

INFERTILIDAD Y NUEVAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS EN EL PERÚ: UN ABORDAJE PSICOSOCIAL

Infertility and new reproductive technologies in Perú: a psycho-social approach

Ysis Roa Meggo ¹

Resumen

La infertilidad, definida como la falta de concepción después de al menos doce meses de relaciones sexuales sin protección representa un problema de salud pública en numerosos países. Desde hace poco más de dos décadas los procesos de fecundación sucedían exclusivamente en el cuerpo femenino. Hoy en día los avances científicos y tecnológicos aplicados a la reproducción biológica humana han dado origen a las tecnologías de reproducción asistida (TRAs). Aunque valoramos los aspectos positivos de la tecnociencia es imprescindible mantener una visión crítica ante ellos. Porque aunque el uso de las TRAs no sea tan difundido en el país es una obligación académica anticiparnos a esta situación, recogiendo los resultados de las investigaciones en otros países y analizando las consecuencias psicosociales que tendría el uso de las TRAs para el individuo infértil en el Perú.

Palabras clave: Infertilidad, Fertilización, Técnicas Reproductivas Asistidas.

Abstract

The infertility, defined as the lack of conception after at least twelve months of sexual relations without protection, represents a problem of public health in numerous countries. Since more than two decades, the fertilization processes happened exclusively in the feminine body. Nowadays, the technological and scientific advances applied to the human biological reproduction have given rise to the assisted reproductive techniques (ART). Although we have valued the positive aspects of the tecnoscience, it is indispensable to maintain a critical vision. Because although the use of ART is not so spread in the country, it is an academic obligation to anticipate us to this situation, gathering the results of the investigations in other countries and analyzing the psycho-social consequences that the use of ART would have for the infertile individual in Peru.

Key Words: Infertility; Fertilization; Reproductive Techniques, Assisted.

La infertilidad, definida como la falta de concepción después de al menos doce meses de relaciones sexuales sin protección (1), es para muchos países del mundo un problema de salud pública dadas sus elevadas y crecientes tasas de prevalencia e incidencia (2). Aunque en el Perú no se considere un problema de salud pública es importante considerar su análisis, pues más de un millón de mujeres en nuestro país estarían padeciendo de algún tipo de infertilidad (3).

Para tratar esta problemática la ciencia ha creado las tecnologías de reproducción asistida (TRAs). Este es un campo nuevo e inexplorado, por lo que se requiere conocerlo y analizar sus ventajas e implicancias, pues solo así se podría ofrecer a esta población doliente la más humana y profesional atención.

exclusivamente en el cuerpo femenino. Hoy en día los avances científicos-tecnológicos aplicados a la reproducción biológica humana han dado origen a nuevos fenómenos tales como la fecundación *in vitro*, los bebés probeta, el congelamiento de embriones, entre otros. Pero aunque valoremos los aspectos positivos de la tecnociencia, las prácticas médicas y sus contribuciones a la mejora de la calidad de vida de las personas, es imprescindible también mantener una visión crítica respecto de las consecuencias de las tecnologías reproductivas en otros aspectos de la vida del ser humano, ya que al considerar a éste como un ser biopsicosocial (OMS, 2000), lo hacemos susceptible no sólo de abordajes biomédicos sino también psicosociales.

¹ Psicóloga e investigadora del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP.

Es importante mencionar que el abordaje psicosocial sienta sus bases sobre los resultados de la investigación científica y, por tanto, su aproximación no implica negar sin fundamento los avances tecnológicos, excusando esta acción en cuestiones moralistas o religiosas, sino, todo lo contrario, realizar un análisis concienzudo de sus implicancias a la luz de las investigaciones, planteando nuevas explicaciones, abordajes o propuestas.

Así, pretendo analizar la situación psíquica de las parejas que padecen problemas de fertilidad, las dinámicas psicosociales que enfrentan o enfrentarán ante las nuevas TRAs, y los posibles campos de investigación que puedan generarse sobre la base de enfoques teóricos que se han elaborado sobre la infertilidad y que no han sido objeto de comprobación empírica en nuestra población.

