

PARENTESCO Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA: CUERPO, PERSONA Y RELACIONES

**Joan Bestard Camps
Gemma Orobitg Canal
Júlia Ribot Ballabriga
Carles Salazar Carrasco**

2003

ESTUDIS D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I CULTURAL, 9

**Departament d'Antropologia Cultural
i Història d'Amèrica i d'Àfrica**

Disseny de la coberta: Laura Roig

Primera edició: desembre de 2003

© 2003 Joan Bestard, Gemma Orobitg, Júlia Ribot i Carles Salazar

© 2003 d'aquesta edició:

Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica

Universitat de Barcelona

Facultat de Geografia i Història

c/ Baldiri Reixac s/n

08028 Barcelona

Producció: Publicacions de la UB

ISBN: 978-84-475-2926-1

Administració de la Publicació:

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

Adolf Florensa s/n

08028 Barcelona

Aquest document està subjecte a la llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada de Creative Commons, el text de la qual està disponible a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



La investigación de este trabajo fue subvencionada por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MA/EL Exp. 41/98).

El trabajo que aquí presentamos hubiera sido imposible sin la colaboración de la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, el servicio de Medicina de la Reproducción del Instituto Universitario Dexeus de Barcelona, así como de la asociación de ayuda a la fertilidad Genera.

Agradecemos al Dr. Cabero responsable de la unidad de Reproducción Asistida del Hospital Vall d'Hebrón su colaboración, sin la cual no hubiera sido posible la realización de nuestro trabajo de campo. También nuestro agradecimiento va dirigido muy especialmente al Dr. Iglesias y Dr. Gris quienes mostraron un gran interés por nuestra investigación y nos facilitaron el trabajo en todo momento. La ayuda por parte del personal sanitario y administrativo de la unidad fue decisivo para acceder a los pacientes que fueron entrevistados durante esta investigación, por ello, nuestra gratitud a las incansables Araceli Delgado y Amparo Val.

Queremos agradecer la orientación de la Dra. Montserrat Boada, bióloga del Servicio de Medicina de la Reproducción del Instituto Universitario Dexeus. Agradecemos también al Dr. Pere N Barri y a la Dra. Ana Veiga del Servicio del Medicina de la Reproducción del Instituto Universitario Dexeus por el apoyo dado a este trabajo. Igualmente, ha sido enormemente valiosa la colaboración, en distintos momento de la investigación, de los estudiantes del Master en Salud Reproductiva que se imparte en el Instituto Dexeus, Monica Parriego y Josep Pareja.

Diana Guerra hizo posible que nos integráramos y participáramos en las reuniones de la asociación Genera. Montse Zariquiey y todas las personas que asistían a las reuniones nos dieron su apoyo incondicional. A todas ellas nuestro sincero agradecimiento.

Este trabajo está dedicado a todas las parejas que han querido hablar de su experiencia. A todas ellas nuestro más sincero agradecimiento.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	9
1. Procreación humana: biología y sociedad.	17
2. El concepto de infertilidad.	21
3. Rito de paso: liminalidad sin fin.	25
4. La experiencia de la infertilidad y de los tratamientos.	35
5. Afrontar la infertilidad.	43
6. Aflicción e infertilidad.	47
7. Relaciones médico y paciente.	50
8. Informar y estar informado.	59
9. Conocimiento, incertidumbre y sentido.	71
10. Narrativas de la reproducción asistida.	82
11. Parentesco: “Natural y criado”	99
CONCLUSIONES	115

INTRODUCCIÓN

Este libro analiza las implicaciones que tienen las técnicas de reproducción asistida en la sociedad. Cuando hablamos de sociedad nos referimos a las relaciones sociales de las personas que siguen un tratamiento de fertilidad. Se trata de relaciones concretas que establecen estas personas en su entorno social. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos inciden sobre unas relaciones sociales muy concretas, las relaciones de parentesco, en la medida en que hacen posible la maternidad y la paternidad entre personas involuntariamente infértiles que desean tener un hijo. En la medida en que consideramos a las relaciones de parentesco como una matriz para pensar otro tipo de relaciones, hemos considerado importante analizar las implicaciones de las técnicas de reproducción asistida desde el contexto de las relaciones de parentesco.

Damos por supuesto que la sociedad en general es afectada por las técnicas de reproducción asistida, como lo prueban las preocupaciones éticas, legislativas y las representaciones mediáticas que hay sobre estas técnicas y sus usos por parte de diferentes sujetos sociales. En esta investigación nos centramos en las personas involuntariamente infértiles que siguen un tratamiento de fertilidad y que en particular siguen algún ciclo de FIV (Fecundación *in vitro*). Hemos observado las implicaciones que dicho tratamiento tiene en sus relaciones sociales más inmediatas – sus relaciones de parentesco, de amistad, de vecindario y sus relaciones de trabajo. Así mismo hemos observado las diferentes asociaciones de ideas culturales que llevan a cabo las personas cuando se confrontan con la infertilidad y tratan de solucionarla con las técnicas de reproducción asistida.

Dado que estas personas no forman una comunidad claramente establecida sobre la que hacer observación participante, hemos

tratado de encontrar los contextos más adecuados para la observación de las pautas culturales en las personas que siguen un tratamiento de FIV. La investigación etnográfica sobre personas y experiencias muy específicas presupone el conocimiento de las pautas culturales generales que rigen la vida de estas personas. Este conocimiento ha sido proporcionado en nuestro caso por la familiaridad del contexto cultural en el que se ha desarrollado nuestra investigación, la cual ha suplido la imposibilidad práctica de realizar una observación participante integral de los sujetos estudiados. Nuestro objeto de estudio consistía en el análisis de unas construcciones culturales muy concretas surgidas como consecuencia de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Dando por supuesto, por tanto, el contexto más general en el que aparecen estas construcciones, decidimos centrar nuestra etnografía en campos de observación privilegiados que las pusieran de manifiesto de la manera más explícita posible.

El campo privilegiado de observación ha sido la clínica de infertilidad. Hemos elegido dos clínicas, una pública y una privada de la ciudad de Barcelona. El contexto de la clínica parece el más adecuado, pues es donde se aplica la tecnología y acuden las personas para un tratamiento de fertilidad. En este contexto se puede observar la relación entre médico y paciente, el tipo de relación que se establece con la tecnología y el tipo de lenguaje que tienen los profesionales para hablar de su propio trabajo y de su relación con las técnicas de reproducción asistida.

Dado que nuestro objeto de estudio no era únicamente las relaciones entre médico y paciente ni las implicaciones de las técnicas de reproducción asistida en los pacientes en el contexto de la clínica, sino sus implicaciones en la sociedad, teníamos que constituir la perspectiva de la sociedad. Para ello lo más adecuado era observar cómo las técnicas de reproducción asistida afectan la experiencia de las personas que siguen tratamiento. Por experiencia no entendemos los efectos psicológicos que estas técnicas tienen sobre las personas, sino los efectos que tienen estas técnicas sobre las relaciones sociales y representaciones culturales de estas personas cuando siguen el tratamiento ¿Cómo una persona experimenta sus vínculos sociales en el transcurso del

tratamiento? Por relaciones entendemos, básicamente, las relaciones de parentesco en la medida que las técnicas de reproducción asistida se dirigen a la constitución de una relación de parentesco – “ser padres”-. Por relaciones de parentesco no entendemos únicamente las relaciones de ayuda o reconocimiento que pueden darse en la interacción diaria, sino las asociaciones de ideas culturales que provocan las técnicas de reproducción asistida – “ser padres”- con la ayuda de la técnica.

Para hacer explícita esta cultura del parentesco provocada por las técnicas de reproducción asistida, hemos hecho entrevistas en profundidad con 42 personas que seguían el tratamiento en ambas clínicas. Es importante recalcar que las entrevistas las hacían los mismos investigadores que hacían el trabajo de campo en las clínicas. Se trataba fundamentalmente de explicitar el punto de vista del paciente más allá del contexto concreto de la clínica. En cada entrevista se ha tratado de crear un marco de diálogo entre el investigador y la persona entrevistada en que ésta expresara su experiencia con las técnicas de reproducción asistida con relación a sus actividades cotidianas, su trabajo, su familia y amigos, así como a sus concepciones de las relaciones de parentesco, de los lazos genéticos y de su cuerpo. Las entrevistas se hicieron en catalán o castellano siguiendo las preferencias y habilidades lingüísticas de las personas entrevistadas.

Por otra parte, consideramos necesario observar las relaciones que se establecen en una asociación de ayuda a la infertilidad. Si bien no estaba previsto inicialmente en el proyecto, creímos oportuno introducir esta observación en la medida en que se da fuera del contexto de la clínica y constituye lo más cercano a lo que en antropología entendemos por comunidad. Podemos considerar a dicha asociación como un grupo con intereses y problemas comunes, y como una “forma de vida” común provocada por la experiencia de la infertilidad y de los tratamientos de las técnicas de reproducción asistida. Aquí la técnica de la observación participante era muy adecuada. Se siguieron, sobre todo, las reuniones mensuales. Si bien estas reuniones se plantean en términos de auto-ayuda y, por tanto, con un fuerte contenido de terapia psicológica, era evidente desde el principio de nuestra

participación que se explicitaban una serie de valores culturales en torno a la infertilidad y las técnicas de reproducción asistida que nos permitía una perspectiva de observación diferente a las entrevistas y a la observación en las clínicas.

La perspectiva etnográfica que hemos privilegiado en torno a los servicios de reproducción asistida de las dos clínicas estudiadas ha sido el de las parejas que han escogido las técnicas de fecundación *in vitro* proporcionadas por estas clínicas. Por ello hemos centrado nuestra observación etnográfica en el punto de vista de las personas que hacen uso de dichos servicios. Hemos tenido en cuenta también otras perspectivas en la medida en que tienen que ver con nuestro objeto de estudio. Así hemos tenido en cuenta la perspectiva de los médicos y biólogos que trabajan en dichos servicios. También hemos tenido en cuenta la representación pública de dichas técnicas en los medios de comunicación, así como la perspectiva de los esquemas culturales que aparecen en los debates éticos y legislativos en torno a los tratamientos de infertilidad. Nuestro objetivo ha sido poner en juego estas diferentes perspectivas centrándonos en el punto de vista de los actores principales del proceso: la experiencia de las mujeres usuarias de los servicios de reproducción asistida. Dado que dicha experiencia no se da en un vacío cultural nos hemos centrado en las pautas culturales que dan sentido a la experiencia de la reproducción asistida. Estas pautas culturales son las que nos proporcionan la perspectiva a partir de la que hacemos nuestra etnografía de la reproducción asistida.

Téngase en cuenta que no entendemos las pautas culturales como algo fijo y dado por la tradición, sino como contextos reflexivos que proporcionan sentido a los hechos de la reproducción asistida. De estos contextos hemos privilegiado el de las relaciones de parentesco porque lo consideramos como un mediador entre las experiencias de una persona en busca de su reproducción y sus relaciones con la sociedad en general. Las personas que siguen estos tratamientos nos expresaban que su infertilidad no solamente las excluye de formar una familia, es decir, las excluye de relaciones de parentesco generadas por ellas mismas, sino que las excluye de otras relaciones que constituyen lo que

denominamos sociedad. Una búsqueda de descendencia a través de las técnicas de reproducción asistida es al mismo tiempo una búsqueda de familia y una búsqueda de integración social. La integración de la sociedad a través de la familia es un modelo cultural de relación que, aunque muchas veces olvidado por las ciencias sociales, las técnicas de reproducción asistida hacen explícito.

Por otra parte, el contexto del parentesco es en nuestra sociedad un mediador entre la naturaleza y la cultura, entre “los hechos naturales de la concepción humana” y los “hechos culturales de las relaciones humanas”. La experiencia de las técnicas de reproducción asistida hace explícita de forma reflexiva esta mediación. Las narrativas de los pacientes sobre la intervención en los “hechos naturales de la reproducción” centran la atención en los riesgos reproductivos, en los fracasos de los ciclos reproductivos, en pocas palabras, en la fragilidad de “los hechos naturales de la reproducción” que en nuestro modelo cultural proporciona las certidumbres de las relaciones de parentesco y, por tanto, la seguridad de nuestras pautas culturales. La incertidumbre contemporánea sobre “los hechos naturales de la reproducción” que las técnicas de reproducción asistida explicitan, ponen de manifiesto un “malestar en la cultura” sobre el sentido de nuestras relaciones. Nuestra etnografía trata de explicitar un aspecto de este malestar en la cultura: el trabajo simbólico necesario para reconstruir las piezas del sentido de unas relaciones basadas en los “hechos de la concepción asistida”, es decir, en los hechos naturales de una concepción incierta y frágil.

Este trabajo simbólico lo hemos caracterizado desde el principio de nuestra investigación como un “rito de paso” en el que una persona se mueve de un estadio a otro y cambia la percepción que tiene de sí misma durante el proceso. Este concepto antropológico lo hemos utilizado como un instrumento descriptivo para ordenar el proceso de los ciclos de fecundación *in vitro* que sigue una mujer. Es un concepto que hace referencia a un ciclo de tres etapas (antes de tratamiento, durante el tratamiento y después del tratamiento) que permite una descripción del ciclo biológico que siguen las mujeres en el tratamiento y permite comparar el tiempo biológico

del ciclo de reproducción asistida con el tiempo social de las pacientes. El concepto de rito de paso, y esto es lo que consideramos más importante, puede también ser utilizado en un sentido menos literal para describir el proceso de trabajo simbólico al que se ve obligada la mujer que sigue el tratamiento de fecundación *in vitro*. En este sentido permite describir la experiencia de la fecundación *in vitro* como un proceso en que las mujeres llevan a cabo una constante elaboración del conocimiento de su propio cuerpo, de su persona y de sus relaciones.

En la medida que nuestra investigación trata de hechos culturales en torno a las técnicas de reproducción asistida, es un estudio de caso de las ideas culturales en torno a la reproducción. Nuestra investigación trata sobre las ideas culturales que las personas establecen cuando piensan sobre las implicaciones que tienen las técnicas de reproducción asistida en su propia experiencia. Como todo estudio etnográfico que utiliza métodos cualitativos no pretendemos que sea representativo en términos estadísticos. En este sentido no es representativo en términos de clase social, ni en términos regionales ni en términos del conjunto de personas que han seguido hasta ahora algún tratamiento de reproducción asistida. Las dos clínicas y la asociación donde hemos hecho trabajo de campo han servido de lugar donde las personas podían expresar sus opiniones, sentimientos e ideas en torno a su propia experiencia. El contexto que hemos usado para reflejar las implicaciones de las técnicas de reproducción asistida ha sido, como ya hemos señalado anteriormente, el de las ideas culturales del parentesco. En primer lugar, porque en Antropología Social, el parentesco ha sido un dominio ampliamente analizado y ha habido una renovación de las perspectivas teóricas precisamente al confrontar el parentesco con las técnicas de reproducción asistida. En segundo lugar, y ésta es la cuestión más importante, hay que tener en cuenta que las técnicas de reproducción asistida, no solamente asisten a la biología, sino que asisten a los vínculos de parentesco. Al asistir a la biología, crean un nuevo vínculo que es social. Las personas que siguen un tratamiento se ven obligadas a pensar sobre la naturaleza del vínculo. Dado que normalmente damos por supuesto estos vínculos, una situación como las técnicas de reproducción asistida obliga a explicitar los supuestos culturales

de estos vínculos. Esto es lo que queremos indicar cuando hablamos del parentesco como contexto para explicitar las implicaciones sociales de las técnicas de reproducción asistida. Este contexto nos permite precisamente trascender la particularidad de cada observación y de cada entrevista. Puestas en este contexto, las diferentes opiniones y asociaciones de ideas de los pacientes de las técnicas de reproducción asistida tiene un carácter ejemplar en la medida en que hacen referencia a la cultura de la reproducción y a la cultura del parentesco. En este sentido pueden establecerse comparaciones con otras etnografías de la reproducción asistida hechas en otros contextos culturales (cfr., principalmente, Franklin, 1997; Becker, 2000; Sandelowski, 1993; Edwards et alia, 1993, Kahn, 2000 y Thompson, 2001)

La etnografía que presentamos es multi-situada (cfr. Marcus, 1995) en un doble sentido: uno, puramente literal, en la medida que presenta los contextos de dos clínicas y una asociación, otro, conceptual, en la medida que se aleja de la idea de una comunidad situada en un espacio dado y se centra en un conjunto de personas que a priori únicamente tienen en común el tratamiento de infertilidad. No se trata, pues, de describir una comunidad con unos intereses y una cultura común, sino diferentes contextos culturales que permiten relacionar la experiencia de las personas que siguen un tratamiento de infertilidad con su experiencia social. Lo que describimos en la etnografía son diferentes pautas culturales relacionadas con las técnicas de reproducción asistida y la pluralidad de perspectivas que hay implícitas en la experiencia de las técnicas de reproducción asistida.

Con la aparición de las técnicas de reproducción asistida, las ideas en torno a la concepción y la procreación se han convertido en la preocupación de un debate vivo no solamente restringido a clínicos, biólogos o usuarios presentes o futuros de los servicios de las clínicas de infertilidad, sino también por parte de grupos religiosos, grupos feministas y ciudadanos en general. En ellas se ha discutido ampliamente en torno a la intervención sobre “los hechos naturales de la reproducción” (Bestard, 1998). Nuestra etnografía se basa en las protagonistas del debate. Parejas involuntariamente infértiles que buscan una solución a su infertilidad a través de estas

técnicas. En cierta manera son “pioneras” morales (cf. Rapp, 1999) que se debaten en torno a las paradojas y límites que las técnicas plantean a la cultura y se ven incentivadas a reflexionar sobre los “hechos naturales” de la procreación.

Lo que tratamos de hacer aquí es reconstruir diferentes contextos que relacionados con los hechos de la reproducción asistida explicitan los supuestos básicos del parentesco, de las relaciones de género, de la identidad de la persona y de su concepción del cuerpo.

1

PROCREACIÓN HUMANA: BIOLOGÍA Y SOCIEDAD

En todas las sociedades humanas la procreación es un fenómeno complejo en el que se entrelazan procesos biológicos y sociales. Tener un hijo nunca se define como un mero hecho de la naturaleza, sino que es un acto social fundamental que cambia el estatus de los progenitores y por el que se reconstituyen sus vínculos. Por ello la infertilidad afecta integralmente al individuo, en su cuerpo y en su personalidad social. Aunque los efectos de la infertilidad son biológicos y sociales, su concepto hace referencia a las disfunciones exclusivamente biológicas del proceso de reproducción humana. Los tratamientos de infertilidad se ejercen por tanto exclusivamente sobre la dimensión biológica de la procreación. Hay que dejar muy claro que los tratamientos de infertilidad no tienen por objeto curar la infertilidad ni ninguna otra patología: los infértiles no dejarán de serlo ni siquiera cuando el tratamiento tiene éxito. Los tratamientos de infertilidad tienen por objeto proporcionar un hijo biológico a los pacientes. Este hijo biológico puede ser el que comparte el genotipo de sus dos progenitores, o el genotipo de uno de ellos en caso de donación de un gameto. El éxito de las técnicas de reproducción asistida consiste no en la curación de la infertilidad sino en reproducir un vínculo de consanguinidad (cf. Strathern, 1992). De ahí que una de las primeras consecuencias culturales de esos tratamientos sea el desarrollo de concepciones fuertemente biologizadas de la procreación, de la persona y de las relaciones familiares. Cuando normalmente de la procreación y de la persona se suelen acentuar sus aspectos sociales, educativos, emocionales, etc. al tiempo que se margina su dimensión estrictamente biológica, en los tratamientos de infertilidad se produce, a menudo inconscientemente, una inversión de prioridades ideológicas en la definición de la procreación. La dimensión estrictamente biológica de la procreación pasa a primer plano, muchas veces es incluso la dimensión estrictamente genética,

como si traer un ser humano al mundo fuera simplemente cuestión de óvulos y espermatozoides, de embriones y pre-embriones, de trompas, de úteros y endometrios.

