

Revisión bibliográfica

La maternidad biológica compartida en parejas lesbianas. La técnica de fertilización «in vitro» con el método de recepción de ovocitos de la pareja (ROPA): una revisión de la literatura

XXXXXX



Carlos Saus-Ortega



Profesor Asociado. Universitat de València. Facultat d'Infermeria i Podologia. Valencia

RESUMEN

Objetivo: Identificar los aspectos clínicos, éticos y legales de la fertilización *in vitro* (FIV) con el método de recepción de ovocitos de la pareja (ROPA).

Método: Se realizaron búsquedas bibliográficas de publicaciones desde 2009 en las bases de datos CINAHL, Medline, Scopus y PsycINFO. Una primera búsqueda inicial se centró en «técnicas de reproducción asistida» y «homosexualidad» como conceptos amplios. Posteriormente, una segunda búsqueda se centró en «lesbianas» y «método ROPA» específicamente.

Resultados: Se incluyeron 11 artículos. Se identificaron 4 áreas temáticas: 1) búsqueda del vínculo biológico compartido en la maternidad de las parejas lesbianas; 2) riesgos relacionados con el tratamiento de FIV con ROPA; 3) consideraciones éticas y aceptabilidad médica de dicha técnica, y 4) marco legal y jurídico actual en España de la FIV con ROPA.

Conclusiones: La novedad de la técnica FIV con ROPA no está en los componentes del procedimiento, sino en la experiencia reproductiva compartida, en los riesgos médicos que puede acarrear y en las cuestiones éticas que plantea. Los profesionales de la salud deberían conocer estos aspectos para poder ofrecer una adecuada atención a estas parejas.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lesbianas, recepción de ovocitos de la pareja (ROPA), técnicas de reproducción asistida, maternidad biológica compartida.

ABSTRACT

Objective: Identify the clinical, ethical and legal aspects of IVF with reception of oocytes of the partner (ROPA).

Method: Bibliographic searches of publications were carried out since 2009 in the CINAHL, Medline, Scopus and PsycINFO databases. A first initial search focused on «assisted reproduction techniques» and «homosexuality» as broad concepts. Subsequently, a second search focused on «lesbians» and «ROPA method» specifically.

Results: 11 articles were included. Four thematic areas were identified: 1) search for the biological link shared in the motherhood of lesbian couples; 2) risks related to the treatment of IVF with ROPA; 3) ethical considerations and medical acceptability of said technique, and 4) current legal and legal framework in Spain for IVF with ROPA.

Conclusions: The novelty of the IVF technique with ROPA is not in the components of the procedure but in the shared reproductive experience, in the medical risks that it can bring and in the ethical questions that it raises. Health professionals should know these aspects in order to offer adequate care to these couples.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Lesbian, reception of oocytes of the partner (ROPA), assisted reproduction techniques, shared biological maternity.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, además del modelo familiar heteronormativo (padre, madre e hijos de ambos), se han desarrollado nuevos modelos familiares: monoparentales (madres/padres solteras/os por elección), reconstituidas (hijos de diferentes parejas) y homoparentales (lesboparentales y gays)^{1,2}. Un estudio longitudinal llevado a cabo en Estados Unidos sugiere que la dinámica familiar y la crianza de las parejas femeninas (lesbianas) son tan positivas como las de las familias heterosexuales tradicionales³. Se ha adoptado el término *homoparenting* (homoparentalidad) para referirse a la crianza de los hijos practicada por parejas del mismo sexo⁴.

En algunos países occidentales, durante más de 30 años las mujeres sin pareja (soltera, divorciada o viuda) o con pareja femenina (lesbiana) han podido tener hijos mediante inseminación artificial con semen de donante (IAD)⁵. En 1985 la tasa de IAD en parejas lesbianas se estimó en un 0,7%⁶. Aunque no hay disponibles datos actuales sobre la prevalencia del uso de técnicas de reproducción asistida (TRA) en esta población, se estima una tasa en torno a un 8%^{7,8}.

En España se han llevado a cabo IAD a mujeres sin pareja o con pareja femenina desde que se estableció el primer banco de semen en 1977⁹. Sin embargo, con el progresivo cambio de actitudes sociales² y la equiparación legal de los derechos de las parejas homosexuales con los de las parejas heterosexuales¹⁰, se ha conseguido que en una pareja de lesbianas, ambas participen en el embarazo: una proporcionando los óvulos que se fecundan con espermatozoides de un donante anónimo y la otra recibiendo los embriones, gestándolos y pariendo al hijo. Esta TRA ha recibido el nombre de fertilización *in vitro* (FIV) con recepción de ovocitos de la pareja (ROPA), o co-FIV¹.