El abordaje psicosocial lo vamos a analizar desde sus dos perspectivas:

- a. Psicológica
- b. Social

a. Psicológica

Aunque los problemas de infertilidad suelen abordarse desde el ámbito médico, los factores emocionales y psíquicos son fundamentales en el inicio, mantenimiento y pronóstico de muchas enfermedades (4); por tanto, resulta importante considerar la posibilidad de realizar investigaciones que nos permitan delimitar dos campos de acción, cuando:

- a.1. Los factores psicológicos disponibles de la infertilidad.
- a.2. Los factores psicológicos consecuencia de la infertilidad.

Ambos enfoques son posibles debido a que existe evidencia empírica que los sustenta. Aunque el primer enfoque es menos "creíble" y aceptable para muchos profesionales de la salud, consideramos que debe someterse a contrastaciones empíricas, pues negarlo implica un prejuicio sin antes haber demostrado su utilidad o inutilidad.

a.1. Los factores psicológicos disponibles de la infertilidad: es importante señalar que las investigaciones que han distinguido factores psicológicos como asociados con la presencia de infertilidad elaboraron sus conclusiones a partir de estudios clínicos realizados en mujeres. Por tanto, desde este enfoque no existen evidencias ni clínicas ni empíricas sobre la presencia de factores psicológicos en la infertilidad de varones.

Los estudios realizados sobre los trastornos de la sexualidad femenina se iniciaron en 1892, cuando Sigmund Freud –el padre del psicoanálisis- atendió en consulta a una mujer incapaz de dar de lactar a su bebé. Posteriormente, en 1923, Eisler publica el primer estudio psicosomático sobre trastornos menstruales y trabajo de parto. Freud, insatisfecho con sus conclusiones sobre la psicología de la sexualidad femenina, aplaudió el hecho de que una de sus alumnas, Hélène Deutsch, se dedicara a este estudio. De sus análisis con pacientes, Deutsch (1924) llega a conclusiones que años más tarde otras analistas como Langer (1951), McDougall (1972), Meierhofer (1975) y algunos estudios en poblaciones corroborarían (5). Para ellas, las relaciones conflictivas y las experiencias de la niña con una madre trastornada, también en sus propias funciones sexuales femeninas, ya fuera porque las rechazara o sintiera disgusto con ellas, ofrecen el modelo dañino y se convierten en importantes fuentes de trastornos en la sexualidad adulta de la hija. En cuanto a la infertilidad, los estudios también han girado en torno a estos aspectos resaltando la relación conflictiva, agregando otros aspectos que denotan inmadurez sexual y más necesidad de apoyo emocional, entre otros (6).

a.2. Los factores psicológicos consecuencia de la infertilidad: este enfoque señala a la angustia y otras emociones como resultado y no como causa de la infertilidad. En este sentido, los hallazgos de diferentes estudios refieren que aproximadamente el 50% de las parejas sometidas a tratamientos de infertilidad han presentado alguna alteración psicológica importante luego de haber fracasado en los mismos (7). Pero, cabe resaltar que los estudios del impacto emocional de la infertilidad se han

centrado mayoritariamente en el estudio de mujeres y no de varones.

De acuerdo con diversas investigaciones (8), desde el momento del diagnóstico hasta que se llevan a cabo todos los tratamientos para la infertilidad, se presentan determinados síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complicados: estrés, angustia, depresión, resignación, pérdida de la autoestima, entre otros. Estas manifestaciones psicológicas inciden también en la pareja, la familia, y muchas veces en sus relaciones sociales y laborales.

Las parejas infértiles presentan sentimientos de inadecuación, pena, envidia, desesperación y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida. Además, los estudios demuestran que las parejas mayores de 30 años son las que presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión (9).

En general, cuando una pareja se enfrenta con la infertilidad pueden darse dos situaciones. En el mejor de los casos y tratándose de parejas sólidas, maduras y funcionales, la pareja se dispone a buscar alternativas de solución y no permite que la situación socave las bases de su relación. En el peor de los casos, surgen problemas maritales conllevando a la separación o la ruptura de la relación consecuencia de lo que para ellos constituyen situaciones estresantes, incómodas e indeseables, tales como la duración de las investigaciones, los tratamientos y la naturaleza estresante de los procedimientos (10).

