

ACTITUDES HACIA LA DONACIÓN DE EMBRIONES A PERSONAS
EN TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD: UN ESTUDIO
COMPARATIVO por Leticia Urdapilleta

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No
comercial - Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



UNIVERSIDAD DE PALERMO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

***ACTITUDES HACIA LA DONACIÓN DE
EMBRIONES A PERSONAS EN
TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD:
UN ESTUDIO COMPARATIVO***

Doctoranda Leticia Urdapilleta

Director: Dra. Mercedes Fernández Liporace

Julio 2007

AGRADECIMIENTOS

Probablemente sean pocas las personas que tengan noción de lo complejo que es realizar una tesis antes de comenzar a hacerla. Es un esfuerzo no sólo académico sino emocional para lo cual se requiere del apoyo de pilares fuertes que te sostengan. Agradezco haber tenido dos personas fundamentales sin las cuales esta tesis no hubiera llegado a su fin:

A **Mercedes Fernández Liporace**, mi directora de tesis, noble intelectualmente, rigurosa y metódica, paciente y exigente, excelente docente y persona,

Mercedes: te elegí por esto, te sufrí por esto y te agradezco infinitamente por esto.

A **Luis Peluffo**, mi marido, el ser humano más generoso y compañero que conozco, quien me apoyó incondicionalmente en todos mis proyectos, me ayudó a realizarlos y me alentó amorosamente a completarlos.

Afortunadamente hubieron también otras personas que iluminaron y facilitaron este largo camino y, a quienes aunque nunca se enteren, agradezco de corazón. Ellos son:

- Ken Daniels, maravilloso profesor neozelandés, que me abrió la mente con su extenso trabajo con familias conformadas a través de donación de gametas y su esfuerzo por hacernos comprender que la verdad es una herramienta más eficaz para demostrar amor que los genes.
- Alejandra Carreras, quien colaboró con el análisis de los datos obtenidos y pacientemente facilitó mi comprensión del significado de ellos.

- Claudia Silvani, abogada que me aportó conocimientos legales y supervisó los textos aquí escritos del tema.

- Cientos de pacientes que me permitieron indagar y aprender de sus valiosísimas experiencias.

- Martilla Casullo y todos aquellos profesores del Doctorado y de la vida que colaboraron en mi formación académica.

- Y finalmente a mi familia toda, especialmente a **mis padres** que me inculcaron el valor de la tenacidad para obtener logros, y a **mis hijos Sofía y Marcos** que me estimularon con sus palabras de reconocimiento y me sostuvieron cuando mis energías flaqueaban.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN VII

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1 LA INFERTILIDAD

1.1 Introducción a la infertilidad	3
1.2 La Medicina Reproductiva	10

Capítulo 2 LA DONACION DE EMBRIONES

2.1 Embriones congelados	19
2.2 Destino de los embriones congelados	22
2.3 Donación de los embriones congelados a parejas infértiles	27
2.3.1 Dificultades para la donación	27
2.4 Aspectos centrales de la donación de embriones	30
2.4.1 Alternativas para formar una familia	30
2.4.2 Reportes de familias conformadas por donación de embriones y aspectos psicológicos desconocidos	32
2.4.3 Actores y factores principales en la práctica de la donación de embriones	36
2.4.4 Factores condicionantes	37
2.4.4.1 Información	37
<i>Información a las partes involucradas</i>	37
<i>Aspectos psicológicos relacionados con la información</i>	39
<i>Aspectos legales vinculados a la información</i>	46
2.4.4.2 El lenguaje	51
2.4.4.3 ¿Donación de embriones o adopción prenatal?	52
2.2.4.4 Pautas psicológicas para la donación de embriones	55

Capítulo 3 ACTITUDES

3.1 Teoría de las Actitudes	60
3.1.1 Conceptualizaciones	64

3.1.2 Breve reseña histórica de la evolución del estudio de las actitudes	68
3.1.3 Formación de actitudes	70
3.1.4. Función de las actitudes	78
3.1.5 Cualidades de las actitudes	82
3.1.6 Relaciones entre los componentes actitudinales	86
3.2 Medición de Actitudes	94
3.2.1 Técnicas de medición alternativas	100
3.3 Actitudes hacia la donación de embriones	103
3.3.1 Actitudes hacia la Medicina Reproductiva	103
3.3.2 Actitudes hacia la embriodonación	105

PARTE EMPÍRICA

1. Planteo del problema	116
2. Objetivos	127
3. Método	130
3.1 Muestra	130
3.2 Instrumentos	131
3.3 Variables	133
3.4 Diseño	136
3.5 Análisis de los datos	136
3.6 Procedimiento	137
3.7 Construcción del instrumento	137
3.7.1 Definición de los propósitos del instrumento	137
3.7.2 Definición del dominio a ser evaluado y sus dimensiones	138
3.7.3 Aspectos formales y subescalas	146
3.7.4 Criterio de redacción de los ítems, juicio experto y administración piloto	147
3.7.5 Administración de tipificación	151
4. Descripción de la muestra	154
5. Análisis de datos y Resultados	164
6. Discusión	206
7. Conclusiones	251

REFERENCIAS	258
--------------------	------------

APÉNDICES

1.	Encuesta de opinión	279
2.	Escala de actitudes hacia la donación de embriones	283
3.	Ítems descriptivos, con opciones de respuesta en un nivel de medición nominal	284

INTRODUCCION

Apenas tres décadas atrás el mundo asistió al increíble logro de posibilitar que los comienzos de una nueva vida pudieran darse fuera del cuerpo de una mujer, logrando formar embriones in Vitro, para luego transferirlos a un útero femenino para poder gestar un niño. Recién hacen unos años existe la eventualidad para algunas parejas infértiles de convertirse en padres a través de la donación de un embrión o de una adopción prenatal.

Los avances científicos en el área reproductiva han sido implacables, sumando millones de adeptos en el mundo, los cuales individualmente han tenido que repensar, reconceptualizar sus propios criterios de maternidad/paternidad. Pero como es sabido, las ideas de las personas, individualmente, cambian mucho más rápidamente que las ideas de las sociedades en su conjunto. Una enorme parte de la población mundial no conoce ni ha oído nunca mencionar la idea de que un embrión conformado por gametos de dos humanos cualesquiera pueda ser gestado y criado por otras que no fueran ellas mismas. Por este motivo, cuando toman conocimiento del tema, suelen tener diversas actitudes frente a él, que van desde el mayor de los rechazos al más ferviente apoyo hacia los usuarios de estos procedimientos. Lo que probablemente pocos imaginen es que, quizás, ellos mismos o alguien relacionado a ellos se enfrenten a la necesidad de abordar o elaborar esta problemática. Siendo los porcentajes mundiales de infertilidad tan altos, es importante que quienes poblamos este mundo empecemos a incorporar información y conocimientos vinculados a su resolución.

Quienes trabajan diariamente con aquellas personas que tenazmente luchan para construir sus familias, saben que no sólo deben enfrentar la decisión de qué hacer frente a las dificultades reproductivas – vivir sin hijos, adoptar o realizar tratamientos médicos - sino que además serán, probablemente, juzgados por su entorno respecto de la elección de cualquiera de las opciones mencionadas. Las actitudes de los individuos pueden variar según el grado y el tipo de información que tengan, y sus consecuencias modular las decisiones de aquellos afectados. Por tal motivo la presente investigación se propone indagar, describir y comparar las actitudes de sujetos de la población general, pacientes reproductivos y profesionales trabajando con ellos, hacia la donación y recepción de embriones.

Los resultados obtenidos son aplicables a programas preventivos, a diseñar lineamientos apropiados para la confección de consentimientos informados y asesoramiento de este grupo de pacientes donantes de embriones y receptores de los mismos, intentando que esta información y su aplicación facilite la vida de los nacidos por este método y la de quienes fueron responsables de que exista. Por otro lado, este estudio brindará un instrumento de medición a aquellos profesionales del área que trabajen en la selección y asesoramiento tanto de donantes como de receptores de embriones congelados.

La parte teórica del trabajo se divide en tres capítulos centrales:

El capítulo 1, sobre la infertilidad, consta de una introducción a los aspectos psicosociales involucrados en esta condición emocionalmente tan dolorosa y pone en conocimiento del lector en qué consiste la Medicina Reproductiva y sus tratamientos. Asimismo, expone el proceso por el cual se llegan a obtener los embriones que son utilizados por los pacientes para intentar lograr su embarazo.

El capítulo 2 focaliza en qué es la donación de embriones: empezando con cuál es el destino final de los embriones que no van a ser utilizados por las parejas productoras de los mismos, para pasar luego a las diferentes opciones disponibles según los diversos países y legislaciones, las conceptualizaciones que de un embrión existen, especialmente entre quienes son poseedores de tales, y cuáles son las dificultades que enfrentan las parejas para decidir donarlos. Luego se comentarán los aspectos centrales de las embriodonación en sí: reportes de familias conformadas por donación embrionaria, los muchísimos aspectos psicológicos desconocidos aún, los factores condicionantes de las donaciones, tales como la información a las partes involucradas, las características psicológicas relacionadas con el traspaso o no de información entre donantes, receptores e hijos, los aspectos legales vinculados a la información, la carencia de lenguaje que de cuenta dé las nuevas realidades y las dificultades que trae, la disyuntiva de si los procedimientos deberían hacerse como donaciones o como adopciones prenatales, para finalmente exponer las pautas psicológicas y éticas

establecidas y recomendadas desde distintas agrupaciones vinculadas a los problemas reproductivos.

El capítulo 3 presenta la Teoría de las Actitudes, constructo que será utilizado para evaluar las creencias, sentimientos e intenciones de conducta de los examinados de la presente muestra. Además de exponer los principales modelos teóricos, se reseñará cómo se forman las actitudes, sus funciones, sus cualidades, la relación entre los componentes actitudinales y las diferentes técnicas de medición disponibles para esta variable. En el último apartado del capítulo se presentarán los trabajos de investigadores que han ahondado en las actitudes hacia la Medicina Reproductiva y hacia la embriodonación en particular.

La parte empírica de la presente tesis comenzará planteando el problema que implica el desconocimiento asociado a estas prácticas en distintos órdenes y según el lugar que ocupe quién se lo plantee. Así, el objetivo principal, además de la confección ad hoc de una escala de actitudes, será obtener datos descriptivos de muchos de los interrogantes planteados en la parte teórica, según cada respondiente se sitúe en distintos escenarios hipotéticos: ser donantes, ser receptores o ser nacidos por embriones donados. Luego, los aspectos empíricos continuarán con los contenidos de los pasos necesarios en el método – muestra, instrumento, variables, diseño , análisis de los datos y procedimiento – para terminar explicando el proceso de construcción del instrumento.

El cuarto apartado describirá la muestra en detalle. El quinto, presentará el análisis de los datos y el resultado de cada objetivo, propuesto por separado para facilitar la lectura. Los dos últimos apartados, 6 y 7, refieren a la discusión, por un lado, donde se compararán los resultados obtenidos con los aportados por otras investigaciones y, por el otro, a las conclusiones del trabajo.

Por último, el trabajo se completa con la bibliografía utilizada para su elaboración y con los tres apéndices que contienen los instrumentos utilizados inicialmente y luego depurados.

PARTE

TEÓRICA

Capítulo 1

LA INFERTILIDAD

1.1 Introducción a la infertilidad

La mayoría de los seres humanos comparten el deseo de proyectar su vida a través de formar una familia y tener hijos. Esta empresa no requiere, para muchos, más que la decisión de con quién y cuándo buscar un embarazo. Pero esta no es la realidad para un porcentaje importante de la población mundial. La infertilidad, definida como la imposibilidad de lograr un embarazo después de un año o más de mantener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, o la incapacidad de llevarlo a término dando a luz un niño vivo, se presenta en un 15 a 20 % de los individuos en edad reproductiva. Por supuesto que a muchas de estas personas o parejas, resolver o sortear el problema que afecta su fertilidad, les implica un tiempo no demasiado largo y escasa ayuda externa. Pero, desafortunadamente, este no es el caso para todos aquellos con dificultades en concretar la llegada de su ansiado hijo.

La infertilidad es tan vieja como el mundo y sus intentos de resolución han sido diversos a través de la historia y las distintas culturas. La diferencia entre el ayer y el hoy es que cada vez existen más soluciones para ella. La Medicina Reproductiva es una realidad, aunque algunos la condenen sin conocerla: alivia una parte de lo que significa ser infértil. Puede ayudar a concretar la llegada de un hijo pero no puede evitar la crisis que la infertilidad acarrea a quienes la padecen y a sus familias. (Fernández & Urdapilleta, 1995).

La infertilidad no sólo es una condición biológica, momentánea o crónica, también es la crisis emocional, con repercusiones cognitivas y conductuales,

que atraviesan las personas durante el tiempo que buscan un hijo y les cuesta lograrlo. Según Menning (1980), pionera en este campo, se puede hablar de crisis ya que aunque en muchos casos es prolongada y crónica, resulta sumamente estresante: involucra un problema irresoluble en lo inmediato y sobrepasa los recursos de los implicados, porque está más allá de los métodos de resolución tradicionales. Esta crisis suele afectar muchas áreas de la vida del individuo infértil: la esfera individual, la interpersonal, la laboral, la social, la económica, poniendo también, en el banquillo de los acusados, sus creencias religiosas, su ética, sus valores personales.

Habitualmente la fertilidad se da por garantida. La certeza de la fertilidad reconoce su génesis en la niñez a través de juegos, regalos, preguntas. En la adolescencia se pone el foco de atención sobre la sexualidad y la reproducción apuntando a la utilización de los métodos anticonceptivos y a la evitación las enfermedades de transmisión sexual. Cuando los seres humanos forman una pareja estable, rápidamente el contexto empieza a preguntar o sugerir solapadamente cuándo van a empezar a agrandar la familia. Todo hace suponer que, una vez tomada la decisión, el embarazo ocurrirá próximamente, confirmando así que la fertilidad es segura.

Nadie está preparado para ser infértil. La infertilidad es una sorpresa dolorosa e inesperada que no solo implica el no poder tener un bebé; es una crisis del desarrollo con un contenido amplio y con implicancias de largo alcance (Hammer Burns & Covington, 2006). Está llena de vivencias particulares que modifican pautas previas y que se activan cuando la pareja

empieza a temer que algo funciona mal. El gran sufrimiento de quienes la padecen se debe, en parte, a las múltiples pérdidas a las que se ven involuntariamente sometidos (Glazer & Cooper, 1998; Greil, 1991; Harkness, 1992; Salzer, 1990):

- Pérdida de la fertilidad,
- de los hijos biológicos,
- de la experiencia de embarazo y parto,
- de la continuidad genética,
- del sentido reproductivo de la sexualidad,
- de la sexualidad misma,
- de los proyectos de familia,
- de los sueños de crianza,
- de imagen y autoestima, al sentirse menos masculinos o femeninas por no ser fértiles
- de posición frente al mundo (pareja, familia, amigos, trabajo),
- de control,
- pérdida de partes del cuerpo, como la extirpación de uno o ambos ovarios, o de funciones del cuerpo, como la producción espermática
- embarazos ectópicos, abortos espontáneos, muertes perinatales (Covington, 1999; Kohn & Moffitt, 1993; Lothrop, 1997),
- pérdida de calidad de vida.

Durante las primeras etapas, quienes se enfrentan a esta experiencia suelen sentirse impactados, desorganizados y confundidos, esforzándose poco

exitosamente en resolver el problema. Confrontados con el fracaso y la desesperanza, comienza la angustia y la inmovilización (Salzer, 1990). Durante esta experiencia suelen emerger una miríada de sentimientos: negación, ira – coloquialmente rabia - , culpa, tristeza, miedo, vergüenza, soledad. Cada uno de ellos puede, por momentos, menguar para luego volver a activarse a través de cada nueva etapa. Uno de los aspectos más dolorosos de la infertilidad es la sensación de estar solo. El sentimiento de aislamiento aparece frecuentemente: los infértiles tienen la tendencia a hablar poco del problema con el entorno, y se vuelven muy sensibles a los comentarios de los otros acerca del tener hijos, las embarazadas y los embarazos, los bebés.

Por otro lado, hombres y mujeres responden de diferente manera a esta crisis (Urdapilleta, Brugo Olmedo, Chillik & Fernández, 1997; Wright et al., 1991), el significado en sus vidas no es el mismo. Para ellas es una estocada a su femineidad, a su esencia como mujer, a su identidad, con lo cual experimenta niveles de estrés psicosocial más elevados que su esposo (Daniluk, 1997). Para el hombre, la infertilidad es una amenaza a su matrimonio, al equilibrio emocional de su esposa, y si él es el portador de síntoma en el cuerpo – por ejemplo: oligospermia severa – percibe esta infertilidad como estigma, como ataque a su autoestima y a su virilidad (Nachtigall, Becker & Wzny, 1992; Urdapilleta, Chillik, Brugo Olmedo & Fernández, 1997).

Los mecanismos adaptativos que ambos implementan también suelen diferir, generando, en muchos casos, disturbios en la pareja (Becker, 1997).

Las esposas son quienes frecuentemente buscan mayor información, ayuda externa y redes de soporte (Wischmann et al., 2001). Necesitan hablar del tema con sus maridos con mucha más frecuencia de la que ellos están dispuestos (Tannen, 1990); es su manera de calmarse, de sentir que a sus parejas les importa tanto como a ellas el tener un hijo. A esto se le enfrenta la saturación de él, que no entiende cómo ni porqué su mujer no puede dejar el tema de lado por momentos, condicionando su propia estrategia adaptativa de evitación del tópico y a buscar éxitos o satisfacción en otro lado, incrementando las horas dedicadas al trabajo, computadora, deportes, entre otros (Urdapilleta & Fernández, 2006).

A esta crisis, de la que pocos escapan, se suma el estrés propio de:

- la edad de la mujer,
- los métodos diagnósticos - desde espermogramas hasta biopsias testiculares o laparoscopias -,
- los tratamientos en sí – desde una simple evaluación del momento ovulatorio hasta procedimientos de Reproducción Asistida de Alta Complejidad - con el consiguiente malestar físico que suele acompañarlos,
- los efectos secundarios de los medicamentos para fertilidad (depresión, irritabilidad, disminución de la libido, problemas cognitivos, dolores de cabeza, entre otros),
- los tiempos de espera de resultados, recuperaciones quirúrgicas, listas de espera para determinados tratamientos,

- las alteraciones de la sexualidad, sometida a los tiempos de exigencia y de abstinencia acordes a las necesidades de los tratamientos y diagnósticos, perdiendo sus condiciones básicas de espontaneidad y privacidad, considerándose que son personas con condiciones emocionales y físicas ya alteradas (De Vries et al., 1984; Fernández & Urdapilleta, 1997)
- las múltiples decisiones que deben tomar -operarse, adoptar, hacer una FIV, usar gametos donados, entre otras cuestiones - (RESOLVE, 1999),
- los repetidos duelos por fracasos de intentos de embarazo, fracasos de los tratamientos, pérdidas de partes o funciones del cuerpo, diagnósticos severos o definitivos de esterilidad, pérdidas de embarazos (Kubler Ross, 1969, 1993; Kubler Ross & Kesler, 2005; Urdapilleta, 1998, 2004a),
- el manejo de la información respecto de la infertilidad y su resolución en ámbitos familiares, laborales y sociales.
- la postergación de otros proyectos personales o de la pareja,
- los aspectos económicos vinculados a los altos costos de la Medicina Reproductiva,
- las alteraciones laborales y/o de la vida cotidiana

A pesar de lo antedicho y como continúa indicando la investigación (Berg, 1990; Leiblum & Greenfield, 1997; Willams, 1999) y la información clínica disponible, la gran mayoría de los hombres y las mujeres infértiles no experimentan niveles significativos de psicopatología o de trauma psicológico. Sin embargo, debido a la gran cantidad de agentes estresantes a los que se

ven enfrentados, y a consecuencia de ellos, los sujetos que están atravesando por dificultades reproductivas pueden presentar un aumento de distrés psicológico durante períodos específicos, encontrándose con frecuencia cuadros con incremento de la ansiedad (Demyttenaere, 1990), depresión (Domar, 2002), trastornos adaptativos, procesos de duelo, dificultades vinculares, alteraciones en la sexualidad. Otros pacientes se presentan con desórdenes mentales preexistentes (Fernández & Urdapilleta, 2002; Laughlin, Domínguez & Yen, 1998; Urdapilleta & Fernández, 1998), requiriendo de un manejo especial para evitar, en lo posible, el agravamiento de los mismos, lo cual suele ocurrir también, secundariamente al estrés de la infertilidad (Urdapilleta, 2002).

Así, cuando la infertilidad se instala, el llegar a concretar su anhelo se convierte en un camino arduo y difícil que pone permanentemente a prueba la fuerza personal, la integridad del vínculo de la pareja y la capacidad de apoyo y comprensión de familiares y de amigos.

1. 2. La Medicina Reproductiva

Now, at the end of the 20th century, infertility has converted from social state to medical condition: a process of 'medicalization' of infertility in which there has been a shift in emphasis from coping with childlessness through social means (e.g., participating of others' children) to a dependence on medical intervention. (1)

(Hammer Burns & Covington, 1999, p. 5)

La Medicina Reproductiva ha ido evolucionando con el tiempo y es, hoy, una de las disciplinas que más ha avanzado en los últimos 30 años. En este campo confluyen la Ginecología Endocrinológica, la Andrología, la Genética, la Biología, la Bioquímica, la Psicología, la Obstetricia y en muchos casos, también, la Inmunología, la Endocrinología, la Hematología y expertos en Imágenes, entre otras especializaciones. Últimamente, se han ido agregando otras especialidades como la Biología Molecular y Celular, ampliando aún más este campo tan vasto, cada vez más requerido y cada vez más complejo. Todos mediados por las consideraciones legales y éticas que cada especialidad y cada tratamiento posible requiere.

Nota 1. "Hoy, al final del segundo milenio, la infertilidad se ha transformado de un estado social a una condición médica: un proceso de 'medicalización' de la infertilidad en el cual ha habido un cambio en el énfasis del salir adelante con la falta de hijos a través de medios sociales (por ejemplo, participando de los hijos de otros) a una dependencia de la intervención médica". (Traducción de la autora de la tesis)

Frente a todo este desarrollo están las personas que llegan a los consultorios y/o centros de Medicina Reproductiva, con la angustia de no lograr embarazarse, de no retener un embarazo, portadores de anomalías genéticas o de infecciones o virus que se transmiten a la descendencia, con disfunciones sexuales que impiden un coito fecundante, con lesiones medulares, con problemas neurológicos que imposibilitan la llegada de los espermatozoides a la vagina, hombres y mujeres sobrevivientes de procesos oncológicos, mujeres de variadas edades en procesos menopáusicos.

Afortunadamente, para muchos de estos problemas existen soluciones relativamente sencillas y a través de las que las parejas logran tener su hijo. Otras deben empezar un camino con mayor intervención médica, realizando tratamientos de baja o de alta complejidad. Entre los primeros se encuentran, por ejemplo, estimulaciones de la ovulación, inseminaciones artificiales, determinadas cirugías, tratamientos para la endometriosis, ciertas intervenciones para evitar las pérdidas gestacionales. Pero no a todos les alcanza con la baja complejidad.

Dentro de la población con trastornos reproductivos, un porcentaje importante de individuos – aproximadamente un 40 % - necesita realizar tratamientos de Alta Complejidad para intentar tener un hijo. Estas técnicas se indican ante el fracaso de los tratamientos convencionales o cuando las posibilidades de embarazo son mínimas e implican la formación de *embriones* en el laboratorio en lugar de en la trompa de Falopio.

La Fecundación In Vitro (**FIV**) surge en Inglaterra en 1978 cuando nace Louise Brown, quien fuera el primer bebé producto de la unión de un espermatozoide con un óvulo fuera del cuerpo de la mujer – equívocamente llamada por los medios de comunicación *Bebé de probeta* – ya que su madre tenía las trompas de Falopio obstruidas. A partir de allí se fueron desarrollando e implementando distintas técnicas de Reproducción Asistida (TRA) como el **GIFT** (transferencia intratubaria de gametas), el **ZIFT** (transferencia intratubaria de cigotos), el **TET** (transferencia de embriones tubaria), hasta llegar al **ICSI** (inyección intracitoplasmática del espermatozoide), técnica en la que se necesita una cantidad mínima de espermatozoides y que permite a muchas parejas que antes estaban desahuciadas, tener la posibilidad de lograr un embarazo. Actualmente se utilizan el FIV y el ICSI de rutina y en casos muy particulares, el GIFT.

El FIV hoy en día se indica ante la presencia de obstrucciones tubarias, adherencias entre los órganos pelvianos, tras el fracaso de cirugías, frente a determinados casos de endometriosis, ante la presencia de un factor masculino leve – menos de 5 millones de espermatozoides, con buena movilidad y características morfológicas normales –, en casos ESCA – esterilidad sin causa aparente - . Cuando la reserva ovárica está disminuida, se han producido fallas previas de fertilización con FIV, el semen está muy alterado o no se encuentran espermatozoides en el eyaculado y hay que obtenerlos directamente del testículo mediante punciones del epidídimo o biopsias testiculares, el tratamiento de elección es el ICSI. Esta técnica permite

la formación de un embrión a través de la inyección de un solo espermatozoide por cada óvulo.

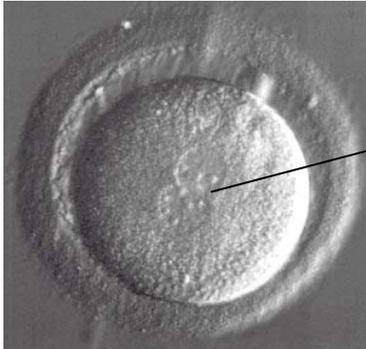
¿En qué consisten estos tratamientos? Sintéticamente, ambos son similares en todos sus aspectos a excepción de la técnica de laboratorio, o sea, la manera en que se tratan las gametas a fin de que ocurra la fertilización y el logro del embrión para su posterior transferencia al útero de la mujer. La primera etapa consiste en producir un estímulo sobre los ovarios con Gonadotropinas a fin de que se fabrique la mayor cantidad de óvulos u ovocitos de buena calidad. Este proceso, que dura aproximadamente 10 a 12 días, se chequea mediante ecografías transvaginales a fin de ver el crecimiento, el número y el diámetro de los folículos – estructuras de los ovarios que contienen en su interior al óvulo -, y extracciones de sangre para medir una hormona que produce el óvulo, el estradiol, que es un indicador más de la madurez de los ovocitos. Cuando están casi en el punto de madurez adecuado, se induce la ovulación con HCG – gonadotropina Coriónica Humana - y un tiempo antes de que se produzca la ruptura del folículo con la consiguiente liberación del ovocito, se procede a extraerlos del cuerpo de la mujer. Si bien esto se puede hacer por laparoscopia, en la gran mayoría de los casos se efectúa de manera mucho más sencilla. Este procedimiento, que se debe realizar en un quirófano bajo anestesia para evitar el dolor de la paciente, consiste en la introducción de un ecógrafo transvaginal al que se le inserta una aguja a través de una guía de punción hasta llegar al interior del folículo, luego de haber atravesado el fondo de la vagina y la corteza del ovario. Una vez allí se aspiran alrededor de 2 ml de líquido folicular, en cuyo interior se encuentra el óvulo. Este procedimiento

que dura aproximadamente 20 minutos, no exige internación ni reposo alguno. Habitualmente se extraen entre 10 y 12 óvulos por paciente, dependiendo de la edad de la mujer y de la respuesta obtenida a través de la estimulación que se le haya proporcionado a sus ovarios (Chillik, 2006).

A partir de este momento entra en juego el laboratorio. Por un lado deben seleccionar los ovocitos maduros – Metafase II – y por otro se debe preparar la muestra de semen del marido. El semen se puede obtener mediante masturbación esa misma mañana, se puede descongelar en caso de que se lo hubiera criopreservado por motivos específicos, se puede rescatar de una biopsia del testículo cuando hay azoospermias secretoras o del epidídimo cuando la azoospermia es obstructiva. Aquí, a partir de la cantidad y calidad de las gametas se decide la técnica - FIV o ICSI - que se llevará a cabo.

Cuando se opta por una FIV, se colocan los ovocitos en una *cápsula de petri* y se ponen a incubar junto a miles de espermatozoides en una *estufa* especial que reproduce las condiciones ambientales de la trompa de Falopio, esperando que el espermatozoide pueda atravesar la membrana citoplasmática del óvulo. Cuando por los motivos antes citados se decide hacer ICSI, se utiliza un aparato llamado micromanipulador que, con una pipeta de microinyección extremadamente fina, es capaz de inyectar un solo espermatozoide en cada óvulo. Este material, al igual que cuando se realiza una FIV, se pone en la estufa a la espera de que ocurra la fertilización. Más allá de la técnica que se haya utilizado, se los deja incubar de 12 a 18 horas. Cuando se los reevalúa

se comprueba si hay signos de fertilización, la que estaría determinada por la presencia de dos pronúcleos denominados femenino y masculino.



OVOCITO PRONUCLEADO

Dos pronúcleos, femenino y masculino

Este nuevo estadio – **ovocitos pronucleados** – es pre-embrionario. Sólo cuando se produzca el clivaje, es decir la fusión de los dos pronúcleos con 23 cromosomas cada uno, se unirán los de la madre con los del padre dando el comienzo a una nueva vida. Este proceso de finalización de la fertilización se denomina *singamia* dando lugar al **embrión**. Inmediatamente comienza la división celular de este embrión que, habitualmente, llega a tener cuatro células a las 24 hs. de producido y entre 6 y 8 células a las 72 hs.



EMBRION DE SEIS CÉLULAS

Volviendo al laboratorio, si se comprueba la fertilización, estos pre-embryones vuelven a la estufa para seguir desarrollándose hasta que sea el momento adecuado para transferirlos al útero. Esto generalmente sucede a los dos o tres días de la aspiración de los ovocitos pero en determinadas ocasiones se deja evolucionar el embrión hasta un estadio llamado blastocisto, 5 ó 6 días, con el fin de identificar aquellos con mayor probabilidad de implantación o para realizarles estudios genéticos.

La transferencia embrionaria se realiza sin anestesia, de manera sencilla e indolora, similar a una inseminación intrauterina. Se los coloca en una cánula de transferencia y se depositan en la cavidad uterina. La paciente se retira de la clínica y lleva una *vida normal*. Comienza a recibir progesterona para optimizar el ambiente uterino y a los 14 días de efectuada la aspiración folicular, mediante un examen en sangre – Subunidad Beta HCG – se comprueba si alguno de los embryones se implantó y se está ante la presencia de un embarazo. De ser así, se repite este estudio para chequear el aumento esperable de esta hormona, hasta que cuatro o cinco semanas después se realiza una ecografía para descartar la presencia de un embarazo ectópico y verificar cuántos embryones se implantaron.

En los comienzos de los TRA se solían transferir un número de embryones demasiado grande con la idea de maximizar la ocurrencia del embarazo. Rápidamente se comprobó que la tasa de embarazos múltiples era muy alta y las consecuencias de llevar adelante gestaciones triples, cuádruples o mayores aún tenían altos índices de mortalidad y morbilidad fetal e

innumerables complicaciones de por vida para toda la familia (Bryan, 1995; Ellison et al., 2005; Glazebrook et al., 2004; Mc Winnie, 2002; Scholz et al., 1999 & Urdapilleta, 2003). Hoy en día existen severas críticas, hacia y dentro de la comunidad médica, a la modalidad de seguir transfiriendo varios embriones, por lo que diversas voces y asociaciones de fertilidad han sugerido lineamientos a seguir (Gerris, 2005; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine [ASRM], 2004). Algunos países han regulado la cantidad máxima a transferir. En la Argentina, si bien no hay leyes ni lineamientos obligatorios, los centros de Reproducción Asistida de alta complejidad suelen tener protocolizado por edad de la paciente y calidad de los embriones, cuántos de ellos se pueden colocar como máximo. En general no se transfieren más de dos hasta los 38 años de edad y tres de allí en adelante. En algunos institutos de Europa se transfiere un solo embrión por vez (Gerris & Van Royen, 2000; Tiitinen, Unkila-Kallio, Halttunen & Hyden-Granskog, 2003).

Capítulo 2

LA DONACIÓN DE EMBRIONES

2.1 Embriones congelados

Habitualmente, al estimular los ovarios de una mujer en edad reproductiva, se pueden rescatar más óvulos de los que se necesitan para tener un número adecuado de embriones a transferir en esa oportunidad con el fin de lograr el embarazo. El destino de este excedente puede ser descartado, o bien, existe la posibilidad de formar con ellos más embriones de los que se transferirán en ese ciclo para hacerlo en posteriores intentos. De ser así, estos se mantienen criopreservados, permitiendo que la pareja cuente con la oportunidad de intentar nuevamente el embarazo, en caso de no haberlo logrado en ese momento, o de *buscar un hermano* para el niño nacido previamente.

La criopreservación de embriones es un complemento de los programas de Reproducción Asistida de alta complejidad con varias ventajas para los pacientes pues mejora la tasa acumulativa de embarazo, especialmente en conjunto con la práctica de transferir el menor número de embriones posible para lograr un embarazo exitoso, reduce sustancialmente los riesgos asociados a los embarazos múltiples y disminuye los costos por parto (Tiitinem et al., 2001). Desde el primer embarazo logrado en 1983 en Australia, producto del descongelamiento de un embrión (Trounson & Mohr, 1983), la criopreservación y el uso subsiguiente de embriones se ha convertido en una práctica frecuente de los TRA y envuelve a una proporción importante de los tratamientos para la infertilidad. Datos de EEUU del 2002 determinaron que en el 97% de los centros de fertilidad se ofrece la posibilidad de criopreservar embriones y que

casi el 17% de los procedimientos involucran la transferencia de aquellos (Bankowski et al., 2005).

El número de embriones congelados ha ido incrementándose regularmente en todos los países ya que, como antes se comentó, las políticas actuales sugieren transferir menos cantidad por vez para disminuir la ocurrencia de embarazos múltiples. Se ha estimado que más de 80.000 muestras están almacenadas en Australia y en EEUU se superan las 400.000 (Burton & Sanders, 2004; Hofman et al., 2003); Francia, en enero de 2001, rondaba las 120.000 con un incremento de 20.000 cada año (Eydoux et al., 2004). Datos obtenidos de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, que nuclea instituciones afiliadas que realizan estos procedimientos en Latinoamérica y que reportan sus resultados al registro, revelan que durante el período 1999 – 2001 habían sido criopreservados 35.646 embriones (Registro Latinoamericano, 2002). Durante el año 2003, un 10 % de todos los TRA fueron transferencias de embriones criopreservados, lo cual se tradujo en, contando sólo los formados con ambas gametas de la pareja, 2024 transferencias, con una tasa de embarazo del 17,2 % con un total de 318 nacidos vivos (Registro Latinoamericano, 2003).

Al día de hoy, miles de niños han nacido luego de haber sido criopreservados en estadio embrionario. A partir de los datos disponibles no surge que el proceso de la criopreservación haya afectado adversamente ni su crecimiento ni su salud (Check et al., 2003; Henriët et al., 2003; Wennerholm, 2000; Wennerholm et al., 1998). De todos modos, habrá que esperar a que

crezcan y que este subgrupo de individuos nacidos a partir de embriones que estuvieron congelados por un tiempo sea más estudiado no sólo en sus aspectos biológicos sino también en los psicosociales.

2.2 Destino de los embriones congelados

La mayoría de los embriones en este estado son, y probablemente continúen siendo, usados por los pacientes que los generaron en sus tratamientos (Bangsboll, Pinborg, Yding Andersen & Nyboe Andersen, 2004; Hoffman et al., 2003; Skoog Svanberg, Boivin & Bergh, 2001).

Con antelación a los procedimientos de alta complejidad, las parejas deben firmar un consentimiento específico acerca del destino ulterior que decidan para ellos en caso de que no puedan o no deseen que les sean transferidos en el futuro (Laruelle & Englert, 1995; Pennings, 2000). En este sentido, cada país, cada estado, cada centro de fertilidad tiene sus propias leyes o regulaciones y ofrece diferentes alternativas (Kinsberg, Applegarth & Janata, 2000; Kovacs, Breheney & Dear, 2003; Lee & Yap, 2003; López, 2000; Van Voorhis, Grinstead, Sparks, Gerard & Weir, 1999). Muchas naciones fijan límites temporales para el mantenimiento de aquéllos y generalmente establecen que los potenciales padres tienen derecho a decidir su destino, en términos de ser descartados, dados a otras parejas o entregados para investigación (Nachtigall et al., 2005). Mientras que algunos estados tales como Australia, Rusia, España, Grecia, EEUU, Inglaterra y Bélgica aceptan la práctica de la donación embrionaria a otras personas (Soderstrom-Anttila, Foudila, Ripati & Seigberg, 2001), otros, como Dinamarca y Suecia prohíben legalmente la donación de los mismos (Bangsboll, Pinborg, Yding Andersen & Nyboe Andersen, 2004; Bjuresten & Hovatta, 2003). Alemania, Noruega,

Austria e Israel impiden la investigación en embriones humanos (Van Voorhis, Grinstead, Sparks, Gerard & Weir, 1999).

Las leyes en España obligan a que los embriones sean solamente usados con fines reproductivos, por lo tanto, la donación de los mismos es la única solución legal disponible para aquellas parejas que no se transfieran los propios. Similarmente, en la Argentina, si bien no existe una ley específica, es posible deducir de la letra de las existentes que los embriones no son pasibles de ser descartados ni de ser utilizados en investigación: el único destino posible es su transferencia a algún útero con el fin de producir un embarazo. Por el contrario, en aquellos países donde las opciones son mayores, como por ejemplo USA o Australia, se han reportado los siguientes resultados respecto a la intención de desecho o al descarte de los embriones por parte de quienes los generaron: 33% (Klock et al., 2001); 89.5% (Kovacs et al., 2003); 30% (Hammarberg & Tinney, 2006); 34% (Van Voorhis et al., 1999). La intención de entregarlos con fines de investigación se encontró en 30% (Burton & Sanders, 2004), 42% (Hammarberg & Tinney, 2006), 10% (Klock et al., 2001), 44% (McMahon et al., 2003), y 10% de los casos (Van Voorhis et al., 1999), respectivamente.

Desafortunadamente, e independientemente de las disposiciones legales, la generalización de la criopreservación trajo aparejado, a nivel mundial, un hecho inesperado: muchas parejas que habían inicialmente conservado embriones extra, decidieron no utilizarlos - a pesar de haberlo hecho fundamentalmente con la idea de que les fueran transferidos a ellos. El

resultado de ello es que muchísimas muestras se encuentran en tanques de nitrógeno líquido a la espera de algún destino concreto. Otras se han convertido en *embriones abandonados*: aquellos cuyos dueños han muerto, están en medio de divorcios o batallas por la custodia, y aquellos cuyos dueños desertaron definitivamente por no poder llegar a tomar una decisión respecto de su destino (Elford et al., 2003; Hoffman et al., 2004). El abandono de los embriones se traduce en falta o pérdida de contacto entre las parejas y las clínicas, y en la suspensión de los pagos destinados a solventar el mantenimiento necesario. Ni en la Argentina, ni en ninguna otra nación, la disposición de los embriones criopreservados es un tema de fácil resolución. En 1996 el mundo asistió a la destrucción de 3.300 de ellos en clínicas de Inglaterra, producto del abandono y la indefinición sobre su destino final (Associated Press, 1996; Edwards & Beard, 1997; Reuter, 1996). A raíz de esta situación, no sólo se ven afectados los centros reproductivos, sino que éste se convierte en un problema importante y frecuentemente irresuelto en la vida de muchas parejas de distintos países. El cambio en la disposición inicial y /o la indefinición acerca del futuro de los embriones criopreservados es tan frecuente, que Nachtigall et al., (2005) lo hallaron en el 72% de las parejas, McMahon et al., (2000) en Australia en un 70%, Klock et al., (2001) en EEUU en un 71%.

Probablemente, “[...] las profundas conceptualizaciones personales que los padres tienen de sus embriones criopreservados son el factor que más contribuye a su ambivalencia, incertidumbre y dificultad en alcanzar una decisión sobre su destino final” (Nachtigall et al., 2005, p.434). Según lo hallado

por estos autores, es la variedad de significados personales lo que complica su disposición. Encontraron que no sólo la mayoría reconoce su potencial de vida sino que esgrime una amplia variedad de pareceres tales como: que son un poco más que material genético, que son entidades vivientes con capacidad de experimentar displacer e incluso de sufrir, que son niños virtuales que tienen intereses que deben ser considerados y protegidos, que el bienestar de estos pueda no estar bajo su control por lo que donarlos a otra pareja infértil sería un tema delicado, que estos potenciales niños serían hermanos de sus hijos y se correría el riesgo de que inadvertidamente comenzaran una relación entre ellos.

Lyerly et al., (2004) también hallaron que la incertidumbre en formular su decisión era originada en variados motivos. Algunos citaban falta de información adecuada, o exceso de ella al punto de producir confusión; otros explicaban que habían cambiado de idea como resultado de la experiencia en su propio tratamiento o que estaban en un estado mental poco favorable como para resolver en ese momento. En 2006, Lyerly et al., describieron los factores que afectan la toma de decisión de los individuos que están considerando la disposición de sus embriones criopreservados:

- Temas familiares y personales como edad, finanzas y salud,
- confianza en sus médicos, los investigadores y otros responsables de sus embriones,
- visión de la naturaleza del embrión mismo, es decir, de su estatus moral,

- responsabilidades prospectivas hacia sus propios embriones,
- la responsabilidad hacia la sociedad mediante la donación para investigación,
- información adecuada antes del tratamiento de fertilidad y
- falta de opciones aceptables.

Así, fundamentalmente, las consideraciones morales acerca del estatus del embrión – es una persona con derechos (Boada et al., 2003; Laurelle & Englert, 1996), un mero grupo de células (ASRM Ethics Committee, 2002; Siegel, 1999), o una entidad intermedia que merece respeto - condicionan las actitudes de las parejas hacia el destino final de aquellos.

2. 3 Donación de embriones congelados a parejas infértiles

2.3.1 Dificultades para la donación

La existencia de embriones sobrantes de los Tratamientos de Reproducción Asistida es una realidad que genera más problemas y situaciones de difícil resolución de los que podía suponerse (Trounson & Dawson, 1996). “Al separar la fertilización y la implantación en tiempo y espacio, un conjunto completamente nuevo de posibilidades ha emergido para las parejas que desean reproducirse” (Klipstein, Reindollar, Regan & Alper, 2001, p. 1181).

Al iniciar los tratamientos las parejas se ven obligadas a hacer elecciones respecto del destino de sus embriones criopreservados que no utilizarían, esto es, decidir en el comienzo de un tratamiento qué harían con los que proyectan transferirse y, que por razones que en ese momento no pueden prever, no sería posible. La realidad es que en esa instancia las parejas desean aumentar las chances de lograr un embarazo o acrecentar su familia por lo que tener la posibilidad de formar embriones extra se mide desde ese lugar de carencia. Por consiguiente, difícilmente puedan ponerse en la posición de no necesitar recurrir a esos embriones, a veces años atrás congelados, ni prever los múltiples escenarios potenciales que el futuro incierto depara a los humanos. Son decisiones, si se las toma a conciencia, muy complejas.

Por otro lado, los consentimientos suelen ser “esencialmente desinformados” (Pennings, 2002, p. 296), ya que no sólo son firmados antes de realizar los tratamientos de FIV o ICSI con el foco en tener mayores probabilidades de alcanzar la meta de tener uno o más hijos, sino que explicitan poco o nada las implicancias de las otras opciones en caso de no desear o no poder utilizarlos. Según Robertson (1995), “un requerimiento esencial de las prácticas de donación de embriones éticas es revelar completamente a los donantes y receptores los riesgos e incertidumbres del procedimiento” (p. 889), además de ofrecer asesoramiento a las partes como componente insoslayable de la práctica (Klock, 2001; Newton et al., 2003).

La situación actual en la Argentina consiste en que la mayoría de las parejas que criopreserva sus embriones pensando que hará un uso futuro de los mismos y no puede utilizarlos, elige posteriormente no donarlos aunque haya firmado consentimientos estableciendo este destino como alternativa. En el resto del mundo las cifras confirman esta tendencia: sólo entre el 2 y el 18 % de las parejas los entrega efectivamente en adopción prenatal o embriodonación, aún cuando sus leyes y/o creencias, admitan otras opciones (Brzyski, 1998; Cooper, 1996^a; Darlington & Matson, 1999; Hammarberg & Tinney, 2006; Klock, Sheinin & Kazer, 2001; Kovacs, Breheny & Dear, 2003; Lee & Yap, 2003; Nachtigall et al., 2005; Newton, McDermid, Tekpetey & Tummon, 2003; Soderstrom-Anttila, Foudila, Ripati & Seigberg, 2001; Van Voorhis, Grinstead, Sparks, Gerard & Weir, 1999).

Dado que la extrema dificultad inherente a esta decisión favorece el cambio en la disposición inicial en tan elevado número de casos (Brzyski, 1998; Cooper & Glazer, 1998; Klock, Sheinin & Kazer, 2001; Lornage et al., 1995; Urdapilleta, 1999), los centros de Medicina Reproductiva terminan jugando el rol de *bancos de embriones* cuyos *dueños* rehúsan donarlos a matrimonios que desean recibirlos en embriodonación.

2.4. Aspectos centrales de la donación de embriones

2.4.1. Alternativas para formar una familia

La infertilidad obliga a quienes la padecen a plantearse y replantearse, en momentos evolutivos y cronológicos diversos, qué es *ser padre*, o qué del *tener un hijo* adquiere mayor relevancia. La mayoría de las parejas que tienen hijos de la manera *tradicional* no han tenido que ahondar en estos cuestionamientos. Cuando la decisión de prolongarse madura, puede concretarse por vías naturales en períodos de tiempo, en general, cortos. Las parejas con problemas de fertilidad, en cambio, y a pesar de esperar idénticos resultados, pueden llevar años en este proceso. Frecuentemente algunas de ellas deben aceptar la idea de no tener hijos biológicos y/o genéticos.

Según Purewal y van den Akker (2005), las actitudes de la población hacia la donación de gametos para construir una familia han cambiado a través del tiempo y están ligadas a la importancia percibida acerca de qué constituye maternidad o paternidad. Ya hacia fines del siglo pasado, Miall (1994) encontró que la paternidad y maternidad social fueron evaluadas como más importantes que la maternidad y paternidad biológicas. La importancia dada al aspecto social de la maternidad ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia (Kirkman, 2003; Skoog-Svangberg, 2003; Thornton et al, 1994).

Quienes intentan conformar su familia utilizando gametas donadas (ovodonación - donación de semen) generalmente lo hacen con el fin de no

resignar la experiencia de un embarazo y para que al menos el 50% del material genético sea conocido, provisto por algún miembro de la pareja (Urdapilleta, Chillik & Fernández, 2001). En otros casos, los potenciales padres deciden formar su familia por medio de la adopción tradicional (Freeark, Rosemberg, Bornstein, et al., 2005; Giberti, Blumberg, Renzi, Gelman & Lipski, 1994; van den Akker, 2001).

En los últimos años es posible acceder a la parentalidad a través de la donación de embriones (Applegarth, 2006; van den Akker, 2006; Widdows & MacCallum, 2002). La misma es una alternativa que permite a una pareja experimentar un embarazo y parto juntos, aunque ninguno de los progenitores tendrá conexión genética con el niño. Nuevamente, y al igual que en las donaciones de óvulos, muchas parejas ponderan la posibilidad de embarazarse. Según Windows & MacCallum (2002), la relación gestacional, es decir, la conexión biológica con uno de los padres – la madre -, es importante por diversas razones:

- La madre de embriones donados - y su esposo, si están legalmente casados -, es la madre legal del niño.
- Emocionalmente la ligazón gestacional es importante porque permite que la mujer sienta que el hijo es *de ella*.
- Socialmente la gestación posibilita a la pareja experimentar el embarazo, parto y crianza como si fuera una pareja *normal* que concibió de manera natural.

Formar una familia a través de la embriodonación implica la noción de paternidad no genética -aunque la mujer receptora sea la madre biológica - y ello obliga a una redefinición de los conceptos de *padre/madre*. Por una parte, los receptores del embrión tendrán que aceptar criar a un niño con el que no guardan relación genética; por la otra, los donantes del embrión deben asumir que podrían tener descendientes genéticos cuya existencia y/o características pudieran no serles reveladas, siendo además, *hermanos genéticos* de sus hijos.

2.4.2. Reportes de familias conformadas por donación de embriones y aspectos psicológicos desconocidos

Los reportes publicados sobre los resultados de tratamientos con embriones donados son limitados y la mayoría involucra una escasa cantidad de casos (Lindheim & Sauer, 1999; Soderstrom Anttila, Foudila, Ripati & Seigberg, 2001; Van Voorhis, Grinstead, Sparks, Gerard & Weir, 1999), a excepción de una experiencia publicada por un grupo australiano con 92 ciclos con transferencias embrionarias y 16 embarazos (Kovacs, Breheny & Dear, 2003). Por otra parte, Kingsberg, Applegarth y Janata (2000), informaron que aunque el 72% de los 108 programas de infertilidad que contestaron sus encuestas en América del Norte ofrecían la alternativa de la donación a sus pacientes, sólo el 37% de ellos había efectivamente elegido este procedimiento; hasta ese momento habían nacido 53 niños. Por comunicaciones informales se conoce que ya muchos centros de fertilidad han

colaborado con el nacimiento de varios niños a través de este método, pero las familias así constituidas son relativamente pocas.