La técnica de FIV con ROPA, o co-FIV, aunque más desafiante y costosa que la IAD, presenta la ventaja de permitir a las parejas de lesbianas compartir la maternidad biológica al participar ambas en la procreación del hijo^{1,2}. Sin embargo, las actitudes de los profesionales y las condiciones legales hacia las parejas femeninas varían sustancialmente². De hecho, en ciertos países occidentales, la decisión de tratar a parejas de mujeres se deja a discreción de las clínicas^{5,11}, creando un espacio para la discriminación reproductiva de las parejas¹¹. No obstante, la IAD sigue siendo el procedimiento que la mayoría de los centros ofrecen como tratamiento de elección para parejas lesbianas reproductivamente sanas¹², dado que muchas clínicas/profesionales pueden rechazar la atención cuando la mujer que va a tener hijos es fértil, argumentando la eticidad del uso de FIV en casos donde no hay necesidad médica⁵.

Aunque todavía hay pocos estudios clínicos sobre dicha experiencia^{1,13,14}, la idea de que la técnica FIV con ROPA pueda hacer posible que las parejas lesbianas compartan la maternidad biológica se ha discutido en diferentes artículos^{11,15,16}. A pesar de ello, esta práctica ha suscitado mucha atención debido al debate ético sobre cómo esta aplicación de la FIV puede desafiar los puntos de vista establecidos sobre la crianza de los hijos, la familia y los objetivos de los tratamientos de reproducción asistida¹².

Esta dimensión moral, entendida como el conjunto de creencias, costumbres, valores y normas de una persona o de un grupo social, que funcionan como una guía para obrar, ha propiciado que el foco de estudio actual se centre, más que en los aspectos técnicos del método ROPA (que no difieren de los procedimientos regulares de FIV utilizando ovocitos de donantes), en los principios generales de la ética médica (beneficencia, no maleficencia y autonomía) aplicados a dicha técnica¹⁷. Por todo ello, se planteó como objetivo de esta revisión identificar los aspectos clínicos, éticos y legales de la FIV con ROPA, para que los profesionales de la salud puedan entender mejor esta práctica reproductiva, cada vez más frecuente entre parejas de mujeres lesbianas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las publicaciones que describen el método ROPA en parejas lesbianas. La búsqueda se completó durante enero y marzo de 2017, e incluyó las cuatro bases de datos electrónicas utilizadas predominantemente para difundir la investigación en ciencias de la salud: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Medline (PubMed), Scopus y PsycINFO. Se llevó a cabo una primera búsqueda inicial centrada en TRA y homosexualidad como conceptos amplios. Posteriormente, una segunda búsqueda se centró en lesbianas y método ROPA. Las palabras clave en la primera búsqueda incluyeron: *homosexuality* y *assisted reproductive technology*, y *lesbian* y *reception of oocytes from partner* (ROPA) en la segunda.

Se incluyeron todos los idiomas y se utilizó el periodo de publicación 2009-2017, ya que desde 2009 se conoce la aplicación del método ROPA¹. Se incluyeron todo tipo de investigaciones, independientemente del diseño, ya que se quería explorar toda la información disponible en la literatura sobre el método ROPA.

Los títulos y los resúmenes de los artículos se examinaron para determinar la relevancia. En la primera búsqueda se leyeron 26 artículos a texto completo y 12 en

la segunda. La primera búsqueda sólo obtuvo 2 artículos relevantes para la revisión y 7 la segunda. Posteriormente, se encontraron otros 2 artículos, a través de las listas de referencias de los artículos revisados, lo cual elevó el número total de artículos revisados a 11. Se usaron las guías adaptadas de revisión crítica para estudios cuantitativos y cualitativos de Schneider et al.¹⁸ para evaluar críticamente los artículos e identificar los puntos fuertes y débiles¹⁹.

Se llevó a cabo una revisión narrativa utilizando un enfoque de análisis temático para sintetizar los datos²⁰. Los campos temáticos identificados fueron: 1) búsqueda del vínculo biológico compartido en la maternidad de las parejas lesbianas; 2) riesgos relacionados con el tratamiento de FIV con ROPA; 3) consideraciones éticas y aceptabilidad médica de dicha técnica, y 4) marco legal y jurídico actual de la FIV con ROPA en España.

