES

Sin embargo, el tema de la medicina reproductiva y la disposición de embriones (donación de los mismos, ya sea como terapia para fertilidad, con fines de investigación; y aun en otros casos, permitiendo su destrucción) tiene muchísimas aristas que deben abordarse aún. Si bien el aspecto de la ansiedad y otras cuestiones psicológicas es importante, hay algunos otros temas relevantes al respecto, abordables por la misma psicología y por otras ciencias, tales como la antropología (revisando conceptos como familia, incesto, parentesco, etc.), el bioderecho (redefiniciones de filiación, madre, padre, hijo, etc.) y otras.

REFERENCIAS

1. ABBEY A, ANDREWS FM, HALMEN LJ: Gender's role in responses to infertility. *Psychology Women Quarterly*, 15:295-316, 1991.

2. ALVAREZ JA: Tipos de ansiedad de las parejas tratadas con fertilización asistida frente a la donación hipotética de embriones en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Ginecol Obstet Mex*, 73:163-172, 2005.
3. ARRANZ LARA L, BLUM GRZYMBERG B, ITO SUGIYAMA E: Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24(5):30-36, 2001.
4. BANGSBOLL S, PINBORG A, YDING ANDERSEN C, NYBOE ANDERSEN A: Patients' attitudes towards donation of surplus cryopreserved embryos for treatment or research. *Hum Reprod*, 19(10):2415-2419, 2004.
5. BORDIEU P: *La Dominación Masculina*. Anagrama. Barcelona, 2003.
6. BRUNDAGE JA: *La Ley, el Sexo y la Sociedad Cristiana en la Europa Medieval*. Fondo de Cultura Económica. México, 2000.
7. BURTON PJ, SANDERS K: Patient attitudes to donation of embryos for research in Western Australia. *Med J Aust*, 180(11):559-561, 2004.
8. CARO I: El estudio de la ansiedad y las diferencias individuales. En: Caro I (ed.). *Género y Salud Mental*. Biblioteca Nueva. Madrid, 2001.
9. COOK R: The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14(1):31-40, 1993.
10. Task Force on Ethics and Law. I. The moral status of the pre-implantation embryo. *Hum Reprod*, 16(5):1046-1048, 2001.
11. GILMORE DD: *Hacerse Hombre. Concepciones Culturales de la Masculinidad*. Paidós. Barcelona, 1994.
12. GOTTSCHALK LA, WINGET CN, GLEESER GC, LOLAS SF: *Análisis de la Conducta Verbal. Un Método para Cuantificar Atributos Psicológicos*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1984.
13. GRACIA D: En torno a la propiedad del cuerpo humano. En: Gracia D (ed.). *Bioética Clínica*. El Búho. Bogotá, 1998.
14. HIERRO G: *Compiladora. Estudios de Género*. Torres Asociados. México, 1995.
15. HJELMSTEDT A, ANDERSSON L, SKOOG-SVANBERG A, BERGH T y cols.: Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78:42-48, 1999.
16. JORDAN C, REVENSON TA: Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *J Behavioral Medicine*, 22(4):341-358, 1999.
17. LAGARDE M: *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Horas. México, 1997.
18. LAGARDE M: *Los Cantiverios de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas*. UNAM, México, 1990.
19. LAGARDE M: La regulación social del género: el género como filtro de poder. En: *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo I. Porrúa. México, 1998.
20. LARUELLE C, ENGLERT Y: Psychological study of in vitro fertilization-embryo transfer participants' attitudes toward the destiny of their supernumerary embryos. *Fertil Steril*, 63(5):1047-1050, 1995.
21. LE BRETON D: *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Nueva Visión. Buenos Aires, 2002.
22. LEE J, YAP C: Embryo donation: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(11):991-996, 2003.
23. LOPEZ S: *Prensa, Cuerpo y Salud en el Siglo XIX Mexicano (1840-1900)*. Porrúa. México, 2000.
24. LOPEZ O: La medicalización de la sexualidad a finales del siglo XIX en México. En: Aguilera G y cols. (eds.). *Cuerpo, Identidad y Psicología*. Plaza y Valdés. México, 1998.
25. MCMAHON CA, GIBSON FL, LESLIE GI, SAUNDERS DM y cols.: Embryo donation for medical research: attitudes and concerns of potential donors. *Hum Reprod*, 18(4):871-877, 2003.
26. MOORE KL: *Embriología Clínica*. Cuarta edición. Interamericana. México, 1989.
27. NEWTON CR, MCDERMID A, TEKPETEY F, TUMMON IS: Embryo donation: attitudes toward donation procedures and factors predicting willingness to donate. *Hum Reprod*, 18(4):878-884, 2003.
28. PALACIOS BE, JADRESIC ME, PALACIOS BF, MIRANDA VC, DOMINGUEZ R: Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 67(1):94-103, 2002.
29. PEREZ-RINCON H: *Imágenes del Cuerpo*. Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
30. SAGRADA CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE: Instrucción sobre el respecto de la vida naciente y la dignidad de la procreación. Citado por Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Diana. México, 1996.
31. SHANNON TA, WOLTER AB: Reflections on the moral status of the pre-embryo. *Theological Studies*, 51:603-626, 1990.
32. SOBIRK T: A woman's choice? On women, assisted reproduction and social coercion. *Ethical Theory Moral Practice*, 7:81-90, 2004.