Si bien se han producido varios nacimientos por medio de este procedimiento de donación, sólo se ha dado a conocer un único estudio sobre implicancias psicológicas en este tipo de familias. En él se investigó la calidad de paternaje y el desarrollo del niño en 21 familias de esta clase que se comparaban con otros dos grupos: 28 formadas a través de la adopción y 30 que tenían hijos concebidos a través de Fecundación in Vitro usando las gametas de los padres, que presentaban características demográficas similares (MacCallum, 2004). Las edades de los niños estaban comprendidas entre los dos y los cinco años y los datos fueron obtenidos de padres y madres por separado a través de entrevistas estandarizadas y cuestionarios. Se evaluaron tres tópicos específicos:

- Calidad de relaciones padres/madres – hijos en los tres tipos de familia, utilizando cuatro clasificaciones globales de la cualidad de paternaje:
 - a. calidez o afectuosidad
 - b. sobreinvolucramiento emocional
 - c. calidad de interacción parental
 - d. respuestas defensivas

- Desarrollo del niño

- Actitudes paternas hacia la apertura acerca del método de conformación de la familia

Los hallazgos más importantes fueron que la falta de lazos genéticos presente en las familias por embriodonación, no parecieron resultar en un paternaje menos positivo comparado con las familias formadas por FIV. Si bien no hubo diferencias de calidez parental y de calidad de interacción entre padres-hijo, los padres que recibieron embriones donados mostraron mayor sobreinvolucramiento con sus hijos y respondieron más defensivamente a preguntas acerca de él y de su familia que los otros grupos familiares estudiados. Estos hallazgos fueron relacionados con la gran tendencia al secreto evidenciado en estas familias. La experiencia del embarazo y nacimiento del niño de los padres por donación de embriones no parecieron haber conducido a un paternaje más positivo si se los comparaba con los padres por adopción. Tampoco surgieron indicadores de que el secreto hubiera afectado negativamente a los niños en esta edad, ya que no se encontraron diferencias en términos emocionales o problemas de conducta en ninguno de los tres grupos. Sin embargo, el hecho de que la gran mayoría de los padres de niños nacidos por embriones donados ya le había dicho a alguien más, dejaba abierta la posibilidad de que el hijo descubriera la naturaleza de su concepción en el futuro. La autora del trabajo concluyó que los resultados de este estudio serían tranquilizadores respecto de las consecuencias de la donación embrionaria para padres e hijos.

Dado que este es el único reporte hasta la fecha y más allá de lo alentador de lo verificado, la información disponible actualmente no permite efectuar especulaciones acerca del desarrollo psíquico de los niños nacidos por

medio de esta técnica. Tampoco existen estudios de seguimiento psicológico de los donantes o de los receptores; muchísimos de estos aspectos resultan aún desconocidos (Urdapilleta, 2001). El tiempo mostrará el impacto de esta práctica en donantes, receptores y familias, respondiendo interrogantes tales como: ¿qué emociones/sentimientos experimentarán los donantes al saber o suponer que podrían tener algún descendiente genético al que no conocen y con el que no tendrán contacto? ¿Es preciso informar a los hijos acerca de la donación? ¿Existe el riesgo de que *hermanos genéticos* se casen? ¿Qué efectos a largo plazo pueden aparecer en familias donantes y receptoras? Las parejas donantes, ¿darían sus embriones a personas solteras o a parejas homosexuales? ¿Están los receptores preparados psicológicamente para manejar situaciones tales como criar un niño que no está relacionado genéticamente con ellos, tener un hijo con atributos físicos o caracteriales claramente distintos de los propios, tener que explicar a su hijo el modo en el que se construyó esa familia, o decidir ocultar esta información de por vida? Estos son solamente algunos de los tantos dilemas con los que deben enfrentarse los pacientes, así como quienes imparten estos procedimientos y quienes actúan como asesores o consultores en el proceso.

Aspectos psicológicos desconocidos respecto del impacto producido en los nacidos por este método hoy podrían formularse a través de preguntas tales como: ¿A quiénes considerarán sus padres?, ¿A las parejas que los gestaron y criaron o a las que aportaron el embrión? ¿En qué diferirán psicológicamente de los niños adoptados? ¿Se debe informar al niño acerca de su forma de concepción? ¿Cómo puede afectarle si, no habiéndole informado de su origen,

se entera inesperadamente? ¿Qué información es probablemente relevante para los niños durante su crecimiento, su vida adulta y su futura condición de padres? ¿Qué sucederá con los nacidos que eventualmente quisieran información identificatoria si las donaciones continúan siendo anónimas?

2.4.3. Actores y factores principales en la práctica de la donación de embriones

La donación de embriones es una situación que involucra a cuatro actores: a) médicos, clínicas, bancos de embriones, que no pueden unilateralmente decidir el destino de este material congelado ni pueden dejar de custodiarlos, a lo que se suma el pedido de ansiosas parejas que no pueden generar descendencia genética propia; b) parejas *dueñas* de embriones que no van a transferirse - donantes potenciales -, que se sienten acorralados entre sus deseos, su incertidumbre y las políticas vigentes en el país; c) parejas infértiles deseosas de convertirse en padres -receptores potenciales-, para quienes la adopción es una posibilidad lejana y ven en la donación de embriones una chance de realizar su deseo de paternidad, y d) el futuro niño nacido, sobre quien se está decidiendo parte importante de su futuro sin tener aún ni voz ni voto. Por otra parte, la práctica de donación de embriones está condicionada por muchos otros factores tales como: la legislación nacional o estatal, las creencias religiosas de los actores involucrados, sus posicionamientos éticos y filosóficos, factores económicos, los avatares de la adopción tradicional, así como el lenguaje mismo (Robertson, 1995).

2.4.4. Factores condicionantes

2.4.4.1. Información

Información a las partes involucradas

Un aspecto fundamental relacionado con las donaciones de una o ambas gametas es aquel ligado a la transmisión de información relevante, tanto hacia los donantes como hacia los receptores y hacia el futuro nacido a partir de ellas.

El tipo de información que las instituciones médicas brindan a los receptores e hijos puede ser *identificatoria* o *no identificatoria*. Cuando la información es *identificatoria* se provee a receptores y sus hijos el nombre, dirección, número de teléfono, cuando el descendiente cumple la mayoría de edad. La información *no identificatoria* implica información médica acotada para receptores y más amplia para el hijo que la quiera llegado los 18 años. En algunos casos también se les brinda información acerca de características físicas, escolaridad, ocupación, *hobbies* y algunos datos personales más sobre los donantes.

Actualmente las posturas de las clínicas en el mundo difieren entre sí.
Hay clínicas con:

A. Un *sistema abierto* donde los donantes y receptores se conocen o se encuentran y el futuro niño no sólo tiene la posibilidad de acceder a los registros identificatorios llegado la mayoría de edad, sino que puede conocer a quien donó la gameta. Esto sucede, por ejemplo, en Nueva Zelanda, donde la ley especifica que los donantes de semen y los receptores deben realizar un counseling previo al tratamiento y que el donante rescinde todo derecho y obligación para con el futuro niño, derechos y obligaciones que adquieren legalmente quienes recibieron esa gameta (Rumball y Adair, 1999). Algunos Estados en EEUU como Florida y Texas, y en Centro América - Costa Rica - han legislado sobre donación de óvulos, estableciendo expresamente que la donante de los mismos no tendrá derechos ni obligaciones sobre el niño que naciera de la fertilización de dichos óvulos.

B. *Sistema semiabierto* donde los donantes son anónimos pero se da información no identificatoria al hijo a los 18 años. Este es el sistema más utilizado en EEUU, aunque también existen clínicas abiertas y las de sistema absolutamente cerrado.

C. *Sistema cerrado*, que fue utilizado desde los orígenes de estos tratamientos y sigue teniendo muchísimos adeptos hoy en día. En nuestro país, las donaciones son cerradas. Así, de alguna manera, los pacientes están condicionados a lo que los profesionales médicos les ofrecen. Implican anonimato absoluto, escasa o nula información no identificatoria, y por supuesto ninguna información identificatoria de los donantes, tanto para los receptores y su futuro hijo, como de los receptores para los donantes. Quienes

donan óvulos, espermatozoides o embriones tampoco saben si nació un niño producto de su donación ya que esta información es negada por muchas clínicas. Esta situación puede ser tranquilizadora para algunos, aunque también puede generar incertidumbre en otros casos, dada su ambigüedad.

En caso de que la donación de embriones fuera no anónima, - de un pariente, amigo o conocido, como sucede en algunos casos de donación de óvulos o de esperma -, los aspectos psicológicos involucrados complejizan aún más las circunstancias.

Aspectos psicológicos relacionados con la información

Al igual que las parejas que adoptan un hijo, quienes acceden a la paternidad a través de gametas donadas, deben plantearse, entre muchas otras cuestiones, el derecho de su hijo a la identidad, entrañando la necesidad de informarlo acerca de su origen genético. Este aspecto es relevante por varios motivos: desde el punto de vista de la salud del niño y futuro adulto y su descendencia, desde las implicancias en lo social y lo psicológico, y desde lo legalmente posible.

La información al descendiente de una donación no es un tema nuevo, más bien lleva años en discusión. Si bien no se dispone de datos sobre donaciones embrionarias, sí los hay, y muchos, respecto de las donaciones de gametos. Las donaciones de semen datan de fines del 1800 (Daniels & Haines, 1998), por lo que existe ya experiencia en la conformación de estas

familias, que han sido objeto de estudio desde muchas perspectivas. Irónicamente, los aspectos concernientes al acceso a la información de y entre los actores principales - donantes, receptores y nacidos - no eran puestos de relieve como lo han sido en los últimos años.

En la donación de gametos la práctica médica establecida está, en su gran mayoría, a favor del anonimato de los donantes, reforzando la confidencialidad y privacidad de los pacientes; se sugiere, además, que la información al niño es responsabilidad de los padres. Como claramente se aprecia, el foco está puesto en los adultos, en preservar la identidad de los pacientes – receptores - y de los donantes, fundamentalmente por el temor a la posibilidad de que estos últimos dejen de donar semen y los bancos puedan quedar sin material para tales intervenciones (Daniels. & Thorn, 2001; Mc Whinnie, 2001; Urdapilleta, 2004b). Por el contrario, la práctica psicológica actual propone un cambio de foco en donación de gametos respecto de la apertura y revelación de la identidad o, su opuesto, la retención de tal información. El eje propuesto es considerar el resultado a largo plazo y las consecuencias de estos procedimientos para los niños nacidos y los adultos por venir.

Desde el punto de vista de los receptores, compartir la información entre padres e hijos concebidos con la ayuda de un donante (Daniels & Thorn, 2001) supone, para la mayoría, un proceso difícil de afrontar debido a los prejuicios existentes en nuestra sociedad y a los temores que de ella suelen derivarse. La intención inicial de las parejas suele ser nunca revelar a su hijo su origen y, por

lo tanto, su identidad genética (Shover et al., 1992; Owens et al., 1993; Klock et al., 1994).

¿Por qué determinadas personas optan por la privacidad – secreto - y otras por la apertura?

Dentro de los principales motivos dados por los que eligen la privacidad se encuentran:

- Necesidad de ocultar la esterilidad.
- Miedo a provocar problemas psicológicos o de identidad en el niño.
- Miedo a que el niño no quiera al miembro de la pareja que no aportó la gameta.
- Miedo acerca de la respuesta del niño.
- Miedo a que la familia y los amigos rechacen su elección.
- Miedo a que el entorno dañe, rechace o discrimine al niño.
- Consideración de que es innecesario.

Además quienes están a favor de esta opción argumentan que:

- La donación de semen se ha utilizado durante décadas y la posición adoptada fue la de la privacidad. Esas familias parecen haberse adaptado exitosamente a la situación.
- Todas las familias tienen secretos; muchas veces los padres se ven obligados a ocultar cosas a sus hijos, y si los secretos fueran letales, todos sus miembros sufrirían consecuencias negativas.

- Los niños no sentirán nada diferente si son criados con amor, sobre todo, si los padres no tienen conflictos con el hecho de haber usado gametos donados.
- Los datos médicos de el/la donante - cuando están disponibles a los receptores - pueden ser incorporados a la historia médica del niño y de la familia, asegurando información precisa (Urdapilleta, 2004b).

Desde una perspectiva opuesta a la anterior, están los padres que escogen la apertura, siendo los motivos esgrimidos, entre otros:

- Esconderlo sería aceptar que la donación de gametos es vergonzante.
- Reforzaría el estigma asociado con la infertilidad y la donación de gametos.
- El secreto es potencialmente dañino para la relación padre/ madre - hijo.
- El hijo tiene derecho a saberlo.
- El deseo de privacidad de los padres debería no anteponerse a las necesidades del hijo.
- Deseo de ser honestos con su hijo (Lycett, et al., 2005; Nachtigall et al., 1998).

Estas personas arguyen que:

- Todos los individuos tienen derecho a conocer la verdad acerca de su origen genético.
- Los secretos tienen efectos perniciosos tanto en el funcionamiento familiar como en el niño.

- La experiencia en adopción ha demostrado los efectos adversos del secreto sobre el origen.
- A través de señales sutiles el niño percibirá que hay algo diferente respecto de él. Esto afectará su identidad y sus relaciones familiares
- Los datos médicos de la/el donante son importantes pues: 1) el secreto limita la información recibida por los padres, y posteriormente, aquella con la que cuente la persona concebida mediante donación de gametos, y 2) puede cometerse el error de reemplazar los datos médicos del donante por los datos del padre/ madre de crianza.

Dentro de la literatura de adopción y donación de gametos, varios autores sostienen los beneficios de la apertura hacia el niño desde un principio como la mejor manera de construir un vínculo saludable y seguro en las relaciones familiares (Baran & Pannor, 1993; Daniels, 1997; Mc Whinnie, 2001; McGee, Brackman & Gurmankin, 2001; The Society for the Protection of Unborn Children, 2002). La apertura ha demostrado ser beneficiosa en niños (Rumball & Adair, 1999), adolescentes (Scheib et al., 2005) y adultos nacidos por gametas donadas (Daniels & Taylor, 1993). Otros investigadores afirman que no se ha demostrado perjuicio alguno implicado en el no brindar información al infante (Golombok, Brewaeys & Cook, 1996; Golombok, Brewaeys, Giavazzi, Guerra, MacCallum & Rust, 2002; Nachtigall, Tshann, Quiroga, Pitcher & Becker, 1997; Shenfield & Steele, 1997) o adolescente (Golombok et al., 2002).

Ahora bien, ¿qué ha sucedido con aquellos individuos nacidos por donación de semen que se enteraron inusualmente de sus orígenes? Lo hicieron luego de un desacuerdo familiar, de un divorcio o por medio de un padre sustituto. Algunos, por iniciativa de los padres sociales, cuando a alguno se le detectó una enfermedad hereditaria severa o murió. Otros, porque ellos mismos preguntaron cuando algo en las relaciones familiares les llamaba la atención - generalmente percibían al padre en actitud distante -. Las reacciones comunicadas se podrían resumir en ira, resentimiento por las mentiras y el engaño, pérdida del sentido del *self* y de su identidad, deseos de haberlo sabido antes y de tener información sobre el donante, enojo y frustración porque el sistema fue montado de esta forma, a sabiendas de que les sería imposible acceder a esta información (Anónimo, 2002; Baran & Pannor, 1993; Haimes, 1998; Turner & Coyle, 2000). Otras consecuencias negativas reportadas son: haberse enterado de su concepción en circunstancias inesperadas e impactantes (Snowden, et al., 1993), desconfianza dentro de la familia, la pobre percepción de sí mismo y la falta de continuidad genética (Turner & Coyle, 2000), haberse dado cuenta desde una edad relativamente temprana de que algo no era dicho dentro de la familia (Vercollone et al., 1997). Más allá de las circunstancias por las cuales se enteraron, el hecho es que muchos tienen la necesidad de averiguar acerca de sus orígenes genéticos (Montuschi, 2002), aunque no todos (Vanfraussen et al., 2001).

En años recientes, una fuerte tendencia ha surgido a favor de la revelación de la información al descendiente, de manera más pronunciada en Europa y Australia. Varios países han promulgado leyes o están considerando

políticas que permitan a los niños tener acceso a estos datos (Frith, 2001a; Frith, 2001b; Gottlieb, Lalos & Lindblad, 2000; Human Fertilisation and Embryology Authority, s.f.; Kovacs, Breheny & Dear, 2003; van den Akker, 2006). Actualmente, el Comité de Ética de ASRM (2004) recomienda informar a los sujetos concebidos por donación de gametas acerca de sus orígenes.

Una investigación prospectiva realizada en nuestro medio con personas en lista de espera para recibir óvulos donados, reveló que el 56.4% de ellos afirmaron que le dirían a su hijo acerca de sus orígenes, y el 43.6% lo consideró fundamental para establecer la identidad del hijo/a (Urdapilleta et al., 2001), confirmando los resultados informados por Greenfeld y Klock, (2004), Hahn y Craft Rosemberg, (2002) y Pettee y Weckstein (1993). Si bien estos números son alentadores respecto de un cambio en la tendencia del pasado, es importante recalcar que lo evaluado fue la intención de un comportamiento futuro, no la conducta real, y por lo tanto, no se sabe si estos valores realmente se mantendrán debido a lo que muestran estudios extranjeros, que es que la revelación del modo de concepción en lo concreto es muy baja aún, particularmente cuando la gameta donada ha sido la masculina (Cook et al., 1995; Golombok et al., 1996; Golombok et al., 2002; Murray & Golombok, 2003).

A consecuencia de la tendencia a la apertura en los últimos tiempos, y al hecho concreto que muchos padres han comentado a sus hijos el uso de semen de banco y de óvulos donados para lograr tenerlo (Mac Dougall, Becker, Scheib & Nachtigall, 2007), se viene dando el fenómeno donde son los chicos

mismos los que están empezando a buscar información acerca de su origen. Utilizando los medios más familiares a su generación – Internet - se han creado redes como el Donor Conception Network (www.dcnetwork.org) o el Donor Conception Support Group de Australia (www.dcs.org.au) para generar vínculos e información entre ellos. A modo de ejemplo, Ryan Kramer, un niño estadounidense, formó a los 12 años y ayudado por su madre, el *Internet Donor Sibling Registry*, en el año 2000. Al día de hoy ya tiene 8545 miembros, y se han facilitado más de 2990 uniones entre medios hermanos genéticos nacidos por donación de esperma y donantes. El foco de este registro es asistir a individuos concebidos por esperma, óvulos o embriones donados que deseen establecer contacto mutuo con quienes comparten lazos genéticos (<http://www.donorsiblingregistry.com/>).

Aspectos legales vinculados a la información

Desde el punto de vista legal se produce un conflicto de intereses entre los derechos de los donantes y receptores versus los derechos de los hijos.

Respecto de los primeros, según las distintas legislaciones en el mundo, puede o no haber leyes que regulen la Reproducción Asistida y las donaciones de gametos o de embriones. Pero respecto del nacido, una gran mayoría de los países, por adscribir a la Convención de los Derechos del Niño, consideran que el mismo tiene derecho a la identidad y derecho a conocer sus orígenes. Algunos como Suecia, Austria, Suiza, Países Bajos, Nueva Zelanda, Inglaterra y dos estados de Australia, han abolido la figura del anonimato del donante

como respuesta para privilegiar el bienestar del menor. De esta manera las personas nacidas como resultado de donación de gametas tendrán el derecho a conocer la identidad de aquellos. El derecho a la identidad es considerado un derecho personalísimo (Borda, 1993).

Los derechos personalísimos son derechos subjetivos privados, innatos y vitalicios que tienen por objeto manifestaciones interiores de la persona y que, por ser inherentes, extrapatrimoniales y necesarios, no pueden transmitirse ni disponerse en forma absoluta y radical. Son oponibles *erga omnes* (a todas las demás personas) y corresponden a toda persona, por su condición de tal, desde que es concebida hasta su muerte. La persona no puede ser privada de ellos por acción de cualquier naturaleza, ni siquiera legislativamente, por parte del Estado, ni por acción de los particulares, porque ello implicaría desmedro o menoscabo de la personalidad (Molina 2003). La novedad que configura el desarrollo de cada uno de los derechos personalísimos en particular respecto de las personas en general, es mayor aun con relación a esas personas que el derecho ha definido como personas por nacer y personas menores de edad, o sea, niños y adolescentes.

Una herramienta jurídica de trascendencia singular a ese efecto es la normativa que contiene la Convención sobre los Derechos del Niño. En Argentina, al aprobarse la misma, por ley 23.849 (1990), es norma interna de aplicación obligatoria y de rango Constitucional. Dicho instrumento contiene un expreso reconocimiento de los derechos en análisis, como el derecho del niño a conocer su identidad, que deben ser respetados y asegurados por los

Estados. A partir de la Reforma de la Constitución del año 1994 (art.75, inc 22) los Tratados Internacionales a los que la Argentina suscriba, poseen rango Constitucional y son por lo tanto, ley suprema en el país, lo que implica que todas las normas por debajo de ella, deben adecuarse a la misma. Los derechos aludidos en el presente trabajo se encuentran en La Convención de los Derechos del Niño en los siguientes artículos:

Artículo 7

1. El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

2. Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.

Artículo 8

1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

De lo expuesto se desprende que todo ser humano tiene el derecho de conocer su realidad biológica. En el mismo sentido, los niños fruto de la donación de gametos o de embriones, también lo poseen; en este caso, a conocer su origen genético, esto es, a su identidad biológica.

Como queda claro, en las familias concebidas con gametas o embriones donados, la protección del derecho a la intimidad del dador está dada por el total anonimato, pero aquel se enfrenta al de identidad del niño. Al proteger los datos identificatorios del donante se estaría violando el derecho de este niño de conocer su verdadera identidad. Si se sostiene que debe primar el derecho del donante y el secreto acerca de su identidad, se frustraría desde el inicio el del/los descendientes a conocer su verdadera identidad genética. Elegir el anonimato es estar a favor del derecho a la intimidad y primarlo por sobre el derecho a la identidad. De este modo se estaría en contra de lo establecido en los tratados internacionales receptados por la Constitución en 1994 (Chernomoretz, 2002).

Si bien el anonimato es un requisito mundialmente aún exigido y aceptado por muchos países, la solución jurídica que ofrecen algunos derechos extranjeros, es conciliar la tensión existente entre el derecho a la intimidad del dador y el derecho a la identidad del niño, estableciendo que la revelación de la

identidad del dador en los casos en que ésta proceda, no implica la determinación legal de filiación (Zannoni, 1978), en otras palabras, no le genera al dador responsabilidad procreacional (Díaz de Guijarro, 1965).

Desafortunadamente, hasta la fecha, en la Argentina no hay leyes específicas sobre Reproducción Asistida, cuestión que se transforma en un verdadero problema ya que actualmente todas las prácticas de donación de gametos y de embriones se están haciendo de manera anónima y sin dar ni a los receptores ni a su progenie la posibilidad de acceder a los registros identificatorios. Por ello, en un futuro no demasiado lejano, las personas nacidas por estas técnicas quizás pretendan saber algo sobre sus orígenes y aún teniendo el derecho, no lograrán hacerlo (Urdapilleta, 2004b).

Los receptores de embriones deben estar conscientes de que los nacidos con colaboración genética de terceros podrán tener ansiedades, necesidades y preocupaciones más parecidas a las de los hijos adoptivos que a las de un descendiente biológico; de esta manera, probablemente en algún momento deseen acceder a información acerca de los donantes. Pero, los padres de niños nacidos por donación de gametos o embriones se encuentran atrapados en una situación paradójica donde siempre *pierden*: si no le dicen al niño de su origen genético existe el riesgo del descubrimiento traumático; si le transmiten este dato, no disponen de información sobre el donante para responder sus preguntas.

2.4.4.2. El lenguaje

En este tema, el lenguaje suscita inconvenientes desde muchos puntos de vista ya que, por una parte, no existen términos adecuados; por la otra, está cargado de implicancias y juicios morales y juega un rol crítico que crea realidades particulares y condiciona emociones y comportamientos.

Tampoco el lenguaje da cuenta cierta de qué es ser padre en esta particular circunstancia. Actualmente existen padres biológicos que crían o no a sus hijos, padres genéticos independientemente de su estatus de padres biológicos y de crianza, hay padres *sociales o adoptivos* que no comparten ni el ADN del niño ni parte de su biología; existen padres biológicos pero no genéticos - receptoras de ovocitos -; hay, también, padres según disposiciones legales (Annas, 1998).

Además, existen diferencias en las definiciones posibles según los diferentes observadores: ¿Qué es un embrión? ¿Cuál es su estatus? ¿Cuándo comienza la vida humana? Estas y tantas otras preguntas no tienen aún una respuesta consensuada (Cooper, 1996b; Galst, s.f.).

Popularmente la mayoría de las personas es capaz de dar alguna definición acerca de aquello que cree que un embrión es. Sin embargo, al profundizarse en tales precisiones, surge la cuestión de si se trata de un ser humano, de una persona, de un tejido reproductivo, de un conjunto de células con potencial de ser persona, de un paciente sobre el cual va a hacerse un

diagnóstico genético preimplantatorio, de un conjunto de células sin importancia, de la propiedad de un adulto, de algo menos que un ser humano con derechos de ciudadano pero que merece respeto, entre otras posibilidades (Collins Harvey, 2002; DeMarco, 2000; European Society of Human Reproduction and Embryology [ESHRE] Task Force on Ethics and Law, 2001; Jones & Veeck, 2002).

2.4.4.3. *¿Donación de embriones o adopción prenatal?*

Factores tales como el éxito o el fracaso en alcanzar sus metas reproductivas, la visión del estatus del embrión, los sentimientos respecto de la posibilidad de tener descendencia genética con la que no tendrán contacto, el deseo de ayudar a otras parejas y los temores o fantasías acerca de las consecuencias de sus actos condicionan la decisión de donar las muestras que no van a ser transferidas a sus *dueños*. Aún para aquellas parejas que deciden la donación, existe un aspecto sobre el que no tienen influencia, pero que les afecta: ¿con qué figura legal se deberían hacer las transferencias de embriones criopreservados de una pareja a otra? ¿En qué se diferencia una donación de embriones de una adopción prenatal?

En la mayoría de los sistemas legales, los embriones no son considerados persona por lo que el proceso estaría más cercano a una donación que a una adopción (Robertson, 1995). En la Argentina, al contrario, los embriones son considerados legalmente personas al estar en el útero

materno por lo que se deduce que no se podrían donar. La salvedad sería que se considerara el *estatus del embrión in Vitro*, propuesto por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva, que difiere del estatus de persona, porque se trata de embriones que no han sido transferidos aún y, por ende, sin implantación en útero alguno.

En lo concreto, en el país, y dado que la adopción prenatal es un instituto jurídico inexistente, por el momento, estos procedimientos se están realizando bajo la denominación y formato de *donación de embriones*. Cabe también aclarar que, si bien se utiliza la expresión *donación* en vez de *dación*, la primera no es jurídicamente correcta.

Silvani & Casal (2004) aclaran:

En estricto derecho, la donación es un contrato, mientras que el negocio jurídico entre benefactor y beneficiario no es emplazable en la categoría de contrato porque la obligación del benefactor no está gobernada por la fuerza obligatoria de los contratos.

Aún más, no podría ser un contrato porque su objeto (semen, óvulo) se encuentra fuera del comercio. Consideradas las células germinales “bienes de la personalidad”, no pueden ser objeto de tráfico jurídico. Es el consentimiento sobre su disponibilidad que opera como causa de exclusión de antijuricidad. Algunos proyectos utilizan la expresión *dación* pero la mayoría se refiere a *donación*.
(p. 219)

Resulta necesario resaltar, también, que la donación no lleva implícita la característica de gratuidad, que sí es requisito imprescindible de la dación.

Volviendo a la diferencia entre una donación de embriones y una adopción prenatal, existen diversos puntos de vista entre los especialistas del área (Acosta, 2001; Bossert, 2001; Rivera López, 2001; Silvani & Casal, 2004; Urdapilleta, 2001, Windows & MacCallum, 2002) que podrían sintetizarse en las siguientes posiciones, que esgrimen los argumentos que se incluyen:

1. Quienes se inclinan a favor de la donación argumentan lo siguiente:

- Ya se están haciendo donaciones de gametas, ¿cuál es la diferencia?
- No se evalúa la aptitud de la gente cuando se puede ser padre naturalmente, ¿por qué debería hacerse con estas parejas?
- Utilizar criterios de adopción sumaría burocracia y costos.
- Podría, potencialmente, disminuir el número de donantes, pues huirían de las complicaciones.

2. Quienes se inclinan a favor de la adopción prenatal de embriones argumentan:

- El embrión es transferido con la intención de que nazca un niño ¿Por qué éste no tiene el mismo derecho de protección que tiene cualquier otro?

- Permite a los padres genéticos del embrión tener confianza en la aptitud de los padres adoptantes, lo que estimularía a darlos en adopción, incrementando la disponibilidad de embriones a ser donados.
- Una adopción incluiría *counseling*, *screening* médico, y una evaluación social a los receptores y registro de los datos de los donantes, que no necesariamente acompañaría a la donación.
- Desalentaría transferencias inescrupulosas.

Si bien este no es un dilema que puedan resolver las parejas *dueñas* de los embriones criopreservados, probablemente el que se haga de una u otra manera condicionará su decisión de donarlos. Para la mayoría de los pacientes, donar un embrión es diferente a la idea de donar un tejido u otra parte de su cuerpo. La palabra *embrión* está cargada históricamente con la presunción de que es vida y por lo tanto, emocionalmente condicionada (Wolpe, 2001).

2.4.4.4. Pautas psicológicas para la donación de embriones

Muchas clínicas, aquí y en el mundo, consideran importante que, tanto la pareja donante como la receptora, sean evaluadas y cuenten con un asesoramiento psicológico. A tal fin, desde las sociedades científicas, se han diseñado lineamientos en este sentido. La Task Force on Embryo Donation of the Mental Health Professional Group del ASRM (1996) estableció recomendaciones sobre aspectos éticos, morales y psicológicos que tanto

donantes como receptores y descendientes deberán tener en cuenta. En 2002, el Special Interest Group on Psychology and Counselling de ESRHE propuso algunos puntos básicos referidos a la donación de embriones (Appleton, 2002) y la ESRHE Task Force on Ethics and Law (2002) sugirió consideraciones éticas focalizadas en aspectos tales como el sentido de los lazos genéticos, las regulaciones legales, la necesidad de tomar en cuenta el bienestar del niño, factores relacionados al anonimato y la evaluación y asesoramiento de los donantes y de los receptores.

A fines del 2003, RESOLVE, grupo de autoayuda de pacientes infértiles en EEUU, publicó una investigación que condujo para evaluar el conocimiento acerca de la donación de embriones, identificar las necesidades de información y para evaluar percepciones y creencias, para que las potenciales barreras para su aceptación pudieran ser tomadas en cuenta en el material educativo que intentaba producir. A partir de ella, RESOLVE publicó una serie de materiales informativos y educativos dedicados a la donación de embriones para pacientes, profesionales del área y personas interesadas en la temática (RESOLVE, 2003).

La ASRM, publicó los lineamientos psicológicos para la donación de embriones criopreservados (ASRM, 2004) pronunciándose así, a favor de la intervención de profesionales de la salud mental en estos procedimientos de Reproducción Asistida. El Código de Práctica de la Sociedad de Fertilidad de Australia requiere *counselling* educacional y psicológico para los donantes y receptores de embriones, con progresivo asesoramiento a la pareja receptora

(Kovacs, Breheny & Dear, 2003). Recientemente, Daniels (2005) publicó, para el gobierno de Nueva Zelanda, las pautas para la donación de embriones con fines reproductivos, aprobados por el Ministerio de Salud, que deben ser estrictamente seguidos para realizar cualquier procedimiento de transferencia de embriones donados. En ellos se considera no sólo el bienestar del futuro descendiente, sino que se requiere que tanto donantes como pareja receptora atraviesen un proceso de counselling y una sesión de counselling conjunta para ser completamente informados acerca de los aspectos psicológicos, éticos y sociales del proceso.

Los contenidos tanto de la evaluación como del asesoramiento de los potenciales donantes y receptores han sido descritos y explicitados por varios autores (Applegarth, 2006; Kingsberg et al., 2000; Lee & Yap, 2003; McMahon et al., 2003; Mahlstedt, s/f; Pennings, 2002; Robertson, 1995; Van Voorhis et al., 1999). En América Latina, la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en sus Normas para la Acreditación de Centros de Reproducción Asistida (2004) recomienda ofrecer apoyo psicológico tanto a donantes como a receptores de embriones, pero sin especificaciones para los profesionales involucrados.

En la Argentina, cada institución médica tiene protocolos propios y consentimientos específicos para esta práctica que no necesariamente se basan en las realidades e idiosincrasias de sus habitantes. Así, cabe preguntarse si la práctica actual se está llevando a cabo considerando las variables adecuadas. No hay criterios psicológicos ni éticos pautados por lo

que, tanto los usuarios de estos procedimientos como quienes los implementan y quienes realizan el asesoramiento no cuentan con un marco consensuado que los integre.

Capítulo 3

ACTITUDES

3.1 Teoría de las Actitudes

Surgida en el seno de la Psicología Social, la *Teoría de las Actitudes* constituye una eficaz manera de acercarse a la comprensión de la realidad psicológica. Según Fazio y Olson (2003), es difícil imaginar un mundo psicológico sin actitudes, aquel donde no existiera la posibilidad de pensar en términos de *bueno* o *malo*, de *deseable* o *indeseable* o de *acercamiento* o *evitación*. No existiría la activación de positividad o tendencias de acercamiento al enfrentarse a objetos que podrían generar resultados positivos, “no habría facultad mental para evitar los objetos negativos en nuestro ambiente. Nuestro ambiente, tendría poco sentido para nosotros; el mundo sería una cacofonía de bendiciones y maldiciones sin sentido. La existencia sería francamente caótica, y probablemente bastante corta” (p.139).

Este concepto, central, distintivo e indispensable, ha ocupado una posición medular en la Psicología Social por décadas (Allport, 1935; Doob, 1947; Maguire, 1985) ya que permite indagar en la comprensión del porqué se piensan, se sienten y se realizan las cosas que se hacen. Por tal motivo, este constructo ha no solo fascinado a los investigadores, sino que está sujeto a fuertes controversias y puntos de vista entre los estudiosos del mismo.

¿Qué es una actitud?

Existe una gran diversidad de definiciones propuestas para el concepto de Actitud desde los distintos autores e investigadores. Probablemente dentro del campo de la Psicología, el más conocido e influyente sea Allport, quien en 1935 describe a la actitud como “un estado mental y neuronal de disponibilidad que ejerce influjo directivo o dinámico sobre las respuestas del individuo a todos los objetos y situaciones con que está relacionado y que se forma a base de experiencia” (p.810). La caracteriza como una disposición previa, preparatoria de la respuesta conductual ante estímulos psicosociales, como predisposiciones habituales para reaccionar ante objetos, personas e ideas, aprendidas en interacciones pasadas.

Una actitud es una asociación entre un **objeto** dado y una **evaluación** determinada o, dicho de otro modo, es un juicio evaluativo – bueno o malo – sobre un objeto. De esta manera, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen **objetos actitudinales**, y la **evaluación** es el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas (Fazio, 1989). Entonces, una actitud representa la propensión favorable o negativa del individuo hacia el objeto actitudinal.

En 1988 Zanna y Rempel identifican cuatro rasgos fundamentales del concepto de actitud:

1. *Se refieren a un estímulo, siempre tienen un referente.* Ellas se dirigen a un objeto – una persona, un asunto, una conducta, un grupo o cualquier otro aspecto identificable del medio -. Por lo tanto, se pueden tener actitudes hacia objetos específicos o concretos como el *Papa* y el uso de *Internet*, o hacia objetos abstractos y generales como *bondad* y *salud*.
2. *Mencionan las evaluaciones que hacen los individuos de los objetos.* Son juicios en el contexto de una dimensión evaluativa – de lo bueno a lo malo – que reflejan la favorabilidad o su contrario, del perceptor hacia el objeto. Las actitudes se pueden medir solicitando a los sujetos que califiquen su acuerdo o su discrepancia con diversos enunciados que expresan evaluaciones de los objetos (Likert, 1932), o pidiéndoles su valoración de los mismos en varias dimensiones evaluativas como agrado – desagrado, sensato – insensato- , favorable – desfavorable (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957).
3. *Están representadas en la memoria, ajustándose a la red o estructura de representaciones en ella* (Pratkanis & Greenwald, 1989). Así, al pensar en las actitudes hacia las vacaciones se activarán también las actitudes hacia la playa, el descanso y el calor. Difieren en cuanto a la dificultad de recuperarlas de la memoria, concepto llamado **accesibilidad** por Fazio (1990) - el que se desarrollará más adelante -, que describe cómo

aquellas más accesibles son más *consecuenciales* que las inaccesibles, pues tienen un efecto más poderoso en el procesamiento de la información y en la conducta.

4. *Se desarrollan a partir de la información cognoscitiva, afectiva o conductual.* Entonces, las evaluaciones de los objetos que se basan en el conocimiento y en las ideas sobre ellos constituyen la información cognoscitiva; las reacciones emocionales y los sentimientos comprenden la información afectiva; y por último, las conductas y respuestas anteriores conforman la información conductual. Frecuentemente, las actitudes se basan en esas tres fuentes. Por ejemplo, la maestra tiene una actitud favorable hacia tal alumno, porque piensa que se esfuerza mucho – *conocimiento* -, lo que le despierta cariño hacia el mismo – *afecto* - y le dedica tiempo extra para explicarle los contenidos de la materia – *conducta*. Pero estas fuentes no siempre son congruentes entre sí. Así se puede comprobar cómo quienes sienten placer al fumar – *afecto positivo* -, saben que no es bueno para su salud – *idea negativa* – (Zanna & Rempel, 1998).

Las *consecuencias* de las actitudes son las que explican la importancia del concepto en las teorías e investigaciones de la Psicología Social ya que *las evaluaciones de los objetos tienen efectos significativos en las percepciones, las emociones y la conducta* (Worchel, Cooper, Goethals & Olson, 2003).

3.1.1 Conceptualizaciones

Existen dos importantes conceptualizaciones o enfoques sobre la actitud:

A) Modelo Unidimensional

B) Modelo Multidimensional

A) En el modelo teórico **Unidimensional**, al que adscriben la mayoría de las definiciones, sus seguidores se enfocan sólo en un componente, en general, el afectivo o el evaluativo (Gross, 1998). Sólo a modo de ejemplo, se presentarán algunas de las definiciones de teóricos de esta perspectiva:

- Según Zimbardo y Leippe (1991), una actitud es una disposición evaluativa hacia algún objeto o hacia alguien a lo largo de un continuo de agrado-desagrado o favorable- desfavorable.
- Rokeach (1968) sostiene que una actitud es una orientación aprendida, o disposición hacia un objeto o situación, que proporciona una tendencia a responder de manera favorable o desfavorable hacia los mismos.
- En términos de Petty y Cacioppo (1981), el término actitud se refiere a un sentimiento general, duradero, positivo o negativo, acerca de alguna persona, objeto o cuestión.

Fazio y Olson (2003) aclaran que varios investigadores tratan de reducir el número de componentes a uno, pudiendo ser éste no solamente el afectivo sino también el cognitivo o el conductual. Algunos seguidores de la perspectiva de una sola dimensión argumentan que la cognición forma los cimientos de todas las actitudes, y que los sentimientos y las conductas hacia los objetos actitudinales simplemente derivan de las creencias. Otros, los que sostienen la supremacía del componente afectivo, insisten en que los sentimientos no necesitan inferencias y que las reacciones afectivas hacia un objeto pueden preceder cualquier creencia sobre ellos, como cuando se tiene un mal presentimiento y no se sabe por qué. Finalmente, también existe evidencia que prueba que, en la ausencia de creencias o sentimientos hacia el objeto actitudinal se puede inferir una actitud de la existencia de conductas pasadas hacia el objeto, como cuando alguien nota que frecuentemente se compra prendas de vestir de un mismo color y por lo tanto le debe gustar tal color. Estos autores (Fazio & Olson, 2003) concluyen que la asunción de que los tres componentes, modelo que a continuación se describirá, deben estar presentes y de acuerdo en cualquier actitud, parece bastante dudosa.

B) A diferencia del anterior, el **Multidimensional**, ha sido históricamente el marco teórico más prominente para el estudio de las actitudes. Como de alguna manera ya se anticipó, este modelo tripartito o de los tres componentes considera que la actitud conlleva tres dimensiones: una cognitiva, una afectiva y una conativo-comportamental (Fishbein & Ajzen, 1975; Katz & Scotland, 1959; Rosenberg & Hovland, 1960; Stahlberg & Frey, 1988). Desde esta perspectiva, la actitud es un constructo psicológico no observable que se puede

manifestar en creencias relevantes, sentimientos y aspectos comportamentales (Eagly & Chaiken, 1993).

El vector cognitivo consta de las percepciones del sujeto sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él; en otras palabras, denota su conocimiento, opiniones, creencias y pensamientos acerca de tal objeto.

El aspecto afectivo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta, es decir, se refiere a las reacciones emocionales de una persona y a su evaluación hacia determinado objeto, individuo, tema o evento.

La dimensión conativo-comportamental incluye tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Lo **conativo** se refiere a **las intenciones de comportamiento** y a sus acciones respecto de o en presencia del objeto. Fishbein y Ajzen (1975) aclaran que “desde que al lidiar con actitudes estamos refiriéndonos a predisposiciones a la conducta más que al comportamiento en sí, es deseable hacer una distinción entre intención del comportamiento del comportamiento real” (p. 12). Estos autores, coinciden con otros investigadores (Allport, 1935; Fazio, 1989; Morales et al, 1994; Roakeach, 1968; Rosenberg & Hovland, 1960) en que la actitud se puede describir como una disposición aprendida a responder consistentemente de manera favorable o desfavorable respecto de un objeto dado y esta propensión general no predispone al individuo a realizar ninguna conducta específica, sino, conduce a una serie de intenciones que indican un determinado monto de afecto hacia el objeto en cuestión.

Los tres componentes mencionados son evaluaciones sobre el objeto de la actitud. Las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos, y la conducta o intenciones de conducta, de apoyo u hostiles. Así, la mayor característica distintiva de las actitudes respecto de otros conceptos, es su naturaleza evaluativa o afectiva. Thurstone (1931) sostenía que la actitud podía ser conceptualizada como el monto de afecto, a favor o en contra, hacia un objeto dado. Existe un amplio acuerdo entre los estudiosos de este constructo teórico en cuanto a que el afecto es la parte más esencial del concepto (Fishbein, 1967; Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957; Thurstone, 1931).

Desde la postura tripartita, la actitud se debe manifestar, consecuentemente, desde los tres componentes (Rosenberg & Hoveland, 1960); ello implica que todos deben estar presentes para que exista una tendencia a la evaluación. Sin embargo, la investigación sugiere que las actitudes pueden ser formadas como resultado de cualquiera – o de una combinación – de los tres componentes, y más aún, qué forma las raíces de las actitudes tiene implicaciones en la fuerza y la persistencia de la actitud (Fazio & Olson, 2003). Además, el modelo multidimensional, asume que las tres clases de respuesta evaluativa deben ser consistentes entre sí, dada la dependencia común del constructo. Este enfoque será luego cuestionado debido a que en la realidad se presentan incongruencias entre las evaluaciones de las dimensiones del concepto. El presente trabajo abordará esta cuestión hacia el final del apartado actual ya que es necesario, previamente, introducir al lector en aspectos de las actitudes que son relevantes para la comprensión cabal de

las relaciones entre los componentes de las mismas (3.1.6, Relaciones entre los componentes actitudinales).

A fines del siglo pasado, Zanna y Rempel (1998), reexaminaron algunas de las asunciones de los modelos de actitudes previos, incluyendo el tripartito, y arribaron a una formulación del constructo actitud que asume la siguiente modalidad: primero, las toma como simples categorizaciones de un objeto o tema a lo largo de una dimensión evaluativa; segundo, mantiene la noción de que las actitudes pueden formarse y manifestarse desde creencias, sentimientos y conductas, pero se aleja del supuesto tripartito. Así, pueden estar basadas en cualquier combinación de los tres componentes, dejando el acuerdo entre los tres factores como una cuestión empírica, sin formular supuestos acerca de cuál predomina, cómo interactúan para determinar una evaluación total del objeto actitudinal, o cómo pueden afectarse el uno al otro.

3.1.2 Breve reseña histórica de la evolución del estudio del constructo

El estudio de las actitudes fue sufriendo variaciones desde que comenzara en 1862 y, ya en las décadas de 1970 – 1980, la principal preocupación se concentra en redefinir teóricamente los conceptos básicos que permitan establecer nuevos puntos de partida para resolver los problemas que afectan esta área de investigación y, en especial, la relación entre actitudes y conducta (Sánchez & Mesa, 1998). En ese momento los estudios se centran en la estructura, contenido y funcionamiento de las mismas.

Fazio y Williams (1986) plantean una evolución histórica del estudio del constructo desde una perspectiva que incluye tres grandes períodos:

1er período. Postulado de la congruencia: sostienen que existe una relación causal entre esta variable y la conducta caracterizada por la asunción en la existencia de una correlación perfecta entre ambas. Se piensa que conociendo la actitud del individuo hacia un objeto se puede predecir cómo actuaría con respecto al mismo. Esta perspectiva es cuestionada por los estudios de LaPiere (1934) y los de Wicker (1969).

2do período. Aquí la intención es responder la pregunta de cuándo, en qué situaciones, y/o en qué personas la variable es un buen predictor de la conducta.

3er período. Ahora la cuestión es *cómo*. En esta etapa, la actual, se intenta analizar el proceso o la secuencia de procesos que conducen a una actitud a convertirse, finalmente, en conducta. Aparecen nuevas formas de estudiar la relación entre este constructo y las acciones y se formulan modelos que integran de forma parsimoniosa variables mediadoras. Entre ellos se destacan el **Modelo Procesual** de Fazio (1986) y la **Teoría de la Acción Razonada** de Fishbein y Ajzen (1980), que serán expuestas en el apartado 3.1.6 (Relaciones entre los componentes actitudinales).

3.1.3 Formación de actitudes

Como se comenta en el apartado anterior, las nuevas conceptualizaciones del constructo actitud se basan en la posibilidad de que éstas se puedan formar de diversas maneras. Los tres medios clave de constitución de las mismas implican procesos cognitivos, afectivos y comportamentales, según su correspondiente clase de información. Si bien una de las premisas universales de la Psicología Social es que las actitudes son aprendidas, algunos teóricos como McGuire (1985), Olson y Zanna (1993) y Oskamp (1991) especulan sobre la función de la biología y la acción de determinadas sustancias o fármacos.

Actitudes basadas en la información cognitiva:

Una actitud, o la evaluación de un objeto, estará influida por lo que se sabe o se cree de él, adjudicándosele atributos deseables o indeseables. El énfasis se pone en las creencias acerca del objeto. Existen dos categorías principales de creencias: **a)** las basadas en las experiencias personales directas con el objeto y **b)** las que lo hacen a través de información indirecta, obtenida de otras personas.

a) La mayoría de ellas viene del contacto del individuo con los objetos y las personas. Así se aprende que los padres protegen, que tocar una estufa encendida quema, que el comer en exceso nos hace sentir mal, que escuchar música es gratificante. Estas actitudes fundadas en experiencias directas con

objetos son más accesibles, es decir, se traen más fácilmente a la mente, se retienen mejor y son más claras que las basadas en experiencias indirectas (Fazio & Zanna, 1981). Además, pueden predecir con mayor probabilidad las conductas que las relacionadas con la información indirecta ya que se confía más en las sensaciones propias que en la información proveniente de los demás.

b) La cantidad de información indirecta es enorme y comprende muchos objetos con los que la mayoría de los individuos no tienen contacto o experiencia directa, como el SIDA, la pena de muerte, la esclavitud, el Banco Mundial. Por ello se confía en la información recabada de otras fuentes:

- padres, quienes ejercen profunda influencia en sus hijos, que comparten muchas creencias de sus progenitores,
- compañeros y amigos, de ámbitos estudiantiles, recreativos u otros, modulando desde las actitudes hacia objetos como la vestimenta o la música hasta las creencias religiosas o políticas,
- grupos de referencia, proporcionando un criterio para compararse, como los grupos de parejas infértiles o grupos musicales,
- instituciones sociales varias, transmitiendo información sobre valores sociales como la honestidad, el esfuerzo, lo saludable, la importancia del trabajo, entre otros.
- instituciones religiosas,

- todos los medios de comunicación, que son de capital importancia pues acercan información de difícil acceso a muchos sectores de la población, ejerciendo gran influencia en las opiniones de los mismos.

Quizás el modelo cognitivo de formación de actitudes más conocido sea el **Modelo de Expectativa – Valor** de Fishbein y Ajzen (1975). Los fundamentos de su marco conceptual son provistos por la distinción entre creencias, sentimientos o emociones – a las que estos teóricos nombran **actitudes** -, e intenciones de conducta y conductas, siendo la mayor preocupación del marco conceptual las relaciones entre tales dimensiones.