La biologización de la procreación es resultado de un intenso proceso de medicalización. En las sociedades occidentales el embarazo y el parto son procesos naturales fuertemente medicalizados (cf. McCormack, 1982). Pero esta medicalización se intensifica en los tratamientos de infertilidad. El efecto cultural más inmediato de la medicalización es la uniformización y reducción significativa de la procreación a su dimensión más estrictamente biológica. Las parejas infértiles acuden al ginecólogo para conseguir un objetivo cuyo origen es un proceso de toma de decisiones sobredeterminado por multitud de circunstancias individuales, sociales y culturales. Son estas circunstancias las que determinan el carácter complejo de la procreación en todas las sociedades humanas: acto biológico y acto social al mismo tiempo. El deseo de tener un hijo surge por tanto de un contexto causal múltiple en el que se entrecruzan todo tipo de determinismos y, sin embargo, el tratamiento de infertilidad resignifica el proceso de procreación como un proceso meramente biológico. En las consultas del hospitalarias tuvimos la oportunidad de observar muy directamente la compleja diversidad de contextos sociales y culturales que engendran el deseo de procreación.

Situaciones extremas de incomunicación cultural en torno a la procreación las pudimos constatar en algunos momentos de nuestro trabajo de campo. En ellas el significado de la procreación estaba muy alejado de su reducción a su aspecto puramente biológico. El personal sanitario discutía en una ocasión los problemas de una mujer de Senegal: ella deseaba ardientemente tener un hijo porque de lo contrario sería repudiada por su marido. Las enfermeras contaban como esta mujer rechazaba todos los medicamentos porque, según ella, ya los había tomado y no habían resultado eficaces. En otra ocasión uno de los médicos titulares envió a la consulta de una de las residentes a dos mujeres chinas que habían viajado expresamente de Valencia para solicitar una FIV para una de ellas. Las mujeres apenas hablaban español con lo que la conversación pronto terminó siendo un diálogo de sordos. Otra día apareció en la consulta un hombre magrebí que venía en nombre de su esposa para

solicitar un tratamiento de infertilidad. No fue fácil convencer a ese hombre de que quien tenía que venir era la mujer. Él insistía en que su mujer no hablaba español y que por tanto sería inútil traerla a la consulta, y que el médico debería explicarle a él lo que había que hacer y él se lo contaría luego a su esposa.

Toda esta diversidad de contextos, a parte de los malentendidos que puede generar en la relación del médico con su paciente, engendran el deseo de engendrar, de tener un hijo, de fundar una familia. Para cada paciente el deseo puede ser muy distinto, puede haber surgido en ambientes emocionales, sociales y culturales muy diferentes, sin embargo, todos parece que recibirán una misma significación biomédica. Todos son sometidos a un mismo interrogatorio por parte del facultativo, todos se verán sometidos a un mismo protocolo, a una misma disciplina. En el contexto clínico la procreación deja de ser el deseo de fundar una familia, de crear un vínculo social, de traer una *persona* al mundo. Se trata simplemente de conseguir que los folículos produzcan la suficiente cantidad de óvulos, que el semen contenga la suficiente cantidad de esperma, que dos gametos fundan sus núcleos, que el embrión se implante en el útero, etc. Esta biologización-tecnificación del proceso de procreación produce la comprensible sensación de alienación en muchos pacientes. Una mujer embarazada por FIV nos contaba que a veces le parecía que el hijo no sería completamente suyo, después de todas las manipulaciones a las que había sido sometido su cuerpo. Su embarazo le parecía “antinatural”. Volveremos sobre ello.

EL CONCEPTO DE INFERTILIDAD

Muy pocas mujeres supieron contestar con precisión a la pregunta de por qué deseaban tener un hijo. Algunas divorciadas nos mencionaban tímidamente la necesidad de tener algo que compartir con sus nuevas parejas, como si el hijo solidificase vínculos. Nosotros no podemos identificar las causas por las que las mujeres o parejas desean tener un hijo. La acción humana no tiene causas, sólo significados. No sabemos por qué un determinado grupo de parejas/mujeres desean tener un hijo en el contexto de una sociedad post-malthusiana y están dispuestas a aguantar todo el tratamiento, etc. Sólo podemos saber el significado cultural de su deseo. Esto es lo que tratamos de averiguar aquí. La paradoja malthusiana podría plantearse así: la infertilidad voluntaria es un valor social positivo, pero la infertilidad involuntaria “aparece como un falso problema”, es decir, no está definida socialmente. ¿Por qué es un falso problema la infertilidad involuntaria? La infertilidad involuntaria no es problema para las políticas natalistas puesto que su objetivo es la infertilidad voluntaria. Es una cuestión meramente cuantitativa: si la mayoría de los infértiles lo fuesen contra su voluntad, la infertilidad involuntaria sería un problema para las políticas natalistas, pero éste claramente no es el caso. La infertilidad involuntaria es un “falso problema” desde el punto de vista de las políticas sanitarias porque no está claro el estatus patológico de la infertilidad: ¿es una enfermedad “real” o no? “*Nadie se muere por no tener hijos*”, observó en una ocasión un hombre infértil tratando de explicarse por qué los poderes públicos destinan tan poco presupuesto a financiar los tratamientos de infertilidad.

El deber social de la reproducción, tan valorado culturalmente en otras sociedades, no parece recibir en la nuestra una atención especial. Ello genera quizá uno de los problemas culturales más graves de la infertilidad en nuestra sociedad: su indefinición y la

angustia que conlleva la experiencia de lo indefinido. Como si se tratase de un falso problema por el que se sufre innecesariamente. Un problema que nadie va a entender. La indefinición de la infertilidad es un problema para los poderes públicos que diseñan políticas sanitarias: ¿hay que tratar la infertilidad como una enfermedad? Ni la vida ni la integridad física de las personas infértiles corre peligro. Se trata sin duda de una enfermedad distinta de las demás. La indefinición acerca de la naturaleza patológica de la infertilidad tiene consecuencias importantes por lo que respecta al destino de partidas presupuestarias para la financiación de su tratamiento. Los responsables de los hospitales públicos que realizan tratamientos de infertilidad se quejan siempre de falta de recursos. Cuando comenzamos el trabajo de campo en el hospital público se realizaban en principio cien fecundaciones *in vitro* al año, pero debido a una reducción presupuestaria bajó drásticamente este número hasta sólo treinta. Aunque el servicio se recuperó meses más tarde, un médico nos comentaba que era lógico que destinasen más recursos a las secciones de cardiología o neurología que no a la reproducción asistida. ¿Es necesario invertir dinero público para tratar la infertilidad? ¿No sería mejor destinar esos recursos para combatir “auténticas” enfermedades?

Pero la indefinición de la infertilidad para los poderes públicos reaparece también en las representaciones de los pacientes. No se trata aquí de un mero problema conceptual de definición de políticas sanitarias, sino de un problema existencial que crea un auténtico vacío cultural en la experiencia de las personas infértiles. La infertilidad plantea por tanto un problema de sentido: hay una aflicción y un tratamiento para esa aflicción, pero nos falta saber su sentido. “Se trata de pacientes sociales”, nos dijo un médico en una ocasión. Como si no fueran pacientes “reales”, como si hubiese algo de ficticio en su patología. Pero llamar a la infertilidad enfermedad “social” sólo puede entenderse como una metáfora, paradójica metáfora que convierte en enfermos sociales aquellos que más insistentemente intentan resolver la dimensión más estrictamente biológica de la procreación. Se trata de una metáfora que en ningún caso soluciona la ansiedad real que sienten las personas infértiles. Al no ser capaces de dar sentido a la infertilidad las personas infértiles

experimentan una profunda sensación de incomunicación: “Nadie entiende lo que nos sucede”, “hay que pasar por esto para saber lo que es”. ¿Por qué no tenemos conceptos culturales para comunicar la infertilidad? Nuestro argumento es que la fertilidad ha dejado de ser un valor absoluto, por tanto, no se entiende como alguien pueda desear tan ardientemente tener un hijo y esté dispuesta a pasar por todo lo que supone el tratamiento de infertilidad. Cuidado: no se entiende “culturalmente”, aunque sí se entienda psicológicamente o emotivamente. “De pequeños te los comerías, de mayores lamentas no haberlo hecho”, este tipo de frases y otras similares pronunciadas por los fértiles a efectos de devaluar la necesidad de tener hijos se dicen siempre con la mejor de las intenciones, pero tienen siempre el efecto contrario al intentado: el infértil se deprime y angustia mucho más, y se acentúa mucho más su sensación de incomunicación.

Es una incomunicación mucho más profunda que la que pueda experimentar cualquier paciente de una enfermedad grave. No hay que tener un cáncer para saber lo que es. La distinción entre los estados de buena salud y enfermedad es muy clara en este caso. Pero con la infertilidad es distinto, el estatus patológico de la infertilidad es ambiguo. Así manifestaba sus dudas una informante:

“No té importància, no? Perquè... a veure... té importància, té importància relativa. Perquè... ostres, pitjor és una malaltia que tu no pots superar, això ha de ser més fotut, no? Llavorens, clar, si poso a la balança dir: ‘Bueno, escolta, hi ha gent que està als hospitals i està lluitant, i és per la vida’. Pues, si no em toca això, pues no em toca. Vull dir que...després també fas les reflexions. Però el primer moment sembla que et passi a tu, i ets la més desgraciada del món. I el procés és duret, és duret.”

De modo que sólo la experiencia compartida permite a los pacientes salir de su aislamiento semántico. La infertilidad crea comunidades de sentido y de experiencia cuasi herméticas.

“Jo crec que has de buscar gent que passa la teva experiència o que l'està passant. Perquè és que els demés és lo que dius tu, evidentment et començaran a dir que ‘vaya tontería, lo bé que

*esteu així...’ I a lo millor ells han anat a buscar un segon.
Llavors penses: ‘osti, què injust, xerres perquè tens boca’.*”

La ansiedad de la mujer infértil al ver una embarazada es simplemente la ansiedad de ver alguien con lo que ella desea y no puede conseguir. Es cierto que las mujeres no expresan su angustia en términos de su incapacidad de acceder a un determinado estatus, o la marginación y estigmatización que les produce la infertilidad. En otras palabras, las mujeres no expresan su angustia en términos de deseo (tener un hijo) no porque sea un deseo “natural”. El problema no es la expresión del deseo, sino de la angustia por no poder tener hijos, ahí está el vacío cultural. Hay que dejar esto claro. El vacío cultural no está en el deseo de un hijo, o en los estatus de paternidad o maternidad, esto puede expresarse perfectamente. El deseo de tener un hijo es un deseo natural. Todos podemos tener este deseo. Todos podemos querer ser padres. Podemos transmitir este deseo y entendemos a quien lo tiene. Pero lo que no podemos transmitir tan fácilmente es la angustia por no ver este deseo cumplido. ¿Por qué? Porque se trata de un deseo-valor relativo, no absoluto.

RITO DE PASO: LIMINALIDAD SIN FIN

¿Cuál es el origen de este vacío cultural? ¿Por qué carecemos de conceptos culturales para definir la infertilidad? En muchas sociedades tradicionales la infertilidad supone la incapacidad de adquirir un estatus social perfectamente definido valorado culturalmente como es la paternidad o maternidad (cf. Inhorn, 1996). Las personas infértiles, especialmente las mujeres, son estigmatizadas y socialmente marginadas. Aunque técnicamente su patología resulte mucho más irresoluble, aunque socialmente su castigo pueda ser bastante más severo e inmisericorde, se encuentran semánticamente mucho mejor preparadas que las mujeres de las sociedades occidentales. No hay aquí vacío cultural: la mujer infértil es una discapacitada social permanente, privada de sus más elementales derechos, de su cualidad de sujeto social competente. Recordemos el caso de la mujer de Senegal que temía ser repudiada. En nuestra sociedad, en cambio, la paternidad y la maternidad han perdido su cualidad de estatus sociales absolutos. Por tanto, la incapacidad para acceder a estos estatus carece de una definición cultural precisa. Desconocemos su sentido. La angustia ontológica del infértil tiene algo de muy moderno que no es pensable en otros contextos, del mismo modo que la devaluación y estigmatización social de la mujer infértil en estigmatización social de la mujer en otras culturas (Inhorn, 1996) tiene algo de muy “tradicional” que no es extrapolable a las sociedades occidentales.

Si partimos de la base de que la paternidad y la maternidad son estatus sociales culturalmente valorados –sean o no valores absolutos- el embarazo y el parto como construcciones culturales (construcciones culturales de determinados procesos biológicos) nos aparecen como los ritos de paso que permiten el acceso a esos estatus sociales (cf. Homans, 1982). La paternidad está culturalmente valorada porque define un estatus social, aquí y en la mayoría de las sociedades humanas. La diferencia radica en el hecho que este estatus social no es un valor absoluto, como sucede en otras culturas. Con la infertilidad el rito de paso se prolonga de manera indefinida. La infertilidad en sí misma no es el rito, pero sí lo es su tratamiento. Mientras que en otros contextos la persona infértil entra en un estatus de marginalidad social permanente, en nuestra sociedad la persona infértil queda suspendida en un estado de liminalidad permanente. Incapaz de acceder al estatus de paternidad o maternidad, ni siquiera le queda el recurso semántico de acceder a un estatus de marginalidad real. El infértil es un individuo sin estatus social, atrapado indefinidamente en la fase de transición.

La antropología social ha caracterizado el estado de liminalidad como una situación de desubicación social. Los neófitos que participan en rituales iniciáticos pierden su estatus social anterior y están a la espera de acceder a uno nuevo. Las parejas que entran en la liminalidad sin fin que supone el tratamiento de infertilidad sufren en primer lugar una redefinición de sus roles y sus ritmos de vida. En cualquier sociedad el sentido de la pareja o matrimonio lo confieren las concepciones culturales de masculinidad y feminidad, componente esencial o puerta de acceso a los estatus sociales de paternidad y maternidad. En nuestra sociedad la paternidad y la maternidad son estatus sociales que forman parte del complejo familiar, por ello las vicisitudes que afectan a esos estatus suelen tener repercusiones, en primer lugar, en los vínculos de parentesco de los sujetos infértiles. La imposibilidad de tener hijos es también, por ejemplo, la imposibilidad de dar nietos a los padres. Ello supone muchas veces un incremento del sentimiento de culpa o del sentimiento de responsabilidad por parte de los sujetos infértiles que redundan en su sentido de aislamiento. La infertilidad genera muchas veces el

sentimiento de deber familiar incumplido por el que es necesario “dar explicaciones”. El deber de dar hijos, de tener hijos existe, pero no como valor cultural absoluto, no es un deber absoluto sino relativo, depende de vínculos específicos con padres, suegros, etc., no depende de categorías absolutas: parentesco de los sentimientos frente al parentesco *jural*. La gente “se siente” obligada a dar nietos a los padres, y es como consecuencia de este sentimiento que se angustian si no cumplen con su deber, no como consecuencia del incumplimiento de una norma social abstracta.

“No, la única presión es eso ¿no?, que cuando... a ver, mis suegros nunca te dicen...ellos si saben que te ha ido mal, o que.... ‘Bueno, pues llama a tu madre y tal’ Y entonces le preguntan, ¿no?, o llaman al trabajo... Entonces ya no llaman. Ya llamaremos mañana, o pasado, cuando estés más tranquila... Pero es el saber que ellos esperan eso, ¿no?, o sea, ellos, cuando ven un niño... bueno, es que les encanta... Es inconsciente, es que todo es inconsciente. No es que estés pensando: ‘Es que, fíjate, que mal me sabe, que quieren un nieto y...’. No, peor, es... no sé... como cuando huele esto a fuego y no lo ves per sabes que... ¿no? Pues igual”.

Las concepciones culturales de masculinidad y feminidad constituyen los pilares sobre los que se construye el complejo de las relaciones de género y la llamada división sexual del trabajo. Entre las parejas infértiles, sin embargo, la masculinidad y feminidad se focalizan y se reducen ineluctablemente a las tareas procreativas. Cuando las mujeres entran en el proceso de ovulación controlada y frenación, las relaciones sexuales deberán ser monitorizadas por el médico ginecólogo, que indicará a la pareja el momento más adecuado para su realización e incluso la manera como deben llevarse a cabo. El médico ginecólogo puede recriminar a las parejas por su escasa actividad sexual, o por prácticas sexuales ‘incorrectas’. Las relaciones sexuales pierden todo sentido y función que no sea la procreación.

“Pareces una automática. Llega un momento que pareces una automática. Porque es como...: ‘Toca, no toca. Ahora sí, ahora no. Ahora lo siento mucho cariño, tienes... no tienes ganas...”

pero va, venga, hay que hacer un esfuerzo. Y claro, mi marido: 'Sabes que no estoy para estos trotes ya, es que yo no tengo quince años... Pero es que claro, que me pidan hacerme estas cosas a los treinta y pico de años, ya no estoy para estos trotes'".

De manera que los fracasos en la consecución de este fin último repercuten peligrosamente en la vivencia de la sexualidad, que puede experimentarse también como un fracaso, y en el complejo emocional que acompaña la actividad sexual. Una mujer nos contaba que cuando se le diagnosticó la infertilidad a su marido, éste se desesperó pensando que su matrimonio iba a terminar: él era incapaz en ese momento de dar otro sentido al matrimonio que no fuera el de la procreación.

"El meu marit... quan li van dir que el problema era seu i el doctor (...) li va dir tant categòricament, li va afectar bastant, però jo el vaig animar i li vaig dir que no s'amoïnés per mi, que jo el continuaria estimant com sempre, o sea que per mi això no era... que si no podríem tindre fills que sempre havien altres opcions com l'adopció. Però en aquell moment jo li vaig dir que no, que no es posés nerviós. Potser el que pitjor li va sentar va ser quan una vegada, jo no vaig estar-ne, va vindre mon sogre tot amoïnat, molt nerviós, per dir-li que ell havia de ser fort i que havia de vigilar que la nostra parella no es trenqués per aquest motiu. I li va mejar el coco que jo, que potser jo podria deixar d'estimar-lo per aquesta raó. I ell es va posar nerviós, i un cap d'any que vam celebrar sols... va començar a plorar i em va dir que tenia por, que el seu pare li havia dit que potser jo el podia deixar per aquesta raó. I jo li vaig dir: 'Quan ens van dir el problema, jo ja et vaig dir que això per mi no era cap problema,' o sea, que era un problema per tindre fills però que jo no l'estimava només per tindre fills... Un cap d'any que vam estar sols, ell m'ho va dir, allí plorant, tocant el fons, i jo li vaig dir: 'Si us plau, no... això és de tontos, jo t'estimaré mentre vagi bé la nostra relació, però si et deixo d'estimar no serà per aquest motiu, serà per qualsevol altre motiu.'"