RESULTADOS

La maternidad en las parejas homosexuales

En general, se cree que la maternidad desempeña un papel importante en la realización personal²¹. La genética ha servido como criterio principal para atribuir la maternidad/paternidad de los hijos. De hecho, el ideal normativo de la maternidad/paternidad requiere que cada miembro de la pareja aporte el 50% de los genes del hijo^{22,23}. Desde la década de los ochenta se han llevado a cabo muchos esfuerzos científicos para ayudar a las parejas homosexuales a alcanzar este ideal²⁴. En la literatura se observa que múltiples parejas de mujeres han estado persiguiendo la maternidad por medio de TRA²⁵⁻²⁷. De ahí que la transición de las lesbianas a la maternidad se haya convertido en un foco de creciente interés de investigación en los últimos años^{13,28-31}.

En 2010, en la revista *Pediatrics* se publicó el US National Longitudinal Lesbian Family Study, que destaca la dinámica familiar positiva de la crianza en parejas del mismo sexo. En él se siguió a 77 familias (67 madres biológicas, 67 comadres y 10 madres solteras) con 78 hijos (38 niñas y 39 niños) nacidos entre 1986 y 1992 en Estados Unidos. Las madres fueron entrevistadas en 5 momentos (en la inseminación y a los 2, 5, 10 y 17 años). Los hijos fueron entrevistados a los 10 y 17 años de edad. El estudio analizó los 4 resultados clave del desarrollo de la Achenbach Child Behavior Checklist: ajuste psicológico, relaciones con los compañeros, relaciones familiares y progreso en la escuela. Este estudio refuta la aprehensión social hacia la crianza de hijos por parte de homosexuales al sugerir que los hijos de las parejas femeninas se desarrollan igual de bien o mejor (menor tasa en desobediencia o quebrantamiento de

normas y en desarrollar un comportamiento agresivo o delincuencial) que los de las parejas heterosexuales^{1,3}.

Kovacs et al. también mostraron que el apoyo a la FIV en parejas femeninas en Australia aumentó del 7 al 31% entre 1993 y 2000³². En general, en las sociedades occidentales se observa una tendencia positiva en el acceso a las TRA y en la custodia de los niños en parejas homosexuales².

Riesgos relacionados con el tratamiento de FIV con ROPA

El uso de tratamiento de FIV puede afectar al bienestar físico, psíquico y social, la satisfacción sexual y la calidad de la relación de las parejas^{33,34}.

En la esfera social, a día de hoy todavía muchas personas consideran la construcción familiar que utiliza TRA como una desviación de la formación familiar tradicional³⁵⁻³⁷. Además, en el caso de las parejas lesbianas, éstas se enfrentan a problemas especiales, como cuál de las dos mujeres será la madre gestacional o cómo desarrollar la maternidad dentro de un contexto heteronormativo^{28,38,39}. En general, sus caminos hacia la reproducción son más desafiantes socialmente y requieren una planificación más cuidadosa^{29,40}. Esto puede explicar por qué las lesbianas tienen menos probabilidades de convertirse en madres en comparación con sus homólogas heterosexuales, incluso en los países donde hay pocos obstáculos legales y sociales a la maternidad no heterosexual^{8,41}.

En el plano psíquico, gran cantidad de investigaciones muestran el proceso de FIV como un tratamiento traumático/doloroso y emocionalmente turbulento para lograr el embarazo⁴²⁻⁴⁴. En general, es difícil saber de antemano cómo las mujeres experimentarán las inyecciones hormonales repetidas y la cirugía para la recuperación de óvulos^{42,44-47}. En una revisión sobre los aspectos emocionales de la FIV, Verhaak et al.³⁷ concluyen que ésta constituye un factor estresante multidimensional que en muchos casos evoca ansiedad. La ansiedad es un índice significativo de bienestar psicológico muy estudiado en la transición a la maternidad/paternidad mediante TRA^{48,49}. Dicha ansiedad ha estado asociada a factores contextuales a nivel macro, como el reconocimiento legal del estado parental, a nivel meso con el ambiente y la seguridad que rodea a la pareja⁴⁹ y a nivel micro con el resultado impredecible del tratamiento³³.

Asimismo, algunos estudios previos han resaltado también las consecuencias emocionales negativas de las contribuciones genéticas desiguales inherentes en parejas femeninas^{14,33}, y han sugerido que la FIV con ROPA puede mitigar las complejidades psicológicas y emocionales que pueden encontrar las parejas, al permitir que cada miembro desempeñe un papel biológico en su viaje

hacia la maternidad/paternidad². Dichas turbulencias emocionales incluyen que el padre/madre no biológico/a pueda experimentar resentimiento hacia su pareja y celos del vínculo genético compartido por su pareja e hijo².