Para estos autores, las creencias son los ladrillos fundamentales de su estructura conceptual. Sobre la base de observaciones directas o información recibida de fuentes externas o por vía de varios procesos de inferencia, una persona aprende o forma un número de opiniones acerca de un objeto. Esto es, asocia el objeto a varios atributos. De este modo, forma creencias acerca de sí mismo, acerca de otros sujetos, acerca de instituciones, de conductas y de eventos. La totalidad de las creencias de un individuo sirven de base informacional, la que finalmente determinará sus actitudes, intenciones y conductas.

Esta visión es aquella donde el hombre es un organismo esencialmente racional, que usa la información a su disposición para hacer juicios, formar evaluaciones y arribar a decisiones. Tal postura de procesamiento de la información, es también considerada como subyacente a la formación de

actitudes. Específicamente, la actitud de alguien hacia un objeto está basada en sus creencias principales acerca del mismo. Entonces, la actitud de una persona hacia aquel está determinada por sus creencias de que este posee ciertos atributos y por sus evaluaciones sobre los mismos. En el modelo de Expectativa – Valor de Fishbein y Ajzen (1975) se argumenta que una actitud hacia un objeto dado está determinada por la suma del valor esperado de los atributos del mismo. La expectativa es definida como la estimación de la probabilidad de que el primero tenga una cualidad dada, y su valor es simplemente la evaluación que el sujeto le dé. Para cada atributo, un valor esperable es computado mediante la multiplicación de la expectativa y el valor del objeto. El total de la actitud hacia el objeto es alcanzado tomando la suma de los valores esperados de todas las cualidades que se supone que aquel tiene.

Actitudes basadas en la información afectiva:

Las actitudes formadas desde el afecto derivan de las reacciones emocionales hacia el objeto actitudinal. Las maneras primarias por las que el afecto se puede vincular con los objetos son: 1) el condicionamiento operante, 2) el efecto de la mera exposición y 3) el condicionamiento clásico.

1) Condicionamiento operante: tradicionalmente ha sido utilizado por los psicólogos experimentales interesados en los principios de aprendizaje básicos y es típicamente definido por la frecuencia de una respuesta – resultados positivos incrementan la frecuencia de respuestas, y resultados

negativos la disminuyen -. Las actitudes pueden aprenderse de manera similar cuando son consideradas como una respuesta. Así, cuando estas conducen a resultados positivos tienen mayores probabilidades de ocurrir nuevamente en el futuro y las que llevan a resultados negativos tienen menor probabilidad de ocurrencia (Fazio & Olson, 2003).

2) Efecto de la mera exposición: Zajonc (1968) propuso que la exposición repetida a un objeto conduce a una actitud más favorable hacia este, de modo que, cuanto más familiar sea, más aprecio tendrá el individuo por el mismo – en lugar de desprecio -. Los experimentos llevados a cabo por este autor demostraron, además, que la exposición repetida al estímulo no daba a los participantes otros conocimientos sobre el estímulo y, por lo tanto, no fueron mediados por información cognoscitiva. Es importante aclarar que el efecto no ocurre si un estímulo ya es desagradable desde el principio, lo que implica que la exposición repetida a este no da como resultado un aumento en el agrado, e incluso conduce a un mayor desagrado (Worchel et al., 2003).

3) Condicionamiento clásico: este modo de formación de actitudes acontece cuando un estímulo llega a evocar una respuesta que no producía antes, debido a que se empareja con un estímulo que se genera de forma natural. Se produce por la sola covariación entre objetos en el ambiente que los circunda. Sentimos afecto o disgusto por personas o lugares ya sea que estén asociados a experiencias placenteras o, por el contrario, experimentando desagrado debido a que evocan sucesos negativos del pasado. Zanna, Keisler

y Pilkonis (1970) mostraron que el condicionamiento clásico influye también en las actitudes hacia las palabras.

Actualmente existe evidencia que sugiere que las personas son bastante eficientes codificando covariaciones ambientales en la memoria aún si nunca las notaron conscientemente. Olson y Fazio (2001), en el contexto de un estudio de *atención y vigilancia*, dijeron a los participantes que verían una variedad de palabras e imágenes al azar en la pantalla de la computadora, y que debían apretar el botón de respuesta cada vez que apareciera un ítem por ellos indicado. Mientras estaban atentos a la aparición del ítem en cuestión, otras varias palabras e imágenes se iban presentando, supuestamente como distractores para hacer más desafiante a la tarea. Inmerso en esta corriente de imágenes azarosas había apareamientos críticos a objetos nuevos – dibujos animados de Pokemon - con palabras e imágenes positivas o negativas. Tests de memoria explícita indicaron que los participantes no se daban cuenta en absoluto de los apareamientos sistemáticos, pero una tarea evaluativa sorpresa indicó que encontraron más placenteros los Pokemon apareados con ítems positivos que aquellos apareados a ítems negativos (ver también Olson & Fazio, 2002). Dado que estas actitudes pueden formarse en la ausencia de creencias conscientes acerca del objeto actitudinal, el condicionamiento clásico resulta ser una potencial ubicua forma de actitudes en la vida real (Fazio & Olson, 2003).

Actitudes basadas en la información conductual:

La tercera fuente de formación de las actitudes puede darse, aún sin claros sentimientos o creencias hacia un potencial objeto actitudinal, mediante la inferencia de conductas pasadas. Bem (1972), en su **Teoría de la Autopercepción**, postula que se hacen juicios acerca del yo de igual manera a como se los hace sobre los demás, infiriendo estados internos a partir de conductas elegidas libremente. Se deducen las actitudes y sentimientos personales, que son características internas, de una información externa, la conducta propia, que se pondera junto con las fuerzas de la situación. Si, por ejemplo, se ve a alguien golpear a otro individuo, se infiere que es violento. De igual manera, si se toman en cuenta las acciones pasadas propias hacia ciertos objetos, se infiere un estado interno congruente con la conducta previa y así, si alguna vez la persona misma golpea a alguien, entonces ella es violenta. La autopercepción de las actitudes derivadas de las conductas es más probable cuando las mismas se formaron recientemente, cuando son débiles o son ambiguas. Cuando se tiene una evaluación accesible intensa, no se analizan las conductas respectivas para conocer tal actitud. Por ejemplo, el pescador no se cuestiona por qué utiliza una caña de pescar o si comer lo que ha pescado es bueno o malo. En cambio, cuando las actitudes son débiles, los procesos de autopercepción sirven para inferir la propia posición (Worchel et al., 2003).

Factores biológicos, genéticos, y fármacos en la formación de actitudes

Teóricos como McGuire (1985), Olson y Zanna (1993) y Oskamp (1991) han especulado sobre la función de la biología en la formación de las actitudes. Se sostiene que, probablemente, la secuencia sea que los factores biológicos determinan algunas predisposiciones hacia ciertas actitudes, que se desarrollan o no dependiendo de lo ambiental. A modo de ejemplo se puede pensar que la influencia hormonal determina conductas y sentimientos que no existirían de no mediar la concomitancia de algunos productos glandulares específicos. Worchel et al. (2003) citan como ejemplo la participación de la testosterona en la conducta agresiva. Por este motivo, los niveles en sangre de estas sustancias podrían hacer más probable la adquisición de actitudes particulares tales como, por ejemplo, que la testosterona en niveles elevados predispone a mostrar actitudes positivas hacia los deportes agresivos.

El impacto de la herencia genética no puede explicar totalmente la formación de actitudes en un individuo concreto, ya que los elementos de socialización modularían esa predisposición. Esos factores genéticos sí se podrían aplicar a la explicación de la variabilidad observada en una población. Del mismo modo, aunque ciertos genes puedan influir en una actitud o conducta, ello no implica que esa influencia sea irreversible y no modificable (Bohner y Wänke, 2002). La importancia de la herencia en las actitudes ha sido analizada por Tesser (1993). Este autor comparó el tiempo de reacción ante los estímulos en actitudes asociadas a una base biológica y, por lo tanto más marcadas por la herencia genética, con el tiempo de reacción en actitudes

claramente formadas por aprendizaje social. Cuanto más heredable podía ser una actitud, menor era el tiempo de respuesta ante el objeto de la actitud y mayor era la resistencia al cambio.

También diversas sustancias como el alcohol o compuestos de uso farmacológico, influyen en el estado de ánimo, las conductas, las emociones y las actitudes. La más comúnmente estudiada es el alcohol junto con sus efectos en las áreas mencionadas (Bostrom & White, 1979; Gordon & Carey, 1996; MacDonald, Zanna & Fong, 1995; Steele & Josephs, 1990).

Luego de haber explicitado puntos básicos del constructo actitudes, así como su significado, sus componentes y su formación, se presentan a continuación determinados aspectos fundamentales de este concepto, relevantes para su análisis y comprensión en la presente investigación. Sin pretender reportar exhaustivamente estos atributos, se abordarán las funciones que cumplen, dos de las cualidades más importantes que poseen, la relación entre los componentes actitudinales y, finalmente, las principales teorías derivadas de uno de ellos, el vínculo entre actitud y conducta.

3.1.4 Función de las actitudes

En principio, todas las actitudes cumplen una función genérica de evaluación estimativa, es decir, un estado de preparación ante un objeto dado. Alertan al sujeto, lo orientan hacia los objetos de su mundo social, impidiendo

la confrontación continua con ellos y con los consiguientes problemas de adaptación al medio. La función principal de este constructo y la más aplicable es, entonces, la evaluación de los objetos del mundo social (Fazio & Olson, 2003). Según Morales y Reboloso (1996), tener una actitud hacia algo o alguien es para las personas más funcional que no tener ninguna, ya que entonces pueden orientar su acción y saben lo que les conviene hacer y lo que es preferible evitar en todo lo vinculado al objeto actitudinal, ahorrando esfuerzo y tiempo de reflexión acerca de cómo actuar frente a ese objeto. Para Fazio (1989), existen actitudes poco accesibles y otras más accesibles. Las últimas son aquellas que tienen una fuerte asociación objeto -evaluación por lo que ayudarán más a la persona a guiar su acción hacia aquel. Por el contrario, la actitud poco accesible no es una buena guía para la acción y no cumple su función de evaluación de objetos de forma satisfactoria.

Varios autores han hipotetizado acerca de las funciones de las actitudes (Katz, 1967; McGuire, 1969; Smith, Bruner & White, 1956). Se describen a continuación las cuatro funciones básicas de las actitudes postuladas por Katz (1960):

- a) Funciones auto-defensivas:** utilizadas para proteger a alguien de sentimientos negativos hacia sí mismo o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otros. Las mismas se sustentan en los mecanismos de defensa descritos por el psicoanálisis tales como la represión y la proyección, argumentándose que constituyen un medio para preservar el

autoconcepto frente a alguna amenaza. Katz (1960) sostenía que el prejuicio es, frecuentemente, el resultado de los propios sentimientos de inferioridad y que despreciar a otro puede hacer sentir al individuo mejor por comparación.

b) Función instrumental, adaptativa o utilitaria: basada en un principio conductista, las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o evitar objetivos no deseados, como el castigo. En tal sentido, colaboran asegurando la supervivencia del organismo, pero más ampliamente; cualquier actitud basada en un interés de maximizar el placer y minimizar el dolor para uno mismo puede ser utilitaria o instrumental (Green & Germen, 1989).

c) Función expresiva de conocimiento: las actitudes permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que llega como nuevas experiencias, y pueden ayudar a simplificar y comprender el complejo mundo en que se vive. Por lo tanto, este constructo psicológico brinda al sujeto un marco de referencia, un sistema de categorización de los objetos y tiene un carácter eminentemente economizador de tiempo y esfuerzo. La función del conocimiento está relacionada a la función utilitaria al ayudar a *navegar* en el medio ambiente de cada uno. Dividiendo el mundo en *lo que gusta y lo que disgusta* aporta un tipo de orden y predictibilidad que, según Katz, todos deseamos. Smith et al. (1956)

propone una función de evaluación del objeto, similar a la combinación de las funciones instrumentales y del conocimiento de Katz, argumentando que tal actitud provee una manera de ajustar los objetos al ambiente personal, economizando energía y tiempo, que se requerirían constantemente al computar nuevas actitudes hacia objetos. Esto permitiría conducir a los organismos más eficazmente en su medio ambiente y rápidamente decidir si deben acercarse o alejarse de ellos.

d) Función expresiva de valores: la manifestación de actitudes o su traducción en conductas efectivas contribuyen a la definición pública y privada del autoconcepto y de los valores centrales del sujeto: afirman el *self* y la identidad del sujeto. Autores como Katz, (1960), McGuire, (1985) y Steele, (1988) sostienen que los individuos tienen una inherente necesidad de solidificar sus creencias acerca de quiénes son y que, expresando aspectos importantes del *self*, verifican su identidad. Algunas actitudes – aquellas de gran importancia para el sujeto – se convierten en una especie de realización de la identidad personal cuando son expresadas. Una convicción sostenida firmemente, como por ejemplo que la democracia es el mejor sistema de gobierno, debería conducir a la persona a adoptar posiciones pro-actitudinales y realizar conductas pro-actitudinales como propósito de afirmación del *self*. En el caso anteriormente mencionado, lo antedicho se expresaría respetando la

igualdad de los ciudadanos frente a la ley, yendo a votar, apoyando la libre expresión de la ideas, entre muchas otras.

Es importante tener en cuenta que una actitud puede desempeñar funciones diferentes para distintas personas y que, además, puede servir para varias funciones a un mismo sujeto. Por ejemplo, un docente puede estar a favor de la integración de discapacitados en el aula porque esta medida favorece el que se contrate a más profesores (función instrumental), o porque está a favor de la igualdad de oportunidades para todos (expresiva de valores), o porque forma parte de un equipo educativo en el que prima esta actitud hacia la integración en el aula (función instrumental; en este caso, de ajuste social).

Hay quienes suelen tener actitudes generalmente acordes con sus valores más profundos, sin importarles lo que los demás piensen, al tiempo que otros pueden tener actitudes más adaptativas, sintonizando con los individuos de su entorno y estas no reflejan necesariamente sus convicciones íntimas. Las funciones de una misma actitud también pueden cambiar en el tiempo y servir a una persona para diferentes propósitos en momentos diversos. Por esa razón, se puede afirmar que las actitudes son multifuncionales.

3.1. 5 Cualidades de las actitudes

Uno de los postulados teóricos más actuales es el propuesto por Fazio y otros estudiosos del tema (Fazio, 1990; Fazio et al., 1982; Fazio, Chen,

McDonel, & Sherman, 1982; Fazio, & Olson, 2003). En él, las actitudes son vistas como asociaciones en la memoria entre objetos actitudinales y su evaluación. Estas asociaciones están basadas en el conocimiento cognitivo, afectivo y/o comportamental del objeto actitudinal, del cual se deriva un *resumen* evaluativo. La fuerza de la asociación entre un objeto actitudinal y su evaluación se convierte en una importante cualidad de la actitud (Fazio & Olson, 2003), constituyéndose en uno de los ejes de esta postura teórica.

Estos autores (2003), ponen de relieve la importancia de la fuerza de las actitudes siendo posible que la de una persona sea más fuerte que la de otra. Muchos índices de la fuerza de esta variable han sido propuestos: la certeza de la actitud, la importancia, y la centralidad, tanto como el conocimiento, el compromiso y la convicción. Según estos autores hay, ciertamente, superposición entre varias medidas de la fuerza actitudinal pero hay poco consenso sobre si las muchas medidas podrían ser reducidas a unas pocas. Ellos focalizan en dos medidas de la fuerza actitudinal: su accesibilidad, y su ambivalencia.

Accesibilidad actitudinal: como se expresara previamente, las actitudes son vistas, desde esta postura teórica, como asociaciones en la memoria entre objetos actitudinales y su evaluación. La fuerza de la asociación entre ellos (Fazio, 2003) puede variar, y se piensa que todas las actitudes existen en algún punto a lo largo de un *continuum* de fuerzas de las mismas (Fazio, 1995). Un polo de este continuum está marcado por *no-actitudes*, que son evaluaciones que simplemente no están disponibles en la memoria.

Cuando alguien con una no-actitud es impulsado a tener una respuesta actitudinal hacia un objeto dado, éste debe construir una actitud basada en cualquier atributo observable o conocido actual del objeto actitudinal.

El otro polo del *continuum* está caracterizado por fuertes asociaciones en la memoria entre objetos actitudinales y sus respectivas evaluaciones. Tales actitudes son capaces de ser activadas automáticamente al encontrarse con el objeto actitudinal (Fazio, 1995). Dado que las asociaciones fuertes requieren menos esfuerzo cognitivo en ser reportadas, son accesibles mucho más rápidamente que aquellas débiles. Por lo tanto, la latencia de respuestas a juicios actitudinales sirven como indicador de fuerza asociativa. Como las actitudes fuertes son capaces de activarse automáticamente, la mera presentación del objeto actitudinal puede activar positividad o negatividad, dependiendo de la actitud (Fazio, 2003).

Según Gross (1998), “la mayoría de las teorías actuales coinciden en que las actitudes están representadas en la memoria y que la accesibilidad de una actitud es un factor que puede ejercer una fuerte influencia sobre las conductas” (p. 462). Por definición, aquellas que se pueden activar de forma automática son las actitudes fuertes pues están más accesibles siendo, como ya se mencionó en el apartado de formación de actitudes, un factor de importancia la experiencia directa por efecto de la mera exposición. La premisa subyacente del efecto es que, simplemente, haciendo un objeto accesible a la percepción de la persona, se incrementa el gusto por ella y, cuanto más contacto se tenga con algo o alguien, más agrada (Zajonc, 1968).

Investigaciones más recientes encuentran que el efecto es más sólido cuando la exposición es subliminal (Zajonc, 2001).

Ambivalencia: cualquier objeto actitudinal puede ser caracterizado por cualidades positivas o negativas. Cuando un individuo otorga ambas evaluaciones a un mismo objeto de la actitud, sin poder resolver tal inconsistencia, la actitud del individuo puede ser vista como ambivalente (Kaplan, 1972).

Las mediciones tradicionales asumen que las actitudes existen en algún punto dentro de lo absolutamente negativo y lo absolutamente positivo, y requieren que los sujetos sitúen su respuesta hacia un objeto dado en alguna parte de una escala de una sola dimensión, típicamente anclado a una punta con *desagradable* y la otra con *agradable* (Thurstone, 1928; Cacciopo et al., 1997). Tales instrumentos niegan la posibilidad de que alguien pueda sentir tanto positiva como negativamente hacia un objeto determinado – esto es, ambivalente -, o ni lo uno ni lo otro hacia tal objeto dado – esto es, indiferente -. Dado que los individuos podrían responder en algún lugar cercano al cero o punto neutral, su sentido es, entonces, cuestionable, ya fuera que tienen sentimientos a favor y en contra, o ninguno de los dos. Los investigadores interesados en la ambivalencia, según Fazio y Olson (2003), han circunscrito este problema pidiéndoles a los respondientes que hagan dos estimaciones de un objeto dado, un acerca de los sentimientos positivos hacia él, y otro sobre sus sentimientos negativos.

Otras cualidades de las actitudes ambivalentes, importantes de ser consideradas son:

1. Su carácter inestable, convirtiéndolas en proclives a cambiar (Bargh et al., 1992; Bassili, 1996).
2. Su relativamente menor capacidad para la predicción de comportamientos (Armitage & Conner, 2000).
3. Su dependencia del contexto, lo que implica que, el que se active el componente positivo o el negativo, se encuentra sujeto a una situación particular (Moore, 1980).

3.1. 6 Relaciones entre los componentes actitudinales

Las actitudes pueden presentar varios cambios de acuerdo o desacuerdo entre el afecto, la cognición y la conducta, siendo teóricamente posible e interesante. El *corazón* – afecto – y la *mente* – cognición – pueden no ser perfectamente coherentes, o el resumen evaluativo puede corresponder más cercanamente al afecto que a la cognición o viceversa (Fazio & Olson, 2003). Tales inconsistencias potenciales serán explicadas a continuación:

Consistencia afectivo-cognitiva: reside en el supuesto que sostiene que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia. Cuando un sujeto cree que el objeto actitudinal facilita la obtención de objetivos importantes, tal creencia debería traducirse en un

afecto positivo hacia el objeto, mientras que si del contenido de sus creencias se deduce que el objeto es un obstáculo para sus intereses, el afecto esperable sería negativo. Sin embargo esta consistencia afectivo-cognitiva no siempre está presente en las actitudes debido a que muchos objetos actitudinales son ambiguos. Así la consecución de ciertos objetivos impide, al mismo tiempo, el logro de otros.

Zanna y Rempel (1988) afirman que numerosas permutaciones de acuerdo o desacuerdo entre afecto, cognición y conducta, así como el resumen total de la actitud, son teóricamente posibles e interesantes. El *corazón* – afecto – y la *mente* – cognición – pueden no ser perfectamente coherentes, o el resumen de su evaluación puede corresponder más cercanamente a la cognición que al afecto, o viceversa. En realidad, es difícil encontrar objetos de la actitud totalmente positivos o totalmente negativos. Por ejemplo, casi todos los varones con problemas reproductivos tienen indicación médica de realizar un conteo y evaluación de la función espermática y para ello, estos deben obtener una muestra de semen mediante masturbación. Para ciertos sujetos con prácticas religiosas muy estrictas, tanto en el Catolicismo como en el Judaísmo, la masturbación está prohibida y por lo tanto, entran en conflicto entre el deseo de avanzar y solucionar su problema de fertilidad para lograr la paternidad biológica por una parte y, sus creencias, por la otra. Cognitivamente están en contra pero afectivamente desean realizarlo por una meta importantísima para ellos, por lo que las actitudes hacia la masturbación, en este grupo, presentan una inconsistencia afectivo – cognitiva. Esta situación muchas veces los lleva a intentar obtener el semen a través de otros métodos

más complejos o engorrosos o a decidirse por la masturbación a pesar de su fuerte sentimiento negativo hacia ella, presentando muchas veces y como consecuencia, disfunciones eréctiles en el momento de la toma de la muestra.

Consistencia afectivo- conativa: es el grado en que el afecto actitudinal y la intención conductual coinciden. Según Morales et al, (1994), habría que esperar este tipo de consistencia por dos motivos; el primero, debido a que las personas tienden a realizar aquellas acciones que les resultan beneficiosas y evitan las que no; y el segundo, porque es socialmente censurable la inconsistencia entre sus comportamientos y las preferencias explicitadas públicamente. Si bien se presume que las actitudes determinan el accionar, al menos en parte, no siempre ha sido fácil documentar la consistencia entre actitudes y conducta. Esto conduce a los teóricos a cuestionarse si las actitudes son determinantes significativos de la acción. El estudio más famoso es el realizado por LaPiere (1934) demostrando la incongruencia entre actitudes y conductas. Cuando el sentimiento en contra de los orientales era bastante fuerte en EEUU, el autor viajó 16.000 kilómetros a lo largo del país junto a una pareja de chinos bien vestidos. Visitaron 250 establecimientos entre restaurantes, hoteles y moteles y sólo un motel se rehusó a atender a los sujetos extranjeros. Al volver del viaje, LaPiere mandó una carta a todos los lugares mencionados preguntando a sus propietarios si aceptaban chinos en sus negocios. De la mitad de ellos, que fueron los que le respondieron, sólo uno dijo que sí, en tanto más del 90 por ciento contestó que no, y el porcentaje restante lo condicionó.

Si bien parece aceptado que las actitudes tienen una influencia sobre el comportamiento, esta relación no es directa, encontrándose mediada por factores situacionales y de personalidad (Sánchez & Mesa, 1998). Fishbein y Ajzen (1975) argumentan que las **actitudes generales** predicen sólo **conductas generales** y que **actitudes específicas** pronostican sólo **conductas específicas**. Por actitudes generales los autores entienden aquellas hacia los objetos, personas y temas y, por conductas generales, las medidas de toda clase de acciones hacia el objeto. Sostienen que una actitud individual hacia un tema auguraría el carácter favorable de toda serie de acciones relevantes para el mismo, pero sin pronosticar conductas específicas. Worchel et al. (2003) dan como ejemplo la actitud hacia la conservación de la energía. Dicen que la misma pronosticará el grado general de exhibiciones de conductas de conservación en diversas situaciones y a lo largo del tiempo. A pesar de ello, aquella no pronosticará – al menos no de manera concluyente – prácticas específicas de conservación, como por ejemplo reciclar el periódico la semana entrante o tomar el ómnibus para ir al trabajo mañana. El motivo se debe a que todos esos comportamientos están también determinados, en parte, por factores no relacionados con las actitudes de conservación – si hay o no un centro de reciclado cerca del hogar, si el transporte público funciona eficientemente, entre otros. Además pueden surgir sucesos inesperados, como enfermarse u otros, que interferirían en la realización de las acciones. Por ello, concluyen, “las actitudes generales augurarán el carácter favorable de toda una clase o serie de actividades aún si no pronostican actos aislados” (p. 144).

Las medidas que incluyen una gran variedad de conductas relacionadas con una actitud – medidas de conducta general – se llaman **criterio conductual de acción múltiple**. Zanna, Olson y Fazio (1980) encontraron correlaciones débiles en un rango de - 0,09 a 0,38 – al medir las actitudes generales de los participantes de su estudio hacia la religión con los informes de los mismos sobre conductas religiosas específicas como rezar en privado o asistir a misa.

Una actitud específica es aquella hacia una conducta particular, como fumar, tener una experiencia homosexual, o tomar una clase de piano. Una medida específica de una conducta es una medida de una acción hacia un objeto en un momento y un lugar determinado; estará siempre delimitada por un determinado objeto, una acción, el contexto y el tiempo. Cuando el objetivo es predecir una conducta específica, entonces la medida de las actitudes debería compatibilizar, ser consistente con las actitudes de los participantes hacia la realización del acto concreto. Por ello, cuanto más equiparación se produzca entre el objeto, la acción, el tiempo y el contexto, más elevada será la correlación entre actitudes y conducta, implicando que las actitudes predicen la conducta.

Se recuerda que al exponer los diferentes períodos evolutivos del estudio de las actitudes, se mencionó que actualmente éste está centrado en la relación entre la actitud y la conducta, particularmente en cuáles son los procesos necesarios para que la primera se convierta finalmente en un comportamiento. Se anticipó que se explicarían dos de los modelos que tratan

el tema y su confluencia en tal relación. Ellos son la **Teoría de la Acción Razonada** de Fishbein y Ajzen (1980) y el **Modelo Procesual** de Fazio (1986).

De acuerdo con el modelo de Fishbein y Ajzen (1980), **la Teoría de la Acción Razonada**, la actitud no está directamente relacionada con la conducta, sino **con la intención de llevar a cabo una conducta**. Esta teoría postula que las acciones de una persona en una situación particular se determinan de forma conjunta por el modo en que evalúa las conductas posibles en la situación – **actitudes** – y la presión social que siente relativa a tales conductas – **normas subjetivas** -. Así, según estos autores, las intenciones se basan en dos factores: las actitudes hacia la realización de la acción y las normas subjetivas relacionadas con ellas. Las actitudes hacia las conductas se forman a partir de un conjunto de variables externas que intervienen en la formación de creencias, motivación y evaluación de resultados, caracterizándose por una evaluación de los resultados de la conducta previstos como favorables o desfavorables y por una implicación personal en la realización de la conducta. Las normas subjetivas se refieren a una evaluación de la percepción de otros sobre la realización de la conducta y la disponibilidad para ejecutarla. Entonces intervienen dos factores de diferente naturaleza: el factor personal o actitud hacia la conducta y el factor que refleja la influencia social o norma subjetiva que es la percepción individual de las presiones sociales que fuerzan a efectuar esa acción o no (Sánchez & Mesa, 1998).

El **Modelo Procesual de Fazio** (1986) consta de tres fases: **a)** Activación de la actitud por la mera presencia del objeto; **b)** la actitud ya está activada y actúa como filtro de la percepción del objeto en la situación inmediata y hace que dicha percepción sea consistente con la actitud; **c)** la percepción determina la dirección y naturaleza de la conducta. El papel clave de la accesibilidad corresponde a la primera etapa y, como se mencionó anteriormente, se define como la rapidez con que la actitud es activada y guía los juicios de los sujetos, indicando mayor relación entre actitud y conducta. Se supone que la accesibilidad depende, entre otros factores, de haber tenido contacto directo con el objeto de la actitud de que se trate, así como del grado de conocimiento y de elaboración que se tenga del tema.

La diferencia entre ambos modelos reside en que Fazio (1986) subraya la existencia de un modelo espontáneo que fluye de manera automática desde la definición de un determinado suceso a la conducta por medio de la percepción selectiva que la actitud activada pone en marcha, y por el contrario, Fishbein y Ajzen (1980) proponen un modelo basado en la deliberación y en el cálculo de las consecuencias probables a las que dará lugar la conducta, exigiéndole a los individuos esfuerzo y concentración. Pero estos dos procesos, aún siendo diferentes, no son incompatibles entre sí, sino más bien complementarios, ya que aunque muchas conductas resultan de un proceso que involucra la deliberación, en ellas influye la accesibilidad actitudinal. Fazio & Williams (1986) encontraron, por ejemplo, que la conducta de voto es el resultado de un proceso deliberativo, pero que en ella también influye la accesibilidad actitudinal a través de un procesamiento selectivo más profundo

de la información concerniente a los candidatos que está disponible durante la campaña (Sánchez & Mesa, 1998).

Dado que el presente estudio no pretende evaluar la relación entre las actitudes y la conducta sino medir las intenciones conductuales, este último punto del apartado ha sido expuesto de manera limitada profundizándose en otros aspectos teóricos relativos a la temática que exceden los elementos teóricos necesarios para este trabajo¹.

¹ El lector interesado en profundizar puede consultar Fazio (1986); Fazio y Olson (2003); Fishbein y Ajzen (1980); Morales y Reboloso (1996); Worchel et al. (2003).

3. 2 Medición de las actitudes

Dado que la actitud es una variable latente (Ajzen, 1989), no directamente observable, no se puede medir en forma directa. En consecuencia, es necesario encontrar indicadores adecuados de una actitud y la mayoría de los métodos de medición de estas variables supone que éstas se manifiestan exteriormente a los observadores por su expresión, *opiniones o creencias*, acerca de los objetos actitudinales (Gross, 1998).

La actitud, como constructo hipotético, tiene como atributo más prominente su carácter evaluativo, es decir, la disposición a responder hacia un objeto de una manera positiva o negativa (Breckler, 1984; Cortada de Kohan, 2004; Stahlberg & Frey, 1988). La evaluación global ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables, por lo que para tal fin, se construyen escalas de actitudes adecuadas a cada objeto de estudio (Eysenk, 1947; Likert, 1974; Osgood, 1976; Thurstone, 1929).

La mayoría de las escalas de actitud dependen de informes verbales y, por lo general, toman la forma de afirmaciones estandarizadas que se refieren de manera clara a la actitud que se mide. Las escalas empleadas asignan una única puntuación que representa el lugar donde la persona se ubica en una dimensión evaluativa, es decir, se solicita al sujeto que realice un juicio acerca de sí mismo o acerca de otro individuo, objeto o evento. Cualquier respuesta de este tipo involucra tres aspectos diferentes: el concepto, la evaluación y el formato (Fishbein & Ajzen, 1975).

Diversas alternativas de respuesta han sido utilizadas. Más frecuentemente, se usa algún tipo de formato de escala gráfica y el examinado responde colocando una marca en la escala, que puede ser una línea continua o una línea dividida en varias categorías. Diferentes categorías de respuesta pueden ser presentadas en un formato *multiple choice*. Otras opciones de respuesta son los juicios cualitativos y las estimaciones cuantitativas.

Las categorías definidas por la forma de la respuesta pueden ser discretas, categorías nominales (juicios cualitativos), puede haber categorías discretas ordenadas a lo largo de una dimensión, o pueden representar puntos a lo largo de una dimensión continua.

De todos modos, más que por el formato de respuesta, la diversidad de evaluaciones es presentada por variaciones en el concepto evaluado y la naturaleza o contenido del juicio que se requiera.

Los juicios pueden realizarse respecto de cualquier concepto, que puede ser un objeto físico, una institución, una persona, un rasgo, un atributo, una conducta. Tales conceptos pueden ser descriptos en detalle o de manera más generalizada. Pueden también no consistir en un solo objeto sino en cambio, ser una afirmación ligando un objeto a un atributo.

Al considerar la naturaleza de los juicios, así como no existe límite en el número de conceptos que pueden ser considerados, no hay un límite para el número de etiquetas a las que pueden ser asociados las categorías evaluativas

o dimensiones. A veces sólo se etiquetan los extremos de las dimensiones, pero otras veces se rotula cada categoría de la dimensión. Dependiendo de las etiquetas asociadas a los puntos de la dimensión, una escala puede ser unipolar o bipolar. Por ejemplo, una escala que va de *caliente* a *frío* es bipolar o bidireccional, mientras que escalas que van de *nada caliente* a *caliente* y *nada frío* a *frío* son unipolares o unidireccionales.

Desde la definición de actitud de Fishbein y Ajzen (1975), se requiere un proceso de medición donde un individuo asigna un concepto a una dimensión evaluativa bipolar y esta dimensión debe ser evaluativa por naturaleza. Dentro de estas medidas se encuentran las autoevaluaciones acerca del gusto por un objeto – *gusto-disgusto*, o su posición favorable respecto del objeto – *favorable-desfavorable* o *aprueba – desaprueba*, y su evaluación del objeto en un escala simple *bueno-malo*.

Los métodos de elaboración de escalas se pueden clasificar en función del número de dimensiones implicadas, existiendo métodos de escalamiento unidimensionales y métodos de escalamiento multidimensionales. A partir de las últimas décadas los estudios multidimensionales sobre las actitudes son los más utilizados y la estructura multidimensional del constructo es muy distante de la unidimensional de los orígenes.

Los métodos unidimensionales son los que permiten ordenar los objetos psicológicos respecto de un único atributo y donde cada uno de los objetos a escalar recibirá un valor único en la escala.

Entre las escalas de actitudes unidimensionales más conocidas se encuentran las siguientes:

- **Diferencial Semántico:** desarrollada por Osgood (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957), requiere una serie de juicios acerca del objeto de la actitud en una escala evaluativa bipolar. Supone un espacio semántico hipotético en donde el significado o connotación de cualquier palabra o concepto se puede representar en algún punto dentro de una escala de siete puntos. Esta escala permite, además, que se midan diferentes actitudes dentro de la misma escala. El objeto actitudinal se denota mediante una sola palabra, por ejemplo *padre*, y la escala comprende varios pares bipolares de adjetivos, donde, por lo general, se da un valor de siete al extremo positivo y de uno al extremo negativo.
- **Escala de intervalos de igual aparición o sucesivos:** desarrollada por Thurstone (Thurstone & Chave, 1929), emplea alrededor de veinte afirmaciones que fueron previamente escalonadas para una graduación de lo favorable hacia un objeto, y están seleccionadas para tener valores de escala distribuidos regularmente a través de un rango de favorabilidad. La actitud es medida como la mediana del valor de la escala de los ítems aprobados por un sujeto (Cortada de Kohan, 2004).

- Suma de los promedios, desarrollada por Likert (1932), utiliza ítems similares a aquellos que serían colocados en o cerca de las posiciones extremas de un aparentemente igual intervalo de escala. La medida de la actitud es la suma de los *scores* aprobados por el sujeto para cada ítem. Incluye varias afirmaciones, para las que los examinados indican si están enfáticamente de acuerdo / de acuerdo / indecisos / en desacuerdo / enfáticamente en desacuerdo. Si es posible, las afirmaciones se seleccionan de modo que para la mitad de ellas, *de acuerdo* represente una actitud positiva y para la otra mitad represente una actitud negativa. Esto controla la propensión a las respuestas de asentimiento, la disposición a estar de acuerdo o en desacuerdo de manera consistente con los reactivos o la tendencia a marcar el punto de *indecisión* en la escala. Se trata de una escala ordinal, no supone la existencia de intervalos iguales y es unidimensional (Cortada de Kohan, 2004).

Este tipo de escala tiene como finalidad la medida de las diferencias individuales con respecto a una determinada actitud. Es un método de escalamiento centrado en los sujetos en el que los ítems que forman la escala son considerados réplicas unos de otros y las variaciones observadas en las respuestas dadas por los participantes se deben a las diferencias individuales respecto de la actitud medida. Se intenta escalar a los respondientes a lo

largo de un continuo de actitud en función de las puntuaciones obtenidas en la escala (García Cueto, 1993).

- Escalograma de Guttman: se basa en la suposición de que un rasgo único, unidimensional, se puede medir a través de un conjunto de afirmaciones que se ordenan a lo largo de un conjunto de dificultad de aceptación. Las afirmaciones van desde aquellas que son de muy fácil aceptación para la mayoría de las personas hasta a aquellas con las que la mayoría de las personas no estaría de acuerdo. Estos reactivos de escala son acumulativos, ya que la aceptación de un elemento implica la aceptación de todos aquellos que están por debajo de él. Se construye de modo que las respuestas sigan un orden similar de pasos (Gross, 1998)
- La técnica de promedios de multiatribución: desarrollada por Fishbein (1967), requiere evaluaciones separadas de las creencias del sujeto en relación a un objeto en una serie de atributos, más una evaluación de dichos atributos. La actitud es computada como un promedio de las atribuciones evaluadas, cada una sopesada por la fuerza de su relación con el objeto de la actitud.

Según Fishbein y Ajzen (1972), hay más de 500 diferentes operaciones para medir las actitudes. Entre ellas, no sólo se encuentra las escalas estándar

– Likert, Guttman, Thurstone y las escalas de diferencial semántico-, sino que existen, también, otros índices a través de varios ítems verbales, simples frases que expresan sentimientos, opiniones, conocimientos, intenciones, observación de una o más conductas manifiestas, y medidas fisiológicas.

Frecuentemente no se sigue ningún procedimiento estándar, y diferentes mediciones se combinan de forma arbitraria. Ello incluye combinaciones de asignar valor o no asignarlo, sumas o porcentajes, diferentes puntajes, índices similares, diferencias cuadradas, diferencias entre diferencias, ratios, y productos, entre otros.

3.2.1 Técnicas de medición alternativas

Todas las técnicas de medición comentadas con anterioridad son llamadas *técnicas no disfrazadas* y en ellas los sujetos respondientes suelen darse cuenta que se está evaluando su actitud; no hay un intento de esconder el propósito de la medición. Pero existen también algunas técnicas de medición alternativas –*técnicas disfrazadas*–, que hacen un intento explícito de ocultar el propósito del instrumento, bajo el supuesto subyacente de que es menos probable que los respondientes falsifiquen o distorsionen sus respuestas, por lo que se obtendría una medición más válida del constructo. Fishbein y Ajzen (1975) nombran algunas de ellas: *Hammond's Error- Choice Technique*; *Cook's Plausibility Technique*; *Estimación de la respuesta de otros*; *The Bogus Pipeline Technique*.

Dentro de la categoría de técnicas alternativas, también se encuentran las *Mediciones Fisiológicas, Behavioral and Unobtrusive Measures*, las *Mediciones de Estructura Cognitiva*, y los *Procedimientos de Escalamiento Multidimensionales*.

Los métodos de escalamiento multidimensional son aquellos en donde la ordenación de los objetos psicológicos a escalar ha de hacerse atendiendo, simultáneamente, a más de un atributo. Cada objeto a escalar recibirá un valor escalar por cada atribución o atributo implicado.

El mayor propósito de las técnicas multidimensionales es identificar las dimensiones relevantes que subyacen al juicio que una persona tiene acerca de un objeto o conjunto de objetos. El escalamiento multidimensional puede ser usado como una medida general de actitudes hacia un objeto, al colocar a dichos objetos en una dimensión evaluativa y al identificar un número de dimensiones de creencias subyacentes que son usadas por un sujeto al hacer juicios acerca de tales objetos (Fishbein & Ajzen, 1975).

La técnica de análisis más frecuentemente usada para analizar las respuestas en la medición de actitudes es el Análisis Factorial. Este procedimiento de análisis multivariante intenta explicar, mediante un modelo lineal, un conjunto de variables observables mediante un número menor de variables hipotéticas, latentes o no observables, denominadas factores (Martinez Arias, 1995). Aborda el problema de cómo analizar la estructura de las interrelaciones –correlaciones - entre un gran número de variables con la

definición de una serie de dimensiones subyacentes comunes o factores. “El análisis factorial es una técnica de interdependencia en la que se consideran todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con todas las demás y empleando todavía el concepto de valor teórico, el compuesto lineal de la variables” (Hair et al., 1999, p.80).

3.3 Actitudes hacia la donación de embriones

3.3.1 Actitudes hacia la Medicina Reproductiva

Los avances científicos en el área de la Medicina Reproductiva han suscitado desde sus comienzos, actitudes ambivalentes en la sociedad; a pesar de ello, muchos pacientes se han beneficiado gracias a ella, pudiendo así cumplir su meta de formar una familia. Si bien los tratamientos más frecuentemente realizados – FIV, ICSI, y donación de gametas -, hoy convencionales, no presentan frente a la población mayores rechazos (Genuis, Chang & Genuis, 1993; Kovacs, Breheny & Dear, 2003; Shirai, 1993; Skoog-Svanberg, Lampic, Bergh, & Lundqvist, 2003), otras prácticas que involucran donación de semen a lesbianas o mujeres solas, subrogación de vientres, congelamiento de embriones, y otras, ofrecen mayor resistencia (Chliaoutakis, Koukouli & Papadakaki, 2002; Heikkila, Lansimies, Hippelainen & Heinonen, 2004; Lasker & Murray, 2001;) encontrándose, también, múltiples detractores de esta área de la medicina (Kennedy, 2000; Romero-Samper, 2004).

A modo de ejemplo, Kovacs et al. (2003) realizaron un estudio en Australia que midió las actitudes de 1000 sujetos hacia la Medicina Reproductiva, desde el año 1981 hasta el 2001. Encontró que la aprobación hacia las técnicas de in vitro en parejas casadas con problemas reproductivos se incrementó de un 77% en 1981 a 86% en 2001. La donación de embriones a otras parejas, testeada por primera vez en 1982, obtuvo un índice de aprobación del 45%, de desaprobación del 30% y de indecisión por parte de los

participantes del 25%. En la segunda medición, en 1993, el 65% la aprobaba, el 30% la desaprobaba y sólo un 5 % se mostró indeciso. Respecto del uso de espermatozoides donados a mujeres solteras, en 1993 sólo el 18% aprobaba su uso y en la medición realizada en octubre del 2000, el 38% estaba de acuerdo, el 54% en desacuerdo y 8% no se decidió. Tampoco el uso de semen donado en parejas lesbianas obtuvo altos índices de aprobación. En 1993 el 7% estaba de acuerdo, y en 2000, aumentó al 31%, con índices de desaprobación del 59% y un 10% de indecisos. Este estudio, además, preguntó a los respondientes si consideraba que los procedimientos de Fertilización in Vitro debían ser cubiertos por la medicina social – Medicare - ; en este caso, en 2000, las respuestas favorables ascendieron al 79%.

El estudio sueco sobre la opinión del público hacia la donación de ovocitos (Skoog-Svanberg, et al., 2003) buscó medir las actitudes hacia ciertos aspectos de la ovodonación; evaluó a 729 mujeres y 556 varones en edad reproductiva. De los mismos, el 72% de ellas y el 71% de ellos consideraron la donación de óvulos como una buena opción de ayudar a parejas sin hijos. Además, el 83% de las mujeres y el 75% de los varones sostuvieron que los niños nacidos por esta técnica tienen derecho a saber sobre su origen genético y el 43% de ambos grupos agregó que cuando adultas, las personas deberían poder saber la identidad de la donante.

En el otro extremo del espectro, y habitualmente relacionados a creencias religiosas, se encuentran individuos con un fuerte rechazo a estos avances de la Medicina. Por ejemplo, Polaino (Romero-Samper, 2004) sostiene

afirmaciones como “la paternidad es un don, pero no un derecho. Cuando de ella se hace un derecho – y hasta un derecho mercantil –, en contra de la naturaleza, entonces la persona deja de ser persona, lo que acaba con el tejido social ...” (p.3)

Según la Fundación BBVA, en su estudio *Encuesta Europea de la Fundación BBVA sobre Biotecnología* (2003), el nivel de visibilidad de la Biotecnología en los medios de comunicación es muy alto y genera un gran nivel de atención, debate y regulación. Por este motivo, desde hace unos pocos años, se ha comenzado a prestar atención al estudio de las percepciones del público acerca de la Biotecnología, tanto desde el punto de vista de sus conocimientos acerca del área, como desde el de las actitudes hacia ella. Ello se debe a que en el mediano plazo la aceptación o, alternativamente, la resistencia o rechazo hacia alguna de sus aplicaciones e investigaciones serán resultado de lo que la población general conozca acerca de esta disciplina y de cómo la valore.

3.3.2 Actitudes hacia la embriodonación

Las raíces de las actitudes hacia la donación de embriones se encontrarían no sólo en la falta de conocimiento general acerca de la problemática aludida, sino también, en un amplio entramado de imágenes (Zitner, 2002), valores y criterios éticos (de Lacey & Norman, 2004; Dickey & Krentel, 1996; Fuscaldo & Savulescu, 2005; Kornreich, 2000; Schenker, 2003;

White, 1999), reservas morales de inspiración religiosa (Applegarth, 2006; Christian Century, 2000; McMahon, et al., 2003), criterios legales y/o políticas sociales (Bangsboll, Pinborg, Yding Andersen & Nyboe Andersen, 2004; Caplan, 2003; Klock, 2004; Pennings, 2000; Robertson, 2004; Van Voorhis, et al., 1999), estereotipos, emociones (de Lacey, 2006; Hogben, 1998; Resolve, 2001), y experiencias pasadas (Annas, 2000; Jerome, 2002; Moore, 1997).

Varios estudios realizados a pacientes infértiles han puesto en evidencia que el embrión es considerado como una potencial persona y, más aún, una réplica o imagen de un niño existente (de Lacey, 2005; Laurelle & Englert, 1995; McMahon et al., 2003; Nachtigall et al., 2005; Parry, 2006; Svangberg et al., 2001). de Lacey, (2005), menciona la nueva visión que los pacientes tienen de sí mismos desde que se convirtieron en padres: los embriones son vistos, ahora, con humanidad y como una realidad biológica y espiritual, por lo que donarlos sería sinónimo de renunciar a un hijo. Ya con anterioridad, McMahon et al., (2000) encontraron que la percepción de las parejas respecto de aquellos que no iban a serles transferidos estaba influida por la existencia en la familia de un niño nacido por FIV. También se han reportado sentimientos de responsabilidad parental por parte de los pacientes con embriones criopreservados, ya que suponen que deben proteger los intereses y el bienestar de los mismos (de Lacey, 2005; Fuscaldo & Savulescu, 2005; Nachtigall et al., 2005). Además de tener especial empatía y solidaridad hacia ellos, poseen pensamientos perturbadores, tales como que en un futuro pudiera haber descendientes genéticos que se casaran con sus hijos inadvertidamente, o que tales descendientes pudieran presentarse,

eventualmente, en sus casas (de Lacey, 2005; Nachtigall et al., 2005; McMahon et al., 2000).

Para muchas parejas infértiles, la definición de la decisión con respecto a la embriodonación se orienta según le den mayor importancia a la conexión genética o al paternaje social (Fuscaldo & Savulescu, 2005; Laurelle & Englert, 1995). Según Fuscaldo y Savulescu (2005), en su revisión sobre aspectos éticos, sociales y legales relacionados con los embriones sobrantes de los tratamientos de Reproducción Asistida, la decisión de no donarlos es frecuentemente asociada con presunciones acerca de la paternidad genética, que presuponen que: 1) los genes definen la paternidad, 2) la paternidad genética genera tareas especiales y 3) los padres genéticos son mejores. Aconsejan rever estas presunciones ya que el advenimiento de los tratamientos con gametas donadas y la posibilidad de separar la paternidad genética de la social necesita una consideración del significado atribuido a la conexión genética, y sugieren que las definiciones biológicas estrictas de los roles parentales sean abandonadas. Los autores agregan que, uno de los problemas con la donación de embriones como es practicada en la mayoría de los países – anónimamente -, es que impide la posibilidad de reconocer tanto a los padres genéticos como a los sociales. Ambos contribuyen; los que aportan las gametas y su herencia genética, como una manera de entender la identidad y la historia; y los sociales asumiendo todas las responsabilidades y el amor necesario en la crianza.

Los datos aportados por Laurelle y Englert (1995), investigando sobre las actitudes hacia el destino de los embriones extra en participantes de un programa de FIV hospitalario, recogieron datos mediante un documento de consentimiento informado y un cuestionario respondido durante una evaluación médica pre-tratamiento y una entrevista con una psicóloga; estos instrumentos interrogaban, en primer término, si los pacientes querían criopreservar o no. De hacerlo, y luego decidir no utilizarlos, debían elegir entre donarlos a otras parejas, destruirlos o entregarlos para investigación. Los autores observaron que cuando la opinión de las parejas se focalizaba más en los aspectos genéticos que en la relación de la educación, generalmente elegían la destrucción. Por el contrario, considerar la educación como la base de la ligazón parental los ayudaba a aceptar que los embriones que donarían evolucionarían hacia el hijo de otra pareja, presuponiendo una diferencia entre progenitores y padres.