A partir de este momento la experiencia de hombres y mujeres es substancialmente distinta. Los tratamientos de infertilidad se ejercen sobre el cuerpo de las mujeres aunque se trate de infertilidad masculina. La infertilidad masculina puede ocasionar en muchos hombres alteraciones en su autoconcepción de la masculinidad, que se focaliza en su incapacidad de engendrar. Esta incapacidad se asocia muchas veces a la impotencia sexual: “¿Qué no sabes o qué?”. En estos casos la comunicación de la infertilidad masculina se hace aún mucho más difícil. Pero en la mayoría de las ocasiones su sufrimiento se incrementa con el sentimiento de culpa e impotencia que les produce la experiencia del tratamiento de sus compañeras. También hay algunas mujeres para las que la incapacidad de ser madre afecta profundamente su sentido de identidad femenina. Aunque la maternidad ha perdido en nuestra sociedad en buena medida su valoración cultural, muchas mujeres expresaron también su frustración al ver que “como mujer, ‘no sirvo’.” Para la mayoría, sin embargo, el principal problema que comporta el tratamiento de infertilidad es la radical tecnologización y medicalización de sus ritmos y procesos biológicos y, por ende, del entramado de relaciones y ritmos sociales construidos sobre esos procesos naturales.

Las mujeres entran en un proceso de alienación de su propio cuerpo (cf. Steinberg, 1990). La tecnologización a la que se someten sus ritmos biológicos convierte su cuerpo en un sujeto distinto con el que hay que interactuar, hay que escuchar y comunicarse con el cuerpo de una manera distinta. Muchas mujeres hablan de la “rebelión del cuerpo”, como si su medicalización le hubiese convertido en un sujeto autónomo que ya no obedece sus órdenes. El cuerpo de las mujeres sometidas a tratamientos de infertilidad es un cuerpo enajenado. Por ello la disciplina de este cuerpo enajenado altera tan profundamente la vida social de la mujer hasta convertirse en un objeto obsesivo. Estas alteraciones afectan principalmente a las mujeres que trabajan fuera de sus casas. Las mujeres sometidas a un tratamiento de infertilidad deben acudir a su centro sanitario con mucha frecuencia y por períodos largos de tiempo. Las que se preparan para una FIV, por ejemplo, deben hacerse una ecografía cada dos días. Para ello se ven obligadas a solicitar los correspondientes permisos o a pactar con sus compañeros los días que no podrán acudir a sus puestos de trabajo. En una palabra, se ven obligadas a “socializar” su aflicción de

manera, la mayoría de las veces, indeseada. Así se expresaba una mujer cuando le preguntamos si sabían en su trabajo sobre su problema de infertilidad:

“Al principi no, o sigui al principi potser les meves companyes de feina més properes, però arriba un moment que ho has de dir perquè... demanes favors, i la gent... un o dos cops ho pots fer, però si era durant dos o tres setmanes, dos o tres vegades al dia per setmana... és que ho has de dir, perquè realment no pots demanar favors a la gent i no dir-li el perquè... una vegada o dos t’ho faran, però no... no tantes.”

Otra se quejaba de la incomprensión de la directora de su empresa:

“¡Tuve una jefa que me decía que todo era cuento! Al principio, la que yo tenía de jefa me decía que no, que todo eso era cuento, que yo faltaba cada vez que me daba la gana... Era dura de mollera. ¡Qué va! ¡Era cuento!. ‘Tú faltas porque quieres. Ahora te duele la barriga, te duele esto, ahora te duele lo otro.’ Pero bueno, pues llama al médico y pregunta, yo, ¿qué quieres que te diga?. Y además, yo llevo mis papeles, o sea que yo... cuando no me pueda ir, o cuando estoy de baja: ‘Toma, papeles. Más justificado que está no puede estar!’.”

Se trata de una socialización indeseada y compleja porque nuestra sociedad no confiere a la infertilidad una valoración cultural precisa. De hecho, en muchos contextos es la fertilidad la que recibe una valoración negativa. En el mercado de trabajo la maternidad no es una situación competitiva. Se cuentan muchos casos de mujeres que perdieron su puesto de trabajo al iniciar el tratamiento de infertilidad. Una psicóloga nos dijo en una ocasión que acudió a un programa de televisión con una paciente de un tratamiento de infertilidad que tuvo que mentir frente a las cámaras diciendo que había abandonado el tratamiento. Tuvo que mentir porque, según nos contó, corría peligro de perder su puesto de trabajo si se hacía pública su condición de paciente de un tratamiento de infertilidad. Lo cierto es que el problema de la infertilidad se acrecienta en las sociedades occidentales debido a que cada vez las mujeres desean quedarse embarazadas más tarde. “Somos la generación de la

anticoncepción”, nos dijo una psicóloga. Sobre todo éste es el caso de mujeres, y parejas en general, profesionales que desean ver consolidado su puesto de trabajo y su posición social antes que tener descendencia, lo cual no sucede para muchas antes de los 30 o 35 años. El proceso social de integración de la mujer en el mundo laboral ha contribuido a desvalorar la esfera doméstica y las tareas reproductivas. Hace tiempo que para amplios sectores de la población maternidad e identidad femenina han dejado de ser sinónimos. La mujer que desea quedarse embarazada se encuentra desamparada socialmente y también culturalmente.

La pareja infértil se enfrenta a su problema con una sensación de profundo aislamiento. En este contexto, es difícil que el tratamiento de infertilidad no se convierta en obsesivo. A pesar de que los psicólogos insisten en la necesidad de compartimentalizar el tratamiento: de dedicarle únicamente el tiempo que sea necesario y evitar que se convierta en el principal sentido de la vida de la paciente. Para las mujeres esa compartimentalización es un objetivo a menudo inalcanzable. Los tratamientos de infertilidad se convierten en un centro de referencia que domina progresivamente el significado de toda su vida emocional, profesional y de todas sus actividades personales y sociales. Al poco tiempo de iniciar un tratamiento de infertilidad es muy posible que toda la vida de la pareja, especialmente de la mujer, se reconstituya al servicio de las exigencias del tratamiento. El trabajo y el tiempo de ocio, los amigos y familiares, la sexualidad, el amor y las relaciones conyugales más íntimas, nada puede quedar al margen. Así nos describía una mujer su alterada vida cotidiana:

“Enrecorda-te’n, quan et llevis l’spray. De les injeccions... emporta-te-la... que t’has d’emportar les injeccions, les tens al bolso o no les tens... Si vas a una boda: ‘Ui que em tinc que pinxar, com ho faré?’ Et vols anar de cap de setmana, no pots. Si són dies de festa o vacances, les perds evidentment perquè has d’estar a l’hospital, o fent-te proves. Només vius per això, només vius per això, i això és molt dur. Al principi quan ho veus de fora dius: ‘Va, no tant! Una injecció al matí, una injecció a la tarda, o l’spray,’ però és la duresa d’enrecordar-te sempre de fer-ho, de no dormir-te: ‘Que no t’has posat l’spray? Ai, no, no ho he fet, però estic molt cansada. Que ho has de fer...’ És difícil de que

això no sigui obsessiu. És molt difícil... Quan estic al carrer i veig un nen m'enrecordo automàticament."

Pasados algunos años, la obsesión corre el peligro de convertirse en adicción:

"Después de todo lo que he pasado ya, yo que sé, creo que es mejor llegar hasta el final. Porque te pones a pensar, tantos días, tantos años... y dices: '¿ahora te vas a echar atrás?'."

Los porcentajes de éxito de estos tratamientos aun son bajos. En los casos de inseminación artificial depende de la calidad del semen: con un semen de más de dos millones de espermatozoides por eyaculación (lo normal son veinte millones) la fecundación se consigue en un 20 por ciento de los casos. Cuando el semen tiene menos de dos millones, el porcentaje baja al 15 por ciento. Con la FIV, sólo el 25 por ciento termina en embarazo. La incertidumbre es máxima, esfuerzo y dedicación exigidas son absolutas, el coste de oportunidad es muy alto, por no hablar del coste económico que deben sufragar los que optan por la sanidad privada. La crisis que se deriva de los fracasos es, en consecuencia, profunda y duradera. El único consuelo que queda a la pareja infértil, neófitos de un rito de paso permanentemente inacabado, y seguramente inacabable, es refugiarse en su *comunitas*, compartir su experiencia con aquellos que podrán comprenderla porque también la han sufrido. Esta es a nuestro entender la función importante que cumplen las asociaciones de parejas infértiles. Esto no significa por otra parte que todas las personas infértiles acudan a estas asociaciones. De hecho, la mayoría no lo hacen. Para la psicóloga que dirige la asociación de personas infértiles la causa era muy clara: los "tabúes" que aún rigen en todo lo que hace referencia a la infertilidad. El origen de estos tabúes es sin duda complejo. De lo que hemos argumentado más arriba no debe concluirse que en las sociedades occidentales los infértiles no experimentan ninguna sensación de incapacitación. Hay también entre nosotros –llámesele "residuo" de un pasado tradicional- un deber social de procrear, de adquirir los estatus de paternidad y maternidad, por más atenuado que sea. Posiblemente nuestra psicóloga, con implacable lógica evolucionista, hacía referencia a este residuo ideológico de un pasado no muy lejano con su utilización del concepto "tabú". Pero entendemos

que el sujeto infértil de una sociedad occidental no sufre sólo por incapacitación, sino esencialmente por la indefinición de su estatus.

LA EXPERIENCIA DE LA INFERTILIDAD Y DE LOS TRATAMIENTOS. UN ESTUDIO DE CASO

La infertilidad es una experiencia de "soledad". Este es un punto en el que parecen coincidir los hombres, las mujeres y las parejas a las que hemos entrevistado que se dicen además "incomprendidos" por aquellos que no han experimentado alguna vez el deseo frustrado y la dificultad para tener hijos. Para ilustrar esta experiencia de la infertilidad vamos a presentar un caso escogido entre las parejas con las que hicimos entrevistas en la clínica privada. Cada una de las 22 parejas estaba siguiendo por primera vez un tratamiento de FIV en la clínica. Pero cada una de estas parejas, sin excepción, llevaba, al menos tres años, intentando tener un hijo. Independientemente de la causa de la infertilidad, femenina o masculina, la mayoría de las parejas entrevistadas llevaban un mínimo de tres o cuatro inseminaciones artificiales. Alguna de las parejas había seguido con anterioridad algún tratamiento de FIV en algún otro centro hospitalario. Sólo dos parejas habían pasado directamente, en pocos meses, de un diagnóstico de esterilidad al tratamiento de fecundación in vitro. Se trata de un punto importante porque la manera de afrontar y entender un tratamiento de FIV tiene mucho que ver con la experiencia de la infertilidad y de su tratamiento. Cuanto más largo es este momento en la historia de vida de la pareja, mayor es el conocimiento de las técnicas, la reflexión sobre el propio proceso. También cambia, en relación al tiempo de esta experiencia, la actitud ante el tratamiento.

El ejemplo que presentamos corresponde a la entrevista con una mujer que había empezado lo que se denomina clínicamente un «ciclo de FIV». Ya nos habíamos encontrado en su casa, hacía poco más de un mes, para la primera entrevista. Habíamos estado hablando, durante casi dos horas y media, con ella y con su marido. Conversamos sobre su experiencia del tratamiento y sobre otros aspectos relacionados. Ya en ese primer día habíamos observado una actitud ante el tratamiento distinta si la comparábamos con la mayoría de las otras doce parejas que habían sido entrevistadas previamente. Esta pareja tenía un optimismo ante el tratamiento que sólo habíamos observado en otras dos parejas. Claro que era su «primer ciclo de FIV». Además tampoco había pasado por las tres o más inseminaciones artificiales que llevan la mayor parte de las parejas cuando empiezan su primer «ciclo de FIV». Ya nos había advertido la psicóloga de la clínica, y lo comentaba a menudo en las reuniones informativas, que el primer ciclo de FIV provoca en las parejas un sentimiento de euforia. Lo que se obtiene y lo que se transfiere al cuello del útero son embriones («pre-embryones» desde el punto de vista de la legislación sobre reproducción asistida), lo que hace tener la sensación de embarazo, al menos por unos días. Pero el caso de esta pareja era también especial. El diagnóstico médico les había confirmado definitivamente la infertilidad, la imposibilidad de tener hijos «naturalmente», para reproducir la manera en la que se expresan sobre todo las parejas. Una parte importante de las parejas que utilizan estos tratamientos son sobre todo «sub-fértiles», nos ha confirmado a menudo la bióloga. Es decir que tienen alguna posibilidad de tener hijos «naturalmente», pero por alguna razón no progresa el embarazo. En la narración de esta pareja la idea principal, la que daba sentido al sentimiento de euforia por el hecho de poder seguir un tratamiento de FIV, era que les daban una posibilidad para ser padres que de lo contrario no tendrían. Fue la idea principal en la primera entrevista, antes de haber empezado el «ciclo de FIV». Continuó siendo la idea principal en la segunda entrevista, ya avanzado el «ciclo de FIV». En otras entrevistas, las parejas mostraban interés en conocer detalles sobre las técnicas y sobre el ciclo, sobre las experiencias de otras parejas, sobre qué hacer si el ciclo no tenía un resultado exitoso. No era tanto el caso de esta pareja. En el curso de la primera entrevistas la entrevistadora se había preocupado mucho

en decir algo, preguntar alguna cosa que pudiera romper este sentimiento positivo ante el tratamiento. Ya había experimentado en entrevistas con otras parejas lo «duro» que resultaba psicológicamente afrontar un ciclo de FIV con pesimismo y angustia. La entrevistadora no quería imaginar ni por un momento que la entrevista etnográfica pudiera despertar en la pareja un sentimiento negativo con relación a su tratamiento. Esto era en la primera entrevista. Durante la segunda entrevista se mantuvo esta misma actitud. En este contexto la *paráfrasis* fue un recurso importante para guiar la narración de la experiencia. La *paráfrasis* es un recurso importante para construir la entrevista sobre todo después de constatar que no se puede preguntar a todo el mundo lo mismo ni de la misma manera. Veamos como funcionó el uso de la *paráfrasis* en la segunda entrevista a la pareja que acabamos de presentar. En esta segunda entrevista, que se realizó en una de las salas de consulta de la clínica, estaba únicamente la mujer. También participó en la entrevista una bióloga que muchas veces también asiste a las entrevistas etnográficas con las parejas.

Antropóloga: La primera vez que nos vimos me hablaste de que tu médico de cabecera no estaba muy de acuerdo en que siguieras este tratamiento, ¿lo has vuelto a ver?

Paciente (mujer): Sí claro porque es el que me ha tenido que hacer las recetas para los medicamentos para la Seguridad Social...y no me ha comentado nada. Yo le entregué lo papeles y él no me ha comentado nada más ni yo tampoco. Simplemente ha hecho su trabajo y ya no me ha comentado ni cómo va, ni...nada. Simplemente...pues bueno, me ha hecho las recetas. Bueno veo yo que no es de su agrado...pero bueno.

Antropóloga: ¿A parte del tratamiento de FIV sigues algún otro tratamiento para estar más tranquila...?

Paciente (mujer): Lo que pasa es que yo estoy en tratamiento de depresión. Ahora ya estoy bajando un poco la dosis. Y bueno no he visto más al doctor pero yo me encuentro bien.

Antropóloga: Te encuentras bien... No te ha hecho falta ver al doctor. Ahora en el momento en el que estás no te hace falta; parece que todo lo contrario que...

Paciente (mujer): Sí me ayuda. Es algo por lo que estoy luchando y por lo que estoy trabajando y no sé...

Antropóloga: o sea que lo vives de esta manera: hay un problema, o hay una cosa que quiero y estoy haciendo todo lo posible...

Paciente (mujer): Sí y esto me hace sentir mejor. Es lo que te decía tengo esta ilusión pero tengo un poquito de temor porque pienso: hasta ahora todo sale bien pero puede fallar algo. A ver...

Bióloga: Bueno de momento intentarlo... porque es lo que podéis hacer.

Paciente (mujer): Sí... sí

Antropóloga: No sé si tienes algo más que comentar con relación a la experiencia del tratamiento

Mujer: Bueno... aquí nos han informado de que hacen como unos cursos que hay unos psicólogos...

Bióloga: la reunión de los miércoles...

Paciente (mujer): Entonces claro, yo al venir de fuera pues claro me va mal. Entonces mi marido hoy, y estos días no puede acompañarme porque está trabajando, y busco a alguien que no haya de perder su trabajo... Entonces yo le comenté a mi marido de asistir a alguna reunión y él en principio me dijo: *bueno y ¿para qué? Si estamos convencidos de lo que estamos haciendo, si estamos bien...* No sé...me sorprendió en el sentido...pues para mi es para ver, por ejemplo, las experiencias de otras parejas o ver...no sé informarte un poco más de cómo va todo. Pero claro pensé que él también tenía razón. *¿Para qué?* dijo, *si nosotros estamos bien.* En el sentido que estamos tan conformados y tenemos... no sé que lo aceptamos tan bien todo...

Bióloga: Que tenéis confianza, que no necesitáis conocer más...

Paciente (mujer): No porque tal como va todo...y bueno...sobre todo como va sobre la marcha...

Antropóloga: es decir que a cada paso te van diciendo lo que tienes que hacer; es decir que prefieres saber las cosas cuando van apareciendo, no necesitas explicaciones sobre todo el tratamiento desde el principio.

Paciente (mujer): Sí, en cada visita te dicen, las cosas van así, así y en la próxima visita será esto... Pues muy bien. Quiero decir...

Bióloga: Ya tienes suficientes explicaciones, no necesitas más...

Paciente (mujer): Sí muy bien...

Antropóloga: Y toda la información impresa que os dieron en la primera visita antes de decidir si hacer el tratamiento o no... os la habéis ido leyendo o no...

Paciente (mujer): Bueno sí, después de la primera visita te gusta ver cómo va un poco todo...pero después todo lo demás...bueno muy bien... Encuentro que lo hemos aceptado muy bien y creo que si falla, claro que te disgustaría mucho y esto pero creo que lo volvería a intentar. No perder la esperanza... Y más viendo que desde el primer día que entré aquí que salí muy contenta...Y quiero decir hasta ahora me ha ido muy bien. Los doctores que he tenido; porque claro cada vez ha sido con un doctor diferente y bien... estoy muy contenta...

Antropóloga: Tienes como confianza...

Paciente (mujer): Sí tengo una confianza...

Bióloga: Tienes confianza en los médicos...

Paciente (mujer): Sí claro... que es lo que dijo él (el marido): *¿Por qué tenemos que asistir a las reuniones estas? Si en un principio, dice, psicológicamente estamos bien.* Nosotros lo hemos aceptado muy bien. Claro que tienes la ayuda de todo el entorno, de la gente y claro y confías en lo que te están haciendo...porque yo tengo toda la confianza. Quiero decir...lo hemos aceptado muy bien...

Antropóloga: Y a parte del personal médico de la clínica, estáis consultando con alguien más, un conocido médico o enfermera con el que podáis comentar los resultados...

Paciente (mujer): No...

Antropóloga: No...

Paciente (mujer): No, toda la información es de aquí...

Bióloga: Ni ninguna pareja que haya hecho un tratamiento...

Paciente (mujer): No...

Bióloga: Lo queréis vivir como una experiencia nueva...

Paciente (mujer): Nueva sí... Al revés, ha venido una pareja a preguntarme a mi todo lo que me estaba haciendo porque también... No, yo hablar con alguien que haya pasado esto... no.

Antropóloga: Por ahora prefieres vivir tú sola la experiencia.

Paciente (mujer): Sí, hubiera podido ir a preguntar a una pareja...pero no...pienso *¿para qué?* Pienso que cuando vengo aquí estoy muy contenta de todo como va y bueno... cada día vas haciendo lo que te dicen y cuando ves que todo sale bien... pues te quedas muy tranquila. Si en un principio hubiera habido algún problema quizás sí pero por el momento..."