Entre el 20 y el 40% de los tratamientos producto por las TRAs son exitosos al conseguir el embarazo deseado. Pero aún es una tasa de éxito muy baja, lo que afecta a muchas parejas que se ven expuestas a emociones de impotencia, tristeza y fracaso. Por causa de dinero o por sentirse incapaces de afrontar un nuevo tratamiento, algunas parejas abandonan la esperanza de tener un niño propio y deciden adoptar o no tener niños. Pero las parejas que se someten a un segundo tratamiento también se exponen a una situación problemática, ya

que si bien el estrés puede disminuir debido al conocimiento y a la experiencia propia del proceso terapéutico anterior, por otro lado, aumentan las sensaciones de fracaso, de inseguridad, de desesperanza, amenaza, y desesperación ante una infertilidad definitiva. Estas sensaciones se convierten en variables que también pueden influir en los resultados del tratamiento que se está llevando a cabo (11).

En el caso de que con las TRAs se haya tenido éxito, pueden suscitarse también dos problemas importantes:

a) En algunas parejas los lazos se deterioran cuando uno o los dos miembros de la pareja continúan sintiéndose trastornados por su infertilidad o por la de su pareja después del nacimiento del niño (12) y b) la probabilidad de que se produzcan embarazos múltiples es mayor que en los embarazos normales, lo que implica no sólo una mayor exigencia psicológica de parte de los padres, un mayor riesgo de complicaciones obstétricas para la madre y una alta morbi-mortalidad neo y perinatal, sino también un mayor costo económico, lo cual, frente a nuestra actual economía, es una situación difícil de asumir (13).

Así, las investigaciones demuestran que existen consecuencias dependiendo del tipo de tratamiento al que fueron sometidas las parejas, pero explicar aquello excede el objetivo del presente artículo.

b. Abordaje social

Las condiciones sociales asociadas a las características individuales pueden aumentar o disminuir las habilidades individuales para lidiar con los efectos del estrés y su impacto en la vida de cada uno de los integrantes de la pareja con problemas de infertilidad. Así, las investigaciones demuestran que son más vulnerables las parejas que presentan las siguientes características: pobreza de recursos psicológicos, recursos financieros limitados, ausencia de redes sociales de apoyo, negación de la infertilidad y estilo evasivo en el enfrentamiento de los problemas (14), factores que pueden incidir en el éxito o fracaso de las TRAs.

Así, en términos *socioeconómicos*, el costo de las TRAs en nuestro país se convierte en un problema más para la pareja infértil que no posee el dinero suficiente para acceder a las mismas. Aunque es posible que muchas de las parejas sacrifiquen sus gastos y puedan así costear el tratamiento, nada asegura el éxito, y la esperanza de someterse a un segundo tratamiento resulta imposible, lo cual las expone a una nueva situación de estrés originada en la impotencia y el fracaso. Aunque algunas parejas consiguen el embarazo en un año, otras pueden pasar entre tres y seis años para conseguir el embarazo. Otras jamás lo consiguen. Debido a ello, el desgaste físico, emocional y también económico de las parejas es muchas veces elevado e insostenible.

Algunas mujeres se aíslan de sus amistades y restringen sus *relaciones sociales* debido a que para ellas la infertilidad significa un estigma que quieren ocultar. Quedan a veces tan devastadas por la incapacidad de embarazarse que nunca buscan tratamiento (15). Otras buscan, de forma obsesiva, tratamientos que las capaciten para tener hijos y desaparecer el estigma del que se sienten objeto (16). Así, la infertilidad termina siendo asociada por las mujeres con sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación, falla, cualidades negativas, llevándolas a sentirse desvalorizadas, anormales, incompletas y no totales, incapaces de tener una familia completa (17). Los estudios realizados en hombres refieren que ellos asocian la incapacidad de embarazarse a una mujer con masculinidad y virilidad reducidas(18).