En el plano físico, existe un riesgo pequeño pero persistente de síndrome de hiperestimulación ovárica con un posible desenlace fatal⁴⁷. En el caso de la FIV con ROPA, la mujer que proporciona los óvulos presenta los riesgos propiamente relacionados con la estimulación hormonal, incluido el de hiperestimulación ovárica, y las complicaciones durante o después de la recuperación del óvulo. Y la mujer que recibe el embrión presenta los riesgos relacionados con el embarazo y el parto, así como un riesgo algo mayor de hemorragias y abortos espontáneos en comparación con las mujeres embarazadas con sus propios ovocitos⁵⁰.

Finalmente, también deben considerarse los riesgos relacionados con la FIV para el recién nacido³³. Se han detectado algunas diferencias entre los niños concebidos mediante FIV y espontáneamente. En los primeros se ha observado un mayor número de partos pretérmino, menor peso al nacer y un porcentaje algo mayor de defectos del tubo neural y de atresia de esófago. Sin embargo, estas diferencias no se han relacionado exclusivamente con el tratamiento de FIV como tal, sino también con el estado médico de las parejas, con un mayor número de partos múltiples si se implanta más de un embrión en el útero de la mujer, con la edad y con el tipo de infertilidad de los padres²².

Consideraciones éticas en torno a la técnica de FIV con ROPA

Según Marina et al.¹, la práctica de ofrecer FIV con ROPA cumple con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía.

En primer lugar, como la técnica ROPA conduce al cumplimiento de un deseo importante de la pareja y del niño en particular que nace (ya que estos autores presuponen que la existencia es mejor que la inexistencia), sería una instancia de hacer el bien. El concepto esgrimido es el del valor de la vida. De esta manera, se pretende justificar el nacimiento de un ser humano por ese medio, debido a que, según algunos autores, sería mejor vivir que no haber nacido nunca, siempre que su vida no resulte indigna de ser vivida, producto de continuos y profundos sufrimientos. Por tanto, los riesgos de la técnica FIV con ROPA estarían compensados por el hecho de que ese niño no tenga otra posibilidad de existencia mejor. Naturalmente, el límite entre sufrimiento aceptable e inaceptable es completamente borroso, al tiempo que relativo a quien lo experimenta. Otros autores intentan refutar este argumento soste-

niendo que los padres de este niño habrían actuado injustamente, pese a que pueda haber salido favorecido. Otros, más convincentemente, argumentan que lo más justo sería maximizar el beneficio de la descendencia, por lo cual la técnica quedaría descartada ante la existencia de medios menos arriesgados²⁴.

En segundo lugar, se cumpliría el principio de no maleficencia, dado que según el resultado positivo de los estudios sobre el desarrollo de los niños criados en familias lesbianas, nadie se vería perjudicado ni implicaría ningún daño³.

Y finalmente, como el procedimiento se lleva a cabo solicitado por una pareja bien informada, estaría de acuerdo con el principio de autonomía¹. En general, los autores que abogan en favor de la FIV con ROPA lo hacen en función de los beneficios psicosociales previstos en la pareja al combinar un vínculo genético y biológico (p. ej., situaciones de desigualdad legal, distribución de cargas, poder de crianza, celos, etc.)^{14,51}. Por regla general, suele respetarse la voluntad de la pareja, aunque las opciones alternativas deben ser expuestas por el médico tratante a la pareja, así como los riesgos y consecuencias médicas, biológicas, legales y éticas. Esta exposición debe proporcionarse de la forma más imparcial y objetiva posible, con el fin de que la pareja tome la decisión más conveniente para su bienestar y el del futuro hijo¹⁵.

Otros autores afirman que las parejas lesbianas fértiles pueden usar métodos menos arriesgados y costosos, como la IAD, por lo que sería más ético reservar la FIV sólo para las parejas con una indicación médica⁵²⁻⁵⁴. Chan et al.¹⁵, por ejemplo, creen que proporcionar FIV con ROPA a una pareja de mujeres reproductivamente sanas en función de sus deseos no debe considerarse una buena práctica médica, ya que incumple el principio de beneficencia relacionado con combatir la enfermedad y ayudar a los enfermos. Entienden que los tratamientos de reproducción asistida se deben aplicar únicamente ante la falta de hijos de forma involuntaria como una intervención destinada a reparar un defecto biológico¹⁵. Estas posiciones puramente biologicistas chocan con los deseos (legítimos o no) de las parejas lesbianas reproductivamente sanas de procrear un hijo juntas^{51,55,56}.