En esta entrevista, como en otras, las parejas insisten en la infertilidad y en su tratamiento como una experiencia que tiene sus momentos y que es la experiencia misma la que marca estos momentos. Si hubiera habido algún problema, se plantea en el extracto de la entrevista que acabamos de reproducir, la experiencia hubiera sido distinta.

En los momentos finales de la primera entrevista con las parejas se les hacía una pregunta general: ¿qué aconsejan a las parejas que están en este momento iniciando los tratamientos para ser padres? Que sean pacientes, ha sido casi invariablemente la respuesta. Se trata de un proceso muy largo para la mayoría de parejas en el que hay que ir tomando decisiones.

En las conversaciones con las parejas la infertilidad es experimentada como un problema que marca la vida de la persona. La infertilidad, y en ello coinciden la mayor parte de nuestras interlocutoras e interlocutores, se convierte en una forma de vida. El cuerpo deviene el centro de la experiencia. Al menos, durante un período de la vida, desde el descubrimiento de la infertilidad, pasando por el proceso de los distintos tratamientos de infertilidad, hasta tener ese hijo tan buscado, hasta decidir vivir sin hijos o seguir los trámites para la adopción, la infertilidad se convierte en uno de los referentes de la identidad individual y social de las mujeres y los hombres que se encuentran en esta situación.

Por un lado, la infertilidad, nos explicaban nuestras interlocutoras y nuestros interlocutores, determina la idea que se tiene sobre uno mismo. “En mi trabajo todas las mujeres han empezado a tener hijos. A veces las miro y pienso: ellas son fértiles y yo soy infértil y me siento mal”. Y es a partir de esta experiencia individual de la infertilidad que se organiza toda la vida social. Las relaciones con la familia, las amistades cambian en este proceso tan “duro” de la vida.

La dureza que todas las parejas atribuían al tratamiento, era una dureza física (el fuerte tratamiento hormonal, con las inyecciones, los análisis, las ecografías, la anestesia para la punción folicular), un «palo» económico, pero sobre todo, lo peor era la angustia. Los sentimientos de decepción y a veces de culpa después de un tratamiento «fracasado». El sentimiento ambiguo de ilusión/desilusión con el que empezaban este tratamiento de fecundación *in vitro*. Esto era lo más duro. Podía ir bien, pero también podía ir mal, se decían. Los porcentajes de las estadísticas, que la clínica da a los pacientes junto con otra documentación informativa sobre el tratamiento y sobre las técnicas, dan unos índices de éxito entre el 25 y el 30 por ciento. Este porcentaje puede ser alto, hasta un éxito desde el punto de vista clínico, pero es muy poco para quien desea tanto, y lleva tanto tiempo buscando un hijo o una hija. “Un niño o una niña, da lo mismo”. A estas alturas lo único importante es que venga. Y las parejas insisten, “nadie puede saber lo que es no poder tener un hijo hasta que no pasa por esto”. Y se preguntan muchas veces por qué les está pasando esto a ellos. Además, no se olvidan de decir, alguna gente es muy poco delicada. Sobre todo en los pueblos o ciudades pequeñas, donde todo el mundo se conoce. Hablan mucho. Hacen muchas preguntas: “¿y los hijos, cuando vienen?”, “¿Qué pasa, que no servís?” “y esto es lo peor”. Y la gente que tienen cerca, la familia más cercana, padres o suegros, les intentan convencer de que “si no viene, no vienen” y no deben preocuparse. Es que no los entienden.

Por otro lado, en el cuerpo se recrean toda una serie de valores sociales. La maternidad y la paternidad se presentan en las conversaciones con las mujeres y los hombres como un momento importante del ciclo de vida, como una etapa natural, de su

feminidad y de su masculinidad. De ahí las quejas que manifiestan las parejas de la poca atención que la sanidad pública presta a los problemas de infertilidad. Mucha gente no los entiende, no pueden ponerse en su lugar, y la administración los desatiende. Han tenido que optar por una clínica privada, por un tratamiento caro para sus posibilidades -¡Suerte que al menos las inyecciones para la estimulación hormonal, previa a la extracción de los ovocitos, las cubre la Seguridad Social!- Y es que la Sanidad Pública les propone, en el mejor de los casos, para una fecundación *in vitro*, una espera de varios años. Y no sólo esto, sobre todo las mujeres que trabajan en el sector de la empresa privada, temen por la continuidad de sus contratos cuando para cualquier prueba del tratamiento tiene que esperar horas en la sala de espera del hospital público y faltar un día al trabajo. Al menos, en la privada pueden escoger las horas y sólo tendrán que pedir una baja por tres o cuatro días durante el ciclo. Esto les evitará tener que explicar que están siguiendo el tratamiento, "si ponen mala cara cuando se enteran de que alguna esté embarazada, ¿cómo les vas a decir que vas a faltar porque estás haciendo un tratamiento para quedar embarazada". No es justo, se exclaman, que haya tan pocas facilidades para tener hijos. No se entiende, han argumentado varias personas durante distintos encuentros, "si dicen que la población en Cataluña no crece".

En algunos casos entramos en la discusión de por qué la infertilidad no se considera políticamente como un problema social. Todos estos elementos permiten pensar la infertilidad no sólo como una cuestión individual sino también como una cuestión social. Permiten también ir planteando que sus implicaciones sociales vienen determinadas por las representaciones sociales del individuo, de la feminidad y de la masculinidad y de la familia en el contexto catalán actual.

AFRONTAR LA INFERTILIDAD

Desde el punto de vista médico existen diferencias entre los términos de esterilidad e infertilidad. Se habla de esterilidad cuando una pareja lleva más de dos años de relaciones sexuales sin ningún tipo de medidas contraceptivas y no ha conseguido ninguna gestación. En cambio, se utiliza el término infertilidad en aquellos casos en los que sí se han producido gestaciones pero se han perdido en los primeros meses. De todas formas, ambos conceptos vienen a expresar la misma situación, esto es, no conseguir tener un hijo por parte de una pareja que ha mantenido relaciones sexuales durante un período de un año y medio o dos años.

Los estudios científicos nos muestran continuamente nuevas variaciones en técnicas “terapéuticas” y de diagnóstico de la infertilidad. Como consecuencia de esos cambios la definición de la esterilidad y de la infertilidad ha variado en gran medida en los últimos 30 años. Por parte de las sociedades médicas oficiales se considera que el 90% de los casos de infertilidad son identificables y que el 50% de estos son susceptibles de ser tratados con éxito. Por esta razón, hoy en día en una consulta sobre infertilidad en pocas ocasiones el profesional dice de manera taxativa que no se pueda conseguir poder tener descendencia. Este hecho provoca que la mayoría de usuarios de técnicas de reproducción asistida no contemplen la opción de ponerse un límite en el tiempo. Mientras no exista la palabra imposible ¿por qué no seguir?.

Sabemos que la infertilidad no se considera desde el punto de vista de la medicina como una enfermedad pero está claro que podemos considerarla como un problema para las personas que la sufren. En la mayor parte de ocasiones cuando una persona acude a la consulta de un profesional porque sospecha que puede tener un problema de infertilidad, es probable que inicie un largo camino en el que el tiempo, el esfuerzo, la estabilidad psicológica y emocional, e incluso su relación como pareja, se vean alterados.

La cuestión es si la existencia de un límite impuesto por los propios pacientes se determina por elección o por necesidad:

Miércoles

Paciente (mujer en tratamiento farmacológico de preparación para una inseminación artificial, entra en la consulta después de haberse hecho una ecografía): “(...) mire (...), estoy nerviosa, irascible e incluso a veces agresiva, ¿esto puede ser a causa de la medicación que estoy tomando?”

Médico: “es posible pero no se preocupe”, “bueno, se ha de poner tres días más las inyecciones y le programo una IAC para el viernes”.

Viernes

La paciente entra en la consulta del médico (no es la misma persona que la atendió el miércoles) lleva el resultado de una ecografía que le acaban de hacer.

Médico: “bien, ...los folículos todavía no están a punto. Tiene que continuar tomando la medicación y el lunes tendrá que volver a hacerse otra ecografía”.

Paciente: “¿Son buenos los resultados con inseminaciones?”

Médico: “Tenemos cuatro posibilidades –aquí hacemos hasta cuatro inseminaciones-. El resultado de IAC mejora, es decir, se ha visto que hasta cuatro el porcentaje de éxito se suma. Y si no va bien, siempre podemos intentar hacer una FIV”.

Lunes

Según la ecografía los folículos estaban a punto. Se le hizo una IAC.

Resultado:

Negativo.

Una persona infértil que quiere tener un hijo pasará por diversas pruebas diagnósticas, controles ginecológicos, tratamientos hormonales, etc. Y quizás después de ello utilice una técnica de reproducción asistida, como son la IAC (inseminación artificial del cónyuge), IAD (inseminación artificial con donante) o la FIV-TE (Fecundación *in vitro* con transferencia embrionaria) –junto a múltiples técnicas asociadas-. En el caso que hemos presentado más arriba, en una primera fase, se prescribe un tratamiento para preparar al paciente para una inseminación como si fuera la única solución, pero en el momento en

que el resultado puede ser negativo, el profesional sanitario le ofrece más soluciones. Ya no se enfrenta a un posible resultado negativo, sino que debe volver a pensar en el hecho que no sabía que “el resultado del IAC mejora con un número no máximo a cuatro, entonces, ¿hay que parar?. Por si esta información no fuera suficiente para continuar, obtiene otra “existe la técnica de FIV” que aunque, inicialmente, la veía como algo lejano, ahora se convierte casi en una posible meta. “Resulta muy difícil parar cuando ves que puede existir otra posibilidad”, este tipo de frases son las habituales entre mujeres y, también, hombres que acuden a una unidad de reproducción asistida.

A parte de esos casos en los que existe una patología clara, en muchos otros el paciente no muestra ningún tipo de trastorno sino que en apariencia goza de “buena salud”. Es, entonces, cuando se nos presenta de forma más clara la formación de un nuevo problema: el primero fue la infertilidad, el segundo y más importante a nuestro entender es la necesidad de tener un hijo. Una necesidad que confrontada con la infertilidad produce la aflicción de los pacientes de las unidades de reproducción asistida.

AFLICCIÓN E INFERTILIDAD

Como se ha observado a menudo desde la antropología médica (cf. Kleinman 1980), en la relación médico-paciente en tanto que relación terapéutica el universo multisignificativo de la aflicción pasa siempre por un proceso de homogeneización semántica y funcional. En biomedicina, la experiencia sobredeterminada social y culturalmente de la aflicción se transforma semánticamente, se reduce y se reconceptualiza en términos de una disfunción biológica. Pero cuando de lo que se trata es de resolver un problema de infertilidad, a parte de que, como hemos indicado más arriba, la infertilidad como patología nunca será “curada” como tal, la sobredeterminación social y cultural de la aflicción es quizá aún mucho más marcada. Podemos discutir si en la etiología de las aflicciones que normalmente tratan los médicos en las sociedades occidentales predomina el componente “objetivo” que proporciona una disfunción biológica en el cuerpo del paciente, o el componente “subjetivo” de la experiencia del paciente culturalmente construida: la dualidad *illness/disease* de la que nos habla Kleinman. En el caso de los tratamientos de infertilidad, la aflicción que hay que resolver es el deseo de tener un hijo biológico, el deseo de crear un vínculo de consanguinidad. Independientemente de la importancia que podamos conceder a los instintos de paternidad o de maternidad, no hay duda de que se trata de una aflicción en cuya constitución predominan claramente los componentes sociales y culturales. Por eso el proceso de biologización de la procreación que implican los tratamientos de infertilidad, en la medida en que se parte de una aflicción con un fundamento biológico mucho más confuso, cuando no inexistente, es mucho más marcado.

Tener un hijo se convierte, por tanto, en un acto más biológico que social. Pero aquí nos aparece una primera paradoja: debido a la intensa medicalización y tecnologización que comporta el tratamiento de infertilidad, el proceso de procreación biológica se percibe al mismo tiempo como profundamente antinatural. Así describía su experiencia una de nuestras informantes:

“No sé si a totes les dones els hi incideix igual, no sé pels estudis que tu estàs fent, però clar, l'hormonar-te, el prendre't una sèrie de coses que van contra... clar, la teva pròpia naturalesa, perquè si tu tens que ovular i aquesta ovulació... Soposo que t'estàs posant coses al cos que no són naturals, no? Llavors pues clar, té una resposta el cos...”

Una mujer que sufría obstrucción de las trompas de falopio nos hizo el siguiente comentario:

“Una cosa que la tengo muy clara, que es como lo más importante, por mucho que descubra la Ciencia... que no discuto yo, no lo discuto, yo me alegro de todos los avances de la Ciencia y todo... Pero también una cosa muy importante es la naturaleza, que ojalá, ojalá sustituyera mis trompas de falopio, que no estuvieran obstruidas, y por mi naturaleza y la de mi esposo, pues un día amaneciera y dijera: ‘Me encuentro mal y es porque estoy embarazada’... Todo lo que sea para un bien es un avance en la Ciencia, pero... que bonito que sea por tu naturaleza, ¿no?”

¿Por qué los tratamientos de reproducción asistida se perciben como un proceso antinatural? Por dos razones. Primero, porque se percibe como una intervención humana (artificial) dentro de lo que normalmente se desarrolla sin esa intervención. La mayoría de las sociedades humanas (Ford, 1988) entienden que la causa última de la procreación está más allá de la intervención humana (Dios, la naturaleza, etc. son los últimos responsables). Consecuentemente, cuando la intervención humana va más allá de ciertos límites el resultado es “antinatural”. Para nuestra sociedad laica es la naturaleza, lo biológico, quien decide en última instancia sobre la procreación. Fecundación, embarazo y parto se entienden como las fases constituyentes del proceso biológico de reproducción humana, cualquier intervención médica que vaya más allá de lo socialmente aceptado como el “desarrollo de un proceso natural” se percibe como antinatural. En segundo lugar, “lo natural” no hace referencia a un fenómeno exclusivamente biológico, natural es simplemente aquello que acostumbra a suceder, en este sentido, sinónimo de “tradicional”, “normal”, etc. La medicalización de la procreación que

implican las técnicas de reproducción asistida es antinatural por ser contraria a lo normal, aunque no necesariamente biológico. Es decir, las técnicas de reproducción asistida son contrarias al proceso “normal” de la fecundación y embarazo. Ciertamente que un médico o un biólogo puede decir que todo lo que hacen es natural. Efectivamente, es natural en el primer sentido pero no en el segundo. Es natural porque se da un “empujoncito” a la naturaleza, pero no es natural porque altera el proceso “normal”, desde el punto de vista de las pacientes de las técnicas de reproducción asistida, de la fecundación y el embarazo.

RELACIONES MÉDICO Y PACIENTE

A partir del análisis de nuestros cuadernos de campo, fijamos una serie de cuestiones o temas que consideramos relevantes en el proceso de formación de la relación entre el profesional y el paciente. En este análisis también se han tenido en cuenta las conversaciones que se mantuvieron con médicos y resto de personal sanitario.

La elección de un profesional

En los casos en que no existe una situación clínica de carácter urgente, la relación médico-paciente se inicia en el momento en que el paciente escoge el profesional que desea. Si es posible realizar dicha elección la futura relación entre el médico y su paciente se verá beneficiada. Pero tal y como está estructurada y financiada la sanidad española, la elección o mejor dicho la posibilidad de elegir no existe en muchas ocasiones. En el caso de la medicina reproductiva el derecho del paciente a escoger o cambiar de médico en la sanidad pública es limitado por el bajo número de centros y profesionales que la practican. Por ejemplo, en el hospital público donde se ha realizado una parte del trabajo de campo se ha constatado la imposibilidad de elección por parte de muchos pacientes. Las personas que van a este hospital suelen ser residentes de barrios próximos a él, pero, también, suelen acudir personas que viven en poblaciones limítrofes a la ciudad y en cuyos centros de atención no disponen de especialistas ni medios adecuados para realizar diagnósticos de esterilidad y técnicas de reproducción asistida. El primer nivel de elección que es el del centro no es posible. A continuación, el paciente se dirige a un centro en el que será visitado por el médico que se le asigne, cada vez que vaya a una consulta, por lo cual establecer una relación de confianza resultará difícil.

El ámbito de la biomedicina

En el ámbito de la medicina reproductiva se han producido grandes cambios desde la aparición de las técnicas de reproducción, además, como en todo avance científico continuamente se incrementa el conocimiento biomédico. Como consecuencia, aquello que era válido para unos pocos pacientes se convierte en una posible solución para otros. Así, la fecundación *in vitro*, técnica que se aplicaba inicialmente para aquellas mujeres que tenían obstruidas las trompas de falopio, actualmente es utilizada en otras muchas indicaciones.

Al problema de la indefinición de la infertilidad como enfermedad se añade la dificultad de conceptualizarla en el tiempo, es decir, los parámetros que utiliza el experto para delimitarla han ido variando en los últimos años. En algunas ocasiones, médicos que ponen en tratamiento a pacientes durante años, sin obtener resultados, dicen a esos mismos pacientes que en unos pocos años su caso podría ser resuelto porque investigaciones recientes comienzan a dar nuevas soluciones. Por tanto, debido a las características que tiene el avance de este tipo de conocimiento, el papel del médico y, con ello, su responsabilidad en la toma de decisiones de los pacientes cambia continuamente.

Relación asimétrica

Un centro hospitalario es un pequeño universo en donde confluyen e interaccionan dos modelos de funcionamiento, el de los profesionales y el de los pacientes (cfr. Kleimann, 1990). Son dos modelos en los que la relación de poder juega un importante papel cuando entran en contacto.

La relación que se forma entre profesionales y pacientes es asimétrica tanto desde el punto de vista del conocimiento sobre biomedicina y utilización de la técnica como de los protocolos de acceso a este tipo de tratamientos. El médico no sólo es el experto al cual se le consulta, sino que en sus manos está la posibilidad que una persona que entra en su consulta llegue a pasar por un tratamiento determinado o no.

La mayoría de pacientes desconocen el fenómeno de la infertilidad, no han tenido información sobre sus posibles causas ni sobre los tratamientos actuales. Pero no sólo esto es así, sino que también, el desconocimiento se extiende hasta cuestiones básicas relacionadas con el propio cuerpo. A menudo, en consultas de ginecología se puede observar como mujeres y hombres adultos no tienen información elemental sobre ciertos elementos, procesos o, incluso, partes de su organismo que son importantes en el proceso de reproducción: “Casi todas las señoras que pasan por aquí saben cuantos días dura su ciclo e, incluso, saben más o menos cuando ovulan, pero otras cosas que también son importantes no las conocen, por ejemplo: no saben que sólo unos pocos días al mes son fértiles. Por esta razón, no es de extrañar que algunas parejas que vienen y utilizan técnicas como la inseminación o la FIV, en realidad no les quede nada claro” (nos decía un sanitario).

El médico ginecólogo especialista en reproducción asistida, se podría decir que es el especialista del especialista, por tanto, el conocimiento que debe transmitir al paciente es muy específico, pero si lo que se pretende es establecer una relación comunicativa efectiva con el paciente tendrá que dar una explicación a un nivel mucho más elemental del que inicialmente, se pudiera haber planteado; añadiendo, pequeñas dosis de información de manera gradual; introduciendo nuevos elementos en cada consulta; utilizando, también, información impresa en la que la simplicidad del texto y las imágenes pueda contribuir a su comprensión. De esta forma, la relación médico-paciente se puede intentar equilibrar.