En el *ámbito de protección legal*, en el Perú aún no existe una ley específica respecto al uso de las nuevas TRAs; sólo se contempla un artículo en la Ley General de Salud (Ley N° 26842, Título I, artículo 7), aunque con serias limitaciones, entre las cuales mencionamos algunas. La ley prohíbe la maternidad subrogada al considerar que *"toda persona tiene derecho al uso de las TRAs siempre que la condición de madre genética y madre gestante recaiga sobre la misma persona"*, entonces ¿qué solución plantea para aquellas mujeres que por alguna enfermedad genética nacieron sin ovarios o aquellas en las que los ovarios han sido extirpados por cáncer u otras

enfermedades? Sobre estas interrogantes la ley no dice nada, por el contrario, limita el derecho de la paternidad, socavando uno de los derechos fundamentales de la persona. Por otro lado, la ley refiere que: *"Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos,"* limitando, también, el derecho de aquellas mujeres que no teniendo una pareja estable y que habiendo alcanzado una determinada edad puedan concebir un niño (19). La mayoría de los países que están utilizando las TRAs las han restringido a las parejas legalmente constituidas o al menos a aquellas que tienen una relación estable. Pero esta no es una constante universal. Por ejemplo, la cohabitación en pareja por más de dos años es una condición para ser aceptada en un programa de FIV en Francia; otros países como India y China aceptan la cohabitación; Israel no solo acepta la cohabitación sino también las mujeres solas y las parejas homosexuales. Esto último es admitido en muchos países de Europa (por ejemplo Italia, Holanda, Rusia, Bélgica, España, Ucrania etc.). Otros como Argentina se oponen legalmente (20); en Asia el casamiento es indispensable para la aceptación y también en los países en los que la religión tiene mayor influencia (Arabia Saudita, Irán, Jordania).

Por todo lo dicho, estimamos que la ley debe eliminar cualquier límite que socave la voluntad y el derecho de las mujeres de procrear y constituir la forma de familia que consideren "libre y responsablemente" (esto es, considerando factores de riesgo tales como la edad, independencia económica, redes de apoyo social, entre otros).

CONCLUSIONES

- La investigación es el único camino que puede llevarnos a conocer un problema a fondo y no caminar a ciegas. Ofrecer tratamientos desde un solo enfoque ya sea médico o psicológico para un problema de salud, hace que los pacientes sean atendidos de un lado como un conjunto de órganos y del otro como seres con sentimientos y emociones, lo que representa un análisis incompleto. El abordaje interdisciplinario nos obliga a pensar en un ser biopsicosocial, en el cual convergen al mismo tiempo una serie de

factores que dependiendo de la dolencia en algún momento son causa y en otro consecuencia.

- Por tanto es necesario investigar los diferentes postulados teóricos sin prejuicios. Así, es imprescindible comprobar si los postulados teóricos sobre los factores psicológicos como disponentes de la infertilidad son en nuestra población válidos, lo cual puede dar lugar a importantes contribuciones.