Sin embargo, según Fox, el tratamiento de FIV se ofrece regularmente a mujeres heterosexuales reproductivamente sanas cuando sus parejas masculinas tienen una producción de espermatozoides baja pero existente. Si estas parejas anhelan tener un hijo con un vínculo genético compartido, pueden buscar asistencia médica reproductiva en forma de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), una versión de FIV en la que se in-

yecta un espermatozoide en un óvulo. En este caso, esta ruta hacia la maternidad, al igual que sucede con la FIV con ROPA en parejas lesbianas sanas, implica mayores riesgos médicos para la mujer, que podría quedar embarazada mediante IAD. Fox plantea que dado que en ambos casos las mujeres son sanas reproductivamente, sería incoherente desde el punto de vista ético aceptar el tratamiento FIV en parejas heterosexuales y no en mujeres lesbianas, o viceversa, ya que ambas parejas pueden desear un vínculo biológico con su hijo^{12,15,52}.

Marco legal y jurídico actual de la FIV con ROPA

La mayoría de los países no permiten el matrimonio entre homosexuales. Algunos países occidentales reconocen los derechos y obligaciones de las parejas homosexuales en su legislación, pero no son comparables a los de las parejas heterosexuales¹. En España, desde 1988 las mujeres lesbianas han tenido acceso legal a la utilización de esperma de donantes^{57,58}. Pero con la aprobación de la Ley 13/2005 se igualaron los derechos reproductivos de las parejas homosexuales con los de las parejas heterosexuales¹⁰. Esto ha propiciado que se estén organizando nuevos modelos familiares; entre ellos, las parejas lesbianas que forman una familia con dos madres biológicas (la mujer que proporciona los óvulos y la que gesta el niño)¹.

La ley de reproducción asistida española estipula que la donación de gametos (óvulos y esperma) debe hacerse de forma anónima y gratuita, prohibiendo la venta de gametos y las donaciones directas entre individuos sin mediación de una clínica¹⁰. Así, las clínicas funcionan tanto como administradoras de métodos de reproducción asistida como garantes del anonimato de donantes de gametos⁵⁹. Sólo existe una excepción a este requisito de anonimato, que es el caso de los gametos donados por un cónyuge a la esposa¹⁰. Esta excepción, que ya estaba incluida en la ley antes de la legalización del matrimonio entre personas del mismo sexo, permite a los matrimonios de lesbianas (aunque no se estipula explícitamente en el texto de la ley) beneficiarse del método ROPA. Este método, que aunque no está regulado, no está prohibido, se está ofreciendo cada vez más en clínicas privadas de fertilidad, y un número creciente de parejas femeninas lo está considerando como posibilidad⁵⁹.

No obstante, es importante remarcar que el uso de este método no convierte a la donante de óvulos en madre del bebé, ya que la donante no es reconocida por la ley como madre debido a su vínculo genético con el recién nacido, sino a causa de su vínculo matrimonial con la mujer que gestó y dio a luz al bebé. En el caso de

las parejas no casadas, la mujer que no gesta al bebé puede adoptar a los hijos de su cónyuge, convirtiéndose en madre en el pleno sentido jurídico desde el momento del nacimiento del bebé⁵⁹.

DISCUSIÓN

Cada vez más las parejas lesbianas en España buscan un embarazo mediante TRA. La técnica FIV con ROPA permite el establecimiento de conexiones biológicas con el hijo para ambas mujeres¹. Involucrar a ambas partes biológicamente en el proceso reproductivo (como comadres) podría incidir sobre la visión social dominante de la imposibilidad de la reproducción entre parejas del mismo sexo⁶⁰. En este artículo se ha revisado la técnica de FIV con ROPA desde el punto de vista clínico, social, ético y legal.

En primer lugar, podríamos decir que esta técnica rompe las relaciones asimétricas entre madres lesbianas y niños cuando una mujer de la pareja no es madre biológica. Hayden representó esta situación mediante el uso de expresiones negativas que denotan una idea de que algo falta: *other mother*, *co-mother*, *non-birth mother* o *non-biological mother*⁶¹.