Hasta la fecha, cinco grupos de investigadores han explorado, específicamente, las actitudes hacia la donación de embriones a otras parejas pero, a excepción del trabajo de Soderstrom-Anttila et al., (2001), sólo se focalizaron en las actitudes de los donantes o potenciales donantes:

1. El grupo finlandés de Soderstrom-Anttila et al., (2001) investigó la perspectiva de 46 parejas donantes y 27 parejas receptoras. Este estudio pionero evaluó un programa de donación embrionaria e indagó sobre temas fundamentales como la visión del estatus del embrión, el anonimato y el secreto, preocupaciones a futuro y cómo

las parejas lidiaban con temas éticos, entre otros aspectos. Los resultados arrojaron lo siguiente:

- La mayor parte de los receptores consideró importante recibir información sobre la edad (75,5 %) y las características fenotípicas (84,5 %) de los donantes. La mayoría de los receptores (92%) expresó el deseo de tener información respecto de las enfermedades médicas en la familia donante, especialmente entre los hijos de los donantes.
- La mitad de las donantes y el 78% de los donantes varones afirmaron que no les gustaría saber nada sobre los receptores. Sin embargo, el 29% de las parejas donadoras consideró importante saber si un niño nació en la familia receptora. Un deseo común entre ellos era que los embriones fueran dados a padres saludables, balanceados, responsables y con una buena posición social. Muchos de ellos aseveraron que el motivo para donar era ayudar a otra pareja infértil, puesto que ellos también habían recibido ayuda.
- Con respecto a los temas de anonimato y secreto, significativamente más receptores (69 %) que donantes (47 %) pensaban que el niño debía ser informado sobre su manera de concepción. El 29% de los receptores y el 42 % de los donantes afirmó que el nacido debía recibir información identificatoria sobre la pareja donadora, siendo esta diferencia no significativa.
- El 43% de los donantes contestó que le dirían a sus hijos acerca de la donación de embriones sobrantes, y el 47% querría ser

informado si hubiera nacido un niño con alguna enfermedad severa o hereditaria de los embriones que donaron.

- Tanto donantes como receptores expresaron preocupación respecto del riesgo de que sus hijos se enamoraran y se casaran con alguien que fuera su hermano o hermana genética.

2. Newton et al. (2003) en Canadá, evaluaron las actitudes de 49 parejas con embriones criopreservados por más de tres años, es decir, que se convertían en potenciales donantes, con el objetivo de obtener datos acerca de las reacciones de los pacientes ante los diferentes modelos de embriodonación y sobre qué actitudes resultaban buenos predictores del deseo de convertirse en donantes de embriones.

- Respecto de las actitudes hacia los diversos procedimientos de evaluación que se les plantearon, los respondientes expresaron de moderado a alto apoyo. Aquellos concernientes a estudios en sangre (87%), evaluaciones genéticas (61%), evaluaciones psicológicas tanto a donantes (55%) como a receptores (63%) fueron evaluadas como muy razonables para la mayoría de los consultados.
- En comparación, las parejas estaban menos cómodas con la idea de compartir información no identificatoria y los niveles de comodidad declinaban cuando la información se convertía en más personal. El 54% se sentía muy comfortable proveyendo características físicas y el 52% haciendo lo propio con la historia

de salud familiar. A pesar de la aparente incomodidad de entregar información personal, sólo el 12% indicó que probablemente o definitivamente rehuiría del contacto con el potencial niño. Sin embargo, aproximadamente la mitad de la muestra manifestó deseos de saber el resultado de su donación (49%).

- El deseo de donar estaba significativamente asociado a una mayor comodidad en proveer información personal y mayor probabilidad de aceptar un futuro contacto con un potencial niño.

3. Con un objetivo diferente, Burton & Sanders (2004), analizaron las actitudes de pacientes australianos (109 parejas y 17 mujeres que tenían embriones almacenados) hacia tres diferentes tipos de donación: para investigación en el intento de mejorar los tratamientos de infertilidad, para investigación en células madre, y finalmente, donación a parejas infértiles. Encontraron que sólo el 15% los donaría a otra pareja infértil.
4. También en Australia, y con la intención de investigar las decisiones de las parejas con respecto al destino que darían a sus embriones sobrantes y los factores que influían en su elección, Hammarberg y Tinney (2006) estudiaron 311 parejas y el 16 % de ellas optó por donarlos a otras parejas infértiles.
5. Bangsboll et al., (2004), en Dinamarca, estudiaron las actitudes hacia la donación de 207 parejas danesas cuyos embriones congelados

habían sido destruidos debido a haber superado el tiempo límite de dos años impuesto por las leyes de su país. Los autores evaluaron, en esta oportunidad, la donación hacia otras parejas infértiles, hacia la investigación en infertilidad, hacia la investigación en células madre y hacia los tratamientos con células madre. Si bien la donación embrionaria a otras parejas está prohibida en Dinamarca, hubo un 28.5% cuya intención era afirmativa y un 25.1% cuya intención era dudosa.

Como se ha expuesto, los trabajos sobre actitudes hacia la donación de embriones se han focalizado en las parejas que tienen embriones criopreservados (de Lacey, 2006; Newton et al. (2003), es decir, en potenciales donantes de embriones, y sólo el estudio de Soderstrom-Anttila et al., (2001) evaluó las actitudes en donantes y receptores reales de embriones donados. Dada la corta edad de los niños nacidos por embriodonación, no se ha podido obtener aún información desde su punto de vista.

Sin embargo, nada se ha investigado acerca de las actitudes que frente a este tema tienen los especialistas en fertilidad, así como tampoco se conoce la posición de la comunidad frente a esta cuestión. Por lo tanto, se impone la necesidad de conocer las actitudes hacia la donación de embriones tanto de la población infértil, como de los especialistas en Reproducción Asistida y la de los miembros de la sociedad que no son parte involucrada en la problemática, ya que las respuestas particulares a estos y otros tantos interrogantes condicionan las conductas, de los potenciales donantes y de los potenciales

receptores, así como también de los profesionales intervinientes en estos procedimientos.

PARTE

EMPÍRICA

PLANTEO DEL PROBLEMA

1. Planteo del problema

Dado que en muchos países del mundo existen embriones criopreservados que no van a ser transferidos a aquellas personas que contribuyeron genéticamente a su formación, es menester decidir qué destino final debería dárseles. Si las actitudes de sus dueños excluyeran el descarte de tales embriones, entonces, deberían ser entregados en dación a otros sujetos para intentar gestar y criar a un potencial niño. Pero ¿qué actitudes hacia la donación de embriones deberían considerarse? ¿Qué estatus adjudican las personas al embrión humano? ¿A quién se considera padre/madre, a la pareja que gesta y cría a alguien o a aquella que aportó los gametos? ¿Qué actitudes manifestarían los donantes, los receptores y el futuro descendiente hacia aspectos biológicos o psicológicos del vínculo genético entre ellos? ¿Qué sentimientos pueden experimentar los individuos acerca de que existan parientes genéticos con quienes no tendrán contacto? ¿Qué actitudes surgirían en los donantes y en los receptores hacia los aspectos legales y éticos involucrados en este procedimiento? ¿Qué actitudes tendrán las partes frente a la revelación del origen al nacido? ¿Qué actitudes presentarán los sujetos hacia el manejo de la información acerca de los donantes, los receptores y los nacidos por embriodonación? ¿Qué actitudes tendrán los donantes y receptores hacia relacionarse entre sí y entre sus respectivos hijos?

El desconocimiento de estas y otras vicisitudes posibles es casi absoluto. No se dispone aún de estudios suficientes que hayan determinado qué ocurre en el devenir a todos los involucrados en estas prácticas. Menos

aún existe experiencia que oriente las posibles acciones a tomar, ni investigaciones específicas sobre el bienestar de estas familias. Tanto los especialistas en Medicina Reproductiva como los donantes y receptores deben ubicarse en una situación hipotética, en un *escenario imaginario*, intentar figurarse cómo se desarrollarían las circunstancias, y cómo se sentirían frente a los alcances de la donación embrionaria.

Por un lado, las respuestas y actitudes de las personas podrían variar según estén en ese momento buscando un embarazo o no. Por otro, cada individuo podría cambiar su percepción subjetiva según imagine ser donante, receptor o hijo de embrión donado (Söderström-Antilla, et al., 2001). Es probable que los escenarios alternativos donde un sujeto se figure posicionado, produzcan diferencias en la aparición de actitudes, resultando en que cada uno responda de manera distinta a las mismas situaciones según asuma los distintos roles mencionados (Urdapilleta, 2001).

Las respuestas podrían ser totalmente dispares si un mismo sujeto se ubicara en el lugar de la pareja donante - que puede o no haber tenido sus hijos y teme conflictos futuros en los niveles emocional, familiar o legal -, o de la pareja receptora - dispuesta a realizar, probablemente, más de lo que nunca hubiera imaginado con tal de formar una familia, pero con temores parecidos a los de los padres adoptivos - . Otra postura completamente diferente podría derivar de que el individuo se sitúe en el rol de un nacido de embriones donados, frente a la necesidad de procesar, aceptar y adaptarse, a la atípica situación de haber sido creado por dos personas con las que no va a convivir, y

hacerlo con padres *genéticamente adoptivos* que lo acogieron desde que era un embrión y ejercen la paternidad sobre él.

También es factible que estas actitudes varíen entre los examinados por el hecho de pertenecer a tres grupos probablemente bastantes diferentes como son el ser un profesional vinculado a los temas de infertilidad y familia, el pertenecer al grupo que lidia con su infertilidad y con su gran deseo de formar una familia, y el estar en el grupo, inmensamente mayoritario, de personas que nada conocen sobre el tema y que nunca, siquiera, se plantearon los dilemas, ocurrencias y difíciles decisiones a los que los dos primeros grupos se ven enfrentados (Urdapilleta, 2001).

El deseo de ser padres de algunos humanos y su experiencia del paso por el estado de infertilidad han generado, de esta forma, la necesidad de que se implementen programas de donación/recepción de embriones congelados. El riesgo de no hacerlo con la mayor información posible sobre sus implicancias futuras podría traer malestar y complicaciones a los involucrados.

El intentar delinear aspectos inherentes a la práctica de modo preventivo, considerando la postura de individuos procedentes de la población general y no sólo del parecer de los responsables de los procedimientos, sería de capital importancia, ya que las familias generadas formarán parte de esa sociedad en su vida cotidiana, con todas las consecuencias concretas y reales que esto implica.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la dificultad reside en que todos estos aspectos no han sido aún estudiados y se impone la necesidad de explorarlos. Más aún, se vuelve prioritario el poder identificar y analizar las actitudes de los miembros de la sociedad que, en última instancia, es aquella que albergará en su seno a este nuevo tipo de familia.

Así, investigar las actitudes de la población general frente a la embriodonación es un imperativo que no debe demorarse. Por tal motivo, y surgido desde la Psicología Social, la *Teoría de las Actitudes* constituye una eficaz manera de acercarse a la comprensión de esta realidad.

Como ya se comentó en páginas anteriores, Allport (1935), describe a la actitud como “un estado mental y neuronal de disponibilidad que ejerce influjo directivo o dinámico sobre las respuestas del individuo a todos los objetos y situaciones con que está relacionado y que se forma a base de experiencia” (p.810). La caracteriza como una disposición previa, preparatoria de la respuesta conductual ante estímulos psicosociales, como predisposiciones habituales para reaccionar ante objetos, personas e ideas aprendidas en interacciones pasadas.

Una actitud es una asociación entre un objeto dado y una evaluación determinada. De esta manera, las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales, y la evaluación es el afecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto

para conseguir metas deseadas (Fazio, 1989). En la asociación influyen tres procesos diferentes: un proceso cognitivo, uno afectivo y uno conductual (Morales & Reboloso, 1996). Por lo tanto, se distinguen en la actitud tres componentes: uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo-comportamental (Fishbein & Ajzen, 1975; Rosemberg & Hovland, 1960; Stahlberg & Frey, 1988). El primero consta de las percepciones del sujeto sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él; el segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta; el tercero incluye tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones hacia él dirigidas. Estos tres componentes son evaluaciones sobre el objeto de la actitud, por lo que las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intenciones de conducta, de apoyo u hostiles. Dado que la actitud es una variable latente (Ajzen, 1989), no directamente observable, se manifiesta exteriormente a los observadores por su expresión, que son las *opiniones*. Este constructo hipotético, tiene como atributo más prominente su carácter evaluativo, es decir, la disposición a responder hacia un objeto de una manera positiva o negativa (Breckler, 1984; Cortada de Kohan, 2004; Stahlberg & Frey, 1988).

La evaluación global ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables. A tal fin, se construyen escalas de actitudes adecuadas a cada objeto de estudio (Eysenk, 1947; Likert, 1974; Osgood, 1976; Thurstone, 1929). La utilización de una escala de actitudes permitirá, entonces, evaluar los siguientes temas vinculados a la donación de embriones:

- Actitud hacia el destino de los embriones que no van a ser transferidos al útero de la pareja aportante de las gametas
- Actitud hacia los aspectos biológicos y aspectos psicológicos de la conexión genética entre donantes, receptores y el futuro descendiente
- Actitud hacia los aspectos relacionados a la dificultad impuesta por la falta de vocablos adecuados y la impronta del lenguaje
- Actitud hacia la postura frente a definiciones de padre, familia, embrión
- Actitud hacia los aspectos legales
- Actitud hacia los aspectos éticos
- Actitud hacia aspectos psicológicos específicos
- Actitud hacia los aspectos relacionados a la información entre donantes, receptores y el futuro hijo nacido
- Actitud hacia los aspectos de la relación de los donantes con los receptores y de los donantes con el futuro nacido
- Actitud hacia los aspectos relacionados con la persona nacida de embriones donados

Estos temas serán presentados al examinado desde tres escenarios imaginarios diferentes: *si fuera donante de embriones; si decidiera usar embriones donados para formar su familia y si hubiera nacido de embriones donados.*

Las actuales dificultades que la adopción tradicional supone - la desproporción entre el escaso número de bebés o niños en condiciones de adoptabilidad y la gran cantidad de parejas o personas que se postulan como adoptantes, la oferta inescrupulosa de niños fuera de los marcos legales, los tiempos demasiado extensos, entre otras - , la posibilidad de experimentar un embarazo, parto y lactancia, y ejercer el cuidado sobre la gestación en marcha, inducen a muchas parejas a interesarse en la donación de embriones. De esta manera, las familias formadas a través de esta práctica podrían ser muchas. Si se considera que Estados Unidos, solamente, tiene más de 400.000 embriones almacenados y que el promedio estimado de donaciones a personas infértiles es de aproximadamente el 10%, existiría la posibilidad de disponer de 40.000 embriones para ser transferidos a futuros padres.

Dado que estas familias formarían parte de una comunidad que debería aspirar a la salud mental como objetivo indeclinable, la realización de un estudio exploratorio – descriptivo favorecería, en última instancia, la confección de programas de donación de embriones más ajustados a las necesidades de los involucrados de nuestro país y aportaría un instrumento de evaluación que podría ser utilizado por los profesionales que se desempeñen en el ámbito de aplicación. Esta escala puede medir las actitudes hacia tres áreas particulares:

1. el vínculo genético, específicamente hacia la revelación del origen al nacido y de la información identificatoria de los donantes por un lado, y hacia el contacto entre las personas relacionadas

genéticamente, es decir, donantes, sus hijos y los nacidos a partir de sus embriones donados, por otro.

2. la evaluación psicológica/psiquiátrica tanto a la pareja donante como a la receptora y hacia el asesoramiento psicológico acerca de las implicancias de la embriodonación a ambas partes también.
3. el manejo de información entre las tres partes y hacia la relación que entre ellos quisieran tener.

Los profesionales dedicados a los aspectos psicosociales y éticos se enfrentan al dilema de ser requeridos para asesorar a las partes intervinientes, de tener que evaluar la conveniencia o no de admitir tanto a eventuales donantes como a receptores, de tener que prever los potenciales riesgos y situaciones aún desconocidas hasta el presente. Conocer las actitudes de los sujetos evaluados a través de un instrumento que implique procedimientos de administración y evaluación rápidos y sencillos ofrecería invaluable información para el asesoramiento de pacientes, donantes y receptores.

Entonces, y a diferencia de los trabajos reportados, el presente estudio evaluará las actitudes de individuos situados en distintos escenarios y lo hará en tres grupos cualitativamente diferentes, materia, inexplorada hasta la fecha.

Los tres posicionamientos hipotéticos serán:

- ser donantes, - el habitualmente estudiado,

- ser receptores de embriones donados, - sólo evaluado por Soderstrom-Anttila et al., (2001)
- ser nacidos por embriodonación

Los grupos estarán compuestos por individuos que ocupan posiciones bien distintas respecto del tema:

- pacientes reproductivos
- un grupo de especialistas de diversas disciplinas afines, todos trabajando en temas vinculados a la reproducción humana
- sujetos de población general

Estos resultados, más allá de la transferencia de tecnología que el instrumento implica, contribuirán a ser una apoyatura para los profesionales mencionados, que se desempeñan en el ámbito de aplicación en esta área de especialización.

Beneficiarios indirectos serán, además, los propios pacientes – potenciales receptores y donantes -, los posibles niños gestados por embriodonación, y las instituciones médicas, psicológicas y de salud pública que intervienen cotidianamente en el tema, tanto en los niveles individual, como en el grupal y el comunitario.

Finalmente, el conocimiento novedoso producido por medio de la presente investigación será un avance pionero en nuestro medio que resultará

en la inauguración de una nueva línea de investigación cuya finalidad es ampliarse, profundizarse y perfeccionarse en el tiempo.

OBJETIVOS

2. Objetivos

Objetivo general

Analizar las actitudes que, frente a la donación de embriones, manifiestan tres grupos de sujetos - pacientes de clínicas de fertilidad, especialistas en el área y sujetos de población general -, refiriéndose a las siguientes áreas específicas: destino de los embriones que no van a ser transferidos al útero de la pareja aportante de las gametas, aspectos biológicos y aspectos psicológicos de la conexión genética entre donantes, receptores y el futuro descendiente, aspectos relacionados con la dificultad impuesta por la falta de vocablos adecuados y la impronta del lenguaje, aspectos legales, éticos y psicológicos específicos vinculados a la información – acceso, alcance y modo de transmisión, o no, de la misma, y aspectos ligados a la relación entre las tres partes.

Objetivos específicos:

1. Investigar las actitudes que asumirían los sujetos hacia el destino final de sus embriones
2. Relevar las actitudes de los sujetos frente a la conexión genética entre padres e hijos
3. Evaluar definiciones o redefiniciones personales del lenguaje respecto de los componentes de una familia (*padre, hijo, embrión*).
4. Determinar el alcance de información que los sujetos quisieran tener respecto de esta manera de formar una familia, si se posicionan

alternativamente en los tres escenarios imaginarios propuestos: ser donantes, ser receptores y ser nacidos de embriones donados

5. Analizar la actitud de las personas respecto de la importancia de que tanto donantes como receptores sean evaluados y asesorados psicológicamente.
6. Comparar las respuestas de los tres grupos: pacientes de clínicas de fertilidad, expertos en el área fertilidad y población general
7. Investigar si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes evaluadas según sexo, edad y estado civil.
8. Comparar las respuestas de los sujetos que están actualmente buscando un embarazo con las de individuos que no persiguen este objetivo. Comparar respuestas de aquellos que tienen hijos con aquellos que no los tienen aún.
9. Construir un instrumento autoadministrable que resulte válido y confiable para la evaluación de estas dimensiones en los ámbitos de aplicación e investigación (transferencia de tecnología).

MÉTODOS

3. Método

3.1 Muestra

La muestra final se compuso por un total de 407 sujetos de ambos sexos, con edades entre los 18 y 60 años. En una primera instancia la misma comprendía 450 casos entre 16 y 75 años, pero, luego de aplicar los criterios de exclusión abajo mencionados se decidió eliminar, además, dos casos de 16 y 17 años por no ser adultos, tres protocolos de examinados que omitieron responder su edad y otros pocos que superaban los 60 años y alteraban la distribución de esta variable.

Los sujetos fueron divididos en tres grupos:

1. Pacientes de clínicas de fertilidad y de especialidades afines.
2. Especialistas en el área de fertilidad y disciplinas afines.
3. Sujetos de población general

Los datos fueron recogidos en distintos ámbitos:

- Grupo 1: dos clínicas de la ciudad de Buenos Aires y una de Córdoba, todas especializadas en el área reproductiva y otras especialidades afines

- Grupo 2: las mismas clínicas utilizadas para el Grupo 1 más un simposio con especialistas de diversos ámbitos en Reproducción Asistida.
- Grupo 3: autoadministraciones con examinador presente.

Muestreo: intencional, simple.

Criterios de exclusión: en una primera instancia, se eliminaron los protocolos con respuestas incompletas en cuanto a los datos sociodemográficos y aquellos que mostraban estilos de respuesta que ponían en tela de juicio la validez de las mismas.

3.2 Instrumentos

- a. Escala de actitud, diseñada ad hoc, mediante los criterios de clave empírica y racional, que sirvieron para la redacción de los ítems, siguiendo los pasos que se detallan a continuación:

1. Realización de grupos focales en tres etapas (criterio de clave empírica):

- Grupo focal con pacientes de clínicas de fertilidad y especialidades afines
- Grupo focal con especialistas en el área
- Grupo focal con sujetos de población general

2. Relevamiento bibliográfico destinado también a brindar insumos para la redacción de reactivos (criterio racional):
3. Redacción del pool inicial de elementos
4. Juicio de expertos
5. Administración piloto a tres grupos homogéneos respecto de los tres grupos –objeto.

La escala se construyó teniendo en cuenta la posibilidad de medir los tres componentes de una actitud: el cognitivo, el afectivo y el conductual. Así, las evaluaciones del objeto de la actitud, pueden ser favorables o desfavorables, positivas o negativas, modulando las respuestas de los entrevistados.

Los ítems se dividieron en tres áreas, que implicaban la ubicación del examinado en tres escenarios imaginarios alternativos:

- a) Si Ud. fuera donante de embriones...
- b) Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia...
- c) Si Ud. hubiera nacido de embriones donados...

Se ofrecieron, según se juzgó conveniente, entre tres y ocho opciones de respuesta.

La consigna interiorizaba al examinado acerca de los objetivos de la investigación y explicaba qué es la donación de embriones: cómo llega una

pareja a tener embriones y su elección de criopreservar algunos de ellos para recibirlos en el futuro, qué es un embrión y cuándo se lo congela, los motivos por los que no pueden ser usados por las parejas que aportaron el material genético, la conveniencia de favorecer a otras parejas que, no pudiendo producir sus propios embriones están deseosas de recibirlos, y el modo de efectuar el procedimiento.

b. Encuesta sociodemográfica diseñada ad hoc, que relevaba datos sobre sexo, edad, ocupación, estado civil, religión, existencia de hijos, especificando sobre el origen de los mismos (biológicos – adoptados – nacidos de óvulo o esperma donado), si se estaba buscando un hijo en el momento de la evaluación y el estatus del examinado, en tanto pertenencia a uno de los tres grupos incluidos en el estudio.

3.3 Variables

Variables dependientes: respuestas de los sujetos, que reflejaban su actitud frente a la donación, en relación con los siguientes temas específicos:

- Destino de los embriones que no van a ser transferidos al útero de la pareja aportante de las gametas
- Aspectos biológicos y aspectos psicológicos de la conexión genética entre donantes, receptores y el futuro descendiente

- Aspectos relacionados a la dificultad impuesta por la falta de vocablos adecuados y la impronta del lenguaje
- Aspectos legales
- Aspectos éticos
- Aspectos psicológicos específicos
- Postura frente a definiciones de padre, familia, embrión
- Aspectos relacionados a la información entre donantes, receptores y el futuro hijo nacido
- Aspectos de la relación de los donantes con los receptores y de los donantes con el futuro nacido
- Aspectos relacionados a la persona nacida de embriones donados

Con posterioridad al análisis factorial planificado (ver apartado de Análisis de datos), se etiquetaron las dimensiones subyacentes (fase descriptiva) y se profundizaron los análisis según los objetivos formulados.

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO
• Sexo	• Sexo informado por el sujeto	• Masculino • Femenino	• Encuesta sociodemográfica
• Edad	• Edad informada por el sujeto	• 18 a 60 años	• Encuesta sociodemográfica
• Ocupación	• Informada por el sujeto	1. Peones, servicio doméstico, albañiles. 2. Cuentapropistas, empleados de servicios, obreros agrícolas, empleados no calificados, agentes de fuerzas de seguridad. 3. Docentes, enfermeros, choferes, comerciantes, vendedores, empleados calificados, suboficiales FFAA y de seguridad. 4. Jefes, supervisores, bancarios calificados, oficiales FFAA y de seguridad. 5. Profesionales, funcionarios alto rango, empresarios. 6. Jubilados, amas de casa, desempleados, estudiantes. 7. Sin respuesta	• Encuesta sociodemográfica
• Estado civil	• Estado civil informado por el sujeto	• Casado • Soltero • Separado • Viudo	• Encuesta sociodemográfica
• Religión	• Religión Informada por el sujeto	• Católico • Judío • Protestante • Ateo o agnóstico • Otros	• Encuesta sociodemográfica
• Hijos	• Informado por el sujeto	• Biológicos • Adoptados • Por semen u óvulo donado • Del cónyuge • Sin hijos	• Encuesta sociodemográfica
• Estatus de buscador de hijo al momento de la evaluación	• Informado por el sujeto	• Si • No	• Encuesta sociodemográfica
• Estatus del examinado	• Determinado por el investigador según contexto de administración	• Pacientes de una clínica de fertilidad y especialidades afines • Expertos • Población general	• Encuesta sociodemográfica

3.4 Diseño

El diseño fue selectivo, transversal, comparativo, con una primera fase exploratoria (elaboración de la escala) y una segunda descriptiva (análisis de las respuestas según grupo de comparación y según el resto de las variables independientes incluidas en el diseño).

No se formulan hipótesis por tratarse de un estudio exploratorio – descriptivo.

3.5 Análisis de los datos

1. Clasificación empírica del material derivado de los grupos focales, destinada a la redacción de reactivos (cálculos de frecuencias porcentuales de las respuestas relevadas). (Obj. 9)
2. Análisis de discriminación y de consistencia interna del instrumento resultante luego del juicio experto y la administración piloto (correlación item/puntuación total, corregida y Alpha de Cronbach). (Obj. 9)
3. Análisis de componentes principales con normalización Kaiser y criterio de raíz latente, con rotación de ejes oblicua. (Obj. 9)
4. Análisis de varianza de una vía, de efectos fijos, completamente aleatorizado, con contraste a posteriori Tukey – b y pruebas t de Student, según corresponda al número de grupos comparados, con el objeto de investigar diferencias estadísticamente significativas en las respuestas. (Obj. 6, 7 y 8)

3.6 Procedimiento:

1. Realización de grupos focales
2. Redacción del pool inicial de ítems
3. Juicio de expertos
4. Administración/es piloto
5. Depuración preliminar del instrumento
6. Análisis psicométrico (análisis de discriminación, análisis factorial y estudio de consistencia interna)
7. Depuración definitiva de la escala
8. Análisis de los datos según los objetivos propuestos (análisis de las respuestas según grupos de comparación y según variables independientes consideradas en el diseño)

3.7 Construcción del instrumento

A continuación se detallan los pasos seguidos en el diseño y construcción del instrumento, previsto como el noveno objetivo de la presente investigación pero realizado en primer término.

3.7.1 Definición de los propósitos del instrumento

La presente tesis contemplaba la elaboración de una prueba autoadministrable que resultara válida y confiable para la evaluación de los

objetivos previos (ver apartado 2, Objetivos). El instrumento construido fue una escala destinada a medir las actitudes de sujetos adultos hacia la donación de embriones a parejas en tratamientos de infertilidad.

Se determinó que debería tratarse de una herramienta de aplicación breve y sencilla, y que sus consignas e ítems debían ser claros, concisos y directos, dado que la administración sería individual y se efectuaría en ámbitos de consulta médica, cursos y congresos de esa especialidad, así como en marcos institucionales diversos.

3.7.2 Definición del dominio a ser evaluado y sus dimensiones

El dominio a ser analizado es el referente a las actitudes hacia la donación de embriones a parejas en tratamientos de infertilidad que manifiestan tres grupos de sujetos:

1. Pacientes de clínicas de fertilidad y de especialidades afines
2. Especialistas en el área de fertilidad y disciplinas afines
3. Sujetos de población general

Considerando que se utilizó el constructo psicológico *actitud*, se privilegiaron dos posturas teóricas referente a las actitudes (tal como se consigna en el capítulo 3): la de Fishbein y Ajzen por un lado (Ajzen, 1989; Fishbein, 1967; Fishbein & Ajzen, 1972, 1975a, 1975b), y la de Fazio (Fazio,

1989, 1990) y Fazio et al. (Fazio, Chen, McDonel, & Sherman, 1982; Fazio, & Olson, 2003), por otro. Ambas siguen el modelo multidimensional, coincidiendo en que una actitud es una asociación entre un objeto dado y una evaluación determinada, pero difieren en el origen de la formación de las actitudes.

Fishbein y Azjen (1975) incluyen - además de las creencias, el afecto y la conducta -, la intervención de una cuarta noción: la predisposición a la conducta - más que la conducta en sí misma - distinguiendo así intención de conducta de conducta real. Sostienen que la actitud se puede describir como una disposición aprendida a responder consistentemente de manera favorable o desfavorable respecto de un objeto dado. Esta propensión general no predispone a la persona a realizar ninguna conducta específica, sino que conduce a una serie de intenciones que indican un determinado monto de afecto hacia el objeto en cuestión. Estos investigadores proponen un modelo basado en la deliberación y en el cálculo de las consecuencias probables a las que dará lugar la conducta. Este proceso exige al sujeto concentración y esfuerzo.

Fazio et al. (Fazio, 1990; Fazio et al., 1982; Fazio, Chen, McDonel, & Sherman, 1982; Fazio, & Olson, 2003) entienden las actitudes como asociaciones en la memoria entre objetos actitudinales y su evaluación. Estas asociaciones están basadas en el conocimiento cognitivo, afectivo y/o comportamental del objeto actitudinal, del que se deriva un resumen evaluativo. Para esta teoría, el concepto de *accesibilidad* toma gran relevancia, dado que sostiene que hay actitudes poco accesibles, y otras, muy accesibles (Fazio,

1989). Por tal motivo, consideran a la fuerza de la asociación entre un objeto actitudinal y su evaluación, una importante cualidad del constructo. Cuando un objeto está fuertemente asociado a una determinada evaluación, su presencia en la situación inmediata activará dicha evaluación sin necesidad de deliberaciones por parte del sujeto, y producirá en primer lugar, un sesgo perceptivo; como consecuencia de ello, influirá en la conducta.

Aunque los procesos de Fishbein y Azjen y los de Fazio et al. son diferentes, no son incompatibles entre sí, sino más bien complementarios. Aunque muchas conductas son el resultado de un proceso deliberativo, en ellas influye la accesibilidad actitudinal. “[...] las personas con mayor accesibilidad actitudinal presentan una mayor estabilidad temporal en sus actitudes y que éstas pueden predecir mejor su conducta cuando entre ésta y la medición de la actitud haya transcurrido un período de tiempo considerable” (Morales & Reboloso, 1996, p.248).

Dado que el tema de evaluación de la presente investigación – actitudes hacia la donación de embriones – conlleva un alto grado de desconocimiento por parte de la sociedad (Urdapilleta, 2001) y que “la actitud es una predisposición” (Fishbein & Azjen, 1975, p. 8), los miembros de la misma pueden formar sus actitudes en base a:

1. **creencias previas** (Fishbein & Azjen, 1975), que “representan el conocimiento o información que se tiene acerca del mundo - aunque puedan ser imprecisas o incompletas – y, en sí mismas,

no brindan una evaluación” (Gross, 1998, p. 458). Sin embargo, si las creencias sobre los aspectos relacionados con la donación de embriones, formadas en base a información escasa o errada, son asociadas a atributos evaluados positiva o negativamente, probablemente sean el modo de formación de las actitudes a relevar.

2. **no actitudes** que son evaluaciones que no están disponibles en la memoria (Fazio, 1995). Al tener que dar una respuesta actitudinal en el momento, se construye una actitud basada en cualquier atributo observable o conocido actual, siendo, por lo tanto, una actitud poco estable o confiable (Ver Marco Teórico).

Por tal motivo, es probable que la escala releve a través de sus resultados, las creencias previas de los sujetos, formadas con la información que tenían hasta el momento, así como también, posiblemente por el hecho de abordar una temática tan poco conocida o absolutamente desconocida, los respondientes se encuentren frente a *no actitudes* y deban construir alguna en el momento, relacionándola con algún atributo para cumplimentar la tarea.

A la vez, como ya se comentó, los elementos de la escala se distribuyeron en tres áreas que correspondían a tres escenarios imaginarios alternativos en los que cada examinado debía posicionarse sucesivamente:

- a) Un primer escenario en el que el sujeto debe ubicarse en el lugar de un donante de embriones...
- b) Un segundo escenario en el que el sujeto debe imaginarse en el lugar de receptor de embriones donados...
- c) Finalmente, el tercer escenario en el que el sujeto debe posicionarse en el lugar de ser una persona nacida de embriones donados...

Estos escenarios obligaban a que todo sujeto que respondiese al protocolo, al imaginarse a sí mismo en cada una de las tres posiciones, se viera compelido a expresar sus actitudes si tuviera embriones para donar, si necesitara embriones de otra pareja para poder embarazarse o si hubiera nacido de padres que no aportaron genéticamente. La intención era la de determinar si se verificaba la existencia de actitudes diferentes frente a una misma temática. A tal efecto se redactaron algunos reactivos de contenidos similares para cada uno de los tres escenarios planteados, además de diseñar ítems específicos para cada una de las tres posibles situaciones y así evaluar atributos en los que el dominio teórico no está suficientemente desarrollado.

Las dimensiones a ser evaluadas por esta escala de actitud fueron (ver cap. 2, Donación de Embriones):

- el destino final de los embriones criopreservados,
- aspectos biológicos y aspectos psicológicos de la conexión genética entre donantes, receptores y el futuro descendiente,

- aspectos relacionados con la dificultad impuesta por la carencia de vocablos adecuados y la impronta del lenguaje,
- aspectos legales involucrados,
- aspectos éticos y
- aspectos psicológicos específicos: información y relación entre los donantes, los receptores y el nacido por embriones donados.

Estas dimensiones surgen de distintas fuentes, unas de A) criterio racional y otras de B) clave empírica.

A) Criterio racional:

- Teorías de los duelos y pérdidas (Kubler Ross, 1969, 1993; Kubler Ross & Kesler, 2005; Urdapilleta, 1998). (ver cap. 1, La infertilidad)
- Teorías y prácticas vinculadas a la adopción (Freeark et al., 2005; Giberti et al., 1994; van den Akker, 2001). (ver cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones)
- Postulados acerca del anonimato vs. no anonimato (Mc Whinnie, 2001; Urdapilleta, 2004b) (ver cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones)
- Postulados acerca de la Apertura vs. Secreto (Baran & Pannor, 1993; Daniels, 1997; Daniels & Thorn, 2001; Mc Whinnie, 2001; McGee, Brackman & Gurmankin, 2001; Urdapilleta, 2004b). (ver cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones)

- Teoría sobre la infertilidad (Hammer Burns & Covington, 2006; Urdapilleta & Fernández, 2006). (ver cap. 1, La infertilidad)
- Constructos tales como *paternaje* y opciones de *construcción de familias* y altruismo (Applegarth, 2006; van den Akker, 2006; Widdows & MacCallum, 2002). (ver cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones).

B) Clave empírica

- Historias clínicas,
- Hallazgos de expertos (Hammarberg & Tinney, 2006; Kovacs et al., 2003; Newton et al., 2003; Soderstrom-Anttila et al., 2001), (ver cap. 3.3, Actitudes hacia la donación de embriones)
- Verbalizaciones de los actores de la Reproducción Asistida (de Lacey, 2005; Nachtigall et al., 2005; Pennings, 2000; Van Voorhis et al., 1999), (ver cap. 3.3, Actitudes hacia la donación de embriones)
- La práctica de la donación de embriones (Kinsberg, Applegarth & Janata, 2000; Mac Callum, 2004; Plachot, 2004), (ver cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones y cap. 2.2, Destino de los embriones congelados)
- Regulaciones o monitorizaciones por parte de los gobiernos, legislación o lineamientos de prácticas clínicas (ASRM, 2004; ESHRE, 2002; Daniels, 2005; Kinsberg, Applegarth & Janata, 2000; Lee & Yap, 2003; Van Boris et al., 1999). (ver cap. 2.2,

Destino de los embriones congelados y cap. 2.4, Aspectos centrales de la donación de embriones).

Debe recordarse que, al tratarse de un instrumento construido teniendo en cuenta determinados objetivos de investigación, más allá de su potencial valor como insumo tecnológico transferible a los ámbitos de investigación y de aplicación, no debían perderse de vista tales metas que, se recuerdan a continuación: investigar las actitudes que asumirían los sujetos hacia el destino final de sus embriones; relevar las actitudes de los sujetos frente a la conexión genética entre padres e hijos; evaluar definiciones o redefiniciones personales del lenguaje respecto de los componentes de una familia (*padre, hijo, embrión*); determinar el alcance de información que los sujetos quisieran tener respecto de esta manera de formar una familia, si se posicionan alternativamente en los tres escenarios imaginarios propuestos: ser donantes, ser receptores y ser nacidos de embriones donados; analizar la actitud de las personas respecto de la importancia de que tanto donantes como receptores sean evaluados y asesorados psicológicamente; comparar las respuestas de los tres grupos: pacientes de clínicas de fertilidad, expertos en el área fertilidad y población general; investigar si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes evaluadas según sexo, edad y estado civil; comparar las respuestas de los sujetos que están actualmente buscando un embarazo con las de individuos que no persiguen este objetivo; comparar respuestas de aquellos que tienen hijos con aquellos que no los tienen aún.

3.7.3 Aspectos formales y subescalas.

El instrumento se destinaría a personas adultas en edad de comprender y poder imaginarse en la situación que los ítems plantearían. Es esta población la que se relaciona de manera explícita e intencionalmente con el tema de la donación de embriones: son miembros de parejas que buscan un embarazo, diversos especialistas relacionados al tema de infertilidad y familia, y población general adulta.

En la primera página del protocolo se instruía al examinado acerca de los objetivos de la investigación explicando qué es la donación de embriones: cómo llega una pareja a tener embriones y su elección de criopreservar algunos de ellos para recibirlos en el futuro, qué es un embrión y cuándo se lo congela, los motivos por los que no pueden ser usados por las parejas que aportaron el material genético, la conveniencia de favorecer a otras parejas que no pueden producir sus propios embriones y están deseosos de recibirlos, y el modo de efectuar el procedimiento. Además se incluyó la foto de un embrión real de cuatro células para que el evaluado pudiera tener conocimiento del material/tejido en cuestión.

Esta información se incluyó en el protocolo porque, excluyendo a los especialistas, pocos conocen los pormenores de las prácticas reproductivas. Más aún, la mayoría no sólo desconoce cómo se obtienen y se mantienen los embriones, sino que nunca ha visto una imagen de uno en la realidad. Para poder expresar sus opiniones - aspecto cognitivo de la actitud - acerca de la

práctica de la donación embrionaria debían tener conocimiento sobre tales aspectos la misma.

En la parte inferior de la página, se incluía una encuesta sociodemográfica diseñada ad hoc, para obtener los datos sobre edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, existencia y origen de hijos según fueran biológicos, adoptados, nacidos de óvulos o de espermatozoides donados, si los sujetos estaban buscando un hijo en el momento de ser evaluados y el estatus del examinado en tanto pertenecía a uno de los tres grupos incluidos en el estudio. Se aclaraban los propósitos de la investigación y el carácter anónimo y confidencial de la información brindada.

Los siguientes tres páginas incluían los ítems específicos, que ofrecían entre dos y ocho opciones de respuesta. Se permitió que los examinados trabajaran sin tiempo límite para responder.

3.7.4 Criterio de redacción de los ítems, juicio experto y administración piloto

La elaboración de la escala se realizó a partir de la exploración sobre el tema donación de embriones para la confección de una ponencia en un Simposio sobre *Temas Controversiales en Reproducción Humana* donde la autora fue invitada a exponer sobre los aspectos psicológicos involucrados en la donación, adopción o dación de esos embriones a parejas infértiles (Urdapilleta, 2001).

A tal efecto se realizó un profundo relevamiento bibliográfico destinado a brindar insumos o ideas para la confección de la escala. Debido a la falta de información en cuanto a investigaciones sobre la temática, se utilizaron datos aportados por autores que ahondaron en temas vinculados al dominio, aunque ninguno de los estudios trataba específicamente sobre el mismo. Por lo tanto, basándose en la experiencia clínica y en las preferencias relevadas en cinco investigaciones extranjeras realizadas a sujetos que debían decidir el destino de sus embriones (Kingsberg et al., 2000; Klock, 2001; Laurelle & Englert, 1995; Söderström-Anttila et al., 2001; Van Boris et al., 1999) y otras referidas a problemáticas surgidas en familias formadas por donación de espermatozoides y/o de óvulos (Daniels & Thorn, 2001; McGee et al., 2001; McWhinnie, 2001; Natchigall et al., 1997; Sheffield & Steele, 1997), así como los resultados recabados a partir de la realización de los grupos focales ya mencionados (apartado 3.2 Instrumentos), se redactó un *pool* inicial de 50 ítems que respetaban las características formales establecidas de antemano y detalladas en el presente apartado.

Una vez finalizada la etapa anterior se sometió el instrumento preliminar a la instancia de juicio experto que estuvo conformada por siete profesionales: cinco psicólogos especializados en infertilidad, un médico *reproductólogo* y un abogado experto en el área. Este paso se realizó a los fines de depurar la prueba realizando una clasificación tentativa de las dimensiones a evaluar. Se pidió que relacionaran cada ítem con las 14 dimensiones propuestas a continuación. Cada elemento podía ser vinculado a dos o más dimensiones si lo consideraban necesario. Las dimensiones propuestas fueron:

1. Conexión Genética: aspecto biológico
2. Conexión Genética: aspecto psicológico
3. Lenguaje: Múltiples “padres”: confusión que genera la definición no unánime entre las distintas personas y las distintas profesiones, por ejemplo: madre gestante según la mirada del obstetra, – madre genética según el genetista, - madre de crianza o social desde un psicólogo o asistente social, – madre legal según un abogado que se guía por las leyes de filiación de cada estado o país.
4. Lenguaje: dificultades relacionadas con la falta de vocablos claros que definan lugares dentro de una familia y el nombre asignado a cada miembro de la misma.
5. Lenguaje: “Embrión”: múltiples definiciones que existen y que crean realidades según por cual se opte.
6. Lenguaje: Quién es “padre”: ¿el que cría, el que aporta las gametas o el que gesta? y ¿según quién?
7. Aspectos legales
8. Aspectos éticos
9. Aspectos psicológicos
10. Persona nacida por donación de embriones
11. Familia
12. Información donantes – receptores - nacido
13. Relación donante - nacido
14. Relación donante – receptor

Las seis dimensiones nombradas en la construcción final de la escala (Ver pág. 142) sintetizan estas catorce dimensiones planteadas originariamente a los jueces.

El acuerdo entre jueces se determinó según el grado de coincidencia entre sus evaluaciones estableciéndose un piso de 60% de acuerdo para conservar el reactivo. De esta manera se conservaron aquellos ítems en los que habían acordado de 4 a 7 jueces, dado que esta cantidad corresponde a un porcentual que varía entre el 57% y el 100% (coeficientes Aiken de .57 a 1.00).

Luego de efectuar la primera depuración por jueces, los 40 ítems conservados se administraron a una muestra piloto de 80 sujetos: 27 expertos (9 ginecólogos/obstetras, 2 andrólogos, 5 biólogos, 2 psicólogos, 2 genetistas, 1 enfermera especialista en infertilidad, 3 profesionales del área exclusivamente dedicados a investigación, un ex paciente director de un grupo de autoayuda para parejas con problemas reproductivos, y dos abogados miembros del Comité de Ética de una de las clínicas de donde se recogieron los datos, 27 pacientes y 26 individuos de población general, dado que a este tipo de público se destinaría finalmente la escala. Las edades de estos participantes variaban entre los 22 y los 73 años, distribuyéndose los sexos alrededor del 50 % en cada subgrupo.

Las administraciones se hicieron en forma separada para cada grupo considerado con el fin de facilitar la interacción. Los examinados efectuaron

críticas y sugerencias de modificaciones en consigna e ítems, vigilándose los aspectos lingüísticos, la validez aparente y la adecuada comprensión de la tarea a ser realizada, así como los contenidos connotados y denotados por los reactivos. Por sugerencia de los jueces y también de la administración piloto, se decidió incluir ítems de dos tipos principales:

- 1) Con respuesta ordinal (si – no sé – no) likert de tres posiciones.
- 2) Con distinta modalidad de respuesta nominal, dado que las alternativas no eran excluyentes.

De esta manera, se llegó a la versión definitiva, destinada a ser administrada a la muestra de tipificación que, además, funcionaría como muestra para el resto de los objetivos de investigación planteados.

3.7.5 Administración de tipificación

La muestra de tipificación estuvo compuesta inicialmente por 450 sujetos adultos (ver detalle en el apartado 3.1, Muestra).

Los tres grupos respondieron en forma voluntaria ante la presencia de un profesional que se encontraba disponible para aclarar dudas y para explicitar la consigna en forma oral. En el mismo ambiente se colocó además, una urna de madera donde se debía introducir el protocolo una vez completado.

Criterios de exclusión: en una primera instancia, se eliminaron los protocolos con respuestas incompletas en cuanto a los datos sociodemográficos y aquellos que mostraban estilos de respuesta que ponían en tela de juicio la validez de las mismas.

A partir de esta eliminación de casos dudosos, se construyó la base de datos que dio lugar al análisis psicométrico que posibilitó la depuración definitiva del instrumento, así como los análisis posteriores.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

4. Descripción de la muestra

Luego de eliminar los casos que respondían a los criterios de exclusión previstos, se trabajó con una muestra final que estuvo compuesta por 407 sujetos. El 39.3% de ellos eran varones ($n=160$) y el 60.7% mujeres ($n=247$), (Fig.1). Las edades variaban entre los 18 y los 60 años ($\bar{X}_{\text{edad}}= 34.95$; $DT= 8.11$).

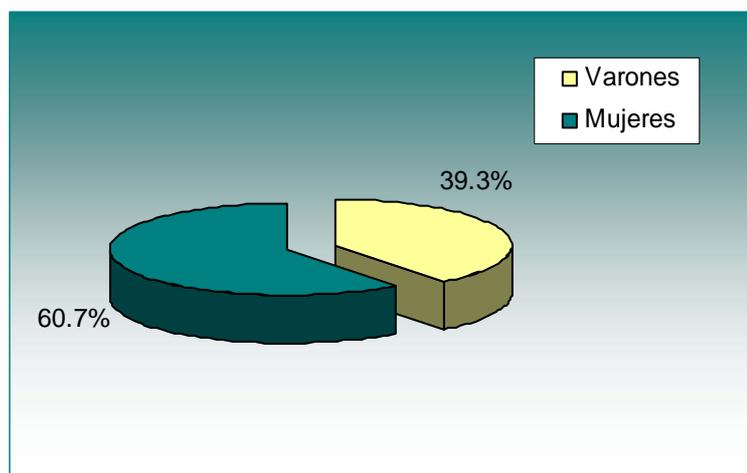


Fig. 1. Distribución según sexo.

El N total se repartió en tres grupos, que servirían para efectuar comparaciones en las actitudes evaluadas: un grupo de 160 pacientes que acudía a clínicas de la especialidad (39%), otro grupo de 97 expertos en esa área (24%) y en tercero de 150 sujetos de población general (37%); (Fig. 2).

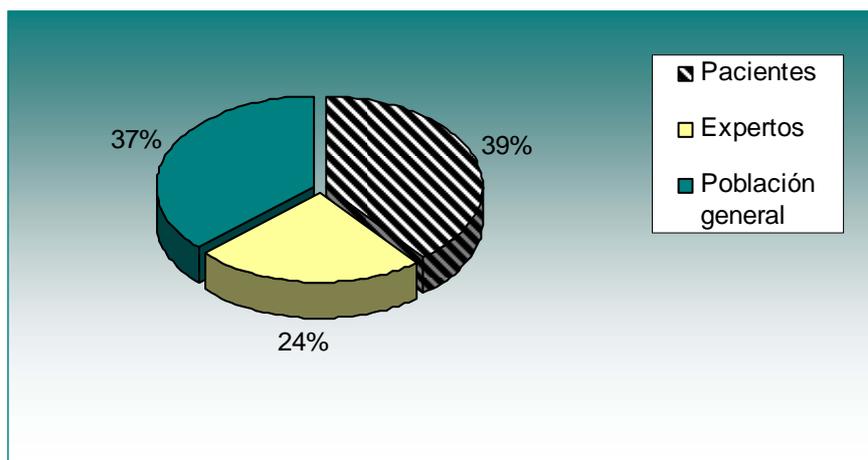


Fig. 2. Distribución según el estatus del examinado

Como puede apreciarse en la Tabla 1, las mujeres han sido mayoría en los tres grupos de comparación (70.0%, 56.7% y 53.3%, respectivamente).