- Precisamos de leyes que no sólo regulen algunos principios éticos y derechos de las pacientes con problemas de infertilidad, sino también que controlen la labor de los profesionales que ofrecen estos servicios; de lo contrario, la falta de un verdadero control condiciona que se ofrezcan muchos procedimientos sin superar los niveles mínimos de calidad, seguridad, eficacia y atención integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harkness, C. *The infertility book: A comprehensive medical and emotional guide*. San Francisco: Volcano Press; 1987.
World Health Organization Recent advances un Medically Assisted Conception. WHO Technical report series, 820. Geneva: World Health Organization Publications; 1992.
Rowe et al. *Manual da OMS sobre padronização de Exame e diagnóstico da infertilidade em casais*. São Paulo: Ed. Santos; 1998.
2. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). *Infertility. Overview/lessons learned*. Reproductive Health Outlook 2002. Disponible en: www.rho.org/html/infertility.htm;
Burt, K. y Hendrik, V. *Infertility: psychological implications of diagnosis and treatment*. Women's mental health. (Burt y Hendrik editores). Washington DC, American Psychiatric Press; 1997.
Furman, I., Devoto, L., Ramos, A., Urmeneta, L., Vantman D. y Fuentes, A. *Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenas*. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 1997; 62: 9-14.
Delgado M., Castro T. *Standard Country Report: Spain 1.995» Fertility and Family Surveys (FFS) in Countries of the ECE Region*. New York and Geneva: United Nations, 1999.
3. En el Perú no existe aún un registro de las mujeres que estarían padeciendo de infertilidad, pero esta cifra es manejada y referida por los especialistas del área tales como Dueñas (2004); Ascenzo (2006) Taller: Visiones sobre la Infertilidad. Ponencia realizada en el XXVI Congreso Latinoamericano de psicoanálisis. Lima-. 5-8 Octubre.
4. A modo de ejemplo: Alexander, F. *The influence of psychologic factors upon gastrointestinal disturbances*. Psychoanal. Quart, 1934, 3:501;
Wolff, H. *Personality features and reaction of subjects with migraine*. Arch. Neurol. Psychiatric 1937; 37: 895-921.
Engels y cols. *Skin disorders in comprehensive textbook of psychiatry (fourth edition)*. Edited by Kaplan y Sadock. Baltimore: Williams and Wilkins. 1985: 1178-1185. Strauss, G. *Skin disorders in comprehensive textbook of psychiatry (fourth edition)*. Edited by Kaplan y Sadock. Baltimore, Williams and Wilkins. 1989: 1221-1225.
Perini, Fornasa, Cipriani, Betin, Zecchino y Peserico *Life events and alopecia areata*. Psychoterapic and psychosomatic 1984; 41: 48-52.
Moss, R. *Personality factors associated with rheumatoid arthritis: a review*. J. Chron. Dis. 1964, 17:41-55.
Backer, G. y Brewerium, D. *Rheumatoid arthritis: A psychiatric assesment*, Br. Med. J 1981, 282:2014.
Morrison, J. *Childhood sexual histories of women with somatitation disorder*. Am. J. Psychiatry 1989: 146:239-241.
5. Barrucand, D. *La psicogénesis del vómito incontrolado en la mujer embarazada*. Annales Médico -Psychologiques 1968, 2, 618-26. Resumido en Psychological Abstracts.
Benedek, T. *Psychosexual functions in women*. Nueva York: Ronal Press; 1952a.
Benedek, T. *Infertility as a psychosomatic defense*. Fertility and Sterility 1952b: 3, 527-544.
Coppen, A. *Vomiting of early pregnancy-psychological factors and body build*. Lancet 1958; 1: 172-173.
Davids, A. & De Vault, S. *Maternal Anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities*, Psychosomatic Medicine 1962, (24) 5: 464-470.
6. Eisner, B *Some psychological differences between fertile and infertule women*. Journal of