Asimismo, al igual que ya sucede con otros modelos familiares, podemos considerar que la técnica ROPA permite que ambas mujeres compartan las experiencias físicas y psíquicas durante el tratamiento, como la medicación, los exámenes, las ecografías, la ansiedad, la angustia con el resultado, etc. De hecho, ambas mujeres toman medicación, una para desarrollar los óvulos y la otra para preparar el útero y recibir el ovocito. El impacto físico, psicológico y social de esta TRA involucra a ambas⁶⁰, a pesar de que legalmente la madre no gestante deberá realizar un proceso de adopción del niño después de su nacimiento en el caso de que no estén casadas, ya que lo que permite reconocer y legalizar el vínculo filial es la situación de unión legal de la pareja.

Sin embargo, otorgar esta importancia a los lazos biológicos a la hora de construir una familia por parejas lesbianas, existiendo otras opciones, como la adopción, u otros métodos menos arriesgados, como la IAD, puede contemplarse también como una renovación de las viejas ideas sobre lo que constituye una relación de pareja/familia. Ello supone otorgar mucha importancia a lo biológico/genético, en lugar de a la unión de la pareja, y al reconocimiento social y legal de dichas familias⁶⁰. De hecho, Di Nucci⁵¹ y Velleman⁵⁵ consideran que los lazos biológicos con los hijos son intrínsecamente valiosos para la identidad y autodeterminación de una persona, pero su importancia es independien-

te de que la familia sea la familia biológica o no. Además, los lazos biológicos no deben desempeñar ningún papel en la distribución de las cargas y la autoridad dentro de los proyectos de los padres.

Este artículo también recoge los argumentos éticos existentes a favor y en contra de la FIV con ROPA. La pregunta ética más discutida ha versado sobre la pertinencia o no de utilizar técnicas menos arriesgadas, como la IAD. Entre algunos defensores de utilizar la IAD se ha observado una inconsistencia en el razonamiento ético, ya que la FIV también se aplica a parejas heterosexuales en que la mujer es sana reproductivamente y el hombre no. En este caso también debería optarse por la opción con menos riesgos para la mujer, ya que si no podría entenderse como un reflejo del sesgo heteronormativo imperante en la reproducción asistida³³.

Todo esto no significa, sin embargo, que se deba aceptar esta práctica como prioritaria; pero cuando una pareja decide, después de un asesoramiento apropiado sobre los pros y los contras de este procedimiento, parece que su autonomía reproductiva debería prevalecer⁵².

En esta revisión se han intentado capturar todos los aspectos descritos en la literatura sobre la técnica de FIV con ROPA para la formación de una familia en parejas lesbianas. No obstante, se requiere llevar a cabo más investigación cuantitativa y cualitativa sobre la salud reproductiva de las lesbianas para poder proporcionar una información más exhaustiva sobre los determinantes físicos, psicológicos, sociales y éticos involucrados en ella. Asimismo, se observa la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud sobre las preocupaciones de las lesbianas en planificación familiar, particularmente en los aspectos relacionados con la maternidad.