Tabla 1

Distribución según sexo y grupo de comparación

Estatus del examinado	<i>n</i>	%
Varones		
Pacientes	48	30.0
Población general	70	46.7
Expertos	42	43.3
Mujeres		
Pacientes	112	70.0
Población general	80	53.3
Expertos	55	56.7

La Tabla 2 resume los descriptivos para la edad en cada grupo de testeo comparado; se advierte que la dispersión es mayor entre los expertos y la población general. Asimismo, se observa que se verifican diferencias

estadísticamente significativas en las medias de edad correspondientes a cada uno ($F= 10.568$; $2/404$ gl; $p= .000$). El contraste a posteriori empleado ha separado tres subsets homogéneos, por lo que se asume que las diferencias verificadas se dan entre los tres grupos.

Tabla 2.

Descriptivos para la edad según grupo de comparación.

Estatus del examinado	Edad			
	\bar{X}	<i>DE</i>	Mínimo	Máximo
Pacientes	35.07	4.88	22	48
Población general	33.01	9.59	18	57
Expertos	37.75	9.05	24	60

Para ampliar esta descripción se aporta información sobre la distribución según intervalos de edades en cada grupo considerado. Para ello se han tomado en cuenta rangos no iguales que responden a criterios evolutivos: adultos jóvenes (18 a 29 años), adultos medios (30 a 44 años) y adultos maduros (45 a 60 años); (Fig. 3).

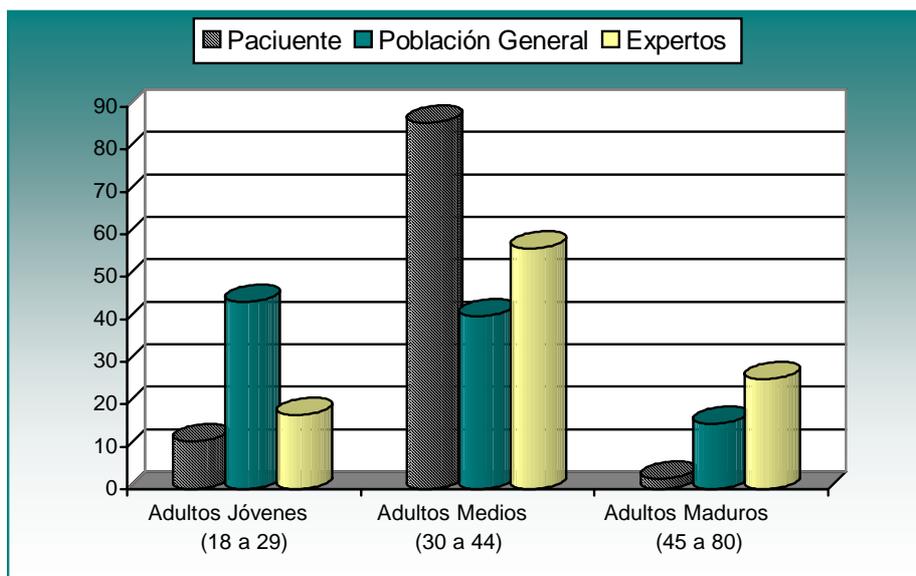


Fig. 3. Distribución de la edad según intervalos evolutivos y grupo de comparación

Como puede inferirse a partir de la observación de la Tabla 3, la mayor parte del grupo de pacientes (86.3%) se encontraba en el intervalo de edad correspondiente a la adultez media. Lo mismo sucedía en el grupo de expertos, aunque esta mayoría estaba representada por un porcentual menor (56.7%). En el grupo de sujetos de población general, en cambio, las proporciones más altas de casos se ubicaban en las franjas de adultos jóvenes y medios (44.0% y 40.7%, respectivamente).

Tabla 3.

Distribución de la edad según intervalos evolutivos y grupo de comparación

Edad	Paciente		Población general		Expertos	
	n	%	n	%	n	%
Adultos jóvenes (18 a 29)	18	11.3%	66	44.0%	17	17.5%
Adultos medios (30 a 44)	138	86.3%	61	40.7%	55	56.7%
Adultos maduros (45 a 60)	4	2.5%	23	15.3%	25	25.8%

Con respecto al estado civil de los sujetos (Fig. 4), presentaba mayoría de casados tanto en el grupo de pacientes (86.9%), como en el de expertos (59.8%). Dentro de la población general la proporción entre casados y solteros era similar (44.0% y 45.3%, respectivamente). El número de separados (pacientes: 4.4%, población general: 9.3%, expertos: 7.2%) y viudos (pacientes: .6%, población general: .7%) no era relevante en comparación con la categoría de casados y/o solteros en ninguno de los tres grupos considerados.

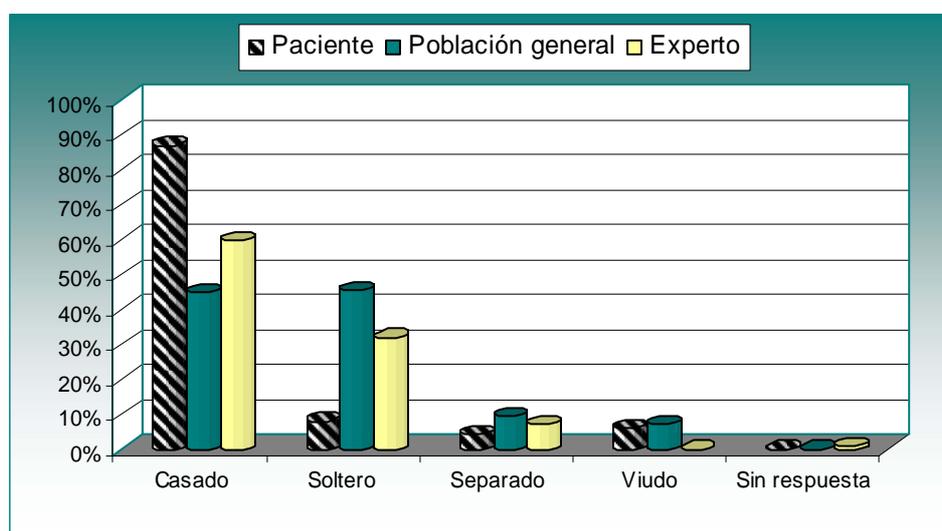


Fig. 4. Distribución del estado civil según grupo de comparación

Como surge de la Fig. 5, las ocupaciones de los pacientes se distribuían fundamentalmente en dos grupos: un 40.6% en la categoría correspondiente a docentes, enfermeros, choferes, comerciantes, vendedores, empleados calificados, suboficiales FFAA y de seguridad (n=65) y un 40.0% de profesionales, funcionarios de alto rango y empresarios (n=64). En el grupo de expertos, la gran mayoría, el 95.9%, pertenecía al grupo de profesionales,

funcionarios de alto rango y empresarios (n=93). En cambio, en la población general, tres tipos de ocupaciones eran las más frecuentes: el 38.7% pertenecían a la categoría de docentes, enfermeros, choferes, comerciantes, vendedores, empleados calificados, suboficiales FFAA y de seguridad (n=58), el 29.3% eran profesionales, funcionarios de alto rango y empresarios (n=44) y el 21.3% eran jubilados, amas de casa, desempleados y estudiantes (n=32). Ver categorización empleada en la Fig. 5.

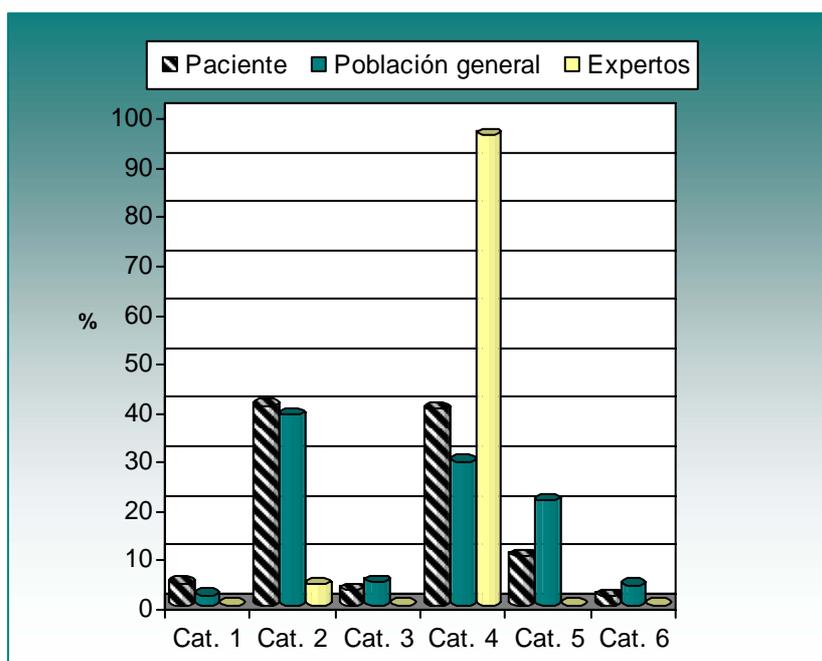


Fig. 5. Distribución de ocupación según grupo de comparación

Cat. 1: cuentapropistas, empl. de servicios, obreros agrícolas, empl. no calificados, agentes de fuerzas de seguridad
 Cat. 2: docentes, enfermeros, choferes, comerciantes, vendedores, empl. calificados, suboficiales FFAA y de seguridad
 Cat. 3: jefes, supervisores, bancarios calificados, oficiales de las FFAA y de seguridad
 Cat. 4: profesionales, funcionarios de alto rango y empresarios
 Cat. 5: jubilados, amas de casa, desempleados y estudiantes
 Cat. 6: sin respuesta

La gran mayoría del grupo de los pacientes de las clínicas, el 93.8%, buscaba un hijo al momento de ser evaluado (n=150). Por el contrario, los otros dos grupos, en su gran mayoría, no deseaban tener uno en ese momento (población general 98.0% y expertos 79.4%, respectivamente). Sin embargo, un 20.6% de los expertos, sí buscaba un hijo (n=20), (Fig. 6).

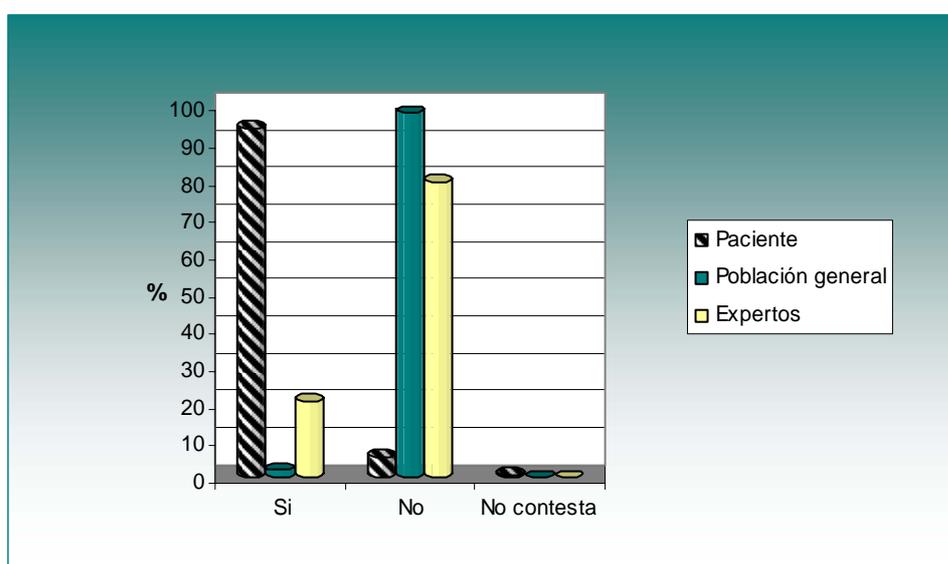


Fig. 6. Distribución de la búsqueda de hijos según grupo de comparación

La evaluación acerca de la pertenencia o no a alguna religión arrojó los siguientes resultados (Fig. 10): en los tres grupos examinados la religión católica fue la predominante: 121 pacientes (75.6%), 106 sujetos de población general (70.7%) y 65 expertos (67.0%). En segundo lugar, la religión judía se distribuyó así: 10 pacientes (6.3%), 10 casos de población general (6.7%) y 11 expertos (11.3%). En la categoría correspondiente a ateos o agnósticos se encontraron: 8 pacientes (5%), 12 sujetos de la población general (8%) y 5

expertos (5.1%). Se agrupó en una última categoría – Otros - a los sujetos que pertenecían a las religiones protestante, musulmana, evangelista, mormona y budista, distribuyéndose así: 5 pacientes (3.0%) y 4 sujetos de la población general (2.8%), no incluyéndose ningún experto en esta categoría; (Fig. 7).

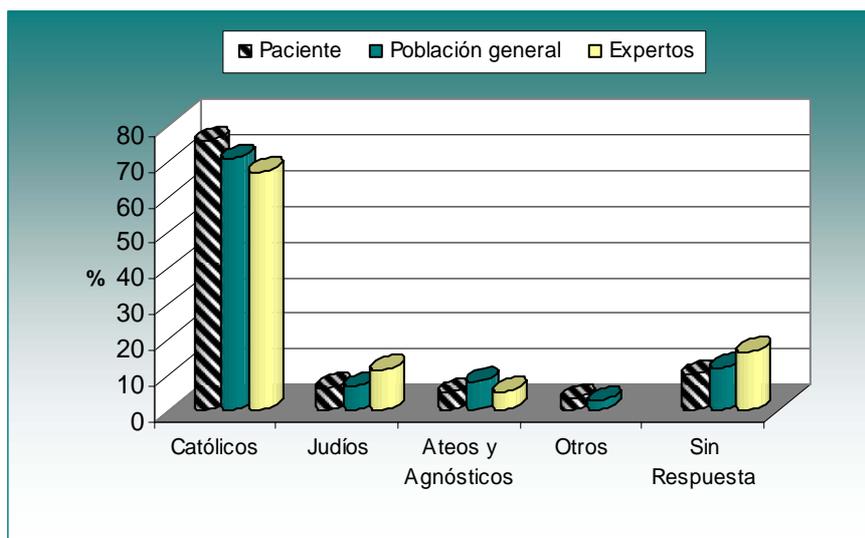


Fig. 7. Distribución de religiones según grupo de comparación

Con respecto a la existencia de hijos al momento de ser examinados, se encontró que el 74.4% de los pacientes (n=119) no tenía hijos aún. En cambio, tanto en la población general como en los expertos, alrededor de la mitad de los individuos ya tenía algún hijo (47.7% y 51.5%, respectivamente), (Fig. 8).

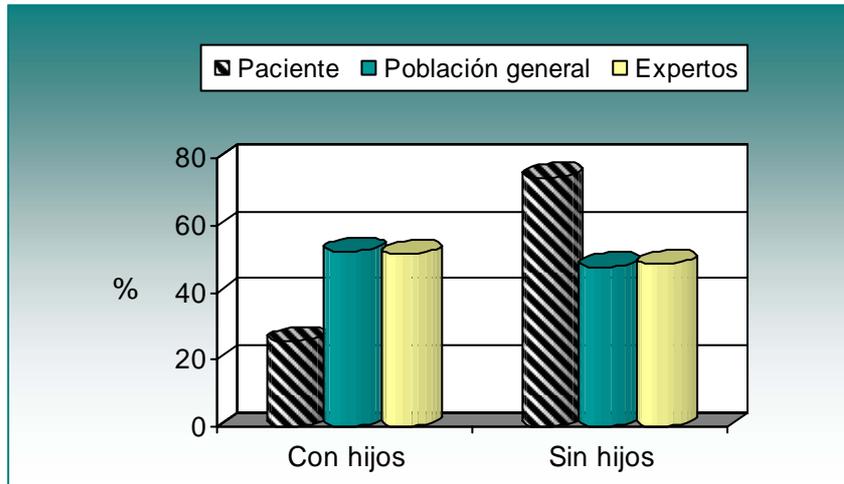


Fig. 8. Distribución según existencia de hijos y grupo de comparación

**ANÁLISIS DE LOS
DATOS Y
RESULTADOS**

5. Análisis de datos y Resultados

A pesar de haberse formulado distintos objetivos, se comenzará informando los resultados del último de ellos, el número 9, referido a la construcción de un instrumento autoadministrable, válido y confiable, confeccionado para lograr el cumplimiento de los objetivos restantes de esta investigación.

Como ya se comentó, la escala de actitud, deliberadamente construida para medir tanto los componentes cognitivos, como los afectivos y los conativos – conductuales, se planteó a los respondientes induciendo a que se ubicaran en tres escenarios imaginarios distintos: si fueran donantes, si fueran receptores o si fueran nacidos de embriones donados. Dado que muchos de los reactivos ofrecían formatos de respuesta no excluyentes, se les dio a los sujetos la posibilidad de elegir más de una opción.

Para el análisis de este instrumento, se lo dividió en dos partes:

a) aquella con preguntas con un tipo de respuesta uniforme, ordinal – si, no, no sé -, que daría lugar a la Escala de Actitudes hacia la Donación de Embriones

b) ítems con diferente formato, que se analizaron de manera individual y diferenciada, debido a que el nivel de medición de los mismos era nominal.

a) Análisis psicométrico de los ítems con respuesta ordinal (Escala de Actitudes)

En primer lugar se realizó el análisis de la discriminación de los ítems mediante el cálculo de la correlación corregida entre la puntuación de cada elemento y la puntuación total (Martínez Arias, 1995), con el objeto de eliminar los reactivos de baja capacidad discriminativa. En virtud de que el cuestionario original constaba de tres bloques temáticos – coincidentes con el posicionamiento del sujeto en tres escenarios imaginarios: ser donante de embriones, ser receptor de embriones y haber nacido de embriones donados – el cálculo de los coeficientes de discriminación se efectuó separadamente para cada bloque. Si bien la idea original era conservar ítems con coeficientes mayores de 0.30 - $r_{\text{correg}} \geq .30$ -, por considerarse un valor óptimo (Martínez Arias, 1995) se decidió incluir tres elementos con coeficientes entre 0.20 y 0.30 - 9, 10 y 17 – por la importancia teórica de los contenidos a los que aludían y porque recibían cargas factoriales iguales o superiores a .40 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999; Martínez Arias, 1995) (Tabla 4). Los ítems 13 y 14 se eliminaron en base a que obtuvieron coeficientes de discriminación inferiores al mínimo esperado.

Tabla 4.

Escala de Actitudes hacia la donación de embriones: índices de discriminación item/escala total, corregida.

DONANTES		RECEPTORES		NACIDOS	
1	5960	15	5413	22	6682
2	5776	16	6123	23	7094
3	4919	17	2588	24	3305
4	6264	18	3297	25	6300
5	5638	19	4917	26	5778
6	6578	20	5495		
7	4772	21	5473		
8	5902				
9	2594				
10	2077				
11	4423				
12	3585				
13	.0006				
14	-.0089				

Items = 12

Alpha = .8336

N sujetos = 373

Items = 7

Alpha = .7586

N sujetos = 386

Items = 5

Alpha = .7947

N sujetos = 391

Figuran en negrita los elementos eliminados

En segundo lugar, se efectuó un análisis de componentes principales sobre los ítems conservados, ensayando varios tipos de rotaciones ortogonales y oblicuas. Los resultados indicaron la conveniencia de elegir entre las estructuras factoriales rotadas según los métodos Varimax y Oblimin Directo. No se adoptó de entrada un procedimiento específico ya que no existían antecedentes al respecto.

A pesar de que ambas soluciones aparecían como potencialmente posibles para explicar la configuración de respuestas brindada por los

examinados, se decidió optar por la oblicua en virtud de la interrelación que puede plantearse entre las variables latentes desde el punto de vista teórico, ya que representa mejor los datos conservando, además, dos variables de peso desde la psicología de la infertilidad. Los índices de bondad de ajuste indican una buena proporción de casos/ítems, así como un adecuado ajuste de la solución obtenida a los datos originales (Kaiser-Meyer-Olkin= .901; Test de Esfericidad de Bartlett: $\chi^2= 3875.658$, 324, gl : 231; sig= .000), y los tres factores aislados explican respectivamente el 35.463%, 11,210% y 9,378% de la varianza, resultado que expresa la mayor importancia del factor 1 respecto de los otros dos para explicar las respuestas obtenidas por esta muestra de sujetos. (Tabla 5; se aclara que los ítems incluidos en esta tabla han sido renumerados contemplando las eliminaciones ya detalladas).

Tabla 5.

Escala de Actitudes hacia la donación de embriones: análisis factorial

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
1 ¿Si la pareja receptora no fuera conocida, le gustaría conocerla?			-.816
2 ¿Si donara sus embriones, querría saber si nació un niño como resultado del tratamiento?			-.792
3 ¿De haber nacido un niño con una enfermedad severa o hereditaria de los embriones que donó, querría saberlo?			-.720
4 ¿Dejaría información identificatoria (nombre; dirección; etc.) suya para el niño en el futuro?	641		
5 ¿Cree que el niño nacido de embriones donados tiene derecho a recibir información identificatoria sobre usted cuando llegue a la mayoría de edad?	900		
6 ¿Estaría dispuesto a contactarse con el niño?	691		
7 ¿Consideraría a ese chico hermano de sus hijos, si los tienen?	505		
8 ¿Cree que sería conveniente que sus hijos conocieran al chico nacido de los embriones que Ud. va a donar?	480		
9 ¿Cree que la pareja receptora debería ser evaluada psicológica/psiquiátricamente?		726	
10 ¿Cree que la pareja receptora debería recibir asesoramiento psicológico acerca de este modo de formar una familia?		621	
11 ¿Le gustaría saber que los receptores cualifican bien como potenciales buenos padres?		472	
12 ¿Le interesaría saber si los receptores están en una posición económica buena?			-.435
13 ¿Si la pareja donante fuera desconocida, le gustaría conocerla?			-.764
14 ¿Le gustaría tener información identificatoria (nombre, dirección, etc) de la pareja donante de los embriones?			-.726
15 ¿Cree que los donantes tendrían que tener una evaluación psicológica/psiquiátrica?		788	
16 ¿Cree que la pareja donante debería recibir asesoramiento psicológico acerca de las implicancias de donar embriones formados con sus gametas?		747	
17 ¿Cree Ud. que el niño nacido por embriones donados tiene derecho a saber acerca de su origen?	858		
18 ¿Cree Ud. que el niño tendría derecho a acceder a los registros identificatorios de los donantes cuando llegue a la mayoría de edad?	887		
19 ¿Debería la pareja donante saber si el embrión que le donaron resultó en un niño nacido?			-.666
20 ¿Querría enterarse que nació por embriones donados?	599		
21 ¿Le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión?			-.517
22 ¿Cree que las personas nacidas de un embrión donado tienen derecho a conocer su origen?	857		
Vza %	35.463 %	11.210 %	9.378 %
KMO = .901 X² Bartlett = 3875,324 , 231 gl ; sig = .000			

Por último, se realizó el análisis de consistencia interna del instrumento, que arrojó los siguientes resultados: Factor 1: .8829, Factor 2: .6725, Factor 3: .8654, siendo el Alpha total .9049. (Tabla 6).

Tabla 6

Escala de Actitudes hacia la donación de embriones: Índices de discriminación por ítem y consistencia interna y total por factor

Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Ítem	Correlación ítem total corregida	Ítem	Correlación ítem total corregida	Ítem	Correlación ítem total corregida
4	.7002	9	.4883	1	.7285
5	.7878	10	.3922	2	.6970
6	.7399	11	.3230	3	.6006
7	.3446	15	.5651	12	.3194
8	.5375	16	.4332	13	.6717
17	.6322			14	.7114
18	.7350			19	.6630
20	.5805			21	.5624
22	.6811				
Correlación inter ítem		Correlación inter ítem		Correlación inter ítem	
\bar{X}	.4633	\bar{X}	.3052	\bar{X}	.4473
Mín	.1717	Mín	.1025	Mín	.1575
Máx	.7242	Máx	.6703	Máx	.6886
Vza	.0241	Vza	.0246	Vza	.0192
Alpha	.8829	Alpha	.6725	Alpha	.8654
Alpha total: .9049	\bar{X} : .2958	Mín: -.0337	Máx: .7242	Vza: .0280	

Ítems excluidos del Análisis de Discriminación y del Análisis Factorial

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿Donaría sus embriones a mujeres solteras? (Tabla 1, ítem 13)
- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿Donaría sus embriones a lesbianas? (Tabla 1, ítem 14)

- Si hubiera nacido de embriones donados, ¿Le gustaría tener datos identificatorios de la pareja que donó el embrión? (eliminado por el Análisis Factorial)
- Si hubiera nacido de embriones donados, ¿Le gustaría tener información no identificatoria? (eliminado por el Análisis Factorial)

De esta forma, la escala definitiva quedó conformada por 22 ítems con respuesta ordinal que se dividieron en tres subescalas, correspondientes a los tres factores aislados, que se analizarán en detalle en la Discusión.

b) Ítems descriptivos, con opciones de respuesta en un nivel de medición nominal (Tabla 7).

Como ya se comentó, el resto de los ítems tuvieron una modalidad de respuesta nominal, debido a que las alternativas no eran excluyentes, y a que respondían a objetivos no incluidos en la Escala de Actitudes.

Tabla 7.

Si Ud. tuviera embriones congelados que no quiere o no puede usar, ¿qué preferiría?	Donarlos	Desecharlos	Darlos para investigación	No sé
---	----------	-------------	---------------------------	-------

Si Ud. Fuera donantes de embriones...				
2) ¿Considera que padre/ madre es...	Quien cría a un hijo	Quien aporta el material genético (óvulo y espermatozoide)		
3) ¿Si decidiera donar sus embriones a otra pareja, preferiría que la pareja receptora fuera	Anónima	Conocida (familiares amigos)	No sé	
4) ¿Cree que si donara un embrión, estaría donando...	Un conjunto de células con potencial de ser un hijo	Un hijo		
5) ¿Cuál es la edad límite que la pareja receptora debiera tener para recibir los embriones que Ud. va a donar?	Mujer	Varón	Ninguna	
6) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja receptora le gustaría tener?	Ninguna	Alguna		
7) ¿Cómo cree que se sentirá sobre el hecho de que exista una persona con su material genético con la que no tendrá contacto?	Bien	Mal	Regular	Indiferente
8) ¿Le preocupa la idea de que existe la remota posibilidad de que en el futuro su hijo/a se case con la persona nacida por sus embriones donados?	Si	No		

Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia....								
9) ¿Preferiría que la pareja donante fuera	Conocida suya (familiares o amigos)	Anónima	Indiferente					
10) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja donante le gustaría tener?	Rasgos físicos	Enfermedades de los donantes	Causas de infertilidad	Motivos para donar los embriones	Si los donantes tienen hijos	Edad	Ninguna	Otras
11) Si los donantes tienen hijos, ¿cómo los consideraría respecto del suyo?	Hermanos	Hermanos genéticos	Medio hermanos	Sin vínculo	Otros			

Si Ud. hubiera nacido de embriones donados ...		
12) ¿Quiénes serían sus padres para Ud.?	La pareja que aportó el embrión	La pareja que lo gestó y lo crió

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 1

Para responder al Objetivo 1, que planteaba investigar las actitudes que asumirían los sujetos hacia el destino final de sus embriones criopreservados en caso de decidir no usarlos o de no poder utilizarlos ellos mismos, se realizó un cálculo de frecuencias y porcentajes de las respuestas ofrecidas por los participantes en la muestra total. Este ítem no fue incluido en la escala ya que su nivel de medición era nominal. Dado que podían elegir más de una opción dentro de las ofrecidas, no se informa la frecuencia total sino según cada subgrupo.

Se verificó que para el 63.1% (101 casos) de los pacientes, el 52,7% (79 sujetos) de la población general y el 54.6% (53 individuos) de los expertos, la donación de sus embriones criopreservados a otras parejas infértiles era una opción elegida. El desechar tales embriones criopreservados no fue una opción ampliamente aceptada por ninguno de los tres grupos; sólo el 13.1% (21 sujetos) de los pacientes la eligieron, y en los otros dos grupos se encontraron porcentajes similares (población general 13.3% (20 casos) y 16.5% (16 individuos) de los expertos).

La tercera opción ofrecida, darlos en investigación, arrojó los siguientes niveles de aceptación entre los sujetos: 25.6% (41 casos) de los pacientes, 30.0% (45 individuos) de la población general y 20.6% (20 examinados) de los

expertos la incluyeron como posibilidad ante el hecho de no utilizarlos para ellos mismos.

También se verificaron porcentajes similares entre los individuos de duda e indecisión con respecto al destino final que les darían a sus embriones en caso de no utilizarlos. Así, se aprecia que respondieron no saber el 17.5% (28 sujetos) de los pacientes, el 16.0% (24 individuos) de la población general y el 16.5% (16 casos) de los expertos. (Fig. 9).

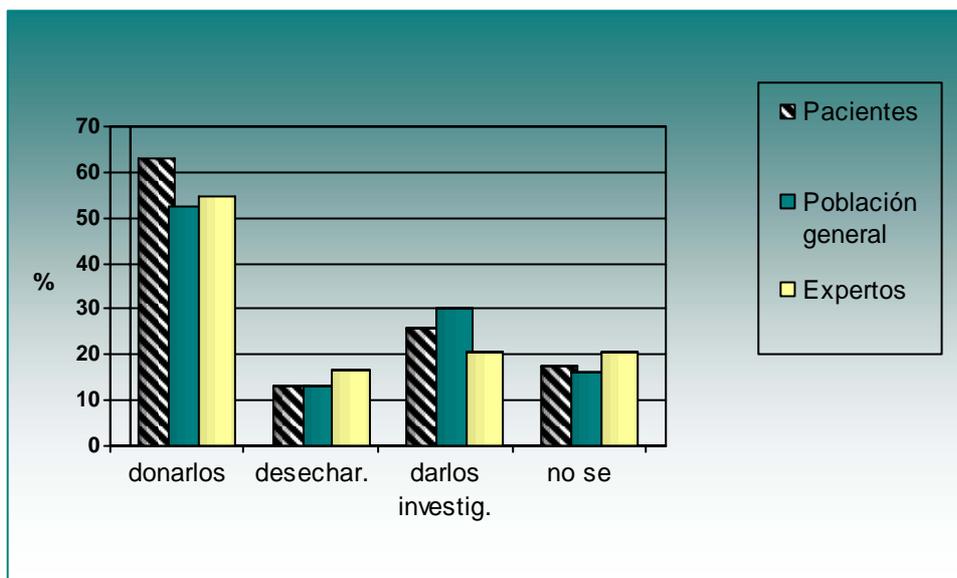


Fig.9. Destino de los embriones congelados que no van a usar.

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 2

El segundo objetivo consistía en relevar las actitudes de los sujetos frente a la conexión genética entre padres e hijos. Para cumplirlo, se realizaron cálculos de frecuencias y porcentajes de los siguientes ítems incluidos en la escala para la muestra general (para simplificar la comprensión de los títulos de las tablas correspondientes a los presentes resultados se consignará en primer término el escenario imaginario en el que el examinado debía situarse - donante, receptor o nacido - para luego hacer referencia al contenido específico del ítem). Se decidió no segmentar las respuestas según grupo de comparación con el fin de abreviar la lectura de los resultados.

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿cómo cree que se sentirá sobre el hecho de que exista una persona con su material genético con la que no tendrá contacto?

El 20.9% de los sujetos respondió que se sentiría *bien*, el 22.9% eligió la opción *indiferente*, el 22.9% dijo se sentiría *regular*, el 26.5% creía que se sentiría *mal* y el 6.9% no contestó al ítem (Tabla 8).

Tabla 8.

Donante/aspecto afectivo: existencia de una persona genéticamente relacionada con la que no tuviera contacto

	Frecuencia	Porcentaje
Bien	85	20.9
Indiferente	93	22.9
Regular	93	22.9
Mal	108	26.5
No contestó	28	6.9

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿dejaría información identificatoria (nombre; dirección; etc.) suya para el niño en el futuro?

Las respuestas a este ítem se distribuyeron de la siguiente manera: dejaría información identificatoria el 43.5% de los sujetos, no dejaría tal información el 38.1 % de los individuos, respondió *no sé* el 17.7% y el 0.7% no contestó al ítem (Tabla 9).

Tabla 9

Donantes/aspecto conativo: información identificatoria para el nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	177	43.5
No sé	72	17.7
No	155	38.1
No contesta	3	0.7

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿cree que el niño nacido de embriones donados tiene derecho a recibir información identificatoria sobre usted cuando llegue a la mayoría de edad?

El 54.1% de los sujetos respondió afirmativamente, el 24.1% creía que el niño nacido por embriones donados *no* tiene derecho a recibir información identificatoria suya, el 20.6% contestó *no sé* y el 1.2% de los sujetos no respondió (Tabla 10).

Tabla 10.

Donante/aspecto cognitivo: derecho del nacido a recibir información identificatoria en su mayoría de edad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	220	54.1
No sé	84	20.6
No	98	24.1
No Contesta	5	1.2

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿estaría dispuesto a contactarse con el niño?

De las respuestas de los sujetos a esta pregunta surgió que el 45.9% estaría dispuesto a contactarse, el 28.0 % no querría hacerlo, el 25.3% no sabía, y el 0.7% no respondió (Tabla 11).

Tabla 11.

Donante/aspecto conativo: disposición a contactarse con el nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	187	45.9
No sé	103	25.3
No	114	28.0
No contesta	3	0.7

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿consideraría a ese chico hermano de sus hijos, si los tiene?

Los resultados indicaron que le 35.6% de los sujetos respondió que *sí*, el 36.6% *no*, el 21.4% *no sé*, y el 6.4 omitió la respuesta (Tabla 12).

Tabla 12.

Donantes/Cognición: nacido por embriones donados sería hermano de sus hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	145	35.6
No sé	87	21.4
No	149	36.6
No contesta	26	6.4

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿cree que sería conveniente que sus hijos conocieran al chico nacido de los embriones que Ud. va a donar?

En este ítem, los sujetos respondieron que lo creían conveniente el 17.7 %, no lo creían el 46.7%, contestaron *no sé* el 34.2% y el 1.5% omitió responder este ítem (Tabla 13).

Tabla 13.

Donantes/aspecto cognitivo: nacido por los embriones que Ud. donó debería conocer a sus hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	72	17.7
No sé	239	34.2
No	190	46.7
No contesta	6	1.5

- ¿Le preocupa la idea de que existe la remota posibilidad de que en el futuro su hijo/a se case con la persona nacida por sus embriones donados?

Al 42.0% de los sujetos le preocupaba esa posibilidad, al 54.8 % no y el 3.2% no respondió, (Tabla 14).

Tabla 14.

Donantes/aspecto afectivo: posibilidad futura de casamiento entre sus hijos y nacido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	171	42.0
No	223	54.8
No contesta	13	3.2

- Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia, ¿cree Ud. que el niño nacido por embriones donados tiene derecho a saber acerca de su origen?

Los resultados indicaron que la mayoría, el 70.3% de los sujetos, afirmó que los niños nacidos por embriones donados tienen derecho a saber acerca de su origen, mientras que sólo el 11.8% respondió que no lo tienen y el 14.7 % dijo no saberlo. Un 3.2% de los sujetos de la muestra no respondió este ítem (Tabla 15).

Tabla 15.

Receptores/aspectocognitivo: el nacido tiene derecho a saber su origen

	Frecuencia	Porcentaje
Si	286	70.3
No sé	60	14.7
No	48	11.8
No contesta	13	3.2

- Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia, ¿cree Ud. que el niño tendría derecho a acceder a los registros identificatorios de los donantes cuando llegue a la mayoría de edad?

Los resultados se distribuyeron de la siguiente manera: 59.0% respondió que *si*, 17.2 % que *no*, 20.4% adujo no saber, y 3.4% no contestó (Tabla 16).

Tabla 16.

Receptores/aspecto cognitivo: el nacido tiene derecho a acceder a registros identificatorios

	Frecuencia	Porcentaje
Si	240	59.0
No sé	83	20.4
No	70	17.2
No contesta	14	3.4

- Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia, y los donantes tienen hijos, ¿cómo los consideraría respecto del suyo?

Se presentaron cuatro opciones no excluyentes y las respuestas a cada uno fueron: *Hermanos*: el 13.5%, *Medio hermanos*: el 3.4%, *Hermanos genéticos*: 43.0%, y *Sin vínculo*: el 33.4% (Tabla 17).

Tabla 17.

Receptores/aspecto conativo: vínculo entre hijos de los donantes y el propio

	Frecuencia	Porcentaje
Hermanos	55	13.5
Medio hermanos	14	3.4
Hermanos genéticos	175	43.0
Sin vínculo	136	33.4

- Si Ud. hubiera nacido de embriones donados, ¿querría enterarse de que nació por ese medio?

El 68.8% de los sujetos respondió que querría enterarse, el 26.5% *no*, el 3.9% no supo y el 0.7 % omitió la respuesta (Tabla 18).

Tabla 18.

Nacido/tres aspectos: enterarse de que nació por embriones donados

	Frecuencia	Porcentaje
Si	280	68.8
No sé	16	3.9
No	108	26.5
No contesta	3	0.7

- Si Ud. hubiera nacido de embriones donados, ¿le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión?

El 28.5% de los sujetos respondió que le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión, el 42.3% manifestó no querer conocerla, el 27.5% afirmó no saber, y el 1.7% no respondió al ítem (Tabla 19).

Tabla 19.

Nacido/tres aspectos: conocer a la pareja que donó el embrión

	Frecuencia	Porcentaje
Si	116	28.5
No sé	112	27.5
No	172	42.3
No contesta	7	1.7

- Si Ud. hubiera nacido de embriones donados, ¿cree que las personas nacidas de un embrión donado tienen derecho a conocer su origen?

Las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma: *sí* (71.5%), *no* (10.1%), *no sé* (16.2%) y el 2.2% no respondió (Tabla 20).

Tabla 20.

Nacido/aspecto cognitivo: tienen derecho a conocer su origen.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	291	71.5
No sé	66	16.2
No	41	10.1
No contesta	9	2.2

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 3

Con el fin de responder al Objetivo 3, que pretendía evaluar las definiciones o redefiniciones personales del lenguaje respecto de los componentes de una familia (*padre, hijo, embrión*), se realizaron cálculos de frecuencias y porcentajes para describir las elecciones de los sujetos en la muestra global. Para realizar este análisis se contemplaron las siguientes preguntas:

- Si Ud. fuera donante de embriones, ¿Consideraría que padre/ madre es quien cría a un hijo y/o quien aporta el material genético (óvulo y espermatozoide)?
- ¿Cree que si donara un embrión, estaría donando un conjunto de células con potencial de ser un hijo y/o un hijo?
- Si Ud. hubiera nacido de embriones donados, ¿Quiénes serían sus padres para Ud., la pareja que aportó el embrión y/o la pareja que lo gestó y lo crió?

Se encontró que los porcentajes a favor de que *padre es quien cría a un hijo* fueron muy elevados en los tres grupos (95.6% de los pacientes, 94.0% de la población general y, 92.8% de los expertos). La consideración de *padre/madre a quien aporta los genes* fue mayor entre los expertos (18.6%) y la población general (16.7%) que entre los pacientes, encontrándose esta respuesta, sólo en el 8.1% de los mismos (Fig. 10).

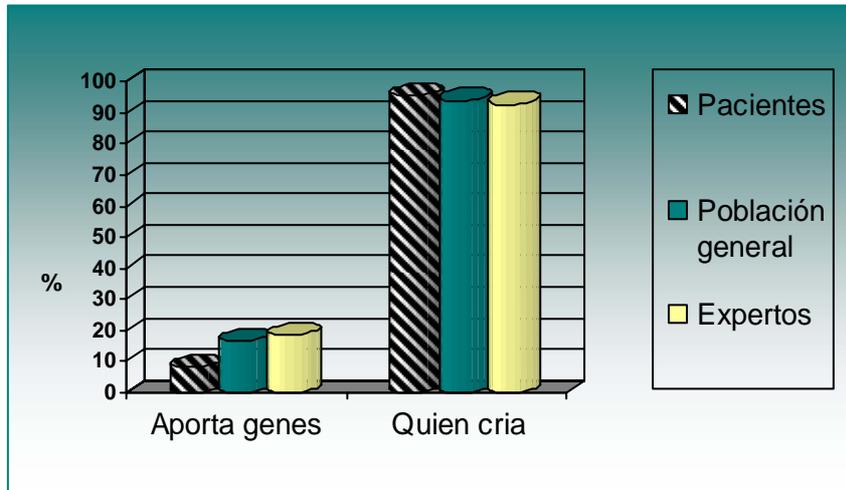


Fig. 10. Consideración de quién es padre o madre

Con respecto a la segunda pregunta que abarcaba este tercer objetivo, surgió que de los 160 pacientes evaluados, 65.5% consideraba al embrión como un conjunto de células con potencial de ser un hijo y el 26.3% de los mismos directamente como un hijo. Estas proporciones fueron similares a las halladas en el grupo de 97 expertos (70.1% y 25.8%, respectivamente). En el grupo de la población general (N =150), la elección de la opciones estuvo menos polarizada, hallándose que el 54.0 % de los sujetos consideraba al embrión un conjunto de células con potencial y 39.3% lo consideraba un hijo, (Fig. 11).

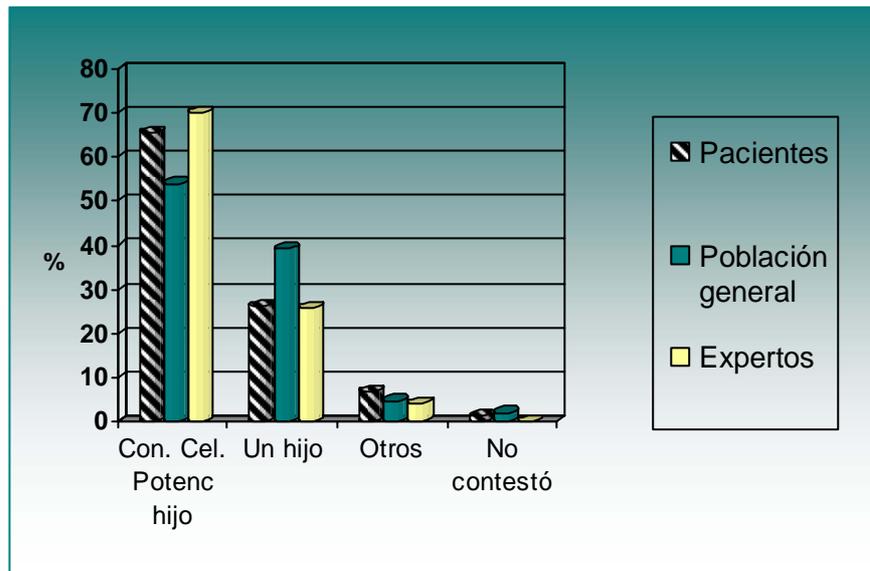


Fig.11. Estatus del embrión a donar

A partir del análisis de las respuestas a la tercera pregunta, se obtuvieron los siguientes valores: mayoritariamente los tres grupos (pacientes 96.6%, población general 91.3% y expertos 96.9%) consideraron que *quienes gestaron y criaron al hijo* serían considerados por el sujeto nacido de embriones donados, *sus padres*. Con respecto a la consideración acerca de que *padres serían quienes aportaron el embrión*, las respuestas se distribuyeron así: 3.1% en el grupo de los pacientes, 8.7% en el de población general y 3.1% para los expertos, (Fig 12).

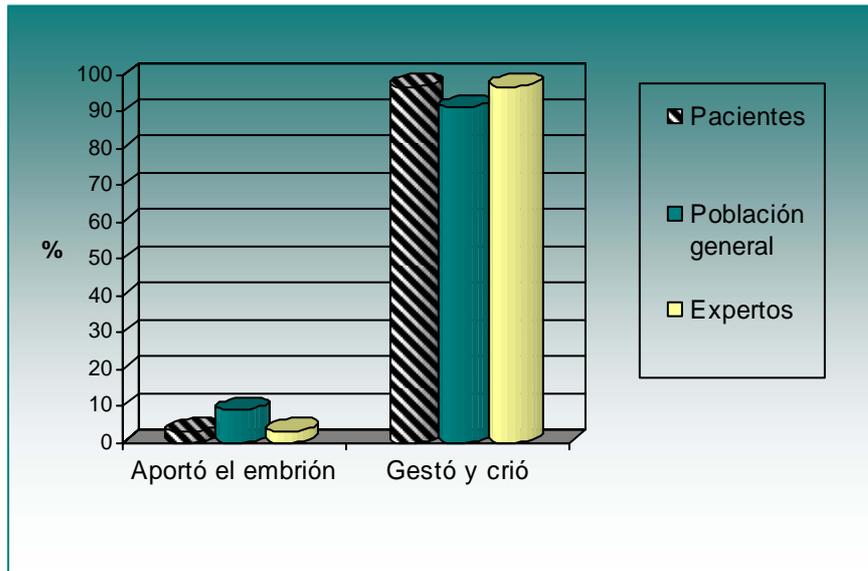


Fig. 12. Estatus de padre/ madre

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 4

El Objetivo 4, se proponía determinar el alcance de información que los sujetos querrían tener respecto de esta manera de formar una familia si se posicionaran, alternativamente, en los tres escenarios imaginarios propuestos: ser donantes, ser receptores y ser nacidos de embriones donados.

En una primera instancia, y a modo de relevamiento de información, se analizaron tres ítems desde el escenario donante y desde el de receptor.

Ítems desde el lugar de donante

- De haber nacido un niño con una enfermedad severa o hereditaria de los embriones que donó, ¿querría saberlo?

Los resultados indicaron que el 45.0% querría saber, el 41.8% de los sujetos no lo querría saber, el 12.5% optó por la respuesta *no sé* y 0.7% no respondió, (Tabla 21).

Tabla 21.

Donantes/aspecto cognitivo: Información sobre enfermedad hereditaria

	Frecuencia	Porcentaje
Si	183	45.0
No sé	51	12.5
No	170	41.8
No contesta	3	0.7

- ¿Le gustaría saber que los receptores cualifican como potenciales buenos padres?

Las respuestas obtenidas en este ítem marcaron que a un gran porcentaje de los evaluados, el 63.1%, le gustaría saberlo. Las restantes opciones se distribuyeron entre el 24.8% de sujetos a los cuales *no* le gustaría saberlo, el 10.6% que contestó *no sé* y el 1.5% que no respondió al ítem, (Tabla 22).

Tabla 22.

Donantes/aspecto cognitivo: Información sobre cualificación de los receptores como potenciales buenos padres

	Frecuencia	Porcentaje
Si	257	63.1
No sé	43	10.6
No	101	24.8
No contesta	6	1.5

- ¿Le interesaría saber si los receptores están en una posición económica buena?

Las respuestas a este ítem fueron las siguientes: *sí* le interesaría al 29.5% de los sujetos, *no* le interesaría al 60.2%, el 9.3% respondió *no sé* y el 1.0% no contestó (Tabla 23).

Tabla 23.

Donantes/aspecto cognitivo: Información sobre si los receptores están en posición económica buena

	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	29.5
No sé	38	9.3
No	245	60.2
No contesta	4	1.0

Ítems desde el posicionamiento del receptor

En este caso y bajo la pregunta general de qué detalles relativos a la pareja donante le gustaría tener, se indagó acerca de las siguientes características: rasgos físicos, causas de infertilidad, si tienen hijos o no, enfermedades de los donantes, motivos para donar los embriones, edad, o ninguna característica. Nuevamente, los sujetos podían optar por el número de opciones que quisieran sin ser excluyentes. Las frecuencias y porcentajes resultantes, se presentan en la Tabla 24.

Tabla 24.

Receptor/aspecto cognitivo: Características o detalles de donantes que les gustaría conocer

	Frecuencia	Porcentaje
Rasgos físicos	167	41.0
Causas de infertilidad	93	22.9
Si los donantes tienen hijos	103	25.3
Enfermedades de los donantes	291	71.5
Motivos para donar los embriones	157	38.6
Edad	77	18.9
Ninguna	72	17.7

En una segunda instancia de resolución del Objetivo 4, se compararon las respuestas de los sujetos a preguntas que aludían a la misma temática, ubicándolos en los diferentes escenarios aludidos previamente (donantes, receptores, nacidos por donación de embriones).

Temática 1: Preferencia que el donante o el receptor de los embriones criopreservados fuera anónimo o conocido. (Fig. 13).

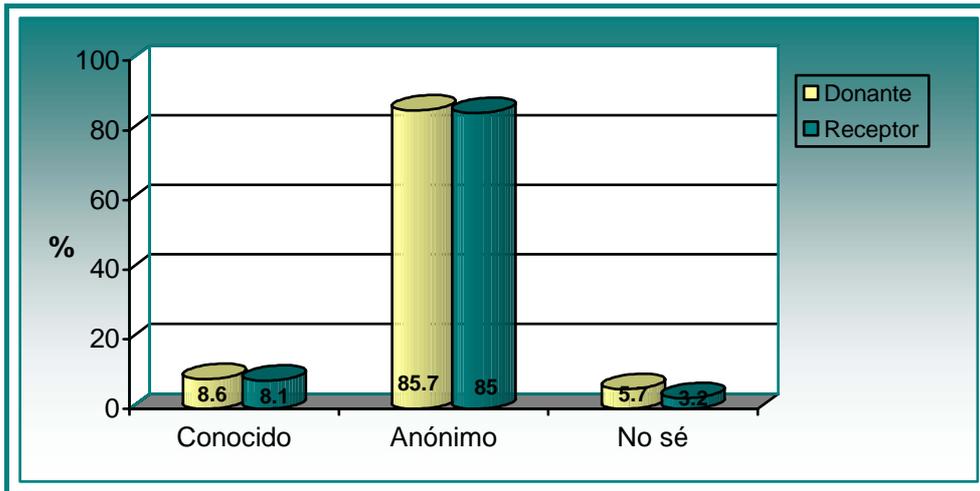


Fig. 13. Preferencia de donante/receptor conocido o anónimo

Temática 2: Deseo de conocer a la pareja donante o receptora (según corresponda), en caso de ser desconocida. (Fig. 14).

