

Mujeres Solas que acuden a las clínicas de reproducción asistida

II. Parejas homosexuales

Giuliana Baccino
Universidad de Salamanca
2006

¿Por qué incluir a las parejas homosexuales dentro del apartado mujeres solas?

En la actualidad española, cuando una pareja homosexual (mujeres, en este caso¹) decide tener un hijo y recurrir a una clínica de reproducción, generalmente se las incluye en los registros de mujeres solas. Unas veces porque así se presentan en la clínica, otras porque el sistema de categorización de estas clínicas solo está previsto para ingresarlas en el registro de mujeres solas. Es así que, incluimos a las mujeres que tienen como pareja a otra mujer, en el apartado mujeres “solas”.

La importancia de incluir a las parejas homosexuales en la presente guía, está dada por el incremento sustancial en España de estas parejas en la utilización de técnicas de reproducción asistida para formar una familia.

1. Motivaciones

1.1 Parejas homosexuales

La importancia de evaluar y profundizar en la motivación, tanto en parejas heterosexuales como homosexuales, está dada por el hecho de que el deseo y la motivación para tener un hijo son características esenciales que afectan tanto la parentalidad, como la ulterior relación padre-hijo. Bos, van Balen y van den Boom (2003) revelan que hasta el año 2003 no existían estudios sobre los deseos y motivaciones que llevan a una pareja de lesbianas a tener un hijo. Por tanto, se aprecia la importancia de indagar sobre esta temática, sobre la que aquí referiremos en términos sucintos respecto al estado de la cuestión.

En el año 1970, en Estados Unidos, la atención pública fue llamada a centrarse en la situación que estaban experimentando aquellas madres lesbianas que comenzaban a reclamar en la corte la custodia de sus hijos, nacidos en el ámbito de una pareja

¹ En la presente guía referiremos solamente a mujeres que conforman una pareja homosexual, dado que hasta el momento son las únicas que recurren en España a una clínica de reproducción para realizarse un tratamiento.

heterosexual previa. Constituyó, ésta, una época de fuerte activismo producto de la eclosión de la diversidad en una sociedad que miraba con recelo lo novedoso en el ámbito de la familia.

La decisión de las cortes se inclinó a negarles la custodia a esas madres basando homogéneamente sus argumentos en que no habría de ser saludable para aquellos niños el crecer en una familia lesbiana porque tendrían, entre otras cosas, un desarrollo atípico con respecto a lo esperado para su género, dando como resultado niños menos masculinos y niñas menos femeninas (Golombok, S. y Tasker, F., 1996).

Posteriormente, con el avance de los estudios sobre familias homoparentales, Patterson (1992)² expone que el número de madres lesbianas que se estima en Estados Unidos es entre 1 y 5 millones, mientras que el número de padres *gay* está estimado entre 1 y 3 millones. A su vez, entre 5.000 y 10.000 niños habían ya nacido en el año 1990 dentro de una familia homoparental. La mayoría de los niños nacidos en estas familias, fueron concebidos por inseminación artificial con semen de donante.

Ya se reportaba hacia fines de la década pasada, que la amplia mayoría de familias homoparentales (madres lesbianas, en este caso) obtienen sus niños mediante inseminación artificial con donante (Patterson y Chan, 1999)³.

Cuando dos personas del mismo sexo deciden formar una pareja y tener un hijo, el placer sexual no se relaciona con la procreación biológica, por lo que deberán acudir a formas alternativas de tener un hijo genéticamente relacionado. Existen varias modalidades para que una mujer homosexual tenga un hijo. La forma más reiterada a lo largo del tiempo ha sido la de haber tenido un hijo dentro de un matrimonio heterosexual anterior, tal el caso de las madres que reclamaban el derecho de custodia de sus hijos en las cortes, expuesto más arriba. Pero, si esa mujer ya se encuentra dentro de una pareja homosexual, se le presentarán solo dos vías de tener un hijo: la adopción o la utilización de una técnica de reproducción asistida. En la presente subsección referiremos a este último caso.