De todas maneras, hay otro elemento que caracteriza la relación médico-paciente como asimétrica, y éste es el poder que detenta la figura médica frente al paciente. El experto no sólo “sabe más que nosotros” (paciente en consulta), sino que “seguramente si quiere puede hacer variar el funcionamiento de la unidad de reproducción” (paciente en consulta), o incluso “puede hacer que me vuelvan a hacer una FIV” (paciente en consulta). El médico se percibe no sólo como el experto que puede ayudar o solucionar el problema “médico”, sino que, potencialmente, se cree que puede solucionar otras cuestiones de tipo administrativo, legal o de gestión hospitalaria. Es decir, es el

propio paciente quien atribuye al médico otras funciones en la relación que se establece. Con ello, no se quiere decir que en las manos de los pacientes está convertir la relación con su médico en igualitaria, puesto que en el otro extremo de la relación el médico tiene la otra parte de responsabilidad.

El profesional desempeña un tipo de actividad en la que la combinación de la práctica diaria en consulta y hospital, y el aprendizaje constante a través de la bibliografía científica se hace necesario. Su sentido de la responsabilidad añadido al que le otorga el resto de la población, puesto que es considerado como la única persona que puede ayudar a un paciente, provoca que los profesionales ostenten un poder sobre las personas que acuden a su consulta que, en ciertas ocasiones, sobrepasa al propio médico. De todos modos, el modelo de relación que se establece desde el ámbito profesional con respecto a los pacientes se detenta desde la posición de poder, poder de conocimiento, de autoridad y de control; poder que no siempre ha de tener una connotación negativa pero que al existir pudiera permitir que se produjese una excesiva asimetría en las relaciones.

La relación médico-paciente no es única

La relación entre médico y paciente no es única, aunque se aplique un mismo protocolo para todos los pacientes, puesto que la percepción, la actitud y la situación de cada paciente son diferentes. Por ello, el médico ha de establecer tantas relaciones diferentes como pacientes trata. En el caso de un centro público la situación se extrema aún más, ya que cada paciente puede ser visitado por un médico diferente en cada ocasión que es citado. No sólo hay que tener en cuenta que los pacientes pueden rotar entre el equipo médico, sino que, también, en el caso de una unidad de medicina reproductiva el equipo de profesionales puede variar sobremanera su composición. En el caso de un hospital universitario el equipo está integrado por profesionales de plantilla, pero también becarios y estudiantes suelen trabajar en las diferentes unidades, unos pocos meses, a parte de los residentes que están realizando su especialización. Con lo que los únicos profesionales a los que los pacientes pueden tomar como

referencia fija, ya que son de plantilla, nunca pueden atenderlos de manera sucesiva pues la demanda es muy superior a la que podrían llegar a visitar.

Desde el punto de vista de los profesionales se suele tener ideas similares, son conscientes que debido al lugar donde trabajan, se incrementa el grado de dificultad a la hora de relacionarse con los pacientes: “El hecho que un mismo paciente pase por tantas manos diferentes provoca un gran desbarajuste, el expediente está hecho por varios médicos con letras diferentes e incluso con criterios diferentes. ¿Cómo se puede establecer una relación medico-paciente fluida o mínimamente coherente?” (profesional sanitario).

Fases en la relación

Durante la relación profesional-paciente, que se establece en el caso de los tratamientos de fertilidad –que suelen ser de larga duración– se genera o desarrolla un proceso de negociación entre ambos. Se podría decir que dicho proceso pasa por varias fases en las que inicialmente se caracteriza por una importante “creencia” en el criterio médico y una gran esperanza en el tratamiento que se les propone. A continuación, y a la vista de resultados preliminares que no suelen ser muy exitosos, el paciente comienza a experimentar un cierto sentimiento de ambivalencia, ya que aparece una cierta incertidumbre hacia la valía o capacidad de su médico “quizás no lo ha visto todo” (paciente en consulta), “puede que no lo tenga todo anotado en mi historial clínico” (paciente en consulta), “y si intentamos otro tratamiento” (paciente en consulta), etc. En una última fase, la persona parece volver a actuar en función de su propio criterio. Es decir, se muestra decidida a realizar una serie de pasos e incluso, en la mayoría de ocasiones, determina la causa o consecuencias de ciertos tratamientos, o bien propone e incluso exige que se le apliquen determinado tipo de tratamientos o técnicas: “no quiero que me vuelvan a hacer una ‘hístico’ porque lo pasé muy mal y, además ya está claro lo que salió”, “y por qué no me hacen inseminaciones”, “prefiero buscar a un practicante para que me ponga las inyecciones, porque la otra vez no funcionó porque me las puse muy superficialmente” (citas de pacientes).

Las palabras: Utilización del lenguaje científico

Ya se ha hablado de la importancia de la relación entre el médico y los pacientes en un tratamiento de infertilidad y, especialmente, de su papel fundamental en el momento de tomar decisiones. Pero hay otro aspecto en el que la figura del experto tiene un valor añadido y éste es el de la transmisión de conocimiento a través de un lenguaje determinado. A lo largo del proceso se recibe cierta información que no siempre se puede asumir o que no siempre se comprende en su totalidad o, por el contrario, se produce un vacío de información.

Al mismo tiempo, no sólo se transmite información, sino que se desarrolla un diálogo entre médico y paciente en el que los profesionales usan términos técnicos, descripciones científicas y acostumbran a tener en cuenta solo aquellos aspectos que están relacionados con la dimensión biológica del individuo. En cambio, las personas que acuden a una consulta suelen tener un discurso poco técnico, con descripciones subjetivas y llenas de elementos con mayor contenido social y simbólico que no biológico.

Durante el proceso comunicativo entre médico y paciente se produce, habitualmente, desfases de comunicación, interrupciones del mensaje y errores de traducción. Todas las palabras que se dicen o bien todo tipo de información que se intenta transmitir tiene un fondo o una contextualización social y cultural, pero estos elementos subyacentes no siempre son comprendidos por el interlocutor o, incluso ni son perceptibles por él, puesto que utiliza categorías culturales y sociales diferentes.

De todos es bien conocido, la importancia de los síntomas de un paciente en el campo de la medicina. El síntoma es provocado por una enfermedad determinada con lo que el médico es capaz de establecer hipótesis de trabajo para diagnosticar la causa de un determinado fenómeno. Sin embargo, el síntoma tiene otras significaciones puesto que al ser percibido por el paciente, se llena de subjetivismo. A modo de paralelismo, y tal como nos enseña la antropología de la medicina, en el análisis de la comunicación entorno al síntoma los antropólogos buscan su significación social y cultural y, los profesionales de la medicina intentan encontrar su

dimensión biológica. En el caso de la infertilidad, su definición poco definida, sus límites poco delimitados y sus pacientes tan poco “enfermos”, construyen un modelo muy indicado en el que parecería que fuera necesario que médicos y pacientes actuaran como antropólogos.

INFORMAR Y ESTAR INFORMADO

Para analizar la idea de información que utilizan las personas que siguen un tratamiento de infertilidad, hemos decidido hacer una descripción etnográfica de la forma como la clínica privada, en la que hemos realizado una parte del trabajo de campo, organiza sus sesiones informativas. Lo hemos hecho así porque la información sobre las técnicas aparece en la clínica privada más estructurada y organizada que en el hospital público. Aunque, en líneas generales, cabe destacar que en el hospital la información se da individualmente y de forma gradual; se aprende informalmente a través de la experiencia, contrastando con otros pacientes y utilizando diferentes fuentes de información.

La clínica privada en la que se ha realizado una parte de la investigación organiza, un día a la semana, una reunión informativa. Asisten normalmente a esta reunión las parejas o alguno de los miembros de las parejas, en general las mujeres, que están, en esos momentos, iniciando un ciclo de FIV. Se trata de una *reunión informativa* a varios niveles. En realidad es interesante subrayar que el término *información*, lo que significa *informar* y *estar informado* en el contexto de un tratamiento de FIV, adquiere distintas significaciones. Esta variedad de significaciones del término *informar* está relacionada con el hecho de que *informar*, en el contexto en el que estamos investigando, significa para unos y para otros, narrar la propia experiencia con relación al tratamiento como médicos o biólogas, como psicólogas o como pacientes.

En el curso de estas reuniones es posible observar la interacción de distintas “versiones” sobre el tratamiento. Así se expresaba un día la bióloga cuando después de responder a las preguntas de los asistentes, presentaba a la psicóloga. “La Dra. (...) es psicóloga y os va a dar otra versión del tratamiento...”. Se trata de un comentario interesante desde el punto de vista antropológico. ¿Cuáles son estas “versiones”? ¿Qué caracteriza cada una de estas «versiones»?

En realidad, cada una implica una forma particular de hablar de la experiencia y crea, en el curso de la reunión, sus *meta*-lenguajes específicos. En otras palabras, los lenguajes especializados, biológico y psicológico, y el lenguaje de los pacientes, se interpenetran y se transforman para crear un sistema comunicativo específico a la interacción comunicativa de la reunión.

En la primera parte de la reunión, a través de un vídeo producido por la misma clínica se informa a las parejas, explica la bióloga antes de pasar al visionado de la cinta "...sobre la parte de laboratorio y de quirófano que quizás es la más desconocida para vosotras". "Se trata –insiste la bióloga– de que veáis cómo se desarrolla el proceso...".

Cuando empezamos a asistir a las reuniones informativas, al principio del trabajo de campo, el vídeo recogía únicamente algunas imágenes del instrumental de quirófano, de las técnicas de laboratorio y del desarrollo embrionario. "Este vídeo ya es antiguo. Podremos aprovechar las imágenes; pero esta vez estamos haciendo un vídeo con actores. La gente pide mucha información, dicen que no tienen suficiente...", comentaba una de las biólogas. ¿Cómo fue interpretada y solventada esta demanda insistente de información?

El nuevo vídeo lleva por título *Fecundación in vitro* (2000). La información contenida en el vídeo se organiza entorno a trece temáticas. Las secuencias de imágenes correspondientes a cada temática son introducidas por títulos descriptivos. Una parte importante de estos títulos reproduce la temporalidad del ciclo de FIV desde el punto de vista del tratamiento que se administra a la paciente y de las técnicas de laboratorio. Las imágenes y la voz en *off* ponen en relación la temporalización médica y biológica de un ciclo de FIV con el protocolo que deben seguir los pacientes que acuden a la clínica para seguir el tratamiento. Cada centro, clínica u hospital, aunque las técnicas son las mismas, tiene su propia forma de organizar el ciclo y las relaciones de los pacientes con la clínica. Cada centro hospitalario es un universo social en si mismo. Esta es una idea que se plantea casi sin excepción en los estudios

de antropología de la medicina. Distintos miembros del servicio de reproducción de la clínica con los que hemos podido dialogar coinciden en esta constatación. Así la temporalización de las distintas actividades de los pacientes en el centro es un tema central en el vídeo. Forma parte, desde el punto de vista de los biólogos y los médicos del servicio de medicina de la reproducción, de la *información* que deben conocer las parejas. Los títulos descriptivos contienen, además, el vocabulario biológico y médico para hablar de un ciclo de FIV (marcado en *itálica* en la transcripción y en la explicación de estos títulos que se presentan a continuación). Este vocabulario técnico, utilizado y compartido en este contexto comunicativo, se transforma en un *meta-lenguaje*:

1. El *tratamiento hormonal* para la *fecundación in vitro*: un tratamiento que se administra a la mujer, un tratamiento individualizado, comenta una voz en off, y que tiene como objeto inducir la estimulación hormonal para que se produzca el *número adecuado de ovocitos* para el ciclo de FIV.
2. La *monitorización: controles ecográficos* para visionar el número de *foliculos* o formaciones *quisticas intraováricas* que contienen en su interior los ovocitos. También *análisis de sangre* para determinar los índices de una hormona, el *estradiol*, que indican si se están produciendo o no ovocitos. Se trata – explica la voz en off – de conocer la respuesta de la paciente al tratamiento hormonal y determinar el paso a la siguiente fase del ciclo.
3. La *punción vaginal ecográfica de los foliculos* para la *obtención de ovocitos*: se realiza en el quirófano previa administración a la paciente de una sedación.
4. El laboratorio de FIV: *identificación y cultivo de los ovocitos*: se utilizarán para la inseminación aquellos *ovocitos* que hayan alcanzado el *grado de madurez* necesario.
5. La preparación de la *muestra de semen*: que debe obtenerse el mismo día de la *punción folicular*.
6. La *inseminación de los ovocitos*: se realiza el mismo día de la *punción folicular* de forma convencional o por *inyección microcitoplasmática*.
7. La *fecundación*: al día siguiente de la *inseminación de los ovocitos* se puede saber si ha habido *fecundación* o no.

8. El *desarrollo embrionario*: las diferentes fases de la división embrionaria desde el estadio de dos células, que indica que se ha producido fecundación, hasta el estadio de cuatro a ocho células, entre las 48 horas y 5 días después de la fecundación cuando pueden transferirse los embriones.
9. La *transferencia embrionaria*: la conclusión del ciclo de FIV. En este punto, a partir de unas tablas que aparecen en pantalla, se hace referencia a las tasas de embarazo por punción según la edad de la paciente.

En las imágenes aparece una pareja que está siguiendo un ciclo de FIV en distintos momentos: en la consulta de médicos y biólogos del equipo del Servicio la Medicina de la Reproducción, en la enfermería, entrando y saliendo de la clínica, en la habitación de la clínica o en el quirófano. Al mismo tiempo, y pautando la temporalización del ciclo de la pareja, se observa a las biólogas en el laboratorio en plena ejecución de las técnicas y a biólogas y ginecólogas en el quirófano tanto en el momento de la *punción folicular* como de la *transferencia embrionaria*. Las imágenes de las técnicas que se practican en el laboratorio se completan con imágenes aumentadas de lo que puede observarse en el estereomicroscopio y en el *ecógrafo vaginal*: el desarrollo de los *fóliculos* que se *puncionan* para obtener los *ovocitos*, la *calidad de la muestra de semen*, la *inseminación convencional o asistida* (*inyección microcitoplasmática* o *microinyección espermática*), la *fecundación* y el *desarrollo embrionario*.

En el vídeo se recogen también otras técnicas que puede ser necesario aplicar en algunos casos al *ciclo normal de FIV*.

10. La obtención de espermatozoides del testículo o la *punción testicular* cuando no se consiguen espermatozoides en el eyaculado o no se consiguen con la calidad deseada.
11. La *eclosión embrionaria asistida* o *assisted hatching* o la liberación del embrión, cuando llega al *estado de blastocisto*, de la *membrana pelúcida*, en casos de *problemas repetidos de implantación*.
12. El *diagnóstico genético preimplantacional* o una alternativa al diagnóstico prenatal y que consiste en la extracción por

aspiración para análisis genético de una de las células del embrión.

El último tema, el que de nuevo interesa a una parte importante de las parejas que asisten a la reunión es la congelación de los embriones no transferidos:

13. *Congelación y descongelación de embriones* así como los aspectos legales relacionados con la *crioconservación* de *preembriones sobrantes de un ciclo de FIV* según la Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida.

El vocabulario médico y biológico así como el protocolo que deben seguir los pacientes que siguen una tratamiento de FIV en la clínica conforman el lenguaje de esta “versión” del tratamiento que se acaba de presentar, la médico-biológica. En algunos grupos las preguntas a la bióloga surgen rápidamente después del visionado del vídeo. Pero hay grupos en los que nadie pregunta. En este caso la bióloga insiste en dos puntos que preocupan en este momento: el número de embriones a transferir, pues se intenta evitar al máximo los embarazos múltiples que suponen siempre un riesgo para la paciente, y también el número de embriones que quedarán para la congelación si la pareja tiene claro que no querrá utilizarlos de nuevo para una transferencia embrionaria ni tampoco donarlos que son las únicas opciones que permite la legislación española. Son temas importantes, insiste en cada reunión la bióloga. “Habladlo con los médicos para advertir si queréis o no embriones congelados. Con relación al número de embriones a transferir, los médicos os aconsejarán. Normalmente son dos o tres, pero la última palabra la tenéis vosotras”.

En realidad, la prensa española se ha hecho eco, sobre todo durante el año 2000, de las preocupaciones de los profesionales del campo de la reproducción asistida por la gran cantidad de embriones congelados de más de cinco años con los que no se sabe qué hacer porque se ha perdido el contacto con los *productores biológicos* de los mismos. Como la legislación española sobre *crioconservación de embriones*, que se presenta también en el

vídeo, es un poco ambigua, muchas veces son las misma parejas asistentes las que introducen el tema: “¿Qué pasa con los embriones congelados después de 5 años o es después de 2 años?” En general, las preguntas de las parejas a la bióloga se orientan a obtener la información que les permitirá valorar el propio ciclo de FIV. Siempre son preguntas generales, pocas veces le plantean preguntas a partir de la explicación de su caso específico. Las posibilidades o no de embarazo, los problemas que pueden surgir y las posibilidades técnicas de resolverlos así como el proceso biológico que se produce en el propio cuerpo por la intervención médica en el proceso reproductivo son las inquietudes que parecen estar contenidas en las preguntas que normalmente las parejas formulan a la bióloga.

Veamos algunas de estas preguntas que las pacientes y sus parejas hacen a la bióloga: “¿Cuántos óvulos se fecundan?”. “¿Cuál es la tasa de fracaso?”. “¿Qué es un folículo y qué es un óvulo?”. “¿Óvulo y ovocito es lo mismo?”. “¿Pueden haber folículos de los que no salen ovocitos?”. “¿De qué depende transferir 2 ó 4 embriones?”. “¿Y las posibilidades de embarazo múltiple?”. “¿Si hay embarazo doble y uno está mal se puede abortar sólo de ese?”. “¿Cuáles son los riesgos de un embarazo triple?”. “¿Vale la pena por el porcentaje transferir tres?”. “¿Qué pasa con los embriones que se pierden?”. “¿Los embarazos *in vitro* son embarazos normales?”. “¿Con embriones congelados, las posibilidades de embarazo...?”. “¿Qué criterios se siguen para escoger un espermatozoide y no otro?”. “¿Cuándo se necesita microinyección cuando se transfieren los embriones?”. “¿Con la microinyección se pueden dañar los embriones?”. “¿Las pruebas genéticas se hacen siempre?”. “La técnica de perforar la membrana, ¿no hay riesgo de tocar el material genético?”. Estas son algunas de la preguntas más frecuentes en la primera parte de la reunión.