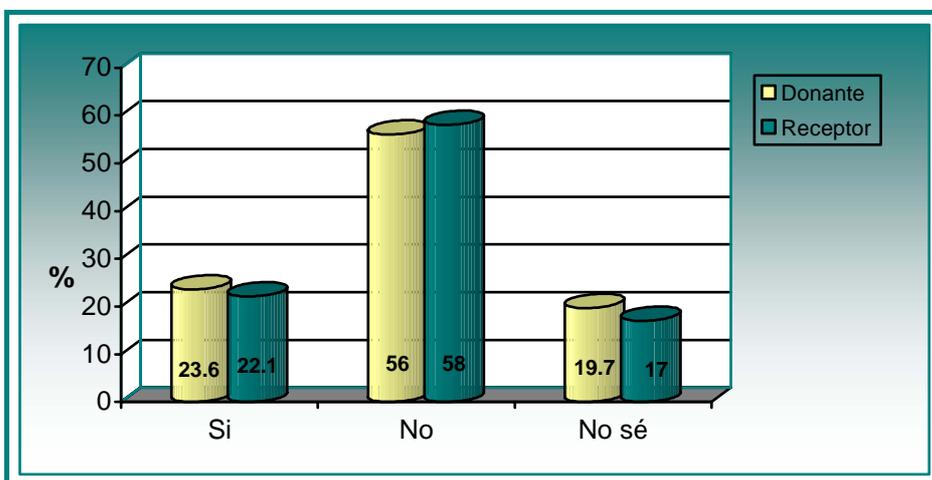


Fig. 14. Deseo de conocer a la pareja receptora /donante si fuera desconocida

Temática 3: Dejar o tener (según corresponda) datos identificatorios de los donantes para el nacido por embriones donados. (Fig. 15).

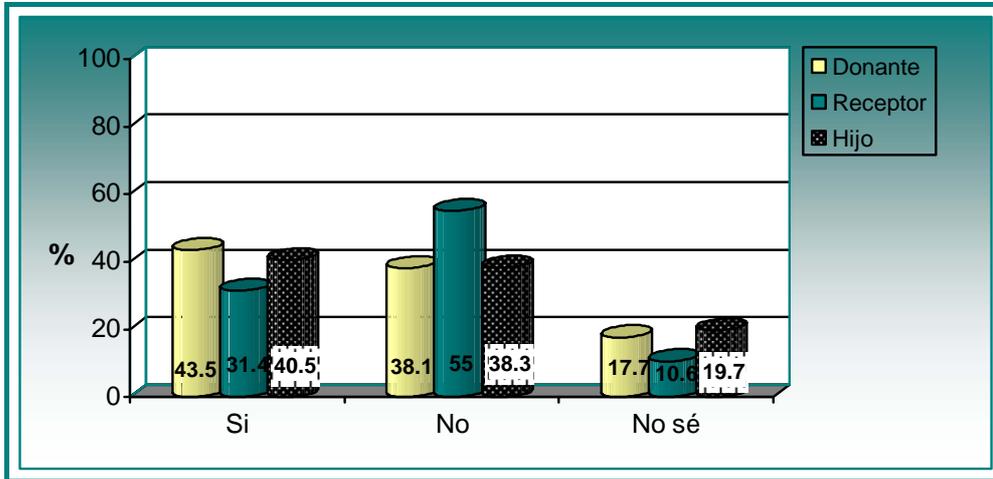


Fig. 15. Datos identificatorios de donantes para el nacido

Temática 4: Dejar o tener (según corresponda) información no identificatoria para el nacido por embriones donados. (Fig. 16).

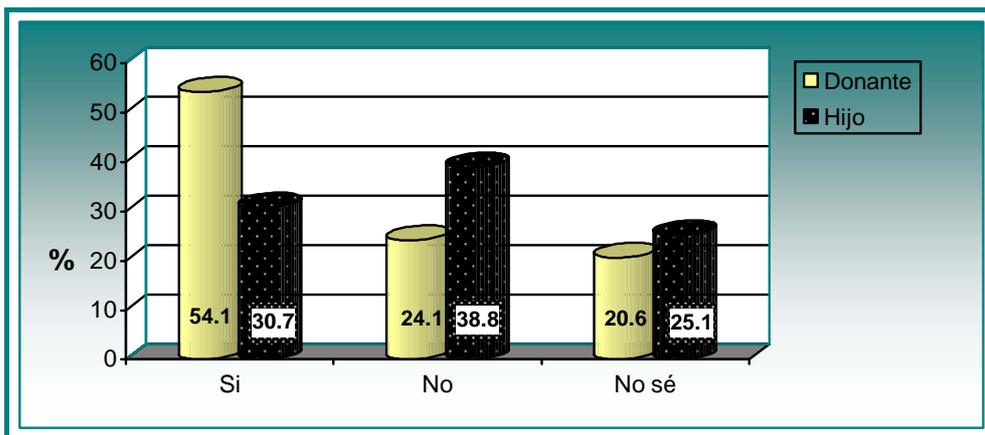


Fig. 16. Información no identificatoria para el nacido

Temática 5: Toma de conocimiento por parte de los donantes de que un niño nació a partir de los embriones que donaron, desde el punto de vista de los propios donantes y desde el de los receptores, (Fig. 17).

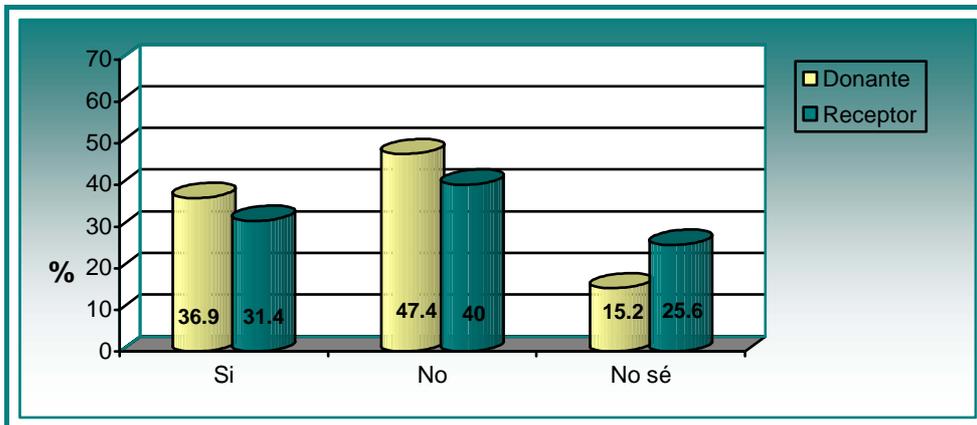


Fig. 17. Saber si nació un niño de los embriones que donó

Temática 6: Derecho del niño a conocer su origen según los receptores o los nacidos por embriodonación (según corresponda), (Fig. 18).

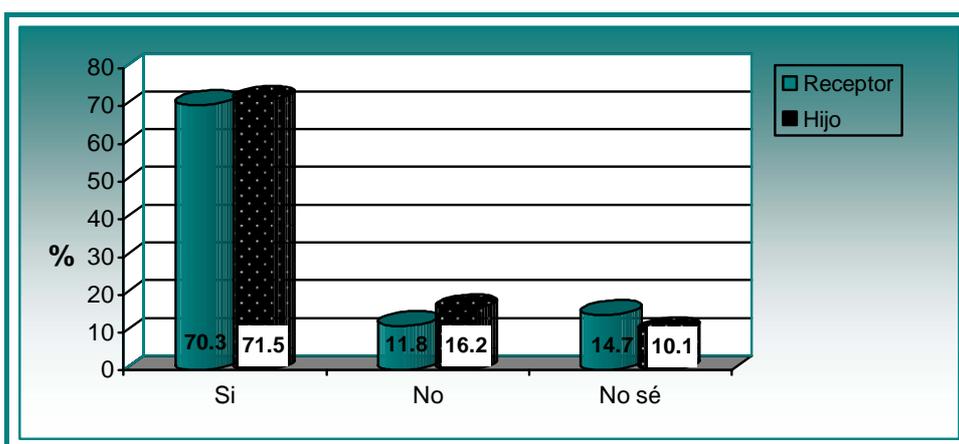


Fig. 18. Derecho del nacido a conocer su origen

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 5

El Objetivo 5 consistía en analizar la actitud de los sujetos de la muestra respecto de la importancia de que tanto donantes como receptores fueran evaluados y asesorados psicológicamente. A tal fin se consideró la comparación de las respuestas a dos ítems tanto cuando los sujetos se situaban en el rol de potenciales donantes como cuando lo hacían desde la posición de potenciales receptores de embriones criopreservados. (Fig. 19. y Fig. 20, respectivamente).

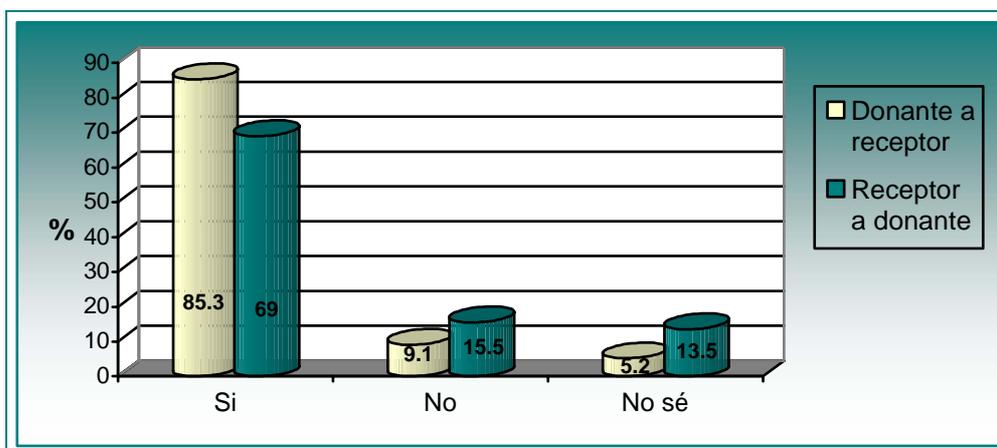


Fig. 19. Donantes y receptores: Creencia sobre la necesidad de evaluación psicológica/psiquiátrica de donante/receptor.

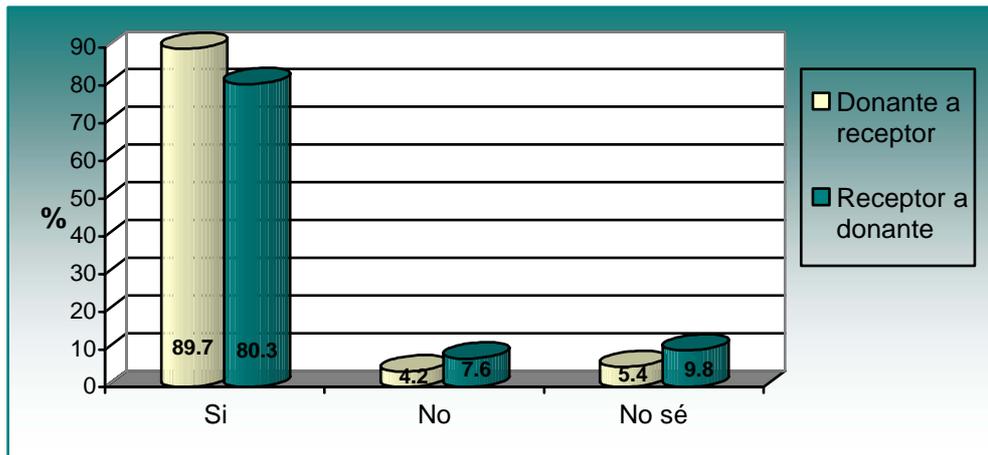


Fig. 20. Donantes y receptores: Creencia sobre la importancia del asesoramiento psicológico acerca de la donación embrionaria.

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 6

El objetivo 6 preveía la comparación de las respuestas de tres grupos - pacientes de clínicas de fertilidad, expertos en el área y población general - . A tal efecto, antes de los análisis específicos de los datos se realizó un test para verificar la normalidad de la distribución de las puntuaciones obtenidas mediante la escala sobre actitudes hacia la donación de embriones, con el fin de garantizar la pertinencia de los análisis propuestos para dar respuesta a los objetivos señalados.

En función del test de normalidad (Kolmogorov-Smirnov= .483; $p= .985$) y la prueba de homocedasticidad (Levene= .512; $p= .475$) se concluyó que se estaba en condiciones de realizar pruebas paramétricas.

Para responder al Objetivo 6, se realizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA One Way) con contraste a posteriori Student Newman Keuls, que es el más indicado en el caso en que se comparan tres grupos.

Se calcularon las puntuaciones correspondientes a los tres factores aislados en el análisis factorial, comparándose las medias de cada grupo segmentado - pacientes, expertos y población general - a fin de examinar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas en las actitudes de cada uno de los mencionados grupos.

De esta manera, se determinó que no se verifican diferencias en las puntuaciones medias de los tres grupos comparados en los factores 1 y 3 ($F = .720$, $2/404$ gl; $p = .487$ para el Factor 1 y $F = 1.480$, $2/404$ gl; $p = .229$ para el Factor 3), en tanto que sí se verifican tales diferencias en el Factor 2 ($F = 5.919$, $2/404$ gl; $p = .003$) entre los pacientes y el grupo de población general por un lado y los expertos, por el otro. Los grupos de pacientes y de población general exhiben medias significativamente menores que la media del grupo de expertos ($\bar{X}_{\text{pacientes}} = 12.71$ y $\bar{X}_{\text{población general}} = 13.17$ vs. $\bar{X}_{\text{expertos}} = 13.75$, respectivamente). (Tabla 25).

Tabla 25.

Factor 2: ANOVA y descriptivos por grupo de comparación.

Estatus del examinado	\bar{X}	DE	F	Gl	p
Paciente	12.71	2.62	5.919	2/404	.003*
Población General	13.17	2.34			
Expertos	13.75	1.95			

* $p < .05$.

La identificación teórica de los tres factores aislados se realizará en la Discusión.

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 7

Con el fin de responder al Objetivo 7 – investigar si existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes evaluadas según sexo, edad y estado civil -, se calcularon pruebas t de Student para grupos no relacionados para el caso en que la variable de segmentación era el sexo y ANOVAS One Way para edad y estado civil, ya que el número de grupos segmentados era superior a dos. Para la edad, se diferenciaron tres franjas evolutivas: adultos jóvenes (18 a 29 años), adultos medios (30 a 44 años) y adultos maduros (45 a 60 años). El contraste a posteriori utilizado también fue el SNK.

Si bien inicialmente la ocupación no iba a utilizarse como variable de segmentación, se decidió calcular también un análisis de varianza de una vía con el fin de determinar si este elemento introducía diferencias en las actitudes evaluadas por los tres factores aislados, utilizándose también un ANOVA One Way.

Respecto de las actitudes evaluadas según sexo, se verificó la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 ($t= 3.813, 317gl; p= .000$), a favor de las mujeres ($\bar{X}_{\text{masc}}= 18.55$ vs. $\bar{X}_{\text{fem}}= 20.72$) y en el Factor 3 ($t= 2.028, 405gl; p= .043$) también a favor de las mujeres ($\bar{X}_{\text{masc}}= 13.56$ vs. $\bar{X}_{\text{fem}}= 14.62$). Para el Factor 2 no se corroboraron tales diferencias ($t= 1.698, 405gl; p= .090$), (Tabla 26).

Tabla 26.

Factores 1 y 3: t de Student y descriptivos según sexo

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Factor 1				3.813	317	0.000
Masculino	160	18.55	5.81			
Femenino	247	20.72	5.31			
Factor 3				2.028	405	.043
Masculino	160	13.56	5.07			
Femenino	247	14.62	5.21			

En cuanto a la edad, se verificaron diferencias significativas en las actitudes evaluadas en los Factores 1 y 3 (Factor 1: $F= 2.275$, 2/404gl; $p= .010$. Factor 3: $F= 3.643$, 2/404gl; $p= .027$), en tanto que en el 2 no se registraron tales diferencias ($F= .046$, 2/404gl; $p= .955$). (Tabla 27).

En el Factor 1 las diferencias se daban a favor de los adultos jóvenes y medios por un lado vs. los adultos maduros por el otro ($\bar{X}_{\text{jóvenes}}= 20.32$ y $\bar{X}_{\text{medios}}= 20.00$ vs. $\bar{X}_{\text{maduros}}= 18.37$). En el Factor 3 las diferencias se dan a favor de los adultos jóvenes, que se distinguen de los adultos maduros ($\bar{X}_{\text{jóvenes}}= 15.26$ vs. $\bar{X}_{\text{maduros}}= 13.02$), no observándose diferencias en el grupo de adultos medios respecto de los otros dos grupos. (Tabla 28).

Tabla 27.

Factores 1 y 3: resultados de ANOVA para según edad

	<i>F</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
Factor 1	2.275	2/40	.010
Factor 3	3.643	2/40	.027

Tabla 28.

Factores 1 y 3: descriptivos según edad

Edad	\bar{X}	DE
Adultos jóvenes		
Factor 1	20.32	5.37
Factor 3	15.26	5.30
Adultos medios		
Factor 1	20.00	5.53
Factor 3	14.03	5.14
Adultos maduros		
Factor 1	18.37	6.29
Factor 3	13.02	4.82

En relación al estado civil (casado, soltero, separado, viudo), no se verificaron diferencias en las puntuaciones correspondientes a ninguno de los tres factores (Factor 1: $F= 1.761, 3/403gl; p= .154$. Factor 2: $F= 1.430, 3/403gl; p= .233$. Factor 3: $F= 2.709, 3/403gl; p= .051$). Dado que la categoría estado civil viudo tenía sólo dos casos, se la eliminó repitiendo el análisis de varianza, sin verificarse, otra vez, diferencias (Factor 1: $F= 2.171, 2/402; p= .115$. Factor 2: $F= 1.934, 2/402gl; p= .146$. Factor 3: $F= 3.670, 2/402gl; p= .050$).

La ocupación (Cat. 1: cuentapropistas, empl. de servicios, obreros agrícolas, empl. no calificados, agentes de fuerzas de seguridad; Cat. 2: docentes, enfermeros, choferes, comerciantes, vendedores, empl. calificados, suboficiales FFAA y de seguridad; Cat. 3: jefes, supervisores, bancarios calificados, oficiales de las FFAA y de seguridad; Cat. 4: profesionales, funcionarios de alto rango y empresarios; Cat. 5: jubilados, amas de casa, desempleados y estudiantes; Cat. 6: sin respuesta) tampoco introduce

diferencias en las actitudes evaluadas en los tres factores (Factor 1: $F= .262$, $4/393$ gl; $p= .902$. Factor 2: $F= 2.358$, $4/393$ gl; $p= .053$. Factor 3: $F= 1.825$, $4/393$; $p= .123$). Se recuerda que si bien no se contemplaba en los objetivos incluir esta variable, finalmente se introdujo en los análisis.

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 8

El Objetivo 8 se proponía comparar las respuestas de los sujetos que buscaban un embarazo con los de quienes no deseaban gestar un hijo por una parte, así como las de aquellos que tenían hijos con los de quienes no los tenían, por otro.

En primer lugar, se calcularon pruebas t de Student para grupos independientes para comparar las respuestas de quienes buscaban un embarazo con las de quienes no lo hacían.

Así, se verificaron diferencias sólo en el Factor 2 (Factor 1: $t = -1.090$, 404gl; $p = .277$. Factor 2: $t = -2.711$, 334gl; $p = .007$. Factor 3: $t = -1.550$, 404gl; $p = .122$), que aparecían a favor de quienes **no** buscaban un hijo ($\bar{X}_{\text{buscan hijo}} = 12.74$, $DT = 2.60$ vs. $\bar{X}_{\text{no buscan hijo}} = 13.40$, $DT = 2.20$). (Tabla 29).

Tabla 29.

Factor 2: t de Student y descriptivos según búsqueda de hijo al momento la evaluación

	\bar{X}	DE	t	gl	p
Buscaban hijo	12.74	2.60	-2.711	334	.007
No buscaban hijo	13.40	2.20			

En segundo lugar, el Objetivo 8 intentaba verificar diferencias según el hecho de tener hijos o no. Como el número de hijos adoptivos y nacidos por gametas donadas era muy reducido entre los sujetos de la presente muestra, se decidió agruparlos junto a los hijos biológicos y finalmente trabajar con dos categorías: con hijos y sin hijos, así, para conocer si se verificaban diferencias estadísticamente significativas en los factores aislados, según los sujetos tuvieran o no hijos, se calculó una prueba t de Student. De esta manera se corroboró que no se registraban tales diferencias significativas en las actitudes evaluadas en ninguno de los tres factores (Factor 1: $t = -.141, 404gl; p = .383$; Factor 2: $t = -.409, 404gl; p = .600$; Factor 3: $t = .821, 404gl; p = .594$).

Análisis de datos y resultados para el Objetivo 9

El Objetivo 9 se proponía construir un instrumento autoadministrable que resultara válido y confiable para la evaluación de las dimensiones antes señaladas en los ámbitos de aplicación e investigación (transferencia de tecnología).

Este Objetivo fue respondido en primer lugar y antes de desarrollar los Objetivos 1 al 8. (Ver página 160)

DISCUSIÓN

6. Discusión

La presente investigación se proponía evaluar las actitudes de tres grupos de sujetos hacia la donación de embriones a personas infértiles. Los mismos estaban integrados por:

1. Especialistas en temas de infertilidad y sus tratamientos
2. Población general
3. Pacientes, asistentes a clínicas que se dedican a tratar la infertilidad de las personas o parejas, que no necesariamente tenían embriones congelados en espera de un destino final.

Es importante resaltar que el grupo de pacientes, no estaba conformado, ya que no era la intención de esta investigación, por parejas en proceso de decisión del destino final que darían a sus embriones que habían resuelto no usar para sí. Estas parejas, que estaban realizando tratamientos de fertilidad, fueron puestas en la situación imaginaria de tener que resolver qué hacer con tales embriones si ya los tuvieran. Esta consideración es necesaria y fundamental de tener en cuenta a la luz de la discusión de los resultados, ya que debido a lo novedoso e inexplorado del tema, y por lo tanto, al no haber reportes de pacientes sobre esta situación, estos se compararán con estudios en pacientes que sí tenían embriones criopreservados. De tal modo que se ha evaluado el aspecto conativo – intenciones de conducta - y no el conductual de la actitud. Por otro lado, y tal como se recordará, este estudio evaluó las actitudes de los individuos en tres escenarios diferentes, no sólo desde la

hipotética posición de ser donantes, sino que también, se relevaron las actitudes en tanto los examinados se situaran en el lugar de ser los receptores de tales embriones y cuando suponían ser sujetos nacidos a partir de embriones donados por parejas distintas de la que los gestaron y criaron.

El constructo psicológico utilizado para abordar el tema de este trabajo - actitud -, se recuerda, se define como una asociación entre un objeto dado y una evaluación determinada y en ella se distinguen tres componentes diferentes: uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo - comportamental (Fishben y Azjen, 1975a; Rosemberg & Hovland, 1960; Stalhberg & Frey, 1988). Este último componente, lo conativo, se refiere a tendencias, intenciones hacia el objeto, intenciones de conducta (Fishben y Azjen, 1975) y como tal no implica el comportamiento real o que tal conducta vaya, necesariamente, a ser realizada en el futuro. Si bien la postura tripartita, en un principio, sostenía que todos los componentes de la actitud debían estar presentes para que existiera una tendencia a la evaluación (Rosenberg & Hoveland, 1960), actualmente, la investigación sugiere que, las actitudes pueden ser formadas como resultado de cualquiera de las tres dimensiones o de una combinación de ellas (Fazio & Olson, 2003).

En el apartado 3.1.5, Cualidades de las actitudes, se hacía mención a que el atributo más sobresaliente del concepto era su carácter evaluativo, su disposición a responder hacia el objeto de una manera positiva o negativa (Breckler, 1984; Cortada de Kohan, 2004). Además, y dado que las actitudes tienen la cualidad de poder ser ambivalentes, un individuo quizás otorgue

evaluaciones positivas y negativas a un mismo objeto de la actitud (Kaplan, 1972), sin tener la capacidad de resolver tal inconsistencia. Considerar las características de las actitudes ambivalentes dentro del contexto del presente trabajo se hace imprescindible: primero porque dado que la ambivalencia es un estado inestable, las actitudes ambivalentes son proclives a cambiar (Bargh et al., 1992; Bassili, 1996) y por lo tanto su predicción de comportamiento es relativamente menor (Armitage & Conner, 2000) y segundo, porque las actitudes ambivalentes son más dependientes del contexto, por lo que, en base a cada situación particular, activarán su componente positivo o negativo (Moore, 1980).

Tal como se mencionaba en el apartado 3.3.1, Actitudes hacia la Medicina Reproductiva, muchos de los tratamientos y procedimientos de la Medicina Reproductiva actual – los tratamientos de alta complejidad, las donaciones de gametos, la criopreservación de embriones, entre otros - son aún desconocidos para muchos, producen rechazo en otros y son habitualmente bien aceptados por quienes tienen dificultades reproductivas. Sin embargo, la gran mayoría de las personas, desde el desconocimiento o ignorancia que de los mismos tienen, se acercan a la temática con cautela, miedos y prejuicios (Chliaoutakis, Koukouli & Papadakaki, 2002; Genuis, Chang & Genuis, 1993; Heikkila, Lansimies, Hippelainen & Heinonen, 2004; Kovacs, Breheny & Dear, 2003; Lasker & Murray, 2001; Shirai, 1993).

Además de tener escasa información sobre las técnicas en sí, frente a conceptos tales como *embrión*, *padre/madre/hijo*, *bebés de probeta* y otros -

como el tema central de la presente investigación -, existen actitudes ya formadas y muy accesibles (Fazio, 1989) que tienen una fuerte asociación objeto - evaluación pero que dejan poco margen a su reevaluación por el gran contenido moralista que conllevan (Kennedy, 2000; Romero-Samper, 2004). La función expresiva de valores que ciertas actitudes tienen (Sánchez & Mesa, 1998) y que contribuye a la definición pública de los valores centrales de la persona, pueden ser adaptativas, al intentar sintonizar con los individuos de su entorno sin, necesariamente, reflejar sus convicciones íntimas.

Como surge de investigaciones previas, la posibilidad de criopreservar embriones para su ulterior transferencia es ofrecida en la mayoría de los centros de fertilidad (Bankowski et al., 2005), pero las parejas deben firmar un consentimiento específico acerca de su destino final en caso de que no sean depositados en el útero de la mujer. La realidad demuestra que sólo un número reducido de parejas, entre un 2 y un 18% de ellas, han donado sus embriones criopreservados a otras para ayudarlas a conseguir su proyecto parental.

Como se mencionó al comienzo del apartado, los reportes hasta hoy publicados en la literatura sobre actitudes hacia la donación de embriones a parejas infértiles se han focalizado en aquellas poseedoras de embriones congelados (Bangsboll et al., 2004; Burton & Sanders, 2004; Hammarberg & Tinney, 2006; Newton et al., 2003; Söderström-Antilla et al., 2001). Por lo tanto, este sería el primer estudio que investiga el tema en sujetos que no poseen tales embriones ni están obligados a tomar esa decisión en la realidad actual. Todos estos individuos, con sus diferencias, forman parte de la sociedad en la

que están insertas las parejas que tienen que decidir donar sus embriones. Por lo tanto, probablemente puedan influirlos, de manera directa o indirecta, con sus actitudes positivas o negativas, de aprobación o desaprobación. Se resalta, entonces, que los sujetos de la muestra fueron puestos en una situación hipotética, en un escenario imaginario, ya que ninguno de los tres grupos era poseedor de embriones congelados en la realidad.

Para simplificar la lectura del presente apartado, se utilizará la tipografía **negrita** a fin de orientar al lector acerca de la discusión relativa a cada objetivo planteado.

Un objetivo importante de la presente investigación era la **construcción de una escala que sirviera para medir actitudes** vinculadas a aspectos psicológicos, legales y éticos fundamentales de este procedimiento reproductivo. Además de la transferencia tecnológica a otros profesionales del área, sus resultados servirían para delinear los programas de asesoramiento de pacientes en la real situación de ser donantes o receptores prospectivos de embriones.

Del Análisis Factorial efectuado surgieron tres factores aislados que se agruparon, tentativamente, bajo las siguientes etiquetas:

Factor 1: Actitudes positivas hacia el vínculo genético: revelación del origen y contacto entre los sujetos relacionados genéticamente. Se lo nominó de este modo debido a que agrupa una serie de cuestiones

relacionadas, por un lado, con el derecho y la necesidad de los nacidos de conocer su origen y de obtener información identificatoria, y por el otro, con la posibilidad de que tanto los donantes como sus hijos y los nacidos por los embriones que ellos donaron, puedan saber de la existencia de los otros y establezcan contacto, si lo desean.

Factor 2: Actitudes hacia la evaluación y asesoramiento psicológico a donantes y receptores. Los ítems presentes en este factor abordan la posibilidad de conocer las actitudes que las parejas donantes tienen, hacia la aptitud emocional y social para ejercer la paternidad por parte de los receptores. Asimismo, el factor evalúa la preocupación de los receptores sobre si los donantes son preventivamente evaluados psicológicamente y asesorados acerca de las implicancias de donarles sus embriones.

Factor 3: Actitudes negativas hacia la obtención de información y hacia el conocerse (donantes, receptores y nacido). Este factor refiere a los aspectos vinculados al anonimato, a la falta de conocimiento y relación entre los actores de los nacimientos por embriones donados. Abarca, por un lado, la evaluación de la necesidad de los donantes de tener determinados datos acerca de los receptores y del producto de su donación, así como la necesidad de los receptores de tener y dar datos a los donantes por otro, y finalmente, el deseo de las partes de conocerse entre ellas.

Más adelante en la presente Discusión se analizarán los resultados específicos en cuanto a estos factores – diferencias en las actitudes de los

sujetos de la muestra según el sexo, su edad, su estado civil y su ocupación, si tenían o no hijos y si estaban buscando embarazarse al momento de ser evaluados (ver p. 244).

Además de esta escala de actitudes, y por fuera de ella, se relevaron otros datos referentes a las actitudes en general hacia la donación de embriones a otras parejas infértiles.

A modo de síntesis se enumerarán los hallazgos más sobresalientes, para a continuación, profundizar en su discusión:

- La donación a parejas infértiles fue la opción más elegida como destino final de los embriones criopreservados, tanto en el grupo de pacientes, como en el de expertos y en el de población general.
- Entre un 20% y un 30% del total de los sujetos incluyeron el darlos en investigación, como una posibilidad alternativa, si no los usaran para sí. Llama la atención que el grupo de expertos fuera el que más bajo porcentaje de elección registraba en este ítem (20.6) vs. 25.6 y 30 de los otros grupos.
- Más de la mitad de todos los evaluados consideraron al embrión como un conjunto de células con potencial de ser un hijo. Sin embargo, en el grupo de la población general, aproximadamente un 40% lo consideró un hijo vs. 25% de los expertos y 26.3% de los pacientes.

- La gran mayoría de los tres grupos consideró que padre/madre es quien cría a un hijo, - 95.6% de los pacientes, 94.0% de la población general y, 92.8% de los expertos -.
- En porcentajes altísimos, tanto los expertos (96.9%), como los pacientes (96.6%), y los sujetos de población general (91.3%), otorgaron el estatus de padre/madre a quienes gestaron y criaron a esos embriones, en desmedro de quienes aportaron tales embriones.
- Sujetos ubicados imaginariamente en el lugar de donantes y receptores mostraron una clara preferencia a favor de que las donaciones se realicen anónimamente.
- Para dos tercios de los imaginarios donantes era importante saber que los receptores cualificaban como potenciales buenos padres.
- Las actitudes de los miembros de la presente investigación demostraron una tendencia opuesta a la verificada en estudios previos sobre donación de gametos, encontrándose más cómodos ante la idea de:
 1. compartir información,
 2. revelar el origen a los hijos y,
 3. la posibilidad de establecer contacto entre los vinculados genéticamente en el futuro.
- Tanto los imaginarios receptores como los imaginarios nacidos sostuvieron que estos últimos tienen derecho a saber que nacieron por embriodonación, en porcentajes superiores al 70%.

- Más de la mitad de los ubicados en el rol de donantes y de los posicionados en el papel de receptores tuvieron actitudes favorables hacia el derecho del nacido a tener datos identificatorios.
- Se verificaron altos niveles de apoyo en favor del asesoramiento y evaluación psicológica a donantes y a receptores.

De todos los posibles **destinos finales que los individuos podrían darle a sus embriones que no utilizarían**, la donación a otras parejas infértiles para formar su familia fue la opción más elegida por los tres grupos. Las cifras halladas en la muestra coinciden con las reportadas por Kovacs et al., (2003) en Australia, quienes encontraron que el 65% de encuestados en la población general aprobaba la donación de embriones. De los tres grupos aquí estudiados, fue el de pacientes quien más de acuerdo estuvo con esta posición (63.1%). Es probable que este subgrupo, asistentes de clínicas de fertilidad, se haya visto influido por su condición de *infértiles* y por solidaridad y empatía hacia otros con su mismo padecimiento (Applegarth, 2006; Laurelle & Englert, 1995).

Por otro lado, alrededor del 70 % de los sujetos evaluados son católicos. El catolicismo, de gran influencia en nuestro país, considera al embrión una vida humana, por lo que es posible que la condición religiosa haya sido otro motivo importante en la elección de donarlos, menoscabando las alternativas de desecharlos o darlos para investigación (Applegarth, 2006).

Sin embargo, el hallazgo que aquí se presenta – donarían el 63.1% de los pacientes, el 52.7% de los sujetos de población general y el 54.6% de los expertos -, contrasta con los reportes de las investigaciones que se realizaron a individuos que, efectivamente, debían decidir, o decidieron donarlos a otras parejas; sólo un porcentaje pequeño lo hizo (15.0%, Burton & Sanders, 2004; 2.0%, Cooper, 1996^a; 5.9%, Darlington & Matson, 1999; 16.0%, Hammarberg & Tinney, 2006; 13.0%, Klock et al., 2001; 10.0%, Kovacs et al., 2003; 18.0%, Soderstrom-Anttila et al., 2001; 12.0%, Van Voohris et al., 1999). Pareciera que aunque las actitudes hacia la donación de embriones a otras parejas infértiles son positivas en una primera instancia, pocas parejas eligen esta opción cuando se ven enfrentados a la decisión real más que a la teórica. Según de Lacey (2005), la decisión de no donar a otras parejas es tomada, sobre todo, cuando las parejas ya han logrado convertirse en padres. Esta situación estaría reflejando lo postulado por Fishbein y Ajzen (1975) cuando proponen que el componente conativo de las actitudes es una predisposición a la conducta más que conducta en sí, cuestión que hace que no necesariamente se traduzcan en comportamientos reales posteriores. Se podría suponer que, quizás, esta diferencia entre lo conativo y las conductas finales sean también, la fuente de la discrepancia entre los presentes resultados y los hallados por Kovacs et al., (2003), en sujetos no poseedores de embriones congelados en la realidad, y los porcentajes encontrados por los autores citados al comienzo del párrafo.

La opción de desechar los embriones que no utilizarían no fue muy aceptada en ninguno de los tres grupos de la muestra, alcanzando apenas al

16.5 %. Nuevamente, se encontraron diferencias en las tendencias de las actitudes y decisiones tomadas por quienes eran poseedores de embriones criopreservados y eligieron el descarte, reportando 33% (Klock et al., 2001), 89.5% (Kovacs et al., 2003), 30% (Hammarberg & Tinney, 2006) y 34% (Van Voohris et al., 1999) vs. 13.1% de los pacientes, 13.3% de los sujetos de población general y 16.5% de los expertos en el presente trabajo.

Darlos para investigación fue la opción elegida por el 20 a 30% de la muestra, siendo, llamativamente, los expertos, quienes obtuvieron porcentajes más bajos en esta alternativa. Estas cifras son un poco menores que el 30% reportado por Burton & Sanders (2004), el 42% por Hammarberg & Tinney, (2006) y el 44% consignado por McMahon et al., (2003) en estudios sobre actitudes de pacientes con embriones criopreservados hacia la donación de los mismos para investigación, pero mayores que las reportadas por Klock et al. (2001) y Van Voohris et al. (1999), ambas del 10%. Hechos como la prohibición de donar embriones a otras parejas en países como Suecia, donde las opciones son desecharlos o donarlos para investigación, elevan los porcentajes de elección de entregarlos para este menester hasta el 92% (Bjuresten & Hovatta, 2003). A pesar de que en la Argentina la utilización de embriones humanos para investigación no es una elección disponible, es de consideración la actitud favorable de un número importante de sujetos en los tres grupos hacia ella, a saber: el 25.6% de los pacientes, el 30.0% de la población general y el 20.6% de los expertos. Es sugestivo que justamente este último grupo fuera el que menos lo haría. Varias hipótesis podrían sustentar este hallazgo. En primer lugar, es posible que al responder, lo hayan hecho desde el lugar de

ser humano común y corriente y no desde sus posiciones como profesionales y, entonces, sus valores y creencias más íntimas se pusieran en juego, dejando de lado las racionalizaciones necesarias para ejercer profesiones en constante cambio y avance, que merecen que asuman posturas, muchas veces, diferentes a las que tomarían para su vida particular. Es decir, asesorar o realizar determinadas prácticas médicas, psicológicas, éticas o legales pertinentes a su quehacer profesional por las cuales no optarían para su propia vida.

En segundo término, estos resultados podrían estar develando el oculto conflicto entre sus convicciones y la modalidad de investigación actualmente en curso. Este grupo es consciente de lo importante y necesario de poder investigar para avanzar en el conocimiento de ciertas patologías y su potencial terapéutica, aún sobre enfermedades no necesariamente vinculadas a la fertilidad pero que afligen a la humanidad – por ejemplo Parkinson o Alzheimer -, y que hasta hoy se realizan con las células madre constituyentes de los embriones. Por lo tanto, las actitudes de los expertos, pudieran estar demostrando su deseo de no querer expresar abiertamente sus sentimientos personales en sus ámbitos laborales, habiendo reflejando su verdadero sentir encubiertos por el anonimato del estudio.

La opción *No Sé*, verificada en proporciones similares en los tres grupos, el 17.5% de los pacientes, el 16.0% de la población general y el 16.5% de los expertos, muestra indecisión y duda acerca del destino final que les darían a sus embriones en caso de no utilizarlos. Más allá de las diferencias en los

porcentajes encontradas por otros autores en pacientes con embriones congelados, probablemente las actitudes que motivan esta elección sean parecidas. La dificultad de tomar una decisión podría verse reflejada no sólo en la imposibilidad de concretarse (Hammarberg & Tinney, 2006; Klock et al., 2001; Lyrely et al., 2006; Nachtigall et al., 2005) sino también en: los bajos porcentajes de respuesta a los cuestionarios enviados desde las clínicas para averiguar qué destino quieren darle a sus embriones congelados (Hammarberg & Tinney, 2006), en los prolongados tiempos de almacenamiento de sus embriones (Pennings, 2000), en los cambios en la disposición inicial (Klock et al., 2001; Lornage et al., 1995) o en el abandono de los mismos (Brzyski, 1998; Elford et al., 2004).

Ya varios autores han reportado que la decisión acerca del destino final de embriones criopreservados es emocionalmente compleja, difícil y moralmente desafiante para aquellos que deben enfrentarla (de Lacey, 2005; Fuscaldo & Savulescu, 2005; McMahon et al., 2000; McMahon et al., 2003; Nachtigall et al., 2005; Söderström-Antilla et al., 2001; Svanberg, et al., 2001). Por tal motivo, no es raro suponer que las actitudes subyacentes a la elección del destino final de sus embriones criopreservados sean ambivalentes (Kaplan, 1972), inestables (Bargh et al, 1992; Bassili, 1996), impredecibles (Armitage & Conner, 2000) y dependientes del contexto (Moore, 1980), tanto para participantes en trabajos antecedentes como para los sujetos de la presente investigación. A esto últimos, se les suma la poca accesibilidad de esta actitud (Fazio & Olson, 2003), ya que al no poseer embriones congelados sobre los que tener que decidir - no tener experiencia personal directa con el objeto –, o

tener información indirecta y posiblemente sesgada, seguramente se les dificulte la posibilidad de construir una actitud con atributos, deseables o no, hacia el destino final de los mismos (Fishbein y Aizen, 1975). También puede suceder que ni siquiera tengan asociaciones disponibles en la memoria entre este objeto actitudinal y su evaluación, por desconocimiento sobre el primero; si ello fuera así, la fuerza de la actitud (Fazio, 1995) y su persistencia, serían muy débiles o inexistentes. Cuando se impulsa a un individuo con una no-actitud a tener una respuesta actitudinal hacia un objeto dado, el mismo debe construir alguna basada en cualquier atributo observable o conocido actual de aquel (Fazio y Olson, 2003) y en el caso de la decisión acerca del destino final de sus embriones, alrededor del 16 -17% no pudieron lograrlo. Además, a consecuencia de la carencia de una legislación específica y concluyente sobre Reproducción Asistida en nuestro país (ver 2.2 Destino de los embriones congelados), que sustente su posición y oriente a sus habitantes, es probable que colabore, también, con que a los individuos se les dificulte tomar una postura más definida.

Por otro lado, tanto la idiosincrasia como las creencias religiosas en la Argentina, podrían explicar por qué se encontró una tendencia tanto más favorable hacia la donación de los embriones congelados a otras parejas infértiles cuando se las compara con las actitudes hacia, ya sea el descarte o el uso para investigación, o la indefinición de los sujetos evaluados.

Otro objetivo de este estudio consistía en conocer las **actitudes de los sujetos de la muestra frente a la conexión genética entre *padres e hijos***

genéticos. Situados en el lugar de donantes, y frente a la pregunta acerca de cómo creían que se sentirían sobre el hecho de que existiera una persona con su material genético con la que no tendrían contacto, las respuestas de los sujetos no revelaron una tendencia marcada a favor de ninguna de las opciones ofrecidas - bien, indiferente, regular, mal -. La diversidad de las elecciones, presumiblemente, también se deba a que se les pidió manifiesten actitudes que no tienen disponibles (Fazio, 1995) por lo infrecuente de la situación en la vida real, careciendo de la información cognitiva directa o indirecta necesaria, tal como afirman Fishbein y Ajzen (1975), que les permitiera constituir opiniones o creencias acerca del objeto con sus atributos, para luego evaluarlos y facilitar así la formación de una actitud hacia los sentimientos involucrados. Además, quizás les *duele* el solo hecho de pensarlo pues alguna vez crearon embriones y generaron sentimientos amorosos hacia ellos ya desde que eran gametas (Urdapilleta, 1999) y ahora por motivos impensados e hipotéticos al momento de crearlos, no los pueden o no los quieren transferir y aunque hayan decidido donarlos, subsisten sentimientos confusos hacia ellos y por lo tanto el tomar conocimiento sobre la existencia de un nacido a partir de los mismos les provoque emociones poco deseables, haciendo que en algunos casos se prefiera negarlos o minimizarlos.

Respecto del vínculo entre *padres e hijos genéticos*, desde el posicionamiento como **donantes**, aproximadamente la mitad de la muestra evaluó que el nacido por embriones donados tiene derecho a recibir información identificatoria y que no sólo estaría dispuesto a dejarla para él, sino además, a contactarse con él en el futuro. En consonancia con los hallazgos de

la presente investigación, pero en el estudio de pacientes que donaron sus embriones, Söderström-Anttila et al., (2001), encontraron que el 42% de los donantes de embriones sostenía la idea de que los nacidos por esta vía tienen derecho a tener información identificatoria de los donantes y que el 35% ya había dejado dicha información a disposición. Dentro de este grupo de donantes de embriones, más del 50% de las mujeres quería dejar información identificatoria pero dado que algunos maridos estaban en desacuerdo, no lo hicieron. Hammarberg & Tinney (2006), investigando qué decisión tomarían las parejas respecto de sus embriones criopreservados que no utilizarían para ellos mismos, encontraron que el 16% los donaría a otras parejas infértiles. Dado que las parejas en el estado de Victoria en Australia son, por ley, obligadas a proveer información extensa sobre sí y saben que su identidad será revelada si nace un niño a partir de sus embriones, según los autores, se podría deducir que todas estaban a favor de que los nacidos por embriones donados reciban información identificatoria y no identificatoria de ellas; en caso contrario no hubieran optado por donarlos. Las actitudes hacia estos aspectos de las donaciones embrionarias de los sujetos estudiados por Newton et al., (2003) resultaron ambiguas: a pesar de que sólo cerca de la mitad (49.3%, - se consigna este valor como promedio debido a que los autores miden la información seccionadamente en varios ítems diferentes -) de los potenciales donantes se sentía muy cómodo proveyendo información personal para el descendiente, únicamente el 12% de ellos dijo que probablemente o definitivamente rechazarían contacto con el potencial hijo genético.

Las actitudes de los respondientes puestos en el lugar de **receptores**, revelaron una aceptación aún mayor que aquella explicitada cuando se imaginaban en el lugar de donantes, hacia el derecho de los nacidos por embriones donados, tanto a saber su origen (70.3%) como a acceder a los registros identificatorios (59%). Dentro del grupo de pacientes que recibieron embriones reportado por Söderström-Anttila et al., (2001), el 69% de las parejas creía que el nacido por embriones donados tenía derecho a conocer su origen, coincidiendo con el porcentaje hallado en el presente trabajo. Llamativamente menos de la mitad pensaba que tenían derecho a acceder a los registros identificatorios (29%), difiriendo ahora de lo hallado en la muestra aquí estudiada (59%).

Es de esperar que este aspecto conativo de las actitudes, expresadas por más de la mitad de los participantes de esta investigación y favorables hacia la posibilidad de que el nacido obtenga la identidad de los donantes y de establecer contacto entre ellos si así lo desean, se vuelva una realidad y evite que suceda, como ocurre entre muchos nacidos por gametas donadas que tal información no se halle disponible (Donor Conception Network, 2007; Internet Donor Sibling Registry , 2007), e intenten encontrarse aunque sea virtualmente por Internet. Durante años se asumió que, tanto los donantes de esperma como las donantes de ovocitos, no deseaban proveer información y que no donarían si tuvieran que darla. Sin embargo, algunos pocos estudios revelaron que muchos donantes estarían conformes proveyendo información identificatoria a los nacidos y de contactarse en el futuro con ellos si lo quisieran (Daniels & Taylor, 1993; van den Akker, 2006). Adicionalmente, es

creciente la tendencia hacia la apertura entre las familias conformadas por donación de gametas (Daniels & Thorn, 2001; Mac Dougall, Becker, Scheib, & Nachtigall, 2007; Mc Whinnie, 2001; Turner & Coyle, 2000), en un intento por crear y mantener relaciones fuertes, de confianza y no perjudicar a sus hijos, así como facilitarles el contacto con los donantes si así lo desearan. Aparentemente, en los procedimientos de donación de embriones, habría una diferencia en las actitudes hacia el facilitar el conocimiento de los orígenes por parte de los nacidos, la disposición a dejar información identificatoria y a contactarse con ellos, siendo mucho más positivas que en donación de gametos, y esto probablemente esté vinculado con que el significado que un embrión tiene para estas parejas difiere del que le dan a una gameta (de Lacey, 2005; Laurelle & Englert, 1995; McMahon et al., 2003). Si la donación de un óvulo o de semen es asimilado a la donación de una célula con carga genética pero no a un niño virtual (de Lacey, 2005; McMahon et al., 2003; Nachtigall et al., 2005), estaríamos, en el caso de la embriodonación, en presencia de sujetos que expresan actitudes consistentes desde un punto de vista afectivo-cognitivo. En este caso, habría sentimientos de afecto vinculados a los embriones que criopreservaron y por lo tanto, si los donaran, evaluarían como positivo que los individuos nacidos a partir de ellos tuvieran acceso a conocer su origen, sus datos de identidad y a tener algún tipo de contacto con ellos. Más aún, de ser cierta la hipótesis presentada, al ser estas, actitudes con alta consistencia afectivo – cognitiva, deberían ser estables y predictoras del comportamiento real que tendrían estos individuos en el futuro.

Cuando los sujetos de la muestra se colocaban en el lugar de **nacidos** por embriodonación, más de la mitad manifestaron deseos de tener información sobre su origen así como la creencia de tener derecho a conocerlo, pero sólo al 28.5% de ellos le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión. Así, las actitudes de los sujetos puestos en la situación de haber nacido de embriones donados hacia conocer su origen y tener información sobre el mismo fueron muy favorables, pero bastante desfavorables hacia la posibilidad real de entrar en contacto directo con quienes aportaron los embriones. El componente afectivo vinculado a la complejidad de cuestionarse el conocer a quienes aportaron el embrión y el temor a lastimar a quienes lo gestaron y criaron, puede haber sido un motivo por el que sus actitudes fueran más negativas que positivas. Es también posible que, como pasa frecuentemente entre los niños que han sido adoptados, que las respuestas conativas – hecho de conocer a los donantes - aquí obtenidas, sean consistentes con lo que sostienen: el derecho de conocer su origen biológico, pero carecen del deseo de conocer o establecer contacto con aquellos que donaron los embriones a sus padres gestantes y de crianza. Deseo o necesidad determinadas, potencialmente, por muchos factores – temor, negación, falta de motivación, enojo, fantasías varias - , entre otros. Futuras investigaciones deberán evaluar si estas actitudes se reflejan en la vida de quienes nacieron realmente de embriones donados.