Tener un hijo ya no es patrimonio de las parejas heterosexuales, sino patrimonio del proyecto de vida de algunas parejas, entre ellas también las homosexuales. El punto

² La autora menciona como estudios relevantes a este respecto: Bozett, 1987, Falk, 1989, Gottinan, 1990, Hoefffer, 1981, Miller, 1979, Noble, 1987, Pennington, 1987, Seligmann, 1990, y Wolf, 1990.

³ Citado en Bos, van Balen y van den Boom, 2003.

interesante que nos hace prestar especial atención a estas parejas, es que ellas no recurren a las clínicas de reproducción necesariamente por tener alguna disfunción reproductiva, sino porque han decidido tener un hijo genéticamente relacionado (a alguna de las dos partes) y recurren a realizarse en la mayoría de los casos una inseminación artificial. Esto es, las parejas homosexuales son los únicos pacientes de las clínicas de reproducción que no necesariamente tienen problemas reproductivos. Este es un primer punto crucial, pues presenta una diferencia del resto de consultantes, a ser tomada en cuenta por el técnico al momento de la consulta: las consultantes no necesariamente son infértiles, por tanto tal conflictiva no siempre se presenta.

Las parejas homosexuales pasan por un proceso muy complejo de toma de decisión al momento de ser padres/madres. El sistema social en el que están inmersos hace que su decisión sea tomada con mucha cautela, seguridad y estabilidad en la relación (Touroni y Coyle, 2002). Desean que su vínculo de amor tenga frutos, dar continuidad a su sangre, formar una familia. Recientemente, se ha hallado que las motivaciones y deseos que llevan a una pareja lesbiana a tener un hijo, son muy similares a los deseos y motivaciones de una pareja heterosexual, pero con algunos puntos que las diferencian (Bos et. al., 2003). Seis puntos fueron indagados en 100 familias de madres lesbianas que utilizaron IA, comparadas con 100 familias heterosexuales que tuvieron sus hijos con embarazos espontáneos. Los puntos son: 1. **Felicidad** (relacionada con el afecto y la felicidad que les genera la relación con su hijo); 2. **maternidad/paternidad** (relacionadas con la sensación de completud de ser madre/padre); 3. **bienestar** (relacionado con el bienestar en la relación familiar al tener un hijo); 4. **identidad** (refiere al deseo de tener un niño como un medio para alcanzar la adultez y roles de género asociados); 5. **continuidad** (como forma de perdurar en el tiempo a través de otro); 6. **control social** (como expresión de la presión social implícita o explícita a procrear). Los hallazgos del estudio revelan que algunos motivos resultaron más importantes para las madres lesbianas (felicidad, maternidad, continuidad) y otros menos importantes (identidad) que para el grupo control. A su vez, las madres lesbianas reflejaron por un lado, haber reflexionado durante más tiempo el hecho de tener un hijo y por otro un deseo más fuerte de ser madres.

2. ¿Por qué evaluar a las mujeres solas?

2.1. Parejas homosexuales

La evaluación a parejas homosexuales que recurren a la consulta, tiene la misma importancia que la evaluación a las parejas heterosexuales o a las mujeres solas que recurren a una clínica de reproducción (Baetens, 2001). El hecho de tener un hijo, produce cambios importantes en una pareja como tal, y en cada uno de sus integrantes. ¿Por qué desean tener un hijo?, ¿qué lugar ocupa este deseo en sus vidas y en su proyecto como pareja?, son cuestionamientos que deben estar presentes en todo encuentro con una pareja que recurre a una clínica, sin perjuicio de la orientación sexual de sus integrantes. Sin embargo, lo que muchas veces puede diferenciar a unas parejas de otras son el apoyo de la familia de origen, y las redes sociales con las que cuentan. Las parejas homosexuales en España suelen tener unas redes sociales extensas con las que contar para la crianza de sus hijos (González y Sánchez, 2003). En el caso del apoyo de su familia de origen, éste se ve más debilitado. Trabajar este punto y saber en qué medida esto afecta a la pareja será de gran utilidad al momento de la devolución de la evaluación.

Por su parte, para la obtención de un buen resultado evaluativo, resulta fundamental que el psicólogo tenga presente, y haya reflexionado, sobre un aspecto importante en el trabajo con una pareja homosexual en la consulta: *¿Qué tipo de familia está mejor indicada para el buen desarrollo de un niño?* Este cuestionamiento ha sido históricamente reiterado en la búsqueda de un modelo tipo. El tópico que subyace es el de la parentalidad, de la tensión entre **quién debe ser padre y quién puede ser padre** para nuestras sociedades actuales (Baccino, 2005).