En la segunda parte, la que está dirigida por la psicóloga, el término *información* se utiliza en otros sentidos. Se trata de informar a las parejas, insiste siempre la psicóloga, de que existe un servicio de medicina psicosomática al que pueden recurrir. “La esterilidad provoca problemas psicológicos y sociales...”, plantea la psicóloga. Se trata también de favorecer que los asistentes a la

reunión se conozcan entre ellos para “pasarse información”, bromea la psicóloga, sobre la ciudad (un porcentaje importante de las parejas son de fuera de Cataluña), sobre el tratamiento de FIV (siempre hay, entre las parejas asistentes, algunas que repiten ciclo) y sobre el funcionamiento de la clínica (algunas parejas repiten ciclo en la misma clínica). “¿Quién es de aquí de Cataluña? ¿Quién empieza ciclo por primera vez? ¿Quién repite ciclo? ¿Quién repite ciclo en la clínica?” Son las preguntas que invariablemente la psicóloga plantea a las parejas o a las mujeres asistentes al principio de su intervención en la reunión. Expresiones como “salud mental”, “estrés”, “ansiedad”, “control del pensamiento” o “buscar salidas”, son recurrentes en la explicación de la psicóloga. “¿Qué es la ansiedad?”. “¿Qué es la depresión?”. “¿Qué es lo que puede hacerse para superar esto?”. Estos son los aspectos, anuncia la psicóloga, que serán tratados a lo largo de esta segunda parte de la reunión informativa. E inicia su intervención introduciendo todos estos conceptos: “Un tratamiento de FIV supone un sobreesfuerzo que hace que una se sienta estresada”. “Ya sabéis que es un proceso que no es doloroso pero sí que puede ser estresante: medicación diaria, visitas, análisis”. “Las personas que tienen problemas de infertilidad tienen un estrés añadido por el hecho de no tener acceso fácil a lo que consideran un derecho”. “Durante el proceso se siente cierta ansiedad por la incertidumbre de si se va a producir el embarazo o no”. “Una de las cosas que al ser humano le produce ansiedad es el desconocimiento”. “La ansiedad es una respuesta adaptativa”. “Cuando pensamos que la situación no tiene solución. La ansiedad ya no es una respuesta adaptativa y se convierte en un problema”. “Un tema importante es el de los días de espera (después de la transferencia). No podéis decir que los pensamientos llegan sin que podáis evitarlo. No es verdad porque nadie manda sobre vuestras ideas si no queréis”. “Si te has puesto expectativas altas y rápidas te vas a estresar. ¿Sabéis cuál es el final? No os fuerzo a discutir sobre algo tan importante (...). El consejo es hacer planes B”. “Para encontrar el lado positivo de las cosas es importante que encontréis salidas”. “Aquello que se quiere de una manera u otra viene”. “Cuanto más amplios sean los límites objetivos que os pongáis en la vida, más fácil es alcanzarlos”. “Los estudios muestran que las personas que tienen menos problemas para adaptarse a la situación de esterilidad y de

encontrar una solución tienen más posibilidades de éxito. Aunque para mí el éxito es más la salud mental". "Llorar quiere decir estar muy ansioso aunque se pueden seguir haciendo cosas. Estar deprimido es haber perdido completamente la ilusión". Estas son algunas de las intervenciones de la psicóloga respondiendo a las preguntas que las mismas parejas plantean o a las intervenciones que la psicóloga va pautando a partir de explicaciones o de preguntas muy concretas a los asistentes: "¿Quién de vosotras está muy llorona?". "¿Qué se puede hacer en los días de espera, hasta que se confirma o no el embarazo?". "¿Cuál es el pensamiento más frecuente en estos días de espera?". "¿Es un pensamiento que nos ayuda en algo?". "¿Qué se puede hacer para controlar estos pensamientos que provocan ansiedad?".

Las preguntas de las parejas o de las mujeres a la psicóloga son muy específicas. Las transcripciones de algunas de estas preguntas nos permitirá comprobar que las preguntas cambian según la especialista a la que van dirigidas. Es interesante observar, a partir de las preguntas que plantean los pacientes a las especialistas de la clínica, la separación entre lo físico/biológico y lo psíquico/psicológico. En otras palabras, en el curso de la reunión se fragmenta una experiencia que en las narraciones de las parejas se presenta de forma simultánea e interdependiente. "¿Qué haces cuando la voluntad y la cabeza van por caminos distintos?". "¿El estrés influye en que el embarazo prospere?". "¿Qué es mejor mentalmente que lo explique o no?". "¿Qué es mejor pensar que todo a va salir bien o que no?". "¿Cuál es el punto medio?", preguntan las parejas asistentes a la psicóloga. La reunión termina con unos ejercicios de relajación conducidos por la psicóloga.

Es interesante destacar que ambos lenguajes - el biológico y el psicológico - no son excluyentes, al contrario, en su conjunto cubren la totalidad de la experiencia. A medida que avanza la experiencia se produce un flujo cada vez mayor de estos lenguajes específicos. Los pacientes introducen en su narración de la experiencia del tratamiento de FIV los lenguajes biológico y psicológico. La *transferencia embrionaria*, o simplemente una *transferencia*, esta expresión que les resulta tan extraña en el primer momento, es una expresión que entra a formar parte del relato de la experiencia

de las parejas. Cuanto más se alarga el proceso para conseguir un embarazo, mayor es el vocabulario técnico que las parejas manejan en sus narraciones, y de forma más precisa.

Primero en las reuniones y después en las entrevistas fuera del contexto clínico una parte del lenguaje de los pacientes se organiza con relación a estos lenguajes más técnicos que acabamos de presentar.

Para médicos y biólogas, la “naturaleza”, aquella parte “incontrolable” técnicamente del proceso tiene un lugar importante en la explicación de los resultados de un tratamiento de FIV. Según los especialistas médicos se trata de la parte que hace de cada caso de infertilidad o de esterilidad un caso específico. Según los psicólogos es la base de los problemas psicológicos que pueden surgir en un proceso de FIV. Una parte importante de las narraciones de las parejas intentan dar contenido a esta incertidumbre, buscar «nuevas relaciones causales» que puedan justificar que hay alguna manera de controlar lo que, desde la medicina reproductiva, se plantea como incontrolable. Las parejas dan mucha importancia a temas como la alimentación, las tareas cotidianas y las actividades posibles en los momentos de ocio intentando interpretar lo que médicos y biólogas plantean como el reposo necesario los días siguientes a la transferencia embrionaria. “¿Se pueden subir escaleras?”. “¿Se puede viajar?”. Además del reposo las prescripciones médicas recomiendan que no se mantengan relaciones sexuales con penetración durante los 15 días siguientes a la transferencia embrionaria ni que las mujeres tomen baños de inmersión. “¿Por qué?”, pregunta muchas veces la psicóloga en las reuniones de los miércoles después de haber obtenido la respuesta adecuada a la pregunta, “¿Qué no podemos hacer después de la transferencia?”, “¿Por qué no debemos mantener relaciones sexuales con penetración ni realizar baños de inmersión?”. La misma psicóloga contesta a la pregunta. “Por si acaso –dice la psicóloga-, para evitar que se produzcan infecciones, las mujeres embarazadas tienen relaciones sexuales con penetración y se bañan, pero nosotros vamos a tratar de evitarlo por si acaso”.

Los pacientes se interesan mucho en comprender estas pautas de comportamiento que se les plantean y proponen otras nuevas como

la alimentación, el tiempo de ocio o el estado de ánimo que introducen una nueva dimensión a la experiencia que se expresa a través de los lenguajes técnicos ¿Puede interpretarse, esta introducción en el lenguaje técnico, tal como aparece en el vídeo que hemos descrito anteriormente, como una interacción entre los lenguajes técnicos y el lenguaje de los pacientes y la creación de un *meta*-lenguaje compartido? Dejamos esta pregunta abierta. Sólo queremos añadir dos aspectos más al análisis de la reunión informativa.

La bióloga, que ha colaborado activamente en esta parte de la investigación, nos explicaba que se daban indicaciones sobre pautas de comportamiento a las pacientes y a sus parejas para los días siguientes a la transferencia embrionaria, sobre todo para crearles la sensación de que estaban haciendo alguna cosa más para contribuir al éxito del ciclo de FIV. Evidentemente, evitar las relaciones sexuales con penetración, evitar los baños de inmersión y evitar los esfuerzos físicos excesivos, insistió la bióloga en varios momentos de la conversación, son comportamientos preventivos pero su indicación tiene sobre todo como objeto tranquilizar a las personas que siguen el tratamiento.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas pudimos constatar que las parejas consideran que reciben mucha información. “Tienes que ir muy despierto a la consulta porque te dan tanta información que si te descuidas sales tal como has entrado”. Incluso muchas de estas parejas se informan por otras vías (revistas, libros, páginas webs, etc.). “Lee demasiado, no hay nada que no sepa” –afirmaba sonriendo pero también un poco molesto el hombre de una de las parejas refiriéndose a su mujer. A veces tienes tanta información que no sabes que hacer con ella, planteaba el mismo testimonio –. “Nunca disfrutas ni cuando llega el embarazo”. Nos habíamos encontrado para la tercera entrevista. Era un embarazo doble. Llevaban casi tres meses de embarazo y llegaba el momento de plantearse si hacer o no una amniocentesis. “Y es que te dan mucha información pero no te lo dicen todo”, decía uno de los miembros de otra pareja. “¿Qué es lo que no te dicen?”, le preguntamos en el curso de la entrevista. “No te dicen, mira este proceso tendrá estos inconvenientes y estos y estos... para esta persona habrá estas

contraindicaciones... Bueno que...en matemáticas dos y dos son cuatro, y en la genética uno y uno no son dos...Entonces...". Una de las mujeres a la que entrevistamos, preocupada por el resultado de su ciclo de FIV, nos comentaba, "bueno, si sale mal, al menos nos dirán por qué no funciona". Es el tipo de información que buscan las pacientes. Es una pregunta central para ellas. Sin embargo, los médicos no siempre les pueden dar respuesta. Hay mucha información; pero al mismo tiempo no hay información suficiente. Se trata de una paradoja estructuradora del lenguaje de los pacientes y forma parte del tipo de conocimiento que adquieren durante los tratamientos de infertilidad.

CONOCIMIENTO, INCERTIDUMBRE Y SENTIDO

En nuestra investigación nos hemos encontrado con una contradicción en relación al conocimiento que los pacientes de las técnicas de reproducción asistida tienen de los hechos biológicos de la procreación y la incertidumbre sobre los resultados de estas técnicas en su propio caso. Podría formularse de la siguiente manera: cuanto mayor es el conocimiento experimental que tienen los pacientes sobre los hechos biológicos de su reproducción, tanto mayor es la incertidumbre en torno a su reproducción. Esta incertidumbre ante las posibilidades de las técnicas de reproducción asistida es, sin duda, un hecho estadístico, que los pacientes conocen muy bien.

Veamos, sin embargo, como se expresa esta cuestión. La palabra “suerte” o “lotería” es la que con más frecuencia aparece cuando una paciente se refiere a una etapa en el ciclo de reproducción asistida. La palabra “suerte” o expresiones como “cruzar los dedos” aparecen después de la inseminación artificial, después de la punción folicular, después de la fecundación *in vitro* y principalmente después de la transferencia embrionaria. Como nos decía una mujer con un claro conocimiento de los protocolos médicos. “Toca como toca (...), depende de la casualidad, depende de millones de cosas”. Ante el conocimiento estadístico sólo queda volver a probar, si ha habido un fracaso. Aparentemente se sigue el principio científico de la experimentación basado en la “prueba y el error” y sitúa al mismo nivel el conocimiento experto y el conocimiento de los pacientes. La verdad para ser científica siempre tiene que ser falsable. Se formula en términos probabilísticos. Es una verdad estadística. De esta manera el progreso científico en la procreación es trasladado a nuevas incertidumbres, nuevos riesgos y nuevas decisiones que se tienen que tomar, por ejemplo, las pruebas genéticas en el embrión

significan nuevas decisiones a tomar -aborto voluntario, riesgos que tiene que tomarse, etc. El conocimiento científico no es completo y ello se traslada en incertidumbre en torno a la procreación. Siempre es posible hacer otra prueba. En el futuro se podrán hacer otras cosas, etc. Este conocimiento se confronta con la experiencia. De ahí que la conclusión, después de un fracaso, sea la de volver a probar, como nos decía una mujer después del fracaso de una inseminación, “vamos a volver a probar a ver qué, ¿no?”. Ante las probabilidades que ofrece el conocimiento clínico, se tiene que volver a intentar. Cada ciclo de tratamiento es diferente y, por tanto, hay otra posibilidad. Así lo expresaba una mujer que volvía a intentar otro ciclo de fecundación *in vitro*:

“El médico no te dice que no sea imposible, pero te está diciendo, que con el tratamiento que estás siguiendo, tú lo vas a conseguir! Es diferente que te dijera: ‘Mire, es que si probamos esto y esto no sale’, a ver, o sea, las probabilidades de que usted se quede son nulas, o son de un cero coma cinco por ciento, pues tú dices: ‘Oye pues mira, déjalo, y vamos a otra cosa’, ¿no? Pero claro, si te están diciendo que no, que, a ver, si no es hoy, será mañana, sino, será pasado... pues... tú lo intentas, ¿no?”.

Como no se trata de una certidumbre absoluta, se convierte en una cuestión de elección personal ante la incertidumbre de los resultados. De esta manera los ciclos biológicos de las tratamientos de reproducción asistida, significan para la mujer una “vuelta a empezar”.

Esta situación se refleja en las historias de las personas que han seguido un tratamiento de reproducción asistida, en ellas se mezclan dos tipos de conocimiento: un conocimiento muy preciso de las partes del cuerpo relacionadas con la concepción y una incertidumbre sobre como conseguir la procreación. Un aumento creciente de información sobre el proceso de procreación está relacionado directamente con una mayor incertidumbre sobre la procreación. Si conocemos muchas cosas, ello significa que muchas de ellas pueden ser erradas. El análisis clínico tiene que aislar una secuencia causal del error, e intentar de nuevo otro procedimiento.

Las pacientes siguen el mismo procedimiento cuando deciden intentarlo de nuevo. Durante el proceso de cada vez se va aumentando la distancia entre conocimientos biológicos y la incertidumbre ante los resultados. Por ello, una información adecuada de los procedimientos clínicos no aparece como suficiente para explicar la experiencia de las técnicas de reproducción asistida. En general, las pacientes no se consideran mal informadas por los profesionales clínicos o por el tipo de información que algunas clínicas distribuyen (video informativo o folletos informativos de la clínica privada, por ejemplo). Aunque el esfuerzo informativo es más organizado en la privada que en la pública, no es posible decir que unas pacientes se consideren más informadas que otras. Hay muchas estrategias para mantenerse informadas, desde las preguntas al médico durante la visita, la consulta de libros, folletos, programas de radio y de televisión o páginas en internet, hasta los intercambios de información entre pacientes, tanto en la misma clínica (ello se da más en las colas de la pública que en las salas de espera de la privada), como entre conocidos o amigos que siguen o han seguido un tratamiento de infertilidad o entre los miembros de la asociación que hablan mucho sobre los últimos avances científicos, e intercambian conocimientos a partir de sus propias experiencias clínicas particulares. No obstante, este nivel de información siempre aparece como insuficiente desde el punto de vista de la propia experiencia con las técnicas de reproducción asistida. Más que un conocimiento que explique la secuencia de un fracaso que permita volver a probar, lo que se necesita es la obtención de unos resultados positivos. Aquí reside la incertidumbre que provoca la dicotomía entre la técnica y la propia experiencia. En principio, dado que es una técnica, todo parece fácil y controlado en el laboratorio. Es un mundo aparte, donde es posible el control sobre los resultados. Así se expresa una mujer cuyo marido tenía problemas de infertilidad:

“Cuando nos dijeron, cuando se dieron cuenta que con la medicación mejoraba el semen, que en el laboratorio también con la mejora que le hacían, mejoraba mucho ... como ellos lo veían, quizás, biológicamente tan sencillo”.

Incluso se aprecia la asepsia y frialdad de la clínica así como la mirada distante del profesional experimentado. Sin embargo, no necesariamente la buena preparación técnica, el conocimiento científico preciso y el éxito en el laboratorio, implica inmediatamente un resultado positivo. El proceso en el laboratorio puede fracasar en el cuerpo. Como decía una mujer que había conseguido varias fecundaciones *in vitro*, pero que no había conseguido un embarazo, “fecundar un óvulo es fácil, lo difícil es que coja el embrión”. En el laboratorio todo parece adecuado para el buen funcionamiento del proceso, pero en el cuerpo se constituye la complicación. Como recordaba una mujer a la que no se le habían implantado los dos embriones transferidos después de una fecundación *in vitro*, su médico le decía que “todo era para que funcionara bien”, en el laboratorio habían conseguido “dos óvulos magníficos, (que) se han dividido perfectamente”. Sin embargo, afirma ella, “no quedé” (embarazada). Así concluye su reflexión: “todo esto parece un poco de lotería”. Sitúa la “suerte” en la relación que se establece entre los protocolos clínicos de tipo general y su propia experiencia de tipo particular.

La introducción del azar en la explicación de la biología de la reproducción no es usada únicamente por las pacientes para explicar su fracaso, es usada también por médicos y biólogos de las clínicas reproductivas. El azar como concepto está claramente introducido en la biología evolutiva y es un elemento que se introduce para explicar los fracasos naturales de la reproducción humana. Una mujer que había tenido con éxito la transferencia embrionaria después de una fecundación *in vitro*, pero que había tenido un aborto espontáneo al cabo de tres meses, insistía que “es una cuestión de suerte, de irlo intentando”. Este elemento de suerte se sitúa en la misma biología reproductiva. Como decía esta misma persona, era “el médico quien se lo decía” y una bióloga que asistía a la entrevista asentía introduciendo la idea de azar en la biología reproductiva. Como hemos señalado anteriormente, los porcentajes de las estadísticas dan unos índices de éxito entre el 25 y el 30 por ciento. “Se han superado ya los porcentajes de éxito de la naturaleza”, explica el jefe del centro de medicina de la reproducción de la clínica privada, en el vídeo informativo. Un sub-texto se impone: en la naturaleza la reproducción humana no es tan eficiente como habíamos supuesto.

No es fácil en la naturaleza que un espermatozoide encuentre a un óvulo, que se dividan las células y que se desarrolle el embrión. El “azar” es un elemento que encontramos en la naturaleza, que se traduce, desde el punto de vista de la experiencia individual, en la “suerte” en el tratamiento. La simplicidad de la técnica (se unió el óvulo y el espermatozoide en el laboratorio), contrasta con la experiencia del proceso en que se ausculta constantemente los signos del cuerpo, se controla la esperanza en el resultado y se contrasta la experiencia del fracaso cuando “baja la regla” y el embrión “no cogió”. Como decía una mujer después de un ciclo de FIV, “la técnica parece simple, no puede fallar teóricamente”, sin embargo muchas veces falla en la práctica. El porcentaje de un 30 por ciento puede ser alto desde un punto de vista clínico, pero si no “toca” a la persona, es un fracaso individual.

Si el azar es una cuestión de la biología, nos podemos preguntar, sin embargo, ¿por qué esta profunda aflicción que sienten las pacientes ante la incertidumbre de las técnicas de reproducción asistida?

Por una parte, el conocimiento que reciben las pacientes de las clínicas de reproducción asistida está caracterizado por ítems de información. Una persona llega a saber muchas cosas sobre la procreación, conocimiento que se adquiere a través de las preguntas que se hacen a los médicos, las informaciones que se pasan entre pacientes y los conocimientos que se adquieren a través de los libros, la prensa o la internet. Por otra parte, hay otro conocimiento que se gana a través de la experiencia del proceso de reproducción asistida. Ello implica atención a “los mensajes del cuerpo”, una mayor comprensión del cuerpo, un mayor control de los sentimientos, una análisis del deseo de descendencia. Este conocimiento da sentido al proceso y contrasta muchas veces con el conocimiento reducido a la información y a las características de la técnica. Este último simplemente se aprende, el segundo se experimenta, da sentido al proceso e implica la identidad de la persona. Desde el punto de vista de la experiencia de las técnicas de reproducción asistida de una persona se mezclan estos dos tipos de conocimiento: cuanto más conocimiento preciso se tiene sobre los procesos fisiológicos experimentados en su propio cuerpo, tanta mayor incertidumbre hay

sobre los resultados del procedimiento. Esta incertidumbre, que es biológica, se transforma en incertidumbre social. No se pueden crear nuevos vínculos sociales de parentesco, porque no se puede conseguir el vínculo biológico de la reproducción, el embarazo. En realidad lo que da sentido a las técnicas de reproducción asistida es la posibilidad de tener “hijos propios”, es decir, la constitución de un vínculo de parentesco. Las técnicas de reproducción asistida en la medida en que ayudan a la “naturaleza”, ayudan a las relaciones de parentesco, una relación social significativa en un contexto dado (una familia, un lugar, una identidad, etc.) que se va reproduciendo a través del tiempo.