Respecto de las actitudes de los sujetos frente a la conexión genética entre los hijos, alrededor de un tercio de quienes se situaban como donantes y los que lo hacían como receptores, consideraron a sus hijos hermanos genéticos, pero otro tercio aproximado de los respondientes de ambos grupos

sostuvieron que no los considerarían hermanos. Además, casi la mitad de los situados en el lugar de donantes no creyó conveniente que sus hijos conocieran a la persona nacida por los embriones que ellos donaron. El relevamiento finlandés sobre actitudes de donantes y receptores de embriones donados (Söderström-Anttila et al., 2001), encontró que el contacto entre hermanos genéticos era visto por algunos donantes - el estudio no aporta la cantidad - como más importante que el contacto con los padres genéticos, especialmente si no tenían hermanos en su familia. Tanto en la presente investigación como en otras (Nachtigall et al., 2005; McMahon et al., 2000; Söderström -Anttila et al., 2001) se halló preocupación en donantes y receptores por la posibilidad de que en el futuro los hermanos genéticos, inadvertidamente, se enamorasen y/o se casaran. Se reiteran las actitudes ambivalentes, ahora hacia el contacto y la relación entre los hijos de donantes y receptores, favorecidas, quizás, por la carencia de experiencias que echen luz sobre los pros y los contras de tal situación. Por un lado, están aquellos que, reconociendo su real vínculo biológico consideran positivo para los hijos el tener un hermano y, por otro lado, se encuentra a aquellos que niegan tal relación. Estos últimos, probablemente tomen tal postura frente al miedo que el desconocimiento acerca del impacto que pueda causar a sus hijos y a la relación familiar les produce, conviviendo a su vez, con el temor de que se vinculen amorosamente a lo largo de su vida adulta. Al decir de Fazio (2003), estas serían no-actitudes, evaluaciones que no están disponibles en la memoria, y el hecho de tener que dar una respuesta actitudinal, hace que los examinados deban construir una actitud basada en cualquier atributo observable actual del objeto *contacto entre las personas relacionadas*

genéticamente. Al ser una situación tan poco frecuente o conocida para la mayoría de los individuos, es esperable que la fuerza de la actitud sea tan débil (Fazio 1995). Contrariamente a la debilidad de la actitud anteriormente mencionada y, frente a la fantaseada posibilidad de que los hermanos genéticos se casasen, la accesibilidad actitudinal fue importante ya que al enfrentarse el objeto actitudinal a fuertes asociaciones en la memoria, quizás fantasías de incesto, se activaron inmediatamente sentimientos desagradables o negativos (Fazio, 2003). (Ver apartado 3.1.5, Cualidades de las actitudes).

Otra vez, surge que **el lenguaje** disponible para dar nombre y definir los múltiples vínculos familiares existentes hoy en día, es insuficiente y no prevé estas relaciones. Las constelaciones familiares actuales distan mucho de la tradicional – madre, padre, hijos biológicos o adoptados. Y la Medicina Reproductiva ha contribuido, en gran parte, a este estado colaborando en la formación de familias que, necesariamente, han tenido que redefinir el estatus de cada uno de los participantes de la misma y dar un nombre a la posición que cada involucrado ocupa en tal grupo conviviente y a los que no conviven en él. Tal situación supone un desafío a los ancestrales conceptos de madre – padre – hijo. Ya no es sólo la genética lo que lo determina. En la donación embrionaria, además de la relación gestacional (Windows & MacCallum, 2002), se pone en juego qué definición se da a un embrión, un embrión que nunca estuvo en el útero de quienes lo formaron genéticamente y que sólo desarrollará su potencialidad si logra implantarse en el útero de una receptora y por ende, madre biológica o gestante.

En el presente estudio dos tercios de los pacientes y de los expertos consideraron al embrión un conjunto de células con potencial de ser un hijo y aproximadamente un tercio lo consideró directamente un hijo. Pero en la población general la categoría de hijo otorgada a un embrión fue mayor (39.3%) y sólo poco más de la mitad de los sujetos lo catalogó como un conjunto de células con potencial de ser un hijo. Tal vez, tanto los pacientes como los expertos, por la posición que ocupan, ya hicieron alguna redefinición personal de lo que para ellos un embrión es, con el fin de poder avanzar en sus objetivos, dejando atrás la concepción tradicional que categoriza a un embrión como un ser humano muy pequeñito. Los sujetos de la población general no han tenido que plantearse qué estatus le dan a un embrión ya que no necesitan hacerlo y la realidad con la que conviven diariamente es aquella que supone que las personas son gestadas por quienes aportaron, además, sus propias gametas. Podría conjeturarse que la función expresiva de los valores, como sostienen Katz (1960), McGuire, (1985) y Steele, (1988), contribuyen a la definición pública y privada del autoconcepto y de los valores centrales de estos sujetos. Sin embargo, la accesibilidad actitudinal de la población general es importante de ser considerada ya que, pese a lo inestable de tal condición, sus opiniones seguramente influyen en los miembros de su entorno inmediato, particularmente aquel vinculado a esta temática. De este modo, lo hallado en la presente investigación, deja en claro lo relevante de brindar mayor información a esta parte de la población, porque cada vez más en la vida cotidiana, debido al incremento de los casos de infertilidad y a que las personas están buscando reproducirse a edades más tardías, la necesidad de recurrir a los métodos reproductivos alternativos es una realidad con la que tendrán que convivir.

Quienes estén considerando donar un embrión deben, necesariamente, darle al niño que potencialmente naciera un estatus diferente del que le dan a sus propios hijos; en caso contrario se les dificultaría su decisión de donarlos. El estatus del *embrión congelado* es una importante variable a considerar. La conceptualización que cada cual tiene acerca de aquellos (Nachtigall et al., 2005), tanto como la relación padre – estatus del embrión, afecta las decisiones y las conductas de los dueños de los mismos. Algunos los donarán a parejas infértiles, otros preferirán su descarte o darlos para investigación y muchos, no podrán decidirse (Bankowski et al., 2005; de Lacey, 2005; Lyerly et al., 2006; Nachtigall et al., 2005; Urdapilleta, 2001).

Volviendo al estatus del embrión congelado, Laurelle y Englert (1995) puntualizaron que el 30% de sus participantes lo consideraban como *ya un niño*. Brindsen también encontró que los pacientes pensaban en ellos como *pequeños bebés* (Brindsen et al., 1995). En el año 2000, McMahon et al., reportó que el 90% de los pacientes interrogados pensaba a sus embriones como potenciales personas y hermanos. Ese mismo fenómeno fue también hallado por Söderström -Anttila et al., en el 2001. Estudios cualitativos como los de de Lacey, (2005), Lyerly et al., (2006) y Nachtigall et al., (2005) explicitan el simbolismo otorgado, por parte de sus poseedores, a sus embriones. Los participantes de la investigación de de Lacey, (2005) los consideraban parte de su familia, existiendo y no existiendo simultáneamente. Se les atribuía *estatus de persona* que carecía de presencia física pero contenía biología y espiritualidad, adquiriendo atributos de persona virtual. La autora verificó que,

luego de haberse convertido en padres, el simbolismo que le otorgaban al embrión cambió: de representar una *chance* de quedar embarazados pasó a representar un niño virtual criopreservado. Así, donar un embrión estaba unido a renunciar a un niño. (Ver apartado 3.3.2, Actitudes hacia la embriodonación). Nachtigall et al., (2005) hallaron que las conceptualizaciones acerca de sus embriones incorporaban una gran variedad de significados profundamente personales que complejizaban su habilidad de alcanzar una decisión acerca de la disposición sobre aquellos. Dentro de las visiones que de sus embriones tenían, algunas parejas las definían como un poco más que material biológico, otros lo hacían como entidades vivientes con la capacidad de experimentar placer y hasta sufrimiento. Otros los pensaban como virtuales, con intereses que debían ser considerados y protegidos. (Ver apartado 2.2, Destino de los embriones congelados y apartado 3.3.2, Actitudes hacia la embriodonación). McMahon et al. (2003) en un estudio de donación de embriones para investigación constató que el 80% de los dueños de embriones se inclinaban a pensar acerca de aquellos como hijos potenciales. El 68% de su muestra ya tenía hijos por FIV, confirmando un estudio previo McMahon et al., (2000) que indicaba que la presencia de un niño concebido por FIV influenciaba la percepción de las parejas respecto de los embriones restantes. (Ver apartado 3.3.2, Actitudes hacia la embriodonación).

Los resultados obtenidos a partir de la muestra aquí analizada parecieran diferir de los estudios comentados ya que casi la mayoría de los respondientes ubicados en el lugar de donantes consideraron que padre era quien criaba. Se recuerda que los donantes a los que aludimos, no son tales en

la realidad sino hipotéticamente, y esto marcaría la gran diferencia con los donantes de los trabajos previos que, efectivamente tenían en disponibilidad embriones criopreservados propios, pues sus creencias no están basadas en experiencias personales directas con el objeto. Si se considera lo informado por los autores de aquellas investigaciones con respecto al cambio de consideración del estatus del embrión cuando ya se tienen niños o cuando han transitado tratamientos de alta complejidad, se constata que la percepción de sus embriones cambió: ya no son imaginados como posibilidades de embarazo sino más bien como sus hijos y, por lo mismo, las donaciones efectivas son tan pocas. Probablemente, las actitudes de los individuos aquí evaluados se formaron bajo la carencia de información emocional ajustada a la realidad que se impone cuando las personas tienen embriones congelados o son donantes reales. En los últimos, la nueva información emocional adquirida a partir de ser poseedores concretos de aquellos, generaría actitudes formadas desde el afecto derivadas del objeto actitudinal *mi embrión criopreservado*. Además, la reiterada exposición hacia este material genético a lo largo de los tratamientos, conduce a actitudes más favorables y de mayor aprecio por la familiaridad adquirida. El efecto de la mera exposición teorizado por Zajonc (1968), sería base de formación de estas nuevas actitudes. Entonces, quienes no tienen embriones, difícilmente puedan coincidir con las actitudes evidenciadas en aquellos que sí los tienen.

Otra característica de estas actitudes es que tampoco predecirían la conducta real, tal como postulan Fishbein y Ajzen (1975). Ellos argumentan que las actitudes generales predicen sólo conductas generales y que actitudes

específicas pronostican sólo conductas específicas y explican que una actitud individual hacia un tema auguraría el carácter favorable de toda una serie de acciones relevantes para el tema, pero sin pronosticar conductas específicas. En este caso, pueden los individuos sostener que si donaran sus embriones no se sentirían los padres de los nacidos de ellos como una actitud general, pero si se repitiese lo experimentado por los donantes reales, no sería acorde a la conducta final de apego hacia ellos que se traduce en la gran dificultad para donarlos.

Desde un postura relativamente distinta, y frente al mismo tema, Laurelle y Englert (1995) descubrieron, en las parejas por ellos investigadas, que la opinión sobre la importancia respectiva de la ligazón genética y la educación al definir el vínculo parental, era más determinante que su opinión sobre el estatus del embrión in Vitro. El 74% de los sujetos hacía primar la educación como lazo filiatorio. Los autores sugieren que la consideración de la crianza como base de la ligazón parental ayuda a aceptar que el embrión que se donó evoluciona hacia el hijo de otra pareja presuponiendo, entonces, la diferenciación entre padres y progenitores. Los hallazgos de este estudio, ahora sí, coinciden con el espíritu de lo propuesto por Laurelle y Englert (1995), aunque las actitudes a favor de que *padre/madre es quien cría a un niño* se presentaron en porcentajes más elevados. Una mayoría abrumadora de sujetos puestos en el lugar de donantes, tanto en el grupo de pacientes (95.6%) como en el de expertos (92.8%) y de población general (94.0%), consideró que padre es quien cría a un hijo. Llamativamente, quienes en un porcentaje más pequeño pero considerable (18.6%), sostuvieron la idea de que madre/padre es

quien aporta los genes, fueron los expertos. Consistente con la elección primera, cuando los sujetos se posicionaban como el nacido de embriones donados, también una amplia mayoría en los tres grupos, dio estatus de padre a aquellos que gestaron y criaron. La coincidencia con las actitudes de los individuos de esta investigación con las evidenciadas por los de Laurelle y Englert (1995) entran en contradicción con lo hipotetizado por de Lacey (2005), Lyerly et al. (2006), McMahon et al. (2000 y 2003), Nachtigall et al (2005) en los párrafos previos acerca de que *padres son quienes aportaron las gametas* y podría deberse a un posicionamiento completamente diferente de los actores. Las normas sociales e históricas han dado primacía a las familias biológicas y definen como padres reales a quienes están relacionados genéticamente con sus hijos. La adopción, las familias ensambladas y el advenimiento de las donaciones de gametos y de embriones, que separan la paternidad genética de la social, hacen necesaria una revisión del significado atribuido al lazo genético, relegándolo a una estricta definición biológica y exceptuándolo de roles paternos que pueden ser ejercidos por otras personas. Para la mayor parte de la muestra estudiada en el presente trabajo éste sería el caso ya que dieron estatus de padre a quién gestara y criara. La función adaptativa de estas actitudes (Katz, 1960) les permitiría soslayar la importancia asignada al traspaso genético y, sofocaría los sentimientos ambivalentes hacia la definición personal del concepto padre/madre, ayudándolos a resolverlos (Kaplan, 1972).

Las actitudes de los sujetos hacia el alcance de la información que querían tener respecto de los actores de esta problemática, fueron reflejadas en distintas áreas. Posicionados como donantes y en coincidencia

con lo hallado por Söderström-Anttila et al. (2001), casi la mitad de los individuos desearía saber si un niño nació con una enfermedad severa o hereditaria a partir de sus embriones. Esta actitud probablemente refleje la preocupación que tal afección también pudiera presentarse en sus propios hijos o ser ellos portadores de enfermedades hereditarias. Otra explicación posible es que, en algún punto, estas actitudes estuvieran indicando la ligazón afectiva que los donantes podrían sentir respecto de esos niños.

Otra característica que resultó ser importante para quienes imaginariamente donaran sus embriones fue que quienes los recibieran reunieran características que calificaran como positivas y necesarias para ser padres. Si bien casi dos tercios de los imaginarios donantes desearían que los receptores fueran potenciales buenos padres, sólo un tercio le dio importancia a que estuvieran en una buena posición económica. Estos resultados son coincidentes con los hallados por de Lacey (2005) y por Söderström-Anttila et al. (2001) en donde los donantes, en este caso reales, enfatizaron la necesidad de que las personas que recibieran sus embriones tuvieran buenas calificaciones en lo emocional y social para ejercer la paternidad. Esta actitud, probablemente, esté vinculada con el cambio en la conceptualización del estatus del embrión. Aún cuando los donantes en los estudios arriba mencionados, aceptaron no ser *los padres* sino los *progenitores* del nacido a partir de sus embriones, y recordando que el simbolismo otorgado a los embriones luego de haber tenido ya un hijo por FIV cambia de ser una chance de embarazo a un niño virtual (de Lacey, 2006), subyace a través de sus actitudes de preocupación hacia la aptitud como padres de los receptores, su

afecto y compromiso moral hacia los embriones que donaron. Es una incógnita qué sucedería con los sujetos de la presente muestra, cuya intención conductual o conativa, expresada a través de sus actitudes, fue de alta aceptación a la donación y de interés en saber cómo serían los receptores, si efectivamente tuvieran embriones y hubieran decidido donarlos.

Desde el lugar de receptor, la información más saliente que los sujetos deseaban tener acerca de los donantes fue qué enfermedades tenían, como primera y principal, seguida por sus rasgos físicos, los motivos por los cuales donaron sus embriones, y a un cuarto de la muestra le interesaba saber si los donantes tenían hijos. Algunas de estas características fueron coincidentes con las expresadas por los receptores del estudio finlandés (Söderström-Anttila et al. (2001), tales como aquellas fenotípicas, enfermedades de los donantes y razones para donar sus embriones no utilizados.

Otro objetivo de este estudio intentaba **comparar el alcance de información que los sujetos querrían** tener respecto de áreas fundamentales estrechamente relacionadas entre sí, como son el anonimato de los donantes, la revelación del origen al niño y la información tanto identificatoria como no identificatoria de los donantes para los nacidos llegados a su mayoría de edad, **si se posicionaran alternativamente en los tres escenarios imaginarios propuestos: ser donantes, ser receptores y ser nacidos de embriones donados.**

Las actitudes de imaginarios donantes y receptores hacia el anonimato de ambas partes fueron apoyadas por la mayoría (85.7% y 85% respectivamente), no obstante, aproximadamente un cuarto de esos mismos imaginarios donantes y receptores, expresaron el deseo de conocer a la pareja donante/receptora – según corresponda - en caso de que fuera desconocida. Que los receptores y los donantes sean desconocidos implica que no tienen vínculo o conocimiento cercano entre ellos y no tendrán, necesariamente, que encontrarse, ni social ni familiarmente. Bajo esta consideración, es comprensible que ambas partes prefirieran ser anónimas en primera instancia para no tener la obligación o probabilidad de frecuentarse en el futuro - lo cual, probablemente, los complicaría emocionalmente - . Sin embargo, si se contempla que muchos de estos actores querrían que el nacido tuviera información de los donantes y que a ambas partes les preocuparan, de algún modo, algunas características de los otros, es coherente que, a pesar de no conocerse, quisieran hacerlo.

Las donaciones, tanto de gametos separados como de embriones, son en su mayoría anónimas, cuestión que impide la posibilidad de conocimiento entre padres genéticos y sociales. En varios de los países donde la donación de embriones está permitida, no se ha legislado acerca de si las donaciones debieran ser de donantes conocidos o anónimos, quedando a criterio de las clínicas la política a seguir. Recientemente Nueva Zelanda estableció lineamientos hacia la donación de embriones requiriendo una reunión entre los donantes y los receptores previa a la donación, proveyendo además, de acceso a los servicios de *counseling* a través de todo el proceso (Daniels, 2005).

Según Fuscaldo y Savulescu (2005) quizás... “los donantes de embriones estarían menos preocupados por permanecer anónimos si se hicieran intentos por admitir que la paternidad genética es sólo un tipo de padre y la herencia genética sólo una manera de entender la identidad y la historia” (p. 166).

No se puede precisar aún qué pasará con los nacidos por donaciones embrionarias pero sí se conoce que los individuos que han nacido por semen donado, y lo saben (Anónimo, 2002; Baran & Pannor, 1993; Haimes, 1998; Montuschi, 2002; Snowden, et al., 1993; Turner & Coyle, 2000), están alzando la voz en aras de la abolición del anonimato y abogando por el derecho a conocer el origen que todos los nacidos por donación de gametos deberían tener (Ver apartado 2.4.4.1, Aspectos psicológicos relacionados con la información). Muchos recibieron esta información de sus padres pero no pueden acceder a datos identificatorios de los donantes pues las donaciones han sido hechas bajo anonimato, cuestión que va en detrimento de las necesidades de los descendientes, aunque la mayoría de la veces sólo implican algo de información del donante (Anónimo, 2002; Baran & Panor, 1993; Donor Conception Network, 2007); Conception Support Group de Australia, 2007); Turner & Coyle, 2000).

Como ya se ha explicitado, este aspecto de las donaciones/recepciones de gametos o embriones está estrechamente vinculado con la posibilidad de identificar a los donantes. Mas allá de los deseos de los padres, genéticos o sociales -, los nacidos por embriones donados tienen derecho a acceder a los registros identificatorios llegada la mayoría de edad, como cualquier individuo

lo tiene (Ver apartado 2.4.4.1, Aspectos legales ligados a la información). Si no se legisla a favor de la obligatoriedad de los donantes de dejar registrados sus datos identificatorios, para los nacidos por embriodonación, obtener su identidad sólo se logrará por decisión de un juez, en el mejor de los casos. El informar acerca de los datos *no identificatorios* de los donantes a los receptores y/o a sus hijos, tampoco es una rutina establecida en muchas clínicas y países, cosa que empeora la situación para aquellos padres que, al menos, quieren poder contarle a su hijo sobre algunos aspectos de quienes aportaron las gametas.

En esta investigación, las actitudes favorables de los hipotéticos nacidos frente al obtener datos no identificatorios e identificatorios rondaron entre el 30 y el 40 % pero más del 70% de los mismos querían saber su origen. Situados en el lugar de donantes, un poco más de la mitad dejaría datos no identificatorios, pero a pesar de sostener que tienen derecho a obtener datos identificatorios, un poco menos de la mitad de los mismos expresó que los dejaría efectivamente. Las actitudes de los receptores imaginarios hacia el tener datos de la identidad de los donantes, alcanzó apenas a un tercio, sin embargo, la variable evaluada tanto hacia el derecho a conocer el origen como hacia el derecho del nacido a acceder a aquellos los datos, fue altamente aceptada, superando el 70% en ambos casos. Sintetizando, los datos aportados por los sujetos de esta investigación revelaron que frente al:

- **Derecho a saber el origen por parte de los nacidos por embriodonación** existe un fuerte consenso desde los tres lugares

imaginarios. Este hallazgo es un puntapié inicial muy importante dada la tendencia mundial, cada vez más acentuada, a considerar las necesidades de estos individuos de saber la verdad sobre su génesis – el bienestar del menor -, y no sólo las de los adultos que los generaron, comprendiendo que los derechos son iguales para todos. Particularmente estas actitudes positivas hacia la revelación del origen, podrían deberse a una tendencia local argentina relacionada a situaciones socio-políticas de nuestro pasado reciente donde el derecho al conocimiento del origen biológico e identidad de las personas nacidas durante un período particular en este país fue resaltado, existiendo un sector importante de la sociedad que aboga por ellos. Es decir, la confluencia de la información cognitiva, afectiva y conductual referida a esta problemática pudieran haber favorecido el desarrollo de estas actitudes, por creencias basadas en experiencias personales directas con el objeto y también por información indirecta obtenida de otras personas o fuentes, que es muchísima. El vector afectivo, seguramente, se basó en el efecto de la mera exposición (Zajonc, 1968) ya que, de ser cierta esta conjetura, la exposición repetida al objeto *hijos de desaparecidos*, ha sido y aún hoy es, elevada. Por otro lado, el condicionamiento clásico también estaría presente – conocer el origen es positivo –, probablemente surgido por la alta covariación entre estos objetos del entorno desde hace muchos años.

Otra posible hipótesis del motivo de la coincidencia en el importante porcentaje de individuos que evaluó favorablemente la revelación del origen al nacido, podría radicar en que los sujetos manifestando esta actitud estuvieran contribuyendo a una definición pública y privada de sus valores centrales, afirmando así su self y su identidad (Katz, 1960). Aunque quizás, sean la expresión de actitudes adaptativas que le permitirían sintonizar con los individuos con los que se vinculan, aunque no reflejen sus propias convicciones. En definitiva, en este punto, no hubo grandes discrepancias entre las actitudes de los entrevistados a pesar de que se situaran imaginariamente en los distintos escenarios.

- **Derecho de los nacidos a obtener los datos identificatorios de los donantes**, más de la mitad de los últimos y de los receptores imaginarios coincidieron en que así debe ser, aunque aproximadamente un 40% de quienes imaginariamente aportaron los embriones y de los imaginarios nacidos a partir de ellos mostraron interés en darlos y en recibirlos.
- **Deseo de tener o dejar datos no identificatorios**, sólo un tercio de los supuestos nacidos mostró evidencia de querer disponer de esta información y poco más de la mitad de los hipotéticos donantes manifestó querer darlos.

Con respecto a estos dos últimos temas, se verificó cierta inconsistencia cognitiva - afectiva en las respuestas de los supuestos donantes ya que a pesar de manifestar creencias positivas hacia derecho del nacido a obtener datos identificatorios y estar dispuestos a dejar datos no identificatorios para él, cuando se evaluó si proporcionarían su identidad efectivamente, los porcentajes disminuyeron un poco. De igual modo, al ubicarse como pretendidos receptores, si bien más de la mitad de los individuos de la muestra concordó en que los nacidos tenían derecho a saber la identidad de los quienes donaron los embriones, sólo la mitad de ellos deseaba tener tal dato. La ambivalencia evidenciada tanto en donantes como en receptores pone de manifiesto el conflicto entre el sentir de los sujetos frente a los derechos y el deseo personal ya que, probablemente, como se expuso con anterioridad, ambas partes tengan temor de que el nacido por embriodonación pretenda contactarse con quienes aportaron el material genético y ello pueda suponer el desequilibrio de ambos sistemas familiares.

Puestos en el lugar de nacidos, los individuos evidenciaron mayor interés por tener datos identificatorios que por los no identificatorios, aunque en ningún caso sus actitudes igualaron los porcentajes manifestados cuando se situaban como donantes o receptores. Podría especularse que, a pesar de que desde este posicionamiento el deseo mayor es saber la realidad de su origen, si se consideran los altísimos valores hallados en los tres grupos afirmando que

considerarían sus padres a quienes los gestaron y criaron, obtener información amplia de los donantes no era una necesidad para ellos. Estas actitudes serían congruentes y cumplirían con la función expresiva de conocimiento, que, sumada a la función adaptativa de las mismas, les permitiría a los nacidos de embriones donados categorizar la información que les llega como nuevas experiencias, simplificando sus circunstancias de vida. Estas actitudes los proveerían de una manera de ajustar los objetos al ambiente personal, economizando la energía y tiempo que les demandaría estar constantemente cambiando sus actitudes hacia los objetos (Smith et al., 1956). Para aquellos sujetos nacidos de embriones donados que sintieran temor o ansiedad frente a la posibilidad de obtener más información que conocer la realidad de su origen genético, el mantenerse alejado del objeto ansiógeno a través de manifestar actitudes poco favorables hacia el contactarse con los donantes y/o sus circunstancias, les sería también beneficioso, ayudándolos a cumplir tal cometido.

Las actitudes hacia informar a los donantes de que un niño nació de los embriones que aquellos donaron encontró poca aceptación tanto entre los hipotéticos donantes como en los hipotéticos receptores, alcanzando aproximadamente a un tercio de los sujetos en cada grupo. Otros investigadores comprobaron actitudes más favorables: la mitad de los receptores en Söderström-Anttila et al. (2001), apoyaba la idea de que los

donantes supieran y Newton et al. (2003) halló que la mitad de los donantes de su estudio quería saber si nació un niño a partir de su donación.

El fin de este objetivo era poner en evidencia si, según donde se situaran los individuos – donantes, receptores o nacidos – sus actitudes se modificaban. Si bien se esperaba encontrar mucha variación al cambiar de posición, no la hubo. Pareciera que los sujetos contestaron desde el lugar de *ser humano sesgado por su propia vida y circunstancias*, más allá de su posicionamiento en el presente trabajo. El diseño de esta tesis no puede ofrecer, más allá de lo expuesto, hipótesis explicativas más profundas que den respuesta a este objetivo, quedando planteado como interrogante para futuras investigaciones.

Habitualmente, las personas que concurren a las clínicas de fertilidad tienen poco conocimiento de los pormenores de la práctica de embriodonación. No se trata sólo de una pareja en la búsqueda de un hijo, sino que este procedimiento involucra también a otra más, sea donante o receptora. Por este motivo, todos los factores psicosociales asociados no deberían eludirse ni ser tratados en forma opcional por ninguna de las partes. Sin embargo, y a pesar de las múltiples voces que recomiendan establecer **evaluación y asesoramiento a los involucrados en los programas de embriodonación** (Applegarth, 2006; Kingsbreg et al., 2000; Lee & Yap, 2003; McMahon et al., 2003; Mahlstedt, s/f; Pennings, 2002; Robertson, 1995; Van Voorhis et al., 1999), sólo dos estudios (Newton et al., 2003; RESOLVE, 2003) evaluaron la aceptación del asesoramiento y evaluación en potenciales donantes y

receptores de embriones, expresando de alto a moderado apoyo hacia la evaluación y asesoramiento de las partes.

Las actitudes de los sujetos examinados en esta oportunidad, en cambio, resultaron altamente positivas en ambas situaciones: tanto apoyando la evaluación psicológica/psiquiátrica como favoreciendo la necesidad de recibir asesoramiento psicológico acerca de las implicancias de la donación embrionaria. Afortunadamente, al comparar las respuestas de los tres grupos, se determinó que los expertos exhibieron actitudes de mayor apoyo hacia la evaluación y asesoramiento de donantes y receptores que los pacientes y que los sujetos de población general. Este hallazgo, si bien esperable, habla a favor de la concientización de los expertos, considerando responsable, adecuado y necesario tales procedimientos.

Se recuerda que los expertos eran, en promedio, mayores que los individuos de los otros dos grupos, por lo tanto, no se puede saber si las diferencias significativas halladas en el Factor 2 – Actitudes hacia la evaluación y asesoramiento psicológico a donantes y receptores – se debieron a su pertenencia al grupo o a su edad.

A pesar de lo positivo del hallazgo, aún falta se determine la conveniencia de seguir realizando estos procedimientos bajo el formato de donación/dación, o en cambio, si no es preferible se efectúen bajo la figura de adopción prenatal. Lamentablemente, el vacío legal, la burocracia de las adopciones y los costos implicados desalientan tanto a los profesionales como

a los pacientes a considerar el instituir la adopción prenatal, respetando así los derechos del nacido. Ambos prefieren evitar intromisiones, listas de espera, evaluaciones socio-ambientales y registros identificatorios de los donantes. El mayor problema radica en que si las donaciones se realizan sin siquiera una evaluación psicológica y un asesoramiento adecuado a las partes, se están descuidando aspectos de protección hacia todos los involucrados. Particularmente, es menester considerar temas como la salud mental de los donantes y la comprensión cabal del acto que están realizando, la aptitud psicológica de los padres adoptantes del embrión para afrontar esta construcción familiar, y por sobre todo, advertir de las potenciales consecuencias de la apertura o secreto de los orígenes a los nacidos por embriodonación y la explicación acerca de sus derechos. El derecho a la identidad de una persona implica informarlo de su origen, darle posibilidad de acceso a datos relevantes para su salud y su descendencia y favorecer un vínculo de confianza con sus padres (Urdapilleta, 2001; Urdapilleta, 2004b). Es de esperar que las actitudes evidenciadas por los sujetos de esta muestra, especialmente la de los expertos por su influencia, sirvan de base informacional para que, mientras tanto, y ante la carencia de legislación que contemple a todos los involucrados, las donaciones embrionarias dejen de hacerse considerando sólo a los adultos implicados, sin tomar en cuenta los intereses de los niños por venir.

Examinó también, el presente estudio, las **actitudes de los sujetos de la muestra según el sexo, su edad, su estado civil y su ocupación, si tenían o no hijos y si estaban buscando embarazarse al momento de ser**

evaluados. Se recuerda que a partir de la escala construida para medir ciertas actitudes vinculadas a aspectos psicológicos, legales y éticos de la donación embrionaria, el Análisis Factorial efectuado aisló tres factores, los cuales fueron nominados por la autora de la siguiente manera:

Factor 1: Actitudes positivas hacia el vínculo genético: revelación del origen y contacto entre los sujetos relacionados genéticamente.

Factor 2: Actitudes hacia la evaluación y asesoramiento psicológico a donantes y receptores.

Factor 3: Actitudes negativas hacia la obtención de información y hacia el conocerse.

El sexo resultó ser una variable donde se encontraron diferencias significativas, siendo las mujeres quienes presentaron actitudes más positivas hacia la revelación del origen y el contacto entre personas relacionadas genéticamente - donantes, sus hijos y los nacidos a partir de los embriones que donaron -. Una posible explicación a este fenómeno es que quizás las mujeres, al ser ellas quienes llevan adelante la gestación, sientan mayor tranquilidad que los hombres, quienes no intervienen biológicamente en absoluto, respecto del vínculo que se establecerá entre ellas y sus hijos. La creencia de que el amor se garantiza por lazos biológicos está aún muy arraigada en la sociedad, y podría ser un motivo por el que los hombres tuvieran actitudes más desfavorables hacia la revelación del origen y a que los descendientes de embriones donados pudieran tener contacto con aquellas personas con quienes están ligados genéticamente. Quizás el controversial *instinto materno* y

la constitutiva inseguridad sobre la paternidad, ambos socialmente enraizados como conceptos, también hayan plasmado su raigambre en las actitudes evidenciadas por los sujetos cuando se los separó según el sexo.

Llamativamente, fueron también las mujeres de la muestra quienes tuvieron actitudes más negativas frente a la posibilidad del traspaso de información y hacia la relación entre donantes y receptores. La ambivalencia evidenciada entre las actitudes, las primeras *modernas* y las últimas más *conservadoras*, podría estar reflejando que la dificultad que estos cambios producen, al situarse frente a esta controversial manera de formar una familia, aún es sumamente frecuente. Respecto al hecho de que fueran las mujeres, quienes habitualmente están más en contacto con sus emociones y su mundo interno (Tannen, 1990), las que presentaran actitudes de mayor rechazo hacia el contacto entre donantes y receptores y hacia el obtener información relativa a los mismos, podría reflejar la incomodidad y temor de enfrentarse con la otra parte – ya sea la pareja donante o la receptora, respectivamente – antes del procedimiento, y en consecuencia tener que lidiar con sentimientos confusos o desagradables, los cuales estiman no poder evitar recordar en el futuro. En este caso, la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia, estando en presencia entonces de una ajustada consistencia afectivo-cognitiva. (Ver apartado 3.1.6, Relaciones entre los componentes actitudinales).

La edad también influyó en las actitudes hacia la revelación del origen y el contacto entre los vinculados genéticamente, siendo los adultos jóvenes y los

adultos medios quienes más a favor estaban de tal posibilidad. Es comprensible que quienes están en edad procreacional y que, además, pertenecen a una generación que asistió a tantos cambios en las construcciones familiares, tengan actitudes más acordes a las costumbres vigentes en estos tiempos. Probablemente pocos adultos maduros hayan utilizado la medicina reproductiva de alta complejidad para la formación de sus familias y por ende no les sea fácil imaginarse en la necesidad de rever sus creencias y sus afectos hacia tal situación. Si se recuerda que hasta hace poco tiempo la adopción suscitaba controversias y mucho rechazo en los padres adoptantes respecto del tema de develar los orígenes al niño adoptado y fuerte resistencia a la mera posibilidad de contacto con sus familias de origen, no es de extrañar que, en el caso de las familias formadas por donación embrionaria suceda algo similar. Existirían en ellos fuertes asociaciones en la memoria de objetos actitudinales, con su respectiva evaluación – negativa -. Tales actitudes son capaces de ser activadas automáticamente al encontrarse con el objeto actitudinal (Fazio, 1995), evidenciando lo inconveniente que develar vínculos no genéticos, suponen. (Ver apartado 3.1.5, Cualidades de las actitudes). Simultáneamente quedaría en evidencia la función instrumental o utilitaria de la actitud de los adultos maduros de la muestra, ayudándolos a evitar objetivos no deseados, e intentando así, eliminar el malestar que supondría, desde tal perspectiva, el develar el origen y el asistir al contacto entre los donantes y sus familias, y su propio hijo. Esta función se vincula con la del conocimiento pues facilita al sujeto el moverse con soltura en su medio ambiente mediante la división del mundo en lo que le gusta o disgusta, brindando a este subgrupo

orden y predictibilidad (Katz, 1960). (Ver apartado 3.1.4, Función de las actitudes).

También se verificaron diferencias significativas en el Factor 3 entre los adultos jóvenes y los adultos maduros, presentando los primeros actitudes más negativas hacia el traspaso de información y hacia el conocerse entre los donantes y receptores. Nuevamente, al igual que lo hallado entre las mujeres de la muestra, se evidenció mayor resistencia al contacto o a obtener información entre donantes y receptores entre los adultos jóvenes, sugiriendo que si bien estarían a favor de tener la información identificatoria de los donantes y al facilitar el contacto entre los donantes y el nacido por embriodonación, sólo sería a los efectos de no entorpecer ni la salud familiar ni negarle los derechos a su hijo pero, personalmente, a ninguna de las dos partes – donantes y receptores – les interesaría ni tener datos, ni entrar en relación entre ellos.

Las actitudes hacia la evaluación y asesoramiento psicológico a donantes y receptores no mostraron diferencias ni en cuanto al sexo ni respecto a las edades de los examinados. Sin embargo, no es de extrañar que, quienes no buscaban un hijo al momento de ser evaluados tuvieran actitudes más favorables hacia la evaluación y asesoramiento psicológico que quienes sí estaban en la búsqueda de un embarazo, ya que presumiblemente sientan temor de enfrentarse a profesionales del área de salud mental que pudieran excluirlos de los programas de embriodonación. Los atributos asociados al objeto actitudinal evaluación o asesoramiento, que sirven de base

informativa, probablemente sean evaluados por este subgrupo de manera desfavorable. (Ver apartado 3.1.3, Formación de actitudes). Otra hipótesis posible es que estas actitudes estuvieran cumpliendo dos funciones simultáneamente: una función auto-defensiva, utilizada para protegerse de sentimientos negativos hacia sí mismos y preservándose así de una supuesta amenaza (Katz, 1960), y una función instrumental o utilitaria para evitar objetivos no deseados, intentando ambas funciones minimizar la incomodidad o el dolor de no cualificar para la realización del procedimiento (Green & Gergen, 1989). (Ver apartado 3.1.4, Función de las actitudes).

Ni el estado civil de los sujetos, ni su ocupación, ni el hecho de tener hijos o no, arrojaron diferencias en las actitudes evaluadas en ninguno de los tres factores analizados.

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

Dado que la conformación de una familia a través de la donación de embriones es un modo alternativo y válido al que muchas parejas infértiles querrían recurrir, la posibilidad concreta y real sólo se efectivizará en tanto se conozcan las particularidades e implicancias del mismo y se confeccionen lineamientos adecuados para la saludable realización de procedimiento.

La presente investigación es el primer intento de explorar y describir ciertas actitudes hacia estos tratamientos, de tres grupos de personas diferentes, en nuestro ámbito: especialistas de distintas áreas vinculadas a la infertilidad, individuos de la población general y asistentes a clínicas de fertilidad. El propósito de hacerlos situarse imaginariamente en los tres estados posibles – donantes - receptores - hijos - favorecía el figurarse cómo se viviría la situación desde tan diversos lugares. Estudios previos han focalizado en las actitudes de los donantes o potenciales donantes, pero no en aquellas de los receptores de embriones – con la única excepción de Söderström-Anttila et al. (2001) – y mucho menos se han podido evaluar aún las actitudes de personas nacidas de embriones donados.

Las conclusiones son limitadas y las generalizaciones no se pueden extrapolar imprudentemente debido a que:

- personas en distintos países y con distintas culturas pueden tener actitudes diferentes,

- el muestreo es intencional e incidental
- el relevamiento se realizó sólo en tres clínicas de Medicina Reproductiva,
- en este estudio los individuos estaban ante la hipotética situación de tener embriones para donar, ya que no pertenecían a un grupo de pacientes con embriones sobrantes que tuvieran que decidir el destino de los mismos, ni que estuvieran considerando donarlos a otras parejas infértiles,
- no es posible comparar la estructura factorial aislada con otras, provenientes de otros estudios, ya que este es el primero que se realiza con ese modelo. Tampoco se han realizado estudios de Análisis Factorial Confirmatorio por tratarse de un trabajo preliminar,
- las edades de los tres grupos de sujetos evaluados guardaban diferencias significativas y ello podría haber producido diferencias en sus respuestas al instrumento, más allá de su pertenencia al grupo de expertos, población general o pacientes
- los porcentajes de varianza explicados no llegan al 60% recomendado, aunque se acercan bastante a él,
- limitaciones en el análisis psicométrico del instrumento: la fiabilidad es aceptable, pero debe estudiarse más, depurando la escala; debe profundizarse el análisis de ítems; deben encararse estudios de validez concurrente y predictiva, replicándose y ampliándose los estudios factoriales y de validez de contenido.

Dentro de los aspectos positivos del trabajo se encuentran, en primer término, el haber realizado estudios de validez factorial, de validez de contenido, el análisis de ítems y el análisis de consistencia interna del instrumento. Es claro que los análisis efectuados han tenido limitaciones; sin embargo, ello no es obstáculo para que el presente trabajo represente el primer paso hacia la profundización y ampliación de esta línea de investigación de la que se beneficiarán disciplinas tales como la Psicología y la Medicina Reproductiva; asimismo, recibirán transferencia de conocimientos, útiles en el ámbito de aplicación, personas tales como pacientes e individuos en busca de embarazo, asesores legales y éticos, y por supuesto, los médicos dedicados a realizar estos procedimientos. Por último, la transferencia de tecnología que el instrumento diseñado significa, permitirá su uso en los diferentes terrenos de estudio y utilización, así como su perfeccionamiento en ulteriores investigaciones.

Además, los resultados de la presente investigación proveen valiosa información preliminar acerca de las potenciales actitudes de distintos actores sociales hacia la embriodonación. Esto no sólo es de utilidad para los profesionales que trabajan en el área y para sus pacientes, sino que ofrece particularmente, la posibilidad de confeccionar programas de donación embrionaria más ajustados a las necesidades de los poseedores de embriones sin destino final. Es probable que la realidad en que las clínicas de acá y del mundo se encuentran - manteniendo embriones en nitrógeno líquido y sin poder decidir qué hacer con ellos - se modifique si se considera la importancia de abordar estos temas de manera preventiva con aquellos pacientes que

decidan congelar embriones, pero antes de realizar los tratamientos de alta complejidad. Una vez producidos más embriones de los que van a usar, y sin tener en claro las vicisitudes propias de la problemática, por lo general, ya es tarde, reflejándose en los altos índices de abandono de los mismos. Los datos surgidos de este relevamiento permitirían, a aquellas clínicas que ofrecen la alternativa de congelar embriones, la posibilidad delinear programas para donantes potenciales con dos fases:

1. psicoeducativa, antes de realizar los tratamientos de fertilidad, evaluando las consecuencias favorables y desfavorables de hacerlo o no,
2. de resolución definitiva, para aquellas parejas que habiendo criopreservado decidieron que no los van a utilizar, brindándoles la oportunidad de recibir asesoramiento y apoyo psicológico, ético y legal para asumir el fin que les darían a tales embriones.

Las clínicas deberían, también, considerar los resultados aquí expuestos si la intención es que sus programas consideren a aquellas parejas sin posibilidad de generar sus propios embriones - receptores prospectivos -, cuyas necesidades *no acaban cuando les transfieren un embrión*, y las que, generalmente, no reciben asesoramiento alguno.

Tanto en las situaciones de donación de gametos individuales como en las donaciones embrionarias, los temas más relevantes a considerar son los vinculados a la información, desde lo legalmente posible y desde lo

psicológicamente saludable. Están comprendidos el anonimato, el derecho a conocer el origen de los descendientes, datos identificatorios de los donantes, datos no identificatorios tanto de donantes como de receptores y, la conveniencia y posibilidad de contacto entre las diferentes partes, particularmente entre los vinculados genéticamente; todos estos, aspectos controversiales. Por lo tanto, en términos de transferencia tecnológica, la escala aquí construida, brinda un instrumento de medición de actitudes hacia la embriodonación y sus diferentes aspectos, que puede utilizarse en ámbitos científicos y de aplicación de nuestro país y de cualquier otro con regulaciones similares a las nuestras. Si bien no es completo, es el primero de medición de actitudes hacia la donación de embriones a parejas infértiles, autoadministrable, válido y confiable - aunque con varias limitaciones al respecto, que se señalan en párrafos anteriores -, reportado en la literatura hasta la actualidad. Además, esta escala también puede ser aplicada en centros de reproducción, a pacientes considerando la posibilidad de criopreservar, ya que al hacerlos situarse en las tres posiciones – donantes, receptores, e hijos -, los obligaría a reflexionar sobre las implicancias futuras del procedimiento ya fuera que el destino los pusiera en la situación real de convertirse en donantes o de necesitar recibir embriones para construir su familia y, también considerar las actitudes que tanto un descendiente genético de ellos o un hijo propio nacido a partir de embriones donados podría tener.

Las actitudes en el tema son poco accesibles y cambiantes por la poca exposición al objeto y por la influencia de diversas fuentes. El incremento de la exposición contribuiría a una mayor accesibilidad y a la información de la

población en su conjunto. De acuerdo a los resultados aquí presentados es imperioso reflexionar sobre la necesidad de:

- fijar normativas legales en los niveles nacional y provincial, así como procedimentales en los centros de atención,
- considerar la importante influencia que tiene el lenguaje, por ahora inexistente, pero que evolucionará con el tiempo,
- implementar programas informativos y psicoeducativos,
- promover el debate entre expertos de ámbitos no sólo médicos y sociales sino también de aquellos legales, sujetos de la comunidad y referentes de los diferentes credos religiosos.

Asimismo, sería recomendable que futuras investigaciones realizaran estudios longitudinales para evaluar cambios en las actitudes de la población a medida que los temas de índole bioético, emocional y de compromiso legal vayan siendo más conocidos por la población general. Otros trabajos deberían no sólo incorporar la evaluación de las actitudes de las parejas que realmente son dueñas de embriones extra, sino también examinar a un grupo de parejas en lista de espera para recibirlos. Investigadores interesados en los temas incorporados a la escala podrían mejorarla y adaptarla, según las necesidades tan cambiantes en esta rama de la medicina. Finalmente, en cuanto sea posible, comprometer la presencia de individuos nacidos a partir de la embriodonación, es una tarea ineludible de evaluaciones ulteriores.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS

- Acosta, A. (2001, noviembre). Congelamiento de embriones: qué hacer con los embriones sobrantes. Donación, adopción o dación de embriones. Aspectos médicos. En *Simposio CIGOR sobre temas controversiales en Reproducción Humana*. Córdoba, Argentina.
- Ajzen, I. (1989). Attitudes Structure and Behavior. En Pratkanis, A. R., Breckler, S. J. & Greenwald, A. G. (Eds.) *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. En Murchison, C. M. (Ed). *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-844). Worcester, MA: Clark University Press.
- American Society for Reproductive Medicine (2002). Guidelines for cryopreserved embryo donation. *Fertility & Sterility*, 77(Suppl 5): S9-10.
- American Society for Reproductive Medicine (2002). Guidelines for gamete and embryo donation. *Fertility & Sterility*, 82: S8-20.
- American Society for Reproductive Medicine (2004). Ethics Committee Report Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility and Sterility*, 81 (3), 527-531.
- American Society for Reproductive Medicine (2004). Guidelines on the number of embryos transferred. *Fertility & Sterility*, 82: 773-4.
- American Society for Reproductive Medicine (2004). Psychological Guidelines for Embryo Donation. *Fertility & Sterility*, 82 (suppl. 1): s20.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1988). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Anderson, N. H. (1991). *Contributions to Information Integration Theory*. (vols. 1- 3). Hillsdale. NJ: Erlbaum.
- Annas, G. J. (1998). The Shadowlands - Secrets, Lies, and Assisted Reproduction. *Legal Issues in Medicine*, 339 (13): 935-938.
- Annas, G. J. (2000). Ulysses and the fate of frozen embryos – Reproduction, Research, or Destruction. *Legal Issues in Medicine*, 334 (5): 373-376.
- Anónimo (2002). How it feels to be a child of donor insemination. *British Medical Journal*, 324: 797.
- Applegarth, L. (2006). Embryo donation: counseling donors and recipients. En Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.). *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians.*, 2nd Edition. New York:

Cambridge University Press.

- Appleton, T. C. (2002). Embryo donation. En Boivin, J. & Kentenich, H. (Eds.) *ESHRE Monographs: Guidelines for counselling in infertility* (pp. 35-36). Oxford: Oxford University Press.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Attitude ambivalence: a test of the three key hypotheses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26: 1421-32.
- Associated Press (2 de Agosto de 1996). British clinics forced to destroy embryos. Recuperado el 24 de Octubre de 2000 de <http://www.detnews.com/1996/menu/stories/58688.htm>
- Bangsboll, S., Pinborg, A., Yding Andersen, C. & Nyboe Andersen, A. (2004). Patient's attitudes towards donation of superplus cryopreserved embryos for treatment or research. *Human Reproduction*, 19 (10): 2415-2419.
- Bankowski, B., Lyerly, A., Faden, R. & Wallach, E. (2005). The social implications of embryo cryopreservation. *Fertility and Sterility*, 84 (4): 823-832.
- Baran, A. & Pannor, R. (1993). *Lethal Secrets: The Psychology of Donor Insemination*. New York: Amistad Press.
- Bargh, J. A., Chaiken, S., Govender, R. & Pratto, F. (1992). The generality of the automatic attitude activation effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62: 893-912.
- Bassili, J. N. (1996). Meta-judgmental versus operative indexes of psychological attributes: The case of measure of attitude strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: 637-53.
- Becker, G. (1997). *Healing the infertile family*. California: University of California Press.
- Berg, B. & Wilson, J. (1990). Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertility & Sterility*, 53 (8): 654-661.
- Bjuresten, K. & Hovatta, O. (2003). Donation of embryos for stem cell research - how many couples consent? *Human Reproduction*, 18 (6): 1353-1355.
- Boada, M., Rodrigo, C., Veiga, A. & Barri, P. (2003, junio). The future of frozen embryos: couples' point of view. Ponencia presentada en: *19th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology*, Madrid, España.
- Boivin, J. (2003, octubre). Worldwide trends in gamete donation: exploring

the changing role of the donor. Ponencia presentada en el Postgraduate Course of the Mental Health Professional Group: *Children of the Art's: Psychosocial challenges to redefining family*. Annual Meeting of the American Society of Reproductive Medicine, San Antonio, Texas.