El ejercicio de los roles parentales dentro de una familia homoparental no se encuentra diferenciado por el sexo de cada uno de los padres, ni por lo tradicionalmente estipulado como madre nutricia o padre protector, por el simple hecho de que son dos madres o dos padres. ¿Qué sucede entonces? ¿Cómo se ejercen estos roles parentales?

Recordemos, previo a continuar, la diferencia entre **rol de género** (actitudes y comportamientos que se esperan para un hombre y una mujer en una cultura determinada, dentro de los cuales entraría la categoría de roles parentales), **identidad de género** (concepto que cada uno tiene de sí mismo como hombre y como mujer) y

orientación sexual (atracción sexual hacia una persona del mismo sexo o de otro) (Golombok, 1999).

Presentaremos a continuación algunos datos de diversas investigaciones que consideramos de utilidad para el psicólogo que evalúe a una pareja homosexual en la consulta.

En relación a la **identidad de género** de hijos de madres lesbianas, Kirkpatrick, Smith y Roy (1981) compararon el desarrollo de 20 niños (o hijos) de madres lesbianas entre 5 y 12 años, con 20 niños (o hijos) entre 5 y 12 años de madres solas heterosexuales. Utilizando el test proyectivo de la figura humana (DFH), 16 de los 20 niños en cada grupo dibujaron primero la figura correspondiente a su sexo. De los 8 niños que dibujaron la figura del sexo opuesto primero, solo 3 resultaron preocupados por su identidad de género en la entrevista posterior al test (una hija de madre lesbiana y dos hijos de madre heterosexual). En suma, no se obtuvo evidencia significativa que denotara dificultades especiales en relación a la identidad de género de niños de madres lesbianas. A su vez, Golombok et al. (1983), compararon 37 hijos de madres lesbianas de entre 5 y 17 años, con 38 hijos de madres solas heterosexuales de la misma edad. Todos los niños en el estudio reportaron estar conformes con el sexo al que pertenecían y que no deseaban ser miembros del sexo opuesto.

A su vez, en los mismos estudios los autores exploraron la conducta de los niños en relación al **rol de género**. El estudio de Kirkpatrick et al. (1981) reportó que los niños de ambos tipos de familias, tenían las mismas preferencias en relación a juguetes, actividades, intereses o elecciones ocupacionales acordes con su sexo. En el estudio de Golombok et al. (1983), las conductas en relación al rol de género fueron exploradas en entrevistas con los niños y con sus madres. Tanto las madres como los niños estuvieron de acuerdo en que los intereses de los niños así como las actividades que elegían desarrollar variaban sustancialmente dependiendo del sexo de cada niño. Los resultados revelaron que los niños tanto de madres lesbianas como de madres heterosexuales no poseían diferencias con los niños de la población en general en relación a la elección de actividades de acuerdo a su sexo.

Por su parte, una investigación realizada por Brewaeys et. al. (1997) en Bélgica, se centró en el estudio comparativo de 30 familias de madres lesbianas (inseminadas artificialmente) en comparación con 68 familias de pareja heterosexual, extrayendo

como conclusión que no se encontraban diferencias significativas en relación al desarrollo de género entre los hijos (en edad escolar) de ambos tipos de familia. Otro hallazgo de la investigación revela que no aparecía como necesaria la presencia de un padre (hombre) para el desarrollo de una **orientación sexual** tanto para niños como niñas. A este respecto se observó que la **identidad sexual** de las madres lesbianas, tampoco tenía un efecto directo en la construcción de los **roles de género** tanto para niños como para niñas. A esto se suma, que muchos niños, hijos de madres lesbianas y que, por tanto, no tenían una presencia masculina en su casa, igualmente desarrollaban fuertes lazos de amistad con ciertos hombres amigos de su madre. Pero el hallazgo más significativo de esta investigación, se centra en que la *co-maternidad* ejercida por la compañera de la madre biológica de estos niños hijos de madres lesbianas, demostró tener mayor presencia activa en relación al cuidado de estos niños, que los padres (hombres) de las parejas heterosexuales en relación a sus hijos.