Sin embargo, este doble aspecto no sucede de forma simultánea en los tratamientos de infertilidad. La clínica naturaliza la reproducción, “ayuda a la naturaleza” y las usuarias de las técnicas se ven confrontadas a la necesidad de convertirlo en un hecho social. De esta intervención surge una nueva relación de parentesco, un vínculo entre personas. De ahí, la vinculación de toda la persona y su contexto de relaciones en el proceso del tratamiento. De ahí también la gran carga psicológica que hay en estos tratamientos. Implican un replanteamiento de la identidad en la medida que suponen la creación tanto biológica como cultural de un nuevo vínculo de parentesco. Como decía una de nuestras informantes, comparando la intensidad psicológica que requiere la creación de un vínculo de filiación incierto, sólo situado a nivel del deseo, en relación a la disciplina física que requieren los tratamientos:

“A mi me puede más la cabeza que el cuerpo. A mi me da igual lo que haya que hacer porque tengo muy claro lo primero que quiero (refiriéndose al hijo), cueste lo que me cueste, lo haré. Pero la cabeza da muchas vueltas, son muchos años. También el tratamiento te mueve mucho las hormonas y esto te influye mucho. No te encuentras bien, y después esta gran ansiedad que te crea. A mi me puede mucho mas lo psicológico que lo otro. La cabeza va por delante. A mi el dolor, estas cosas como el ir y venir cada día a pincharme 4 inyecciones en el culo y 2 en la barriga, (...). Todo esto me es indiferente.”

La focalización en la procreación biológica por parte de las técnicas de reproducción asistida provoca la siguiente paradoja entre las parejas o mujeres que hacen uso de estas técnicas: cuanto más conocen los mecanismos de la procreación humana en su propio cuerpo, tanto más difícil es compartir este conocimiento con las personas que no sufren la infertilidad involuntaria, que tienen hijos cuando los “buscan”. “Sólo lo entienden quienes han pasado por la experiencia”, es una frase muy repetida entre las mujeres que siguen un tratamiento de infertilidad. Como nos decía una mujer en relación a la poca comprensión pública de este tipo de tratamientos:

“La gente no está informada en absoluto, en absoluto, no saben nada, nada, nada, nada. Pero es que... vamos, yo tampoco sabía al principio, pero más o menos, me hacía una idea... (...) No sé, lo... lo ven todo como muy... como muy de extra-terrestre, de películas de ciencia ficción... de que entonces cogen al crío, y te lo implantan... lo... lo ven un poco así, ¿eh?, no... la gente, hasta que no sea una persona que se ponga del tema, o tenga un familiar o tenga alguien que esté en tratamiento, realmente no sabe lo que es... o sea da pena, da pena, da pena...”

En la conversación esta misma mujer identifica claramente quienes son “los que no saben nada”. “Normalmente son gente que han tenido facilidad, que han tenido un hijo o dos ... y entonces no le ven problema ... no, no le ven el por qué”.

Esta dicotomía entre “los que no saben nada” y “quienes han pasado por la experiencia” no sólo significa una mayor información que uno adquiere de los procedimientos clínicos y del funcionamiento de los órganos reproductivos, implica también la experiencia de la elaboración de vínculos de parentesco que se establecen a través de “los hechos biológicos” de la procreación. Para unos, es algo automático que se establece sin ningún problema, la relación entre la procreación y el vínculo de parentesco se hace de forma automática, es un automatismo cultural, diríamos los antropólogos. Para otros, por el contrario, este automatismo cultural no es claro,

dado que la dificultad y la incertidumbre radica en la posibilidad de establecer vínculos sociales a través de los hechos biológicos de la procreación. La frecuencia de fracasos en los tratamientos, explicita la fragilidad de los hechos de la naturaleza como base de los vínculos de parentesco. De ahí la dependencia de la "suerte" que, como hemos dicho anteriormente, narran las historias de los tratamientos reproducción asistida. Es necesario un trabajo simbólico para adaptar la intervención clínica sobre los hechos naturales de la procreación a los vínculos de parentesco, puesto que hay que dar sentido a unos procesos biológicos que la mirada clínica separa analíticamente e integrarlos en la experiencia como posibles vínculos de parentesco. De ahí la elaboración de un conocimiento diferente al de cualquier enfermedad. Como decía una mujer en referencia a su infertilidad, uno puede llegar a entender el cáncer, aunque no lo haya padecido. Sin embargo, difícilmente comprende las situaciones de infertilidad involuntaria. Lo que no se comprende es la dificultad de establecer vínculos de filiación. Estos nos parecen que ya nos vienen dados, mientras que los tratamientos de reproducción asistida explicitan la fragilidad de su constitución. Al ser frágil la biología, aparece como frágil el vínculo social.

Por ello en el imaginario de "la gente que ha tenido facilidad", como decía nuestra informante, aparece la reproducción asistida en términos de una tecnología artificial (ciencia ficción) y extraña (extra-terrestre) frente a "los hechos naturales de la reproducción". La intervención artificial, tecnológica es confrontada a la naturaleza. La naturaleza no aparece ya como uniforme, se va diferenciando y se convierte en artificial. Cuando la naturaleza es artificial, la sociedad no reconoce a la naturaleza, a los hechos de la vida. ¿Pueden los hechos de la naturaleza, convertidos en tecnologías de la reproducción, ser los símbolos considerados como evidentes de las relaciones de parentesco?

Esta es una cuestión que se hacen muchas veces las personas que siguen un tratamiento de infertilidad. La pregunta se plantea normalmente en términos de cómo explicar a sus hijos la forma de procreación. En las reuniones de la asociación este tema apareció varias veces. Hay libros que explican a los niños la biología de la reproducción. Sus padres no necesitan ningún esfuerzo suplementario

para explicar a sus hijos la relación entre los hechos biológicos y el vínculo social del parentesco. En cambio, surgen las dudas a la hora de cómo explicarlo a los hijos cuyos padres han seguido un tratamiento de reproducción asistida. Nuestra educación se basa en la idea de hacer explícito todo lo implícito y, por tanto, no mantener invisible cuestiones que se consideran importantes para la identidad de las personas. La cuestión de los orígenes es una de ellas. No se puede esconder dada la fuerte asociación cultural que establecemos entre orígenes e identidad. Por otra parte, la cuestión de los orígenes tiene un fuerte componente biológico en nuestra cultura que no puede ser ocultado al individuo. Los orígenes genéticos pueden ser importantes no sólo en términos clínicos –para esclarecer los riesgos de algunas enfermedades, por ejemplo, sino también en términos sociales – los genes son los nuevos iconos del parentesco que van sustituyendo al antiguo símbolo de la sangre. El problema, sin embargo, reside muchas veces en la ausencia de un vocabulario cultural adecuado para explicitar los hechos de la reproducción asistida en términos de las relaciones de parentesco. La estrategia que normalmente se sigue es la de la imitación de la naturaleza. Al fin y al cabo estas técnicas no tienen nada de artificial. Simplemente “ayudan” a la naturaleza. Son, por tanto, los mismos hechos biológicos los que explican el vínculo de filiación. Ello implica, simplemente, introducir nuevos términos: padres/madres genéticos en el caso de donaciones y padres legales los que han recibido y aceptado la donación. Sin embargo, ante esta naturalización de la reproducción asistida, algunas veces surge la duda. La tecnología en la reproducción parece que introduce un elemento difícil de explicar, el vínculo de filiación no es fruto de un automatismo cultural, es fruto de una relación asistida.

Esta paradoja la explicitaba claramente una mujer que se preguntaba sobre si el hijo era realmente suyo después de un proceso “demasiado tecnificado”. El otro aspecto de la paradoja, lo explicaba su marido, al indicar que las técnicas de reproducción asistida simplemente daban un “empujoncito” a la naturaleza. Esta es la perspectiva de la “ayuda a la naturaleza”. La infertilidad es un problema biológico y las tecnologías hacen posible resolver problemas. El argumento podría estar “centrado en el mercado”: una relación entre una demanda (social, individual, etc.) y un servicio (clínica, el conocimiento científico). La principal cuestión se

debate en términos de consumo (calidad) y de elección (diferentes posibilidades). Se organiza en términos de “resolver problemas”: hay demandas, hay riesgos, etc. y hay la necesidad de minimizar los costes (sociales, personales o económicos). Esta es la perspectiva de los técnicos y de los clínicos. La tecnología ayuda a las familias o a los individuos a superar problemas de la naturaleza. Haciendo esto, resuelve problemas psicológicos y sociales. La infertilidad es una fuente de tensión individual y de exclusión social -hay una presión social para ser padres-. La infertilidad margina, se vive como un proceso de “aislamiento” del entorno social. Hace sentirse diferente hasta el punto de no poder mirar a una mujer embarazada que se pasea por la calle. Las tecnologías de reproducción asistida tratan de solucionar estos factores. Si es un problema social, el sector público parece que tendría que intervenir para cubrir como mínimo los sectores sociales que no cubre el mercado. Así lo hace, pero muy tímidamente. Parece como si también le saltasen dudas sobre la definición de infertilidad y su tratamiento.

Como hemos visto anteriormente, difícilmente la infertilidad involuntaria en un mundo de régimen demográfico post malthusiano aparece como un problema social prioritario. La paradoja de la infertilidad, tal como la perciben las mujeres y hombres, que hemos entrevistado, es que la infertilidad no es una enfermedad grave, por eso podría justificarse que la administración no la considere como prioritaria, pero tiene repercusiones importantes para la persona y su entorno social. La infertilidad, y esta es una cuestión en la que coinciden tanto los pacientes como el personal médico sanitario, no es sólo un problema individual sino también un problema social. Así una de las cuestiones que plantean las parejas invariablemente a lo largo de las entrevistas es ¿por qué la Sanidad Pública no hace mayores esfuerzos para facilitar el acceso a las técnicas de reproducción asistida y para obtener la medicación necesaria para cada una de las técnicas? ¿Por qué la maternidad y la paternidad, y por consiguiente la utilización de los tratamientos de infertilidad, no es tratada más favorablemente tanto a nivel de la legislación del trabajo, como a nivel de políticas educativas? La constatación central de las parejas y del personal clínico es el desfase entre el tiempo biológico y el tiempo social. Las cuestiones surgen de uno y otro lado:

¿la constatación del retraso en la maternidad y en la paternidad, aspecto ligado al cambio en la sociedad, es suficiente para favorecer la investigación en el campo de la reproducción asistida? Si bien las técnicas de reproducción asistida pueden crear la ilusión de una adecuación de los avances técnicos y de la oferta médica a la nueva dinámica social que ha creado el acceso cada vez más importante de la mujer al mundo del trabajo, la legislación y las políticas -a nivel de trabajo, de educación y de salud- que rodean la aplicación de estas técnicas parecen pensadas con relación a una situación social anterior. ¿En este contexto social, debemos empezar a pensar en la reproducción asistida como una opción reproductiva más?

NARRATIVAS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La perspectiva estándar de las historias de concepción humana -los espermatozoides encuentran a un óvulo en el cuerpo de la mujer- cambia cuando la relacionamos con la concepción en la técnicas de reproducción asistida. Las incertidumbres sobre la fertilización -no siempre los espermatozoides encuentran al óvulo- son replicadas en las tecnologías de reproducción asistida -una fecundación exitosa *in vitro* no siempre significa un embrión que se desarrolla en el útero.

La perspectiva estándar de la concepción natural sigue la idea de que los espermatozoides encuentran un óvulo en el cuerpo de la mujer. Los espermatozoides se dejan en la cavidad vaginal, van al útero y en los trompas de falopio encuentran un huevo maduro que baja del ovario para ser fertilizado. Cuando el óvulo fecundado empieza a subdividirse, se implanta en las paredes del útero y tiene lugar el embarazo. Una interesante cuestión es cómo la cultura da forma y sentido a las formas de ver los hechos biológicos de la reproducción: la idea antigua de la “semilla y la tierra” implicaba la descripción del útero femenino como la imagen invertida de los genitales masculinos; y la más reciente idea de los espermatozoides y los ovocitos se mezclaba en una perspectiva de un papel activo de los espermatozoides y un papel pasivo del óvulo. La relación más interaccionista en que ambos gametos tienen su parte (una interacción entre el espermatozoide y el ovocito) implica la visión actual de sujetos autónomos, iguales y responsables que se unen para tener descendencia. Sin embargo, las técnicas de reproducción asistida ponen de relieve claramente las diferencias entre géneros. Todas las mujeres indican que el peso del tratamiento y la disciplina que ello implica recae sobre ellas. Los hombres comparten el problema, pero las mujeres son “las que lo pasan mal en el tratamiento”. Ello sucede, aunque la causa de

infertilidad sea masculina. Los gametos son transferidos a la mujer, ella es la que va a gestar el embrión y es el objeto central de la observación clínica. Por otra parte, el deseo de los hijos se sitúa básicamente en la mujer, el hombre simplemente coopera, ayuda a su pareja en los momentos difíciles o actúa en nombre de la mujer cuando se trata de cuestiones relacionadas con la reproducción.

La perspectiva estándar se convierte en más compleja en la medida en que la mirada clínica necesita conocer las lagunas que hacen difícil la concepción o la procreación. Las parejas que siguen un tratamiento de infertilidad necesitan conocer más sobre el proceso que el conocimiento que ofrece la simple perspectiva estándar. Necesitan conocer como funcionan los ovarios, como se produce el esperma, como funcionan las hormonas, los elementos que hacen posible la fusión del esperma y el ovocito, el control endocrino de la procreación, la composición genética del embrión, etc. La mirada científica divide la secuencia en estadios cada vez más pequeños o bien el proceso es analizado y fragmentado en sus diferentes elementos. La recuperación de ovocitos, el análisis del semen, la inseminación, el cultivo del embrión, los primeros estadios del desarrollo, la transferencia embrionaria, la implantación en el útero, todos estos elementos forman parte de una descripción estándar de una fecundación *in vitro*.

La descripción de la fecundación *in vitro* podría ser también simple: los óvulos se sacan del cuerpo de la mujer, son fecundados *in vitro* en el laboratorio con el espermatozoide masculino, y se retorna al vientre materno para que siga su curso natural. Esta forma de ver la historia es análoga a la perspectiva estándar de la concepción. *In vitro* es equivalente a *in vivo*. La tecnología ayuda a la naturaleza. Sin embargo, estas perspectivas no se sostienen si la simplicidad de la tecnología se confronta con la complejidad del desarrollo en el cuerpo. Tampoco si el análisis clínico trata de ver las causas del fracaso y los obstáculos para llevar a cabo una concepción. Como hemos visto anteriormente, la fragilidad de la naturaleza, la dificultad de la concepción y la confianza en la “suerte” ante la incertidumbre de los resultados aparecen claramente en las narraciones de las pacientes que siguen un tratamiento de reproducción asistida.

Desde el punto de vista de las pacientes las narraciones de la experiencia con las técnicas de reproducción asistida son una historia que se inicia cuando se empieza a ser consciente de la infertilidad, es decir, cuando se empieza la “búsqueda” del hijo y la pareja se encuentra en una “carrera de obstáculos” que convierten el deseo del hijo en una “larga búsqueda”. Es una perspectiva que confronta el deseo -tener un hijo propio- con una experiencia en el cuerpo de obstáculos para conseguirlo. Es una confrontación que se plantea muchas veces como una “lucha”, donde una “no tira la toalla”, porque “es muy luchadora”. Incluso la lucha es lo que ha dado sentido a toda la vida de una persona. Una mujer, hablando de sus dificultades en la reproducción asistida, recordaba lo que le decía su madre: “Tú, para conseguir una cosa, has de luchar”. Esta idea de lucha aparece en las narraciones de la reproducción asistida porque hay que saber responder a las demandas físicas y emocionales de los tratamientos. Dado que el deseo de un hijo es confrontado a los obstáculos físicos del cuerpo, las demandas de los tratamientos son tanto físicas como psíquicas y no hay una clara delimitación entre ambos dominios. En el proceso del tratamiento sobre los aspectos físicos de la reproducción, las parejas llevan a cabo el trabajo simbólico de la constitución del vínculo de parentesco. Mientras el aspecto físico de la reproducción es asistido clínicamente, el trabajo simbólico de la filiación se hace en solitario y afecta a toda la persona. Desde el punto de vista de la experiencia de los tratamientos de reproducción asistida, no hay una clara delimitación entre el dominio físico y el emocional. Como decía una mujer refiriéndose a su experiencia del tratamiento, “a parte de tu cuerpo, hay sentimientos, hay muchas cosas”. Es una cuestión de identidad, donde se involucra toda la persona. Ello se expresa muy claramente cuando muchas mujeres dicen que entran en un tratamiento con muchos “nervios”. Utilizan una categoría cultural (“*los nervios*”) que hace referencia al mismo tiempo a aspectos físicos y psíquicos de la persona, sobre todo cuando se confronta ante un conjunto de obstáculos y tiene problemas en controlarlos.

¿Por qué las mujeres hacen referencia a los “nervios” cuando hablan de los tratamientos? Las técnicas de reproducción asistida

tratan de superar los obstáculos físicos. De esta manera –y este es el aspecto más importante- tratan de crear un vínculo de parentesco: ser madre. La naturaleza que simboliza el vínculo es frágil, el cuerpo no responde, es un obstáculo para el deseo de filiación. La paciente tiene que trabajar simbólicamente esta fragilidad al mismo tiempo que se sigue el tratamiento. Las técnicas ayudan a la naturaleza, pero al mismo tiempo explicitan la fragilidad de la propia naturaleza: la dificultad de llegar a constituir el vínculo de filiación.

Las técnicas de reproducción asistida son una “elección”, pero se convierten en una necesidad individual. “Absorben” la vida individual y se convierte en una forma de vida, “te acaba envolviendo”. “Cuesta mucho dejarlo” cuando una “está metida dentro” y “hay que llegar hasta el final”. Se entra en un proceso que, como decía una mujer, “ya de entrada es un poco traumático, ¿no?”. Una de nuestras informantes comparaba los tratamientos de infertilidad con un tren en marcha en el que dudas en subirte pero en el que, después, te resulta ya muy difícil bajarte:

“El primer in vitro me lo pensé mucho, que si sí, que si no. Entonces no lo tenía nada claro. Pero ahora ... es como si estuviera en el tren en marcha que ya te he mencionado, bajar cuesta mucho más. También porque ves que hay gente que se queda embarazada, que a veces sale, sale bien. Lo que pasa es que se tiene que poner un límite, sino no te bajas nunca. A veces las cosas que no consigues son las más deseadas y esta es una. También idealizas... Pero llega un punto que has de pasar página, pero es difícil, muy difícil. Yo me planteaba ... Bueno, ya he hecho dos intentos (FIV) en (...), ahora probaremos otro con el nuevo medicamento, si no sale también pienso que podríamos ir a la privada Pero al final te preguntas ¿Hasta cuando?. Hay que saber parar. La primera vez que lo decidí (el tratamiento FIV) no hubiera pensado nunca lo que ahora estoy haciendo y pensando”.