CONCLUSIÓN

En los países donde la técnica FIV con ROPA, o co-FIV, es legal, se ofrece a las parejas de lesbianas la posibilidad de establecer un vínculo biológico con sus hijos. La novedad de esta técnica no está en los componentes del procedimiento, sino en la experiencia reproductiva compartida, en los riesgos médicos que puede acarrear y en las cuestiones éticas que plantea. Debemos tener cuidado de no reforzar prejuicios biologicistas con el desarrollo de esta técnica. Es importante que los profesionales de la salud que traten a parejas lesbianas sean sensibles a las consideraciones reproductivas que les planteen, pero siempre desde un prisma de la información rigurosa sobre las expectativas y los objetivos de este tratamiento de fertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Human Reprod.* 2010; 25(4): 938-41.
2. Yeshua A, Lee JA, Witkin G, Copperman AB. Female couples undergoing IVF with partner eggs (co-IVF): pathways to parenthood. *LGBT Health.* 2015; 2(2): 135-9.
3. Gartrell N, Bos H. US National Longitudinal Lesbian Family Study: psychological adjustment of 17-year-old adolescents. *Pediatrics.* 2010; 126(1): 28-36.
4. Vitule C, Couto MT, Machin R. Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* 2015; 19(55): 1.169-80.
5. De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Human Reprod.* 2014; 29(9): 1.859-65.
6. US Congress. Artificial insemination: practice in the United States: summary of a 1987 survey: background paper. *Off Technol Assess.* 1988; OTA-BP-BA-48.
7. Carpinello OJ, Jacob MC, Nulsen J, Benadiva C. Utilization of fertility treatment and reproductive choices by lesbian couples. *Fertil Steril.* 2016; 106(7): 1.709-13. e4.
8. Brewster KL, Tillman KH, Jokinen-Gordon H. Demographic characteristics of lesbian parents in the United States. *Population research and policy review.* 2014; 33(4): 503-26.
9. Marina S. The first sperm bank in Spain: organization and first year results. *Human artificial insemination and semen preservation.* Boston: Springer, 1980; 57-60.
10. Parlamento Español. Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *Boletín Oficial del Estado,* 2005; 23.632-4.
11. Woodward BJ, Norton WJ. Lesbian intra-partner oocyte donation: a possible shake-up in the Garden of Eden? *Human Fertil.* 2006; 9(4): 217-22.
12. Dondorp W, De Wert G, Janssens P. Shared lesbian motherhood: a challenge of established concepts and frameworks. *Human Reprod.* 2010; 25(4): 812-4.
13. Ehrensaft D. Just Molly and me, and donor makes three: lesbian motherhood in the age of assisted reproductive technology. *J Lesbian Studies.* 2008; 12(2-3): 161-78.
14. Pelka S. Sharing motherhood: Maternal jealousy among lesbian co-mothers. *J Homosex.* 2009; 56(2): 195-217.
15. Chan CS, Fox JH, McCormick RA, Murphy TF. Lesbian motherhood and genetic choices. *Ethics Behav.* 1993; 3(2): 211-22.
16. Robertson JA. *Children of choice: freedom and the new reproductive technologies.* Princeton: Princeton University Press, 1996.
17. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* Oxford: Oxford University Press, 2001.
18. Schneider Z, Whitehead D. *Nursing and midwifery research: methods and appraisal for evidence-based practice.* Chatswood: Elsevier Australia, 2013.
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
20. Coughlan M, Cronin P. *Doing a literature review in nursing, health and social care.* Sage, 2016.
21. Riskind RG, Patterson CJ, Nosek BA. Childless lesbian and gay adults' self-efficacy about achieving parenthood. *Couple and Family Psychology: Research and Practice.* 2013; 2(3): 222.
22. Hendriks S, Dondorp W, De Wert G, Hamer G, Repping S, Dancet EA. Potential consequences of clinical application of artificial gametes: a systematic review of stakeholder views. *Hum Reprod Update.* 2015; 21(3): 297-309.
23. Cutas D, Dondorp W, Swierstra T, Repping S, De Wert G. Artificial gametes: perspectives of geneticists, ethicists and representatives of potential users. *Medicine, Health Care and Philosophy.* 2014; 17(3): 339-45.
24. Segers S, Mertes H, Pennings G, De Wert G, Dondorp W. Using stem cell-derived gametes for same-sex reproduction: an alternative scenario. *J Med Ethics.* 2017; 43(10): 688-91.