Golombok y Tasker (1996), realizaron un estudio longitudinal sobre la **orientación sexual** en adultos que desde niños habían sido criados en una familia de madres lesbianas. De esta forma, 25 hijos de madres lesbianas y 21 hijos de familias monoparentales (mujeres) heterosexuales⁴, fueron vistos en primera instancia cuando tenían una edad promedio de 9.5 años. Ya en una segunda instancia volvieron a verlos cuando tenían una edad promedio de 23.5 años. Un cardinal hallazgo, revela que no existen diferencias significativas en términos de orientación sexual, entre aquellos criados en familias lesbianas y sus pares criados en familias de madres solas. En términos de experiencias sexuales con personas del mismo sexo, las autoras reportan cierta diferencia entre los hijos de una u otra familia. Mientras los hijos de familia heterosexual manifestaban no haber tenido experiencias homosexuales, en contraste, 6 hijos de familia lesbiana mencionaban haber estado involucrados alguna vez en relaciones sexuales con parejas del mismo sexo. Pero las autoras hacen la siguiente precisión a este respecto, que encontraron que los hijos de familia lesbiana tenían una mayor apertura al momento de expresar ideas y experiencias sobre la homosexualidad, mientras que los hijos de familia heterosexual se mostraban reacios.

⁴ Las autoras expresan que el estudio se ha centrado en la comparación entre parejas de madres lesbianas y madres solas heterosexuales, debido a que era de su interés el explorar si la orientación sexual de la madre influenciaba el rol materno, y en qué medida.

En suma, **las autoras rebaten la asunción de que hijos de madres lesbianas serán en su adultez lesbianas o gays**; la mayoría de los niños que creció en el ámbito de una familia lesbiana se definen en su adultez como heterosexuales.

A su vez, Golombok et al. (2003) realizaron un estudio con 37 familias de madres lesbianas, 74 familias de pareja heterosexual y 60 familias monoparentales (encabezadas por una mujer) en el Reino Unido. El objetivo del estudio fue comparar la calidad de las relaciones padre-hijo, y el desarrollo socio emocional y de género de los niños. Los **resultados no arrojaron diferencias significativas en relación a las madres lesbianas y las heterosexuales en cuanto al relacionamiento con sus hijos**, aunque las madres lesbianas reportaron castigar menos a sus hijos e involucrarse más en juegos imaginativos. En relación a los niños, no se encontraron diferencias significativas en desordenes psiquiátricos según reportó una psicóloga de niños que trabajó con estos chicos sin saber cuáles eran de madres lesbianas y cuáles de madres heterosexuales.

Por tanto, cuando una pareja homosexual concurre a la consulta debemos indagar en los siguientes aspectos a fin de poder realizar una útil evaluación y posterior devolución, sin perjuicio de nuevos aspectos que surjan en el encuentro con la pareja:

- sostén en redes sociales
- estado en los vínculos con las familias de origen
- motivación para tener un hijo
- lugar del niño en la pareja
- miedos en relación a la crianza del niño
- dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño
- roles de género

3. Devolución de la evaluación psicológica a las pacientes.

3.1 Parejas homosexuales

Consideramos importante que la devolución a las parejas se realice de la misma forma en que se realizó la evaluación. Es decir, si la evaluación se realizó a los integrantes por separado, la devolución se realizará de la misma forma, si la evaluación fue conjunta, así será conveniente la devolución.

En este momento del tratamiento, debemos fortalecer lo que se ha presentado como más positivo para la pareja, intentando afirmar la imagen de seguridad que les puede brindar el tener una red social con la que contar, sea familiar o de amistad, el vínculo de amor

que une a la pareja, y todos aquellos puntos que se hayan resaltado como positivos en la consulta.

Debemos intentar trabajar en la devolución aquellos aspectos de la vida cotidiana en relación a dos madres con un niño. Cómo le contamos al niño que tiene dos mamás, cuándo decir en el colegio y, cómo abordar la situación con las familias de origen si éstas no aceptan una relación homosexual para sus hijas, y todos aquellos aspectos que hayan surgido como preocupantes para la pareja en relación al entorno.