- Borda, G. (1993). *Manual de Derecho de Familia*. De Palma: Buenos Aires.
- Bossert, G. (2001, noviembre). Congelamiento de embriones: qué hacer con los embriones sobrantes. Donación, adopción o dación de embriones. Aspectos legales. En *Simposio CIGOR sobre temas controversiales en Reproducción Humana*. Córdoba, Argentina.
- Breckler, J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (6): 1191-1205.
- Brindsen, A., Avery, S., Marcus, S. & Mac Nancee, M. (1995). Frozen embryos: decision time in the UK. *Human Reproduction*, 10, 3083-3084.
- Bryan, E. (1995). *Mellizos, trillizos, o más*. Barcelona: Urano.
- Brzyski, R. (1998). Efficacy of postal communication with patients who have cryopreserved pre-embryos. *Fertility and Sterility*, 70 (5): 949-951.
- Burton, A. & Sanders, K. (2004). Patient attitudes to donation of embryos for research in Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 180: 559-561.
- Caplan, A. (2003, marzo). The problem with 'embryo adoption'. *American Journal of Bioethics*. Recuperado el 14 de Marzo de 2006 de <http://www.bioethics.net/printer.php?aid%420>.
- Check, J. H., Choe, J. K., Nazari, A., Wilson, C. & Graziano, V. (2003, junio). Frozen-thawed embryos and birth defects. Trabajo presentado en: *19th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology*, Madrid, España.
- Chernomoretz, V. (2002). Estado de familia y genética. *Cátedra de Biotecnología, Biodiversidad & Derecho*. Recuperado de <http://www.biotech.bioetica.org/tb9.Htm>
- Chillik, C. (2006). ¿Por qué no podemos tener un hijo? Guía médica para parejas con problemas de fertilidad. Buenos Aires: Atlántida.
- Chliaoutakiss, J., Koukouli, S. & Papadakaki, M. (2002). Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy. *Human Reproduction*, 17 (11): 2995-3002.

- Christian Century (2000, 27 de Septiembre). End embryo research? *Christian Century*, Recuperado de <http://www.christiancentury.org/>
- Collins Harvey, J. (2002). Distinctly human: The when, where & how of life's beginnings. *Commonweal*, 129 (3): 11-17.
- Conchillo Jiménez, A. & Ruiz Gallego, T. (1993, agosto). Escalamiento Multidimensional: una metodología de análisis en el campo de los factores humanos. *Boletín Factores Humanos*, 2. Recuperado el 1 de Octubre de 2006 de http://www.tid.es/documentos/boletin/numero2_3.pdf
- Cook, R., Golombok, S., Bish, A. & Murray, C. (1995). Disclosure of donor insemination: parental attitudes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (4): 549-559.
- Cooper, G. (1996a). The destiny of supernumerary embryos (letter). *Fertility and Sterility*, 65: 205.
- Cooper, G. (1996b, noviembre) Are embryos people? *The Independent*, London, July 27. En *World Press Review*, 46 (11): 38.
- Cooper, S. L. & Glazer, E. S. (1998). Choosing embryo adoption. *Perspectives Press' Fact Sheets*. Recuperado el 7 de Agosto de 2004 de <http://www.perspectivespress.com/carembryo.html>
- Cortada de Kohan, N. (2004). Teoría y métodos para la construcción de escalas de actitudes. Buenos Aires: Lugar.
- Covington, S. (1999). Pregnancy Loss. En Hammer Burns, L. & Covington, S. (Eds.) *Infertility counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. (227 - 245). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Daniels, K. & Haimes, E. (1998). *Donor Insemination. International Social Science Perspectives*. Cambridge University Press: United Kingdom.
- Daniels, K. & Taylor, K. (1993). Secrecy and openness in donor insemination. *Politics Life Sciences*, 12: 155-170.
- Daniels, K. & Thorn, P. (2001). Sharing information with donor insemination offspring. A child-conception versus a family building approach. *Human Reproduction*, 16 (9): 1792-1796.
- Daniels, K. (1997). The controversy regarding privacy versus disclosure among patients using donor gametes in Assisted Reproductive Technology. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 14 (7): 373-375.
- Daniels, K. (2005). Guidelines for embryo donation for reproductive purposes. *Ministry of Health: National Ethics Committee on Assisted*

Reproduction, New Zealand.

Daniluk, J. C. (1997). Gender and Infertility. En Leiblum, S. (Ed.) *Infertility: Psychological Issues & Counseling Strategies* (pp. 103-125). New York: John Wiley & Sons.

Darlington, N. & Matson, P. (1999). The fate of cryopreserved human embryos approaching their legal limit of storage within a West Australian in – vitro fertilization clinic. *Human Reproduction*, 14 (9): 2343-2344.

De Lacey, S. & Norman, R. (2004). What should we do with donated embryos that may be genetically affected? *Human Reproduction*, 19 (5): 1065-1068.

de Lacey, S. (2005). Parent identity and “virtual” children: why patients discard rather than donate unused embryos. *Human Reproduction*, 20: 1065-1069.

de Lacey, S. (2006). Patient’s attitudes to their embryos and their destiny: social conditioning? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20 (20): 1-12.

De Vries, G., Degani, S., Eibsschitz, I., Oettingerr, M., Zilberman, A. & Sharf, M. (1984). The influence of the postcoital test on the sexual function of infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 3: 101-106.

DeMarco, D. (2000). The zygote and Personhood. *The Human Life Review*, Spring- Summer, 91-97.

Demyttenaere, K. (1990). Psychoendocrinological aspects of reproduction in women. Louvain: Peeters Press.

Díaz de Guijarro, E. (1965). La voluntad y la voluntad procreacional como fundamento de la determinación jurídica de la filiación. *Jurisprudencia Argentina*, III- 22, Sección Doctrina.

Dickey, R. & Krentel, R. (1996). Couples having IVF should be asked their wishes about spare embryos before egg retrieval. *British Medical Journal*, 313: 1078e-1079.

Domar, A. (2002). *Conquering infertility*. New York: Penguin Books.

Donor Conception Network. Recuperado el 23 de Abril de 2007 de (<http://www.dcnetwork.org>)

Donor Conception Support Group. Recuperado el 23 de Abril de 2007 de (<http://www.dcsq.org.au/>)

- Doob, L. W. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological Review*, 54: 135-156.
- Edwards, R. G. & Beard, H. K. (1997). Destruction of cryopreserved embryos: UK law dictated the destruction of 3000 cryopreserved human embryos. *Human Reproduction*, 12 (1): 3-5.
- Elford, K., Lawrence, C. & Leader, A. (2004). Research implications of embryo cryopreservation choices made by patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility & Sterility*, 81 (4): 1154-1155.
- Ellison, M. A., Hotamisligil, S., Lee, H., Rich-Edwards, J. W., Pang, S. C. & Hall, J. (2005). Psychosocial risks associated with multiple births resulting from assisted reproduction. *Fertility & Sterility*, 83 (5): 1422-1428.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (2002). Task Force on Ethics and Law: Gamete and Embryo Donation. *Human Reproduction*, 17 (5): 1407-1408.
- Eydoux, P., Thepot, Fellmann, F., Francannet, C., Simon-Bouy, B., Jouannet, P., Bresson, J. L. & Siffroi, J. P. (2004). How can the genetic risks of embryo donation be minimized? *Human Reproduction*, 19: 1685-1688.
- Eysenk, H. J. (1947). Primary social attitudes. *International Journal of Opinion and Attitudes*, 1.
- Fazio, R. & Olson, M. (2003). Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. En Hogg, M. A. & Cooper, J. (Eds.) *The Sage Book of Social Psychology*. London: Sage.
- Fazio, R. H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of attitude accessibility. En Pratkanis, A. R., Breckler, S. J. & Greenwald, A. G. (Eds.) *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple Processes by Which Attitudes guide Behavior: the MODE Model as an Integrative Framework. En Zanna, H. (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 75-109). San Diego: Academic Press.
- Fazio, R. H., Chen, J., McDonel, E. C. & Sherman, S. J. (1982). Attitude Accessibility, Attitude-Behavior Consistency and the Strength of the Object Evaluation Association. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18: 339-357.
- Fazio, R.H. (1995). Attitudes as Object-Evaluation Associations: Determinants, Consequences and Correlates of Attitude Accessibility. En Petty, R.E. & Krosnick, J.A. (eds). *Attitude Strength: Antecedents and Consequences* (pp. 247-82). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Fazio, R. H., & Zanna, M. P. (1981). Direct experience and attitude behavior consistency. In Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, 14: 161-202. San Diego, CA: Academic Press.
- Fernández, D. & Urdapilleta, L. (1995). Infertilidad: Reproducción Asistida y Administración de Recursos. *Sistemas Familiares*, 11 (3): 35-47.
- Fernández, D. & Urdapilleta, L. (1997, junio). *Effects of infertility and its treatment on human sexuality*. Trabajo presentado en el 13th World Congress of Sexology, Valencia, España.
- Fernández, D. & Urdapilleta, L. (2002). Aspectos psiconeuroendócrinos de la anovulación y algunas alteraciones de la reproducción asociadas a condiciones psicológicas. *Reproducción Humana - Revista de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad*, 2 (2): 12-21.
- Firth, L. (2001a). Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate. *Human Reproduction*, 16: 818-824.
- Firth, L. (2001b). Beneath the rhetoric: the role of rights in the practice of non-anonymous gamete donation. *Bioethics*, 15: 473-484.
- Fishbein, M. (1967). A consideration of beliefs and their role in attitude measurement. En Fishbein, M. (Ed.) *Readings in attitude theory and measurement* (pp. 257-266). New York: Wiley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1972). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 23: 487-544.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research*. New York: Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). Predicting and understanding consumer behavior: Attitude behavior correspondence. En Ajzen, I. & Fishbein, M. (eds.), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Freeark, K., Rosemberg, E., Bornstein, J. et al. (2005). Gender differences and dynamics shaping the adoption life cycle: Review of the literature and recommendations. *American Journal Orthopsychiatry*, 75: 86-101
- Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (2003). *Encuesta Europea de la Fundación BBVA sobre Biotecnología*. Recuperado el 1 de Marzo de 2007 de http://www.upf.edu/cms/sites/Unitats_grups_recerca/occ/Web/pdf/BBVA.doc

- Fuscaldo, G. & Savulescu, J. (2005). Spare embryos: 3000 reasons to rethink the significance of genetic relatedness. *Reproductive Biomedicine Online*, 10: 164e-168. Recuperado de <http://www.rbmonline.com/article/1550>
- Galst, J.P. (s/d). What to do with unused embryos: difficult decisions. *The American Fertility Association*. Recuperado el 5 de septiembre de 2004 de www.americaninfertility.org/
- García Cueto, E. (1993). *Introducción a la Psicología*. Madrid: Siglo XXI
- Genuis, S. J., Chang, W. C. & Genuis, S. K. (1993). Public attitudes in Edmonton toward assisted reproductive technology. *Canadian Medical Association Journal*, 149 (2): 153-161.
- Gerris, J. & Van Royen, E. (2000). Avoiding multiple pregnancies in ART: a plea for single embryo transfer. *Human Reproduction*, 15: 1884-1888.
- Gerris, J. (2005). Single embryo transfer and IVF/ICSI outcome: a balanced appraisal. *Human Reproduction*, 11(2): 105 - 121.
- Giberti, E., Blumberg, S., Renzi, C., Gelman, B. & Lipski, G. (1994). *Adoptar hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- Glazebrook, C., Sheard, C., Cox, S., Oates, M. & Ndukwe, G. (2004). Parenting stress in first-term mothers of twins and triplets conceived after in vitro fertilization. *Fertility & Sterility*, 81: 505-511.
- Glazer, E. & Cooper, S. (1988). *Without child*. New York: Lexington Books.
- Golombok, S., Brewaeys, A. & Cook, R. (1996). The European study of Assisted Reproduction families: Family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11: 101-108.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M.T., Guerra, D., MacCallum, F. & Rust, J. (2002). The European study of Assisted Reproduction families: the transition to adolescence. *Human Reproduction*, 17 (3): 830-840.
- Gottlieb, C., Lalos, O. & Lindblad, F. (2000). Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. *Human Reproduction*, 15: 2052-2056.
- Greenfeld, D. & Klock, S. (2004). Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility & Sterility*, 81 (6): 1565-1571.
- Greil, A. (1991). *Not yet pregnant. Infertile couples in contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.

- Gross, R. (1998) *Psicología. La ciencia de la mente y de la conducta*. México DF: El Manual Moderno.
- Hahn, S. & Craft-Rosenberg, M. (2002). The Disclosure Decisions of Parents Who Conceive Children Using Donor Eggs. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31 (3): 283-293.
- Haimes, E. (1998). The making of the DI child: changing representations of people conceived through donor insemination. En Daniels K. & Haimes E. (Eds.) *Donor Insemination International Social Science Perspectives* (pp.53-75). Cambridge: University Press.
- Hair, J. F., Anderson, R. L., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hammarberg, K. & Tinney, L. (2006). Deciding the fate of supernumerary frozen embryos: a survey of couple's decisions and the factors influencing their choice. *Fertility & Sterility*, 86 (1): 86-91.
- Hammer Burns, L. & Covington, S. (1999). Psychology of infertility. En Hammer Burns, L. & Covington, S. (Eds.) *Infertility counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 3 -25). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Hammer Burns, L. & Covington, S. (2006). Psychology of infertility. En Covington, S. & Hammer Burns, L. (Eds.) *Infertility counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. Second Edition*. New York: Cambridge University Press.
- Harkness, C. (1992). *The Infertility Book. A comprehensive medical & emotional guide*. California: Celestial Arts.
- Harmon-Jones, E. & Allen, J. J. B. (2001). The role of the affect in the mere exposure effect: evidence from psychophysiological and individual differences approaches. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27: 889-98.
- Heikkila, K., Lansimies, E., Hippelainen, M. & Heinonen, S. (2004). A survey of the attitudes of infertile and parous women towards the availability of assisted reproductive technology. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111 (11): 1229-1235.
- Henriet, S., Van den Abbeel, E., Liebaers, I., Devroey, P., Van Steirteghem, & Bonduelle, M. (2003, junio). *Prenatal diagnosis and neonatal outcome in a cohort of 514 pregnancies after ICSI and cryopreservation*. Trabajo presentado en el 19th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Madrid, Spain.

- Hoffman, D. L., Zellman, G. L., Fair, C. C., Mayer, J. F., Zeitz, J.G, Gibbons, W.E. et al. (2003). Cryopreserved embryos in the United States and their availability for research. *Fertility & Sterility*, 79: 1063- 1069.
- Hogben, M. (1998). What size is an embryo's soul? *The Human Life Review*, 24 (3): 88-93.
- Human Fertilisation and Embryology Authority (s/d). *Donor anonymity*. Recuperado en Febrero de 2004 de <http://www.hfea.gov.uk/PressOfficeBackgroundpapers/DonorAnonymity>
- Jerome, R. (2002). Last chance family: Couples plagued with infertility find a new path to parenthood: adopting frozen embryos. *People Weekly*, 57 (2): 44.
- Jones, H. W. & Veeck, L. (2002). What is an embryo? *Fertility & Sterility*, 77 (4): 685-659.
- Kaplan, K. J. (1972). On the ambivalence-indifference problem in attitude theory and measurement: a suggested modification of the semantic differential technique. *Psychological Bulletin*, 77: 361-72.
- Katz, D. (1967). The functional approach to the study of attitude. En Fishbein, M. (ed.) *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wesley.
- Katz, I. & Scotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of Attitude Structure and Change. En Koch, S. (ed.), *Psychology: A Study of a Science* (pp. 423-75). New York: McGraw- Hill.
- Kennedy, T. (2000, septiembre). Embryo adoption. A deceptive good. The uneasy morality of rescuing spare humans created in vitro. *Christianity Today*, (pp. 108-109). Recuperado de <http://www.christianitytoday.com>
- Kingsberg, S. A., Applegarth, L. D. & Janata, J. W. (2000). Embryo donation programs and policies in North America: survey results and implications for health professionals. *Fertility & Sterility*, 73 (2): 215-220.
- Kirkman, M. (2003). Egg and embryo donation and the meaning of motherhood. *Women Health*, 38(2): 1-18.
- Klipstein, S., Reindollar, R. H., Regan, M. M. & Alper, M. M. (2001). Gender bias in the disposition of frozen embryos. *Fertility & Sterility*, 76: 1181-1184.
- Klock, S. (2004). Embryo disposition: the forgotten "child" of in vitro fertilization. *International Journal of Fertility*, 49: 19-23.

- Klock, S., Casey Jacob, M., & Maier, D. (1994). A prospective study of donor insemination recipients: secrecy, privacy and disclosure. *Fertility & Sterility*, 62 (3): 477-484.
- Klock, S., Sheinin, S. & Kazer, R. (2001). The disposition of unused frozen embryos. *The New England Journal of Medicine*, 345 (1): 69-70.
- Kohn, I. & Moffitt, P. L. (1993). *A silent sorrow. Pregnancy loss*. New York: Dell Publishing Group.
- Kornreich, J. (2000). Souls on ice. *Redbook Report*. Recuperado el 25 de Marzo de 2005 de <http://static.highbeam.com/r/redbook/january012000/soulsonice/index.html>
- Kovacs, G., Breheny, S. & Dear, M. (2003). Embryo donation at an Australian university in-vitro fertilization clinic: issues and outcomes. *Medical Journal of Australia*, 178 (3): 127-129.
- Kovacs, G., Morgan, G., Wood, C., Forbes, C. & Howlett, D. (2003). Community attitudes to assisted Reproductive technology: a 20-year trend. *Medical Journal of Australia*, 179: 536-538.
- Kubler-Ross, E. & Kesler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scheriber.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death & Dying*, New York: Simon & Schuster/Touchstone.
- Kubler-Ross, E. (1993). *Questions & Answers on Death & Dying*, New York: Collier Books.
- Lasker, J. & Murray, D. (2001). Attitudes Toward Technologies for Conception: A 15-Year Follow-Up. *Journal of Applied Social Psychology*, 31 (10): 2165-2183.
- Laughlin, G., Dominguez, C. & Yen, S. (1998). Nutritional and endocrine-metabolic aberrations in women with functional hypothalamic amenorrhea. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 83 (1): 25-32.
- Laurette, C. & Englert, Y. (1995). Psychological study of in vitro fertilization-embryo transfer participants' attitudes toward the destiny of their supernumerary embryos. *Fertility & Sterility*, 63 (5): 1047-50.
- Laurette, C. & Englert, Y. (1996). Fate of supernumerary embryos and risk of multiple pregnancy in in-vitro fertilization: attitude of involved couples. *Revue Medicale de Bruxelles*, 17: 115-119.

- Lee, J. & Yap, C. (2003). Embryo donation: a review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82 (11): 991-996.
- Leiblum, S. & Greenfeld, D. A. (1997). The cause of infertility: immediate and long-term reactions. En Leiblum, S. (Ed.) *Infertility: Psychological Issues & Counseling Strategies* (pp. 83-102). New York: John Wiley & Sons.
- Ley 23849 Aprobación de la Convención de los Derechos del niño. B.O. 22/10/90.
- Likert. R. A. (1932). A technique for measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140: 44-53.
- Likert. R. A. (1974). A method of constructing an attitude scale. En Maranell, G. M. (Ed) *Scaling*. Chicago, ILL: Aldine.
- Lindheim, S. R. & Sauer, M. V. (1999). Embryo donation: a programmed approach. *Fertility & Sterility*, 72: 940.
- López, E. (2000, 16 de Julio). Quemar, investigar o adoptar. *Época* (pp. 30-38).
- Lornage, J., Chorier, H., Bouliou, D., Mathieu, C. & Czyba, J. C. (1995). Six year follow-up of cryopreserved human embryos. *Human Reproduction*, 10: 2610-2616.
- Lothorp, H. (1997). *Losing your baby in pregnancy or the first year*. Arizona: Fisher Books.
- Luebbermann, M. (1996). *Coping with miscarriage*. Rockling, C.A: Prima.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R. & Golombok, S. (2005). School aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20: 810-819.
- Lyerly, A., Brelsford, E., Bankowski, B., Faden, R. & Wallach, E. A. (2004, octubre). *Qualitative study of individuals' attitudes regarding their cryopreserved embryos*. Presentado en el 18th World Congress on Fertility and Sterility, International Federation of Fertility Societies, Montreal, Canada.
- Lyerly, A., Steinhauer, K., Namey, E. Tulsy, R. Cook-Deegan, J. Sugarman, D. Walmer, R. Faden, E. Wallach (2006). Factors that affect infertility patients' decisions about disposition of frozen embryos. *Fertility & Sterility*, 85 (6): 1623 - 1630.
- MacCallum, F. (2004, julio). *Embryo donation families: psychological implications*. Trabajo presentado en el European Society of Human Reproduction and Embryology 20th Annual Meeting, Berlín, Alemania.

- Mahlstedt, P. (s/f). Psychological aspects of embryo donation. Recuperado el 25 de Abril de 2007 de <http://miracleswaiting.org/psychologist.html>
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Mac Dougall, K., Becker, G., Scheib, J. & Nachtigall, R. (2007). Strategies for disclosure: how parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertility & Sterility*, 87(3): 524-533.
- Mc Whinnie, A. (2001). Gamete donation and anonymity. Should offspring from donated gametes continue to be denied knowledge of their origins and antecedents? *Human Reproduction*, 16(5): 807-817.
- Mc Winnie, A. (2002). Multiple Pregnancies. En Boivin, J. & Kentenich, A. (Ed) *European Society of Human Reproduction and Embryology Monographs. Guidelines for Counseling in Infertility* (pp.23-24). Oxford University Press.
- McGee, G., Brakman, S. V. & Gurmankin, A. D. (2001). Disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional. *Human Reproduction*, 16 (10): 2003-2038.
- McGuire, J. W. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En Lindzey, G. & Aronson, E. (ed.) *Handbook of social psychology*. Reading: Addison-Wesley.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. En Lindzey, G. & Aronson, E. (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 238-241). NY: Random House.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and Attitude Change. En Lindzey, G. & Aronson, E. (eds) *Handbook of Social Psychology*, 3rd edn. (pp. 233-346). New York: Random House.
- McMahon, C. A., Gibson, F., Cohen, J., Leslie, G., Tennant, C. & Saunders, D. (2000). Mothers conceiving through in vitro fertilization: siblings, setbacks, and embryo dilemmas. *Reproductive technology*, 10: 131-135.
- McMahon, C. A., Gibson, F., Leslie, G., Saunders, D., Porter, K. & Tennant, C. (2003). Embryo donation for medical research: attitudes and concerns of potential donors. *Human Reproduction*, 18 (4): 871-877.
- Menning, B. (1980). *Infertility, a guide for the childless couple*. New York: Prentice Hall Press.
- Miall, C. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: sympathy, stigma, and social support. *The Canadian Review of*

Sociology and Anthropology, 31 (4) p. 392- 422.

- Molina, A. (2003). *Derecho a la identidad en la niñez y la adolescencia de los países del MERCOSUR*. 3er Congreso Asociación Internacional MERCOSUR de Jueces de la Infancia y la Juventud, Asunción: Paraguay.
- Monahan, J. L., Murphy, S. T. & Zajonc, R. B. (2000). Subliminal mere exposure: specific, general and diffuse effects. *Psychological Science*, 11: 462-466.
- Montuschi, O. (2002). Being a child of donor insemination. Donor Conception Network always advises openness. *British Medical Journal*, 324: 1339.
- Moore Bodin, M. (1997, July 28). The eggs, embryos and I: after years of infertility, IVF and now three children, I'm struggling with a difficult choice. *Newsweek*, 130 (4), 14.
- Moore, M. (1980). Validation of the attitude toward any practice scale through the use of ambivalence as a moderator variable. *Educational and Psychological Measurement*, 40: 205-208.
- Morales, F. & Reboloso, E. (1996). Actitudes. En Morales, F. & Olza, M. (Ed.) *Psicología Social y Trabajo Social* (pp. 227-257). Madrid: McGraw Hill.
- Morales, J. F., Moya, M., Reboloso, E., Fernandez Dols, J.M., Huici, C., Marques, J., Péz, D., Pérez, A. & Turner, J. C. (1994). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Murray, C. & Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: The decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility*, 6 (2): 89 - 95.
- Nachingall, R., Becker, G., Quiroga, S. & Tschann, J. M. (1998). The disclosure decision: concerns and issues of parents of children conceived through donor insemination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199:1165-1168.
- Nachtigall, R., Becker, G. & Wzny. M. (1992). The effects of gender specific diagnosis on mens' and womens' response to infertility. *Fertility & Sterility*, 57 (1): 113-121.
- Nachtigall, R., Becker, G., Friese, C., Buttler, A. & Mac Dougall, K. (2005). Parent's conceptualization of their frozen embryos complicates the disposition decision. *Fertility & Sterility*, 84 (2): 431-434.
- Nachtigall, R., Tschann, J. M., Quiroga, S. S., Pitcher, L. & Becker, G. (1997). Stigma, disclosure, and family functioning among parents of children conceived through donor insemination. *Fertility and Sterility*,

68 (1): 83-89.

- New Zealand. Ministry of Health. *Guidelines for embryo donation for reproductive purposes*. National Ethics Committee on Assisted Human Reproduction.
- Newton, C. R., McDermid, A., Tekpetey, F. & Tummon, I. (2003). Embryo donation: attitudes towards donation procedures and factors predicting willingness to donate. *Human Reproduction*, 18 (4): 878-884.
- Osgood, C. E. (1976). Medición de Actitudes. En Summers F. (Ed). *La medición de actitudes*. México : Trillas.
- Osgood, C. E., Suci, G. J. & Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press.
- Owens, D. J., Edelmann, R. E., & Humphrey, M. E. (1993). Male infertility and donor insemination: couples' decisions, reactions, and counseling needs'. *Human Reproduction*, 8: 880-885.
- Parry S. (2006). (Re)constructing embryos in stem cell research: exploring the meaning of embryos for people involved in fertility treatments. *Social Science and Medicine*, 62: 2349-2359.
- Pennings, G. (2000). What are the ownership rights for gametes and embryos? Advance directives and the disposition of cryopreserved gametes and embryos. *Human Reproduction*, 15 (5): 979-986.
- Pennings, G. (2002). The validity of contracts to dispose of frozen embryos. *Journal of Medicine and Ethics*, 28: 295-298.
- Pettee, D. & Weckstein, L. (1993). A survey of parental attitudes towards oocyte donation. *Human Reproduction*, 8 (11): 1963-1965.
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. (1981). *Attitudes and persuasion: classic and contemporary approaches*. Dubeque, Iowa: W.C. Brown.
- Plachot, M. (2004). Embryo donation in France, in Europe and in the United States. *Gynecology Obstetrics & Fertility*, 32: 273-279.
- Purewal, S. & van den Akker, O.B.A. (2006). British women's attitudes towards oocyte donation: Ethnic differences and altruism. *Patient Education and Counseling*, 64: 43-49.
- Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2003). Registro Latinoamericano: *Criopreservación*. Recuperado el 21 de Mayo de 2006 de http://www.redlara.com/esp/reg_2003.asp
- Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2004). Normas para la acreditación de centros de reproducción asistida.

- RESOLVE, (1999). *Resolving infertility*. New York: Harper Collins.
- RESOLVE, (2001). What to do with our embryos? *RESOLVE The National Infertility Association*. Recuperado en Septiembre de 2001 de <http://www.resolve.org>
- RESOLVE, (2003). Embryo donation research: select findings. *RESOLVE The National Infertility Association*. Recuperado en Diciembre de 2003 de <http://www.resolve.org>
- Reuter and Associated Press. (1996, 23 de Julio). British couples offer to adopt frozen embryos to halt destruction efforts.. Recuperado el 24 de Octubre de 2000 de <http://www.detroitnews.com/1996/menu/stories/57242.html>
- Rivera López, E. (2001). Congelamiento de embriones: qué hacer con los embriones sobrantes. Donación, adopción o dación de embriones. Aspectos éticos. *Simposio CIGOR sobre temas controversiales en Reproducción Humana*. Córdoba.
- Robertson, J. (2004). Protecting embryos and burdening women: assisted reproduction in Italy. *Human Reproduction*, 19: 1693-1696.
- Robertson, J. A. (1995). Ethical and legal issues in human embryo donation. *Fertility and Sterility*, 64 (5): 885-894.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Romero-Samper, J. (2004). Aspectos psiquiátricos en torno a los embriones congelados y la investigación en sus células troncales: Conversación con el Dr. Aquilino Polaina. *V Congreso Católicos y Vida Pública*. Recuperado el 7 de Diciembre de 2004 de [http://www.iespana.es/revista-arbil/\(85\)rome.htm](http://www.iespana.es/revista-arbil/(85)rome.htm)
- Rosenberg, M. J. & Hovland, C. I. (1960). *Attitude organization and change* (pp. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Rumball, A. & Adair, V. (1999). Telling the story: parents' scripts for donor offspring. *Human Reproduction*, 14: 1392–1399.
- Salzer, L. (1990). *Surviving infertility*. New York: Harper Perennial.
- Sánchez, S. & Mesa, M. C. (1998). Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales: evaluación y propuestas de intervención educativa. Granada: Universidad de Granada.
- Scheib, J., Riordan, M. & Rubin, S. (2005). Adolescents with open identity sperm donors: reports from 12 to 17 year olds. *Human Reproduction*,

20: 239–252.

- Schenker, J. G. (2003). Ethical aspects of advanced reproductive technologies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 997: 11-21.
- Scholz, T., Bartholomäus, S., Grimmer, L., Kentenich, H. & Obladen, M. (1999). Problems with multiple births after ART: medical psychological, social and financial aspects. *Human Reproduction*, 14 (12): 2932-2937.
- Schover, L., Collins, R. & Richards, S. (1992). Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow up of recipient couples. *Fertility & Sterility*, 57 (3): 583-590.
- Shenfield, F. & Steele, S. J. (1997). What are the effects of anonymity and secrecy on the welfare of the child in gamete donation? *Human Reproduction* 12 (2): 392-395.
- Shirai, Y. (1993). Japanese attitudes toward assisted procreation. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 21 (1): 41-53.
- Siegel, A. W. (1999). Locating convergence: ethics, public policy and human stem cell research. En National Bioethics Advisory Commission, Ethical issues in human stem cell research (2), Commissioned papers. Rockville, MD: National Bioethics Advisory Commission.
- Silvani, C. & Casal, P. (2004). Legislación y Reproducción Asistida. En Brugo Olmedo, S. (Ed.) *También es asunto de hombres* (pp. 206 - 241). Buenos Aires: Atlántida.
- Simposio CIGOR, (2001, noviembre). Simposio CIGOR sobre Temas Controversiales en Reproducción Humana; Córdoba, Argentina.
- Skoog Svanberg, A., Boivin, J. & Bergh, T. (2001). Factors influencing the decision to use or discard cryopreserved embryos. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 80: 849-855.
- Skoog-Svanberg, A. Lampic, C. Bergh, T. & Lundqvist, O. (2003). Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Human Reproduction*, 18 (5): 1107-14.
- Smith, M. B., Bruner, J. S. & White, R. W. (1956). *Opinions and personality*. New York: Wiley.
- Snowden, R. (1993). Sharing information about DI in the UK. *Politics. Life Science*, 12: 194-195.
- Söderström-Antilla, V., Foudila, T., Ripati, U. R. & Seigberg, R. (2001). Embryo donation: outcome and attitudes among embryo donors and

- recipients. *Human Reproduction*, 16 (6): 1120-1128.
- Stahlberg, D. & Frey, D. (1988). Attitudes: Structure, measurement and functions. En Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J. P. & Stephenson, G. M. (Ed.) *Introduction to social psychology*. Oxford: Blackwell.
- Svanberg, A., Boivin, J. & Bergh, T. (2001). Factors influencing the decision to use or discard cryopreserved embryos. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica*, 80: 849-855.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand. Women and men in conversation*. United States of America: Ballantine Books.
- Task Force on Embryo Donation of the Mental Health Professional Group del American Society for Reproductive (1996). *Psychological Guidelines for Embryo Donation*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- The Donor Sibling Registry. Recuperado el 27 de Febrero de 2007 de <http://www.donorsiblingregistry.com/>
- The Society for the Protection of the Unborn Children (2002). Donor Information Consultation: Providing Information About Gamete or Embryo Donors. Junio. Recuperado el 8 de Agosto de 2004 de <http://www.spuc.org.uk/>
- Thornton, J., McNamare, H. & Montague, I. (1994). Would you rather be a birth or a genetic mother? If so, how much? *J Med Ethics*, 20: 87-92.
- Thurstone, L. L. & Chave, E. J. (1929). *The measurement of attitude*. Chicago: University of Chicago Press.
- Thurstone, L. L. (1929). Theory of attitude measurement. *Psychological Review*, 36: 222-241.
- Thurstone, L. L. (1931). Measurement of attitudes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26: 249-269.
- Tiitinen, A., Halttunen, M., Harkki, P., Vuoristo, P. & Hyden-Granskog, C. (2001). Elective single embryo transfer: the value of cryopreservation. *Human Reproduction*, 16: 1140-1144.
- Tiitinen, A., Unkila-Kallio, L., Halttunen, M. & Hyden-Granskog, C. (2003). Impact of elective single embryo transfer on the twin pregnancy rate. *Human Reproduction*, 18: 1449-53.
- Trounson, A. & Dawson, K. (1996). Storage and disposal of embryos and gametes: patients must be aware of their rights and responsibilities. *British Medical Journal*, 313 (7048):1-2.
- Trounson, A. & Mohr, L. (1983). Human pregnancy following

cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo. *Nature*, 305: 707-709.

- Turner, C., & Coyle, A. (2000). What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction*, 15 (9): 2041.
- Urdapilleta, L. (1998). Duelos en Infertilidad. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*, 56 (1): 47-54.
- Urdapilleta, L. (1999). Psicología en Reproducción Asistida de Alta Complejidad: Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje. *Revista de Medicina Reproductiva*, 2 (2): 76-83.
- Urdapilleta, L. (2001, noviembre). Congelamiento de embriones: qué hacer con los embriones sobrantes. Donación, adopción o dación de embriones. Aspectos psicológicos. Conferencia en el Simposio CIGOR sobre Temas Controversiales en Reproducción Humana, Córdoba, Argentina.
- Urdapilleta, L. (2002). Estrés e Infertilidad. *Revista de Medicina Reproductiva*, 5 (1): 58-61.
- Urdapilleta, L. (2003). Aspectos psicosociales involucrados en los embarazos múltiples y en la reducción embrionaria. *Revista de Medicina Reproductiva*, 6 (3): 135-139.
- Urdapilleta, L. (2004a). Emoción y memoria en mujeres con abortos espontáneos recurrentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50 (2): 121-128.
- Urdapilleta, L. (2004b). Derecho a la identidad en personas nacidas por donación de gametos. Aspectos legales y psicológicos. *Reproducción Humana*, 4 (2): 21-29.
- Urdapilleta, L. & Fernández, D. (1998). Psicología da Anovulação. En Busso, N., Acosta, A. & Remohi, J. (Ed.) *Indução da Ovulação* (pp. 69 -81). Sao Pablo: Editorial Atheneu.
- Urdapilleta, L. & Fernández, D. (2006). Aspectos psicológicos de la infertilidad. En Chillik C. (Ed.) *¿Por qué no podemos tener un hijo?* (pp. 205-233). Buenos Aires: Atlántida.
- Urdapilleta, L., Brugo Olmedo, S., Chillik, C. & Fernández, D. (1997, mayo). *Psychological traits of a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI): a preliminary study*. Trabajo presentado en el 10th. World Congress of In Vitro Fertilization & Assisted Reproduction, Vancouver, Canada.

- Urdapilleta, L., Chillik, C. & Fernández, D. (2001). Do Fertile & Infertile People Think Differently About Ovum Donation? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 18 (1): 1-7.
- Urdapilleta, L., Chillik, C., Brugo Olmedo, S. & Fernández, D. (1997, junio). *Sexual dysfunctions in a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) treatment: a preliminary study*. Trabajo presentado en el 13TH World Congress of Sexology, Valencia, España.
- van den Akker, O. (2001). Adoption in the age of reproductive technology, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19: 147-159.
- van den Akker, O. (2006). A review of family donor constructs: current research and future directions. *Human Reproduction*, 12 (2): 91-101.
- Van Voorhis, B., Grinstead, D., Sparks, A., Gerard, J. & Weir, R. (1999). Establishment of a successful donor embryo program: medical, ethical and policy issues. *Fertility & Sterility*, 71: 604e-608.
- Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I. & Brewaeys, A. (2001). An attempt to reconstruct children's donor concept: a comparison between children's and lesbian parents' attitudes towards donor anonymity. *Human Reproduction*, 16: 2019-2025.
- Vercollone, C., Moss, H. & Moss, R. (1997). *Helping the Stork: the Choices and Challenges of Donor Insemination*. Macmillan, New York.
- Wennerholm, U., Albertsson-Wikland K., Bergh, C. et al. (1998). Post-natal growth and health in children born after cryopreservation as embryos. *Lancet*, 351, 1085-1090.
- Wennerholm, W. B. (2000). Cryopreservation of embryos and oocytes: obstetric outcome and health in children. *Human Reproduction*, 15 (Suppl 5): 18-25.
- White, R. (1999). Do human embryos have rights? *America*, 180 (21): 7.
- Widdows, H. & MacCallum, F. (2002). Disparities in parenting criteria: an exploration of the issues, focusing on adoption and embryo donation. *Journal of Medical Ethics*, 28: 139 -142.
- Williams, K. (1999). Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. En Hammer Burns, L. & Covington, S. (Ed.) *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 65-82). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the

Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16 (8): 1753-1761.

Wolpe, P.R. (2001). Embryo donation and Embryo adoption. Innovations and ethics in the ARTs: an interactive course for mental health and medical professionals, Postgraduate Course of the American Society for Reproductive Medicine; Orlando, USA.

Worchel et al. (2003). *Psicología Social*. Madrid: Thomson Editores.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. & Girard, I. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility & Sterility*, 55 (1): 100-107.

Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9: 1-27.

Zajonc, R. B. (2001). Mere exposure: A gateway to the subliminal. *Current Directions in Psychological Science*, 10: 224-228.

Zannoni, G. A. (1978). *Inseminación Artificial y Fecundación Extrauterina*. Astrea: Buenos Aires.

Zimbardo, P. G. & Leippe, M. (1991). *The Psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw-Hill.

Zitner, A. (2002, marzo 21). A cold war on embryo adoptions. *Los Angeles Times*. p. 14.

Apéndice 1

ENCUESTA DE OPINIÓN¹

¿QUÉ ES LA DONACION DE EMBRIONES?

La mayoría de las parejas en tratamientos de Reproducción Asistida de Alta Complejidad (FIV-ICSI) eligen criopreservar (congelar) embriones para recibirlos en el futuro (Un embrión es congelado aproximadamente a las 48 hs. de la unión entre el óvulo y el espermatozoide. En ese momento el embrión es un conjunto de 6 u 8 células). Luego, algunas de ellas, deciden no recibirlos por motivos tales como: ya completaron sus familias, o por divorcio, por muerte de alguno de los cónyuges, etc.



EMBRIÓN DE SEIS CELULAS

Con el objetivo de favorecer a otras parejas que desean ser padres y no pueden por motivos severos de infertilidad, estos embriones se donarían a quienes los deseen recibir.

La intervención implica la descongelación de uno o varios embriones anteriormente producidos por la pareja, ahora donante, para ser transferidos al útero de la mujer de la pareja receptora.

La donación de embriones da la posibilidad a una pareja de convertirse en padres y experimentar un embarazo y parto juntos, pero ninguno tendrá conexión genética con el niño.

La donación de embriones genera temas éticos, psicológicos y legales que deben ser abordados cuidadosamente.

A tal efecto, nos gustaría contar con la opinión, **anónima**, de ustedes.

Sexo:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Religión:

Hijos: (biológicos- adoptados- nacidos de óvulo o esperma donado)

¿Está actualmente buscando un hijo? Si No

¹ Se decidió utilizar el título de la presente *Encuesta de opinión* para facilitar la comprensión de los examinados

Por favor responda haciendo una cruz en el o los casilleros (puede elegir más de una opción) que correspondan.

- 1) Si usted tuviera embriones congelados que no quiere o no puede usar, ¿qué preferiría? :
 Donarlos Desecharlos Darlos para investigación No sé

Si Ud. Fuera donante de embriones.....

- 2) ¿Considera que padre/ madre es...
 Quien cría a un hijo Quien aporta el material genético (óvulo y espermatozoide)
- 3) ¿Si decidiera donar sus embriones a otra pareja, preferiría que la pareja receptora fuera
 Anónima Conocida (familiares – amigos) No sé
- 4) ¿Si la pareja receptora no fuera conocida, le gustaría conocerla?
 Si No No sé
- 5) ¿Si donara sus embriones, querría saber si nació un niño como resultado del tratamiento?
 Si No No sé
- 6) ¿Cree que si donara un embrión, estaría donando
 Un conjunto de células con potencial de ser un hijo Un hijo
- 7) ¿De haber nacido un niño con una enfermedad severa o hereditaria de los embriones que donó, querría saberlo?
 Si No No sé
- 8) ¿Dejaría información identificatoria (nombre; dirección; etc.) suya para el niño en el futuro?
 Si No No sé
- 9) ¿Cree que el niño nacido de embriones donados tiene derecho a recibir información identificatoria sobre usted cuando llegue a la mayoría de edad?
 Si No No sé
- 10) ¿Estaría dispuesto a contactarse con el niño?
 Si No No sé
- 11) ¿Consideraría a ese chico hermano de sus hijos, si los tienen?
 Si No No sé
- 12) ¿Cree que sería conveniente que sus hijos conocieran al chico nacido de los embriones que Ud. va a donar?
 Si No No sé
- 13) ¿Cree que la pareja receptora debería ser evaluada psicológica/psiquiátricamente?
 Si No No sé
- 14) ¿Cree que la pareja receptora debería recibir asesoramiento psicológico acerca de este modo de formar una familia?
 Si No No sé

- 15) ¿Le gustaría saber que los receptores cualifican bien como potenciales buenos padres?
Si No No sé
- 16) ¿Le interesaría saber si los receptores están en una posición económica buena?
Si No No sé
- 17) ¿Cuál es la edad límite que la pareja receptora debiera tener para recibir los embriones que Ud. va a donar?
Mujer: _____ Varón: _____ Ninguna
- 18) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja receptora le gustaría tener?
Ninguna Alguna ¿cuáles?: _____
- 19) ¿Cómo cree que se sentirá sobre el hecho de que exista una persona con su material genético con la que no tendrá contacto?
Bien Mal Regular Indiferente
- 20) ¿Le preocupa la idea de que existe la remota posibilidad de que en el futuro su hijo/a se case con la persona nacida por sus embriones donados?
Si No
- 21) ¿Donaría sus embriones a mujeres solteras?
Si No No sé
- 22) ¿Donaría sus embriones a lesbianas?
Si No No sé

Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia....

- 1) ¿Preferiría que la pareja donante fuera
Conocida suya (familiares o amigos) Anónima Indiferente
- 2) ¿Si la pareja donante fuera desconocida, le gustaría conocerla?
Si No No sé
- 4) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja donante le gustaría tener?
Rasgos físicos Enfermedades de los donantes
Causas de infertilidad Motivos para donar los embriones
Si los donantes tienen hijos Edad: _____
Ninguna
- 5) ¿Le gustaría tener información identificatoria (nombre, dirección, etc) de la pareja donante de los embriones?
Si No No sé
- 6) ¿Cree que los donantes tendrían que tener una evaluación psicológica/psiquiátrica?
Si No No sé

- 7) ¿Cree que la pareja donante debería recibir asesoramiento psicológico acerca de las implicancias de donar embriones formados con sus gametas?
Si No No sé
- 8) ¿Cree Ud. que el niño nacido por embriones donados tiene derecho a saber acerca de su origen?
Si No No sé
- 9) ¿Cree Ud. que el niño tendría derecho a acceder a los registros identificatorios de los donantes cuando llegue a la mayoría de edad?
Si No No sé
- 10) ¿Debería la pareja donante saber si el embrión que le donaron resultó en un niño nacido?
Si No No sé
- 11) Si los donantes tienen hijos, ¿cómo los consideraría respecto del suyo?
Hermanos Hermanos genéticos Medio hermanos Sin vínculo

Si Ud. hubiera nacido de embriones donados...

- 1) ¿Querría enterarse que nació por embriones donados?
Si No No sé
- 2) ¿Quiénes serían sus padres para Ud.?
La pareja que aportó el embrión La pareja que lo gestó y lo crió
- 3) ¿Le gustaría tener datos identificatorios de la pareja que donó el embrión?
Si No No sé
- 4) ¿Le gustaría tener información no identificatoria?
Si No No sé
- 6) ¿Le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión?
Si No No sé
- 7) ¿Cree que las personas nacidas de un embrión donado tienen derecho a conocer su origen?
Si No No sé

Apéndice 2

Escala de Actitudes hacia la donación de embriones

	Si	No Sé	No
1 ¿Si la pareja receptora no fuera conocida, le gustaría conocerla?			
2 ¿Si donara sus embriones, querría saber si nació un niño como resultado del tratamiento?			
3 ¿De haber nacido un niño con una enfermedad severa o hereditaria de los embriones que donó, querría saberlo?			
4 ¿Dejaría información identificatoria (nombre; dirección; etc.) suya para el niño en el futuro?			
5 ¿Cree que el niño nacido de embriones donados tiene derecho a recibir información identificatoria sobre usted cuando llegue a la mayoría de edad?			
6 ¿Estaría dispuesto a contactarse con el niño?			
7 ¿Consideraría a ese chico hermano de sus hijos, si los tienen?			
8 ¿Cree que sería conveniente que sus hijos conocieran al chico nacido de los embriones que Ud. va a donar?			
9 ¿Cree que la pareja receptora debería ser evaluada psicológica/psiquiátricamente?			
10 ¿Cree que la pareja receptora debería recibir asesoramiento psicológico acerca de este modo de formar una familia?			
11 ¿Le gustaría saber que los receptores cualifican bien como potenciales buenos padres?			
12 ¿Le interesaría saber si los receptores están en una posición económica buena?			
13 ¿Si la pareja donante fuera desconocida, le gustaría conocerla?			
14 ¿Le gustaría tener información identificatoria (nombre, dirección, etc) de la pareja donante de los embriones?			
15 ¿Cree que los donantes tendrían que tener una evaluación psicológica/psiquiátrica?			
16 ¿Cree que la pareja donante debería recibir asesoramiento psicológico acerca de las implicancias de donar embriones formados con sus gametas?			
17 ¿Cree Ud. que el niño nacido por embriones donados tiene derecho a saber acerca de su origen?			
18 ¿Cree Ud. que el niño tendría derecho a acceder a los registros identificatorios de los donantes cuando llegue a la mayoría de edad?			
19 ¿Debería la pareja donante saber si el embrión que le donaron resultó en un niño nacido?			
20 ¿Querría enterarse que nació por embriones donados?			
21 ¿Le gustaría conocer a la pareja que donó el embrión?			
22 ¿Cree que las personas nacidas de un embrión donado tienen derecho a conocer su origen?			

Apéndice 3

Ítems descriptivos, con opciones de respuesta en un nivel de medición nominal

1) Si Ud. tuviera embriones congelados que no quiere o no puede usar, ¿qué preferiría?	Donarlos	Desecharlos	Darlos para investigación	No sé
--	----------	-------------	---------------------------	-------

Si Ud. Fuera donantes de embriones...				
2) ¿Considera que padre/ madre es...	Quien cría a un hijo	Quien aporta el material genético (óvulo y espermatozoide)		
3) ¿Si decidiera donar sus embriones a otra pareja, preferiría que la pareja receptora fuera	Anónima	Conocida (familiares amigos)	No sé	
4) ¿Cree que si donara un embrión, estaría donando...	Un conjunto de células con potencial de ser un hijo	Un hijo		
5) ¿Cuál es la edad límite que la pareja receptora debiera tener para recibir los embriones que Ud. va a donar?	Mujer	Varón	Ninguna	
6) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja receptora le gustaría tener?	Ninguna	Alguna		
7) ¿Cómo cree que se sentirá sobre el hecho de que exista una persona con su material genético con la que no tendrá contacto?	Bien	Regular	Indiferente	Mal
8) ¿Le preocupa la idea de que existe la remota posibilidad de que en el futuro su hijo/a se case con la persona nacida por sus embriones donados?	Si	No		

Si Ud. decidiera usar embriones donados para formar su familia....								
9) ¿Preferiría que la pareja donante fuera	Conocida suya (familiares o amigos)	Indiferente	Anónima					
10) ¿Qué características o detalles relativos a la pareja donante le gustaría tener?	Rasgos físicos	Enfermedades de los donantes	Causas de infertilidad	Motivos para donar los embriones	Si los donantes tienen hijos	Edad	Ninguna	Otras
11) Si los donantes tienen hijos, ¿cómo los consideraría respecto del suyo?	Hermanos	Hermanos genéticos	Medio hermanos	Sin vínculo	Otros			

Si Ud. hubiera nacido de embriones donados ...		
12) ¿Quiénes serían sus padres para Ud.?	La pareja que aportó el embrión	La pareja que lo gestó y lo crió