- Clinical Psychology, num. 19, págs. 391-395, 1963.
- Rakoff, A. (1963) Discussant. En Andrew V. Nalbandov (Ed.): *Advances in Neuroendocrinology*. Urbana., Illinois: University of Illinois Press.
- Kelley, K., Daniels, G., Poe, J., Eassner, R., & Monroe, R. (1954) Psychological correlates with secondary amenorrhea. *Psychosomatic Medicine*, número 16, págs. 129-47.
- Brody, H. (1955) Psychological factors associated with infertility in women; a comparative study of psychological factors in women afflicted with infertility including groups with and without medical basis for their condition. *Dossertation Abstracts*, num. 15, págs. 12-53.
7. Palacios, E. y Jadresic, E. Aspectos emocionales en la infertilidad. *Rev. Chil. Neuropsiquiatría* 2000. 38(2): 94-103.
- Applegarth, L.. The evolution of therapeutic approaches to infertility counseling. Toronto, *Special Topics in infertility counseling: an emphasis on therapeutic interventions*; 1999
- Henrick, N., Kold, T., et al. Distress and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. *Fertil Steril* 1999; 72: 47-53.
- Newton C. y Sherrard, W. The Fertility problem inventory: measuring perceived infertility – related stress. *Fertil Steril* 1999; 72:54-62.
- Burt, K. y Hendrik, V. Infertility: psychological implications of diagnosis and treatment. *Women's mental health*. (Burt y Hendrik editors). Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
- Oddens, B. y den Tonkelaar, I. Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod* 1999; 14:255-261.
- Kerr, J., Brown, C. y Balen, A. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997. *Hum. Reprod.* 1999; 14: 934-938.
- Kemeter, P. y Fiegl, J. Adjusting to life when assisted conception fails. *Hum. Reprod.* 1998; 13: 1099-1105. Fernández, D. y Urdapilleta, L. Elementos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas sexuales derivados de la infertilidad y de su tratamiento médico. *Rev. Med. Reprod. CEGYR* 1999; 2: 7-12.
- Syme, G. Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. *Hum. Reprod.* 1997; 2: 183-187.
8. Véase cita No 3.
9. Moreno-Rosset, C., Vásquez, A. y Fernández, N. El largo peregrinaje por los senderos de los tratamientos de reproducción asistida: emociones y estrés que experimentan las pacientes. 2004. Fuente: http://www.uned.es/psicología/IVSemana/simpósios/moreno_martin.htm Fecha de consulta: 27-11-2005.
10. Cook, Parsons, Mason y Golombok Emotional, marital and sexual problems in patients embarking upon IFV AND AID treatment for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1989, 7: 87-93.
11. Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., D'Hooghe, T. Coping style and depression level influence outcome in in-vitro fertilization. *Fertility and Sterility* 1998, 69 (6).
12. Cox, Owen, Lewis y Henderson. Marriage, adult adjustment and early parenting. *Child Development* 1989, 60: 1015-1024.
- Howes y Markman, Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development* 1989, 60: 1011-1051.
- Burns, L. An exploratory study of perceptions of parenting after infertility. *Family Systems Medicine* 1990, 8, 2:177-189;
- Brodzinsky, D. Adjustment to adoption: A psychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 1987, 7: 25-47. Humphrey y Humphrey, Families with a difference: varieties of surrogate parenthood. London: Routledge, 1988.
13. Godoy, H. Aspectos sociales y morales de las técnicas de reproducción asistida. Montevideo: Departamento de Medicina Legal - Facultad de Medicina, 2002. Fuente: www.mednet.org.uy/dml/actividades/ateneos2002/at-020523-a.htm. Fecha de consulta: 03-09-2005.
14. Stanton, A. Stress and coping: Implications for managing infertility treatment. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1992; 11: 1-13.
- Newton, C. y Sherrard, W. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999; 72: 54-62.
- Oddens, B., Tonkelaar, I. y Nieuwenhuys, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems a comparative survey. *Hum. Reprod.* 1999; 14 (1): 255-261.

15. Greil, A. A secret stigma: the analogy between infertile and chronic illness and disability. In: *Advances in Medical Sociology*. Greenwich: JAI Press; 1991^a.
16. Becker, A. *Healing the infertility family*. Nueva York: Bantam Books, 1990.
17. Tubert, S. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo veintiuno de España; 1991.
- Appleton, T. The distress of Infertility: impressions from 15 years of infertility counselling. In: *A textbook of In vitro fertilization and assisted reproduction*. Nueva York: Parthenon Publishing Group; 1999.
18. Domar, A. y Seibel, M. *The emotional aspects of infertility*. Norwalk, CT: Appleton-Lange; 1996.
19. Alcorta, I. Los derechos reproductivos de las españolas. En especial, las técnicas de reproducción asistida. Libro de resúmenes del Seminario sobre Derechos reproductivos celebrado en Alemania. Red Europea de Excelencia sobre Derechos de las Mujeres del V Programa Marco de Investigación de la Comisión Europea; 2003: 165-179
20. Godoy, H. Aspectos sociales y morales de las técnicas de reproducción asistida. 2002. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/dml/actividades/ateneos2002/at-020523-a.htm> Consulta: 03-09-2005.

Correspondencia electrónica:
ysis_roa@yahoo.com; psic_mujer@yahoo.es

Recepción del artículo: 23/04/2007
Aceptación: 27/05/2007