4. Recomendaciones antes del tratamiento.

- Al igual que en el caso de las parejas heterosexuales, resulta muy significativo desarrollar el posicionamiento de vivenciar el tratamiento como un aspecto más de la vida cotidiana y no crear altos grados de expectativas en relación a las probabilidades de éxito.
- En el caso de las parejas homosexuales, el niño, en la mayoría de los casos⁵, estará genética y biológicamente relacionado únicamente con una de las integrantes de la pareja, por lo que el involucramiento de su pareja en relación a todos los pasos del tratamiento y el apoyo que debe brindarle es fundamental para poder vivenciar esta experiencia como una experiencia de pareja.
- A su vez, en relación al número de personas a las que se les comunica del tratamiento, debería ser pequeño, dado que si el resultado es negativo será menos doloroso referirlo si el número de personas que lo saben es reducido. Si bien, generalmente, no se trata de un tratamiento de reproducción asistida por una disfunción orgánica, el porcentaje de éxito de la técnica no varía sustancialmente.

5. Prevención de problemas y dificultades frecuentes

- La pareja puede enfrentarse a una serie de problemas de diverso orden, a los que debe saber cómo enfrentarse. Desde el punto de vista médico, es posible que la integrante de la pareja que quiere realizarse el tratamiento no pueda hacerlo por ciertas disfunciones orgánicas de las que no tenía noción. Aquí se debe plantear

⁵ Menos son los casos en que es posible que una de las dos lleve a término el embarazo y la otra haya proporcionado el ovocito, por lo que el niño estará biológicamente relacionado con una y genéticamente relacionado con la otra.

en la pareja la opción de que el tratamiento se lo haga la otra integrante, o que ambas partes se vean involucradas físicamente en los tratamientos (como ser el caso de la donación de ovocitos).

- Por otro lado, existen las dificultades en relación a los cambios de humor que puede sufrir la mujer que esté realizándose el tratamiento, cosa que debemos prevenir en la pareja.
- A su vez, existen las dificultades de orden familiar y social en relación a que una pareja de lesbianas decida tener un hijo, y por tanto formar una familia. Desde el mes de julio de 2005, las parejas homosexuales en España pueden contraer matrimonio y tener derechos legales sobre sus hijos, tanto la madre biológica como la no biológica. Si bien, este es un cambio muy importante a nivel de la visibilización de estas familias en el entorno social, no dejan de generarse dificultades cotidianas en relación a este fenómeno aún novedoso y controversial. Es por esto, que es conveniente prevenir a las parejas sobre las posibles reacciones de su entorno y saber cómo afrontarlas.

Referencias

- Baccino, G. (2005). El aporte de las técnicas de reproducción asistida: Nuevas formas de familia. *Relaciones*, N° 254
- Baetens P, y Brewaeyns, A. (2001). Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Human Reproduction Update*, Vol. 7 N°5 , 512-519.
- Bos, H., van Balen, F., y van den Boom, D. (2003). Planned lesbian families: their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, Vol. 18, No. 10, 2216-2224
- Brewaeyns, A., Ponjaret, I, Van Hall, E.V. y Golombok, S. (1997). Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction*, Vol. 12, N°6, 1349-1359
- Golombok, S. y Tasker F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children: findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11.
- Golombok, S. (1997). Children Raised in Fatherless Families from infancy: Family Relationships and the Socioemotional Development of Children of Lesbian and Single Heterosexual Mothers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 783-791.
- Golombok, S. (1999). Lesbian Mother Families. En A. Bainhan, S. Day Sclater y M. Richards (Eds.), *What is a Parent? A socio-legal analysis*. Oxford: Hart Publishing.
- Golombok, S., Perry, B., Burston, A., Murray, C., Mooney-Somers, J., y Stevens, M. (2003) Children with Lesbian Parents: A community study. *Developmental Psychology*, 39, 20-33.
- González, M. M., Sánchez, M. A. (2003). Las familias homoparentales y sus redes de apoyo social. *Portularia*, 3, 207-220.
- Kirkpatrick, M., Smith C., y Roy P. (1981). Lesbian mothers and their children: a comparative survey. *American Journal of Orthopsychology*. N°51, 545-551
- Patterson, C. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025-1042
- Touroni, E. and Coyle, A. (2002) Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology*., N°12, 194-209