25. Bos HM, Van Balen F, Van den Boom Dymphna C. Planned lesbian families: their desire and motivation to have children. *Human Reprod.* 2003; 18(10): 2.216-24.
26. Nordqvist P. Choreographies of sperm donations: dilemmas of intimacy in lesbian couple donor conception. *Soc Sci Med.* 2011; 73(11): 1.661-8.
27. Riskind RG, Patterson CJ. Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay, and heterosexual individuals. *J Fam Psychol.* 2010; 24(1): 78.
28. Chabot JM, Ames BD. «It wasn't 'let's get pregnant and go do it'»: decision making in lesbian couples planning motherhood via donor insemination. *Family Relations.* 2004; 53(4): 348-56.
29. Dunne GA. Opting into motherhood: lesbians blurring the boundaries and transforming the meaning of parenthood and kinship. *Gender Soc.* 2000; 14(1): 11-35.
30. Goldberg AE. Lesbian and gay parents and their children: research on the family life cycle. Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
31. Wyverkens E, Provoost V, Ravelingien A, De Sutter P, Pennings G, Buysse A. Beyond sperm cells: a qualitative study on constructed meanings of the sperm donor in lesbian families. *Human Reprod.* 2014; 29(6): 1.248-54.
32. Brown WL. Community attitudes to assisted reproductive technology: a 20-year trend. *Med J Aust.* 2003; 179(10): 536-8.
33. Zeiler K, Malmquist A. Lesbian shared biological motherhood: the ethics of IVF with reception of oocytes from partner. *Medicine, Health Care and Philosophy.* 2014; 17(3): 347-55.
34. Lo IP, Chan CH, Chan TH. Perceived importance of childbearing and attitudes toward assisted reproductive technology among Chinese lesbians in Hong Kong: implications for psychological well-being. *Fertil Steril.* 2016; 106(5): 1.221-9.
35. Borneskog C, Lampic C, Sydsjö G, Bladh M, Svanberg AS. Relationship satisfaction in lesbian and heterosexual couples before and after assisted reproduction: a longitudinal follow-up study. *BMC Womens Health.* 2014; 14(1): 154.
36. Sydsjö G, Svanberg AS, Lampic C, Jablonowska B. Relationships in IVF couples 20 years after treatment. *Human Reprod.* 2011; 26(7): 1.836-42.
37. Verhaak CM, Smeenk J, Evers A, Kremer JA, Kraaimaat F, Braat D. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update.* 2006; 13(1): 27-36.
38. Markus E, Weingarten A, Duplessi Y, Jones J. Lesbian couples seeking pregnancy with donor insemination. *J Midwifery Women's Health.* 2010; 55(2): 124-32.
39. Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, Brewaeyts A. An attempt to reconstruct children's donor concept: a comparison between children's and lesbian parents' attitudes towards donor anonymity. *Human Reprod.* 2001; 16(9): 2.019-25.
40. Wall M. Hearing the voices of lesbian women having children. *Journal of GLBT Family Studies.* 2011; 7(1-2): 93-108.
41. Gates G. Family formation and raising children among same-sex couples. *National Council of Family Relations.* 2012; 51(1).
42. Franklin S. Embodied progress: a cultural account of assisted conception. Nueva York: Routledge, 2002.
43. Kirkman M, Rosenthal D. Representations of reproductive technology in women's narratives of infertility. *Women Health.* 1999; 29(2): 17-36.
44. Baker M. The elusive pregnancy. *Choice & Empowerment in Medically Assisted Conception.* 2004.
45. Steuber KR, Haunani Solomon D. Relational uncertainty, partner interference, and infertility: a qualitative study of discourse within online forums. *J Soc Personal Relationships.* 2008; 25(5): 831-55.
46. Redshaw M, Hockley C, Davidson L. A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reprod.* 2006; 22(1): 295-304.
47. Delvigne A, Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. *Hum Reprod Update.* 2002; 8(6): 559-77.
48. Goldberg AE, Perry-Jenkins M. The division of labor and perceptions of parental roles: lesbian couples across the transition to parenthood. *J Soc Personal Relationships.* 2007; 24(2): 297-318.
49. Goldberg AE, Smith JZ. The social context of lesbian mothers' anxiety during early parenthood. *Parenting: Science and Practice.* 2008; 8(3): 213-39.
50. Pinborg A, Wennerholm U, Romundstad L, Loft A, Aittomaki K, Söderström-Anttila V, et al. Why do singletons conceived after assisted reproduction technology have adverse perinatal outcome? Systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2012; 19(2): 87-104.
51. Di Nucci E. IVF, same-sex couples and the value of biological ties. *J Med Ethics.* 2016; 42(12): 784-7.
52. Pennings G. Having a child together in lesbian families: combining gestation and genetics. *J Med Ethics.* 2016; 42(4): 253-5.
53. Bendsdorp AJ, Tjon-Kon-Fat RI, Bossuyt PM, Koks CA, Oosterhuis GJ, Hoek A, et al. Prevention of multiple pregnancies in couples with unexplained or mild male subfertility: randomised controlled trial of in vitro fertilisation with single embryo transfer or in vitro fertilisation in modified natural cycle compared with intrauterine insemination with controlled ovarian hyperstimulation. *BMJ.* 2015; 350: 7.771.
54. Malchau SS, Loft A, Larsen EC, Henningsen AA, Rasmussen S, Andersen AN, et al. Perinatal outcomes in 375 children born after oocyte donation: a Danish national cohort study. *Fertil Steril.* 2013; 99(6): 1.637-43. e3.
55. Velleman JD. Family history. *Philosophical Papers.* 2005;34(3):357-78.
56. Roache R. The value of being biologically related to one's family. *J Med Ethics.* 2016; 42(12): 755-6.
57. Jefatura del Estado. Ley 35/1988 de Reproducción Asistida Humana. *Boletín Oficial del Estado.* 1988; 24.
58. Jefatura del Estado. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Boletín Oficial del Estado.* 2006; 126: 19.947-56.
59. Imaz E. Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reprod Biomed Soc Online.* 2017; 4: 5-12.
60. Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties.* 2014; 9(1): 42-59.
61. Hayden CP. Gender, genetics, and generation: reformulating biology in lesbian kinship. *Cultural Anthropology.* 1995; 10(1): 41-63.