Toda la vida parece centrarse en torno al tratamiento. “Sólo vives para esto, sólo vives para esto, y esto es muy duro”, nos decía una mujer haciendo referencia a la disciplina que suponen los horarios de

los tratamientos hormonales. Las demandas físicas del tratamiento son “toda una serie de cosas que ... te agobian, y que te irritan, y que te producen ansiedad y angustia, ¿no?”, se plantea otra mujer. Es un proceso que absorbe todo el sentido de la vida de una mujer, que no deja tiempo para una misma o para otras relaciones. Una se va “aislando” durante este proceso para concentrarse en el tratamiento. Todas las demandas físicas del tratamiento se convierten en un hábito en la vida cotidiana de la mujer. Un hábito de horarios de clínicas, de ritmo de inyecciones y de análisis que se compagina con la vida cotidiana. Sin embargo, se supone que este tipo de actividad va a desaparecer un día porque se ha conseguido el objetivo del embarazo. El problema es precisamente que el hábito se convierta en una forma de vida. Como decía una informante el sentido de estos hábitos es que dejen de serlo:

“empieza a ser un hábito, ¿eh?, que tampoco es muy... porque si acabas acostumbrando a ir al médico... la gracia tiene en que te acostumbres, pero luego dejes de ir, ¿no?, porque la cosa haya salido bien y ya no tengas que ir más” .

Si este tiempo dedicado a la reproducción se confronta con el tiempo dedicado al trabajo, desaparece cualquier posibilidad de otro tiempo para la mujer, como si el trabajo y la reproducción fueran los dos elementos que definen socialmente la identidad de la mujer. Confrontada ante esta identificación, una mujer no puede más que rebelarse: “claro, si todo lo ponemos en torno a esto (el tratamiento), y encima la otra mitad del tiempo tenemos que trabajar ... no, no, no”.

El concepto moderno de familia se opone en cierta manera al de trabajo, reproduciendo así la dicotomía entre privado y público. Familia hace referencia a un determinado tipo de relaciones que implican afecto y cooperación en oposición a la competición, se trata de una relación duradera en oposición a una relación temporal y contractual, es primordial más que contingente a un determinado rol social, está determinado por los sentimientos más que por la ley, es, en definitiva, “natural”, más que “contractual” (cfr. Yanagisako and Delaney 1995). Dado que los tratamientos de infertilidad asisten a la formación de una familia, a la formación

del vínculo de filiación, no es extraña la dificultad de compaginar trabajo con el tratamiento de reproducción asistida. Esta dificultad tiene un aspecto pragmático: las demandas físicas del tratamiento implican la organización de unos horarios de asistencia a la clínica, el ritmo de las inyecciones y los spray, los análisis clínicos, los scanner, etc., que tienen que negociarse con los horarios laborales. Tienen también la dificultad de combinar dos mundos (el trabajo y la reproducción) que simbólicamente se sitúan en esferas de relación diferentes. Téngase en cuenta que si bien hay en nuestra sociedad una tensión entre trabajo y reproducción, ésta normalmente aparece después de tener a un hijo. Es entonces cuando las mujeres o las parejas tienen que organizar sus horarios compatibles con los cuidados del recién nacido. En los tratamientos esta necesidad de combinar trabajo con las demandas de la reproducción aparecen durante el proceso de tratar de “conseguir un embarazo”. Dado, por otra parte, que la consecución de este objetivo es incierto, no se puede optar por uno o por otro. Se tienen que combinar las demandas del tratamiento con las demandas del trabajo. Durante el proceso se establece una relación entre trabajo y tratamiento en la vida cotidiana de las mujeres. Si éste fracasa, el trabajo puede convertirse en un refugio. Es una forma de afirmar la identidad profesional, la propia carrera de la mujer frente a su intento fallido de reproducción. A la hora de responder a las demandas psíquicas del fracaso, el trabajo se convierte en un recurso para salir de una misma y abandonar el aislamiento que supone el tratamiento de la reproducción asistida. Así nos lo expresaba una mujer que veía que se había ido encerrando en sí misma durante el tratamiento:

“Però la... ho haig de dir, que el que m’ha salvat ha sigut la feina. M’ha... m’ha salvat la feina perquè m’ha fet pensar en altres coses, i no és que oblidis, perquè això no ho oblidés, però una mica doncs, ho vas deixant enrera, i dius: ‘Mira, hi ha ... hi ha problemes més greus, hi ha problemes més greus, que mira, gràcies a Déu no et passen’; és una mica ... et justifiques tu mateix amb aquest pensament”.

El tratamiento “absorbe”, produce “nervios”, “psicológicamente cansa muchísimo”, “te desgasta” son expresiones que explicitan la

tensión entre el deseo de filiación y los obstáculos físicos, así como la necesidad de elaborar una delicada relación entre la fragilidad de la propia naturaleza y la voluntad de ir imaginando un vínculo de filiación. Precisamente después de la transferencia embrionaria, cuando más cerca está el cuerpo de crear un vínculo, es cuando los “nervios” están más a “flor de piel”. Este era el recuerdo de una mujer en relación a la experiencia de su primera transferencia embrionaria:

*“A ver, no sé, **se lleva con nervios**, ¿vale?, porque estás nerviosa, pero al mismo tiempo no quieres estar nerviosa, porque te aconsejan que no estés nerviosa, ¿no? [ríe]. Entonces intentas calmarte, y intentas ser todo lo positivo del mundo, ¿eh?, o sea, yo... de verdad que he sido todo lo positiva que se puede ser... además estaba convencida de que esta vez me había quedado, pero... el chasco que te llevas cuando te viene la regla es mucho mayor, que cuando te han hecho la inseminación ... no sé, es mucho mayor. (...) Claro, porque, cuando se introducen los óvulos... están fecundados, entonces, digamos que no es como antes, que te dicen... bueno, a ver, en la inseminación te introducen el semen, pero puede fecundarse o no ... pero ahí no, ahí ya está fecundado, por lo tanto... no sé, ya lo sé que la vida todavía no está creada, pero digamos que **la esperanza es mucho mayor**, ¿no?, o... la esperanza de... de que la cosa vaya bien, es mucho mayor... entonces la desilusión, yo creo que va un poco en proporción, también es mucho mayor, cuando te viene la regla y... te encuentras que no estás embarazada”.*

Como decía el marido de una mujer que había seguido el ciclo de FIV sin éxito:

“El deseo del hijo aumenta (en el tratamiento FIV) porque lo rozas constantemente. Porque piensas continuamente en él. Estas muy pendiente de las pruebas, los fonículos, si crecen, ... Si, aumenta el deseo de tener un hijo y esto es lo que hace el tratamiento muy difícil”.

La delicada relación entre la fragilidad del cuerpo y la imaginación de la descendencia es la que causa precisamente una contradicción constante entre el deseo y las posibilidades reales. Esta contradicción es vivida a través de un sutil control de los sentimientos. Aparecen los nervios, pero se tienen que controlar; cuanto mayor es la esperanza, tanto mayor puede ser la desilusión. La filiación no puede ser imaginada más que después de la certeza de los resultados positivos del tratamiento. Como nos decía una mujer refiriéndose a la situación de espera después de la FIV: “¿Cómo me voy a imaginar que estoy embarazada? No me lo puedo permitir”. Como decimos en antropología social, el parentesco en nuestra cultura es siempre después de la naturaleza. Por tanto difícilmente puede ser construido durante el proceso incierto de la reproducción biológica. La incertidumbre entre la naturaleza que tan bien explicitan los tratamientos de reproducción asistida, pone límites a la imaginación de la filiación como un hecho social.

Desde la perspectiva de los pacientes, las técnicas de reproducción asistida son una esperanza. Sin embargo, al enunciar un principio de esperanza, son una constante fuente de control de los sentimientos y del deseo de descendencia. Hay esperanza, pero hay que saber manejar esta esperanza. De lo contrario, se entra en un proceso de depresión y euforia cíclicos. Como indicaba un hombre cuya pareja había intentado varios ciclos de fecundación asistida, cada ciclo es como “una montaña rusa”, haciendo referencia al proceso de creación de expectativas que se sigue al haber llegado a una fase del ciclo más adelantada que en la anterior tentativa, seguido de una desolación profunda en caso de fracaso, que se sigue de una nueva determinación por “volver a empezar”. Se trata de un proceso en que las mujeres aprenden en su propio cuerpo a controlar la esperanza de filiación: cuanto más euforia, mayor es la decepción, es decir, cuanto más imagina la filiación, mayor es la constatación de la incapacidad de su cuerpo en establecer vínculos de filiación. De ahí la idea de que “no sirves” como mujer para la reproducción y la necesidad también de pensar “positivamente” para no caer en el desaliento. Como nos decía una mujer muchas veces le asaltaban los pensamientos “de que encima igual ya no funcionas: “Fíjate, que no sirvo...”. “No sirvo” está presente, ¿eh?, quiero decir que, sí, sí, aunque sabes que bueno, es algo fisiológico”. La reproducción aparece como una cuestión de

identidad y lo “fisiológico” es una condición para producir la relación de identidad.

Dado que la reproducción es una cuestión relacionada con la identidad, las mujeres muestran una necesidad de proteger sus fronteras personales ante la infertilidad y sus tratamientos. Ello se muestra ante la elección de las personas a quienes les explican situación. Como siempre hay el temor a no ser comprendida, la elección tiene que ser muy precisa y el círculo de personas que conocen su infertilidad es muy restringido. En principio, se evita compartir la experiencia. Como decía una informante:

“Si puedo evitar hablar del tema, lo evito, (...) no lo hemos dicho mucho (el no poder tener hijos), la verdad, porque es un tema que solo puedes hablar con gente que haya pasado por un proceso similar. Mi madre está muy enferma y sabe algo. Sus padres (del marido) no saben nada porque es muy doloroso. Y los amigos... la verdad es que solo lo dije a una pareja y buf! ..., mejor no haberlo dicho. Incluso la gente con nivel te dice; pero mira, piénsatelo, porque tal, porque cual, porque te puede pasar... Te agobian”.

Otra de nuestras informantes también evitaba decirlo:

“Es una cosa que tampoco te gusta explicarlo. A mi personalmente porque no me gusta, pienso que lo mío es sólo mío. También porque después, si lo saben, te preguntan y preguntan, y si la cosa no va bien, lo que hacen es sólo cargarte más”.

La reproducción está relacionada con la intimidad. En nuestra sociedad el parentesco es del dominio de lo privado. Como dice nuestra informante, “lo mío es sólo mío”. Por otra parte, la reproducción es un elemento importante en la definición de la identidad personal. La identidad siempre tiene un aspecto relacional. Es reconocida por los otros y en el caso del parentesco es el resultado de una relación (los padres hacen a los hijos y los hijos hacen a los padres). La intimidad protege, en cierta manera, una identidad que se manifiesta incierta.

Dado el aspecto privado de la reproducción es mucho más complejo decirlo en el trabajo que en el círculo de los parientes y amigos. Si se hace, es porque no se pueden ocultar las horas que hay que ausentarse del trabajo para seguir el tratamiento en la clínica. La comunicación con los otros siempre tiene el riesgo de que una excesiva atención por parte de quienes conocen la situación aumente la tensión con que muchas mujeres viven los resultados inciertos del tratamiento. Hay, por otra parte, una ambigüedad ante la posibilidad de compartir la experiencia con otras mujeres o parejas que también siguen algún tipo de tratamiento de reproducción asistida. El sentimiento de soledad ante la infertilidad empieza a ser compartido, cuando se inician los tratamientos. La comunicación con otras mujeres infértiles sirve para superar las demandas tanto físicas como psíquicas de los tratamientos. Por ello, una asociación de ayuda a la fertilidad tiene un sentido básicamente de auto-ayuda. El trabajo voluntario en la asociación es evidente que tiene el sentido positivo de compartir experiencias y de ayudar a las personas que se inician en el tratamiento. Sin embargo, tiene también un aspecto negativo, en la medida en que se forma un grupo aparte, una comunidad con los propios códigos de comunicación y las experiencias traumáticas compartidas. La dificultad que tienen las mujeres en establecer un vínculo de filiación social a partir del vínculo biológico de la reproducción, se manifiesta a nivel asociativo con la dificultad de articular a nivel público una serie de demandas sociales como grupo que reivindica un mayor reconocimiento social y un mayor apoyo de las instituciones públicas. Si se reduce a un grupo de autoayuda tiene las limitaciones de compartir el problema a nivel psicológico con otros que tienen la misma experiencia y la dificultad de convertir la infertilidad en un hecho social. Como decía una de nuestras informantes ante la posibilidad de las asociaciones en torno a la infertilidad: *“Sí, però no com a grup d’autoajuda sinó com a grup de lluita”*. El problema radica en que la filiación en nuestra sociedad ha perdido esta cualidad de hecho social, para reducirse a un hecho dentro de la familia. De ahí que el primer recurso ante las dificultades de la reproducción biológica y las demandas de los tratamientos de infertilidad sea de tipo psicológico.

Durante el proceso de los tratamientos de infertilidad las mujeres tienen que aprender a cotejar intensidad emocional de la esperanza en el éxito del tratamiento con la fuerza de la tristeza ante la posibilidad del fracaso. Como ya hemos visto, las incertidumbres ante las posibilidades de las técnicas de reproducción asistida manifiestan una fragilidad en los hechos de la procreación que son la base sobre la que se constituyen las relaciones sociales de parentesco. Las técnicas de reproducción asistida enuncian que la filiación es posible, aunque no segura. Esta fragilidad es vivida por las mujeres que siguen un tratamiento de reproducción asistida en términos de una sutil administración de los límites de la esperanza. No se puede perder la esperanza en la posibilidad de la filiación, pero no se puede imaginar esta posibilidad como real. Por ello, a las mujeres les cuesta tanto mirar a una mujer embarazada, o lo contrario, fijan su atención de tal manera que ven mujeres embarazadas por todas partes, lo cual les recuerda la situación de espera en la que se encuentran. Muchas representaciones públicas de los medios de comunicación, sobre todo las revistas ilustradas o los seriales de la televisión, recuerdan los valores relacionados con la familia y los hijos. Ello las hace sentirse profundamente aisladas, sin poder participar en el “sueño” de los valores familiares. “Incluso en las salas de espera de las clínicas de infertilidad te encuentras con revistas ilustradas con los embarazos de mujeres famosas”, nos decía una mujer, expresando la presencia en todas partes de unos valores familiares que le recuerdan constantemente su condición. Tampoco es fácil mantener una relación, cuando una amiga se ha quedado embarazada. Así relataba su experiencia una mujer que iba a empezar el segundo ciclo de una fecundación *in vitro*:

“Yo ahora veo embarazadas por todas partes. Si estoy (...) parece horrible pero es así. Pero es que claro, cuando te dicen: “Ay... sabes, estoy embarazada...”, no te alegras, eso primero, yo por lo menos no me alegro, siento mucho decirlo, puedo parecer una persona mala, pero no me alegro, ¿no?, tampoco me alegro de que alguien lo pierda, ¿eh?, o sea... pero que vamos, que en ese momento no saltas de alegría y vas y dices: “¡Hombre! ¿Qué tal? Pues muy bien, ¿eh?, ¡es

estupendo!”, yo no me alegro en absoluto de (...), y en concreto he tenido una amiga, que cuando empecé a ponerme en tratamiento, ella se quedó embarazada, y cuando me hice la primera inseminación, se quedó embarazada, o sea, para haberle matado... De hecho, ella, fue... le costó mucho decirme que se había quedado embarazada del segundo niño, pero bueno, le costó un montón... porque sabía que iba a reaccionar mal... reaccioné mal, ¿eh?, reaccioné fatal. No reaccioné mal de que ella estuviera embarazada, es que estuve llorando casi dos días, porque... porque no creía que era... fuera justo, que ella estuviera y yo no, o sea no por... culpa de ella [ríe], naturalmente... pobre mujer, ¿no? Y yo a los críos los quiero mucho, pero... reconozco que también soy más fría, ¿eh?, ahora con los niños que antes, no sé, no me...”.

Durante el proceso de un tratamiento de reproducción asistida las mujeres asimilan el control de sus sentimientos relacionados con la reproducción y sus aspiraciones relacionadas con la filiación. En los tratamientos tienen que saber dominar sus emociones relacionadas con su experiencia de la reproducción: que no sean excesivas las esperanzas provocadas por los éxitos de una fase del tratamiento ni que el deseo de un hijo se convierta en una obsesión. El aprendizaje de este delicado balance entre esperanza y realidad se tiene que hacer durante el proceso de los diferentes ciclos en que están divididas las técnicas de reproducción asistida. Un fracaso anterior permite estar mejor preparada para el siguiente ciclo. Ya se conocen mejor los propios sentimientos, los nervios, el inconsciente, los temores constantes, las reacciones del propio cuerpo, etc. A partir de este aprendizaje parece que se puede mirar más desde fuera. Las mujeres adoptan la mirada clínica de los tratamientos. Se fijan en la biología de la reproducción y no dirigen su atención a los vínculos de filiación. Así los expresaba la misma mujer que le costaba mirar a las embarazadas y mantener la relación con una amiga que acababa de ser madre:

“Entonces, me he dado cuenta que... que hay que intentar mantenerlo ahí, ¿no?, como una cosa que estás haciendo, pero sin que llegue a ser una obsesión... porque, incluso creo que...”

que no es bueno para... para el (...) o tratamiento en ese momento, es mejor verlo desde... un poco desde fuera... que te lo están haciendo a ti, pero verlo desde fuera”.

La distancia, el “verlo desde fuera como una cosa que haces”, es el tipo de mirada clínica a la que tienen que adaptarse las pacientes para responder a las demandas emocionales de las técnicas de reproducción asistida y vigilar que su deseo de tener un hijo no se transforme en obsesión. Ello comporta un control constante sobre sus sentimientos y una actitud decidida en seguir los protocolos clínicos. Una mujer tiene que ir dando sentido constantemente a los tratamientos que va siguiendo. Para ello necesita una actitud activa que no se deja dominar pasivamente por las demandas físicas y emocionales de los tratamientos. Tiene que comprender la relación entre el protocolo clínico y su caso particular. Tiene que saber pensar positivamente y dirigir su mirada hacia delante. Como nos decía una de nuestras informantes “(...) para empezar un tratamiento así tienes que ir muy en tu sitio psicológicamente, tienes que ir en positivo”.

La perspectiva de las narraciones de las técnicas de reproducción asistida que dan sentido a la experiencia de las mujeres es, como hemos visto, la de un sujeto activo que quiere algo y encuentra obstáculos constantes en la naturaleza y que trata de superarlos a través de la tecnología. Es una carrera de obstáculos contra el tiempo que se va superando lentamente a través de diferentes ciclos temporales: un pasado, cuando se descubre la infertilidad, dominado por el sentimiento de marginación y soledad, un presente de disciplina del cuerpo y de control de los deseos y sentimientos y un futuro incierto donde hay que saber poner unos límites. El resultado es el amor de una hija muy deseada o la desesperanza. El consuelo es que al final se ha hecho todo lo posible. Durante este transcurso hay una rica experiencia donde se conoce mejor al cuerpo, sus límites y los límites de la ciencia. “El proceso te hace fuerte”, dice una mujer y la “pareja adquiere madurez”. Si el marido comparte el problema y participa en él, la pareja sale reforzada. De la misma manera que la filiación es el resultado de un proyecto común de una pareja, el proceso de búsqueda de la filiación a través de los tratamientos, si envuelve a la pareja, refuerza sus lazos. Aunque los tratamientos se centran en la mujer, las mujeres aprecian el

compromiso emocional de sus maridos ante las demandas de los tratamientos. Comparten “tiempos difíciles” y encuentran en el otro un buen contrapunto en el difícil balance emocional del manejo de la esperanza de la filiación que todo tratamiento envuelve. Como nos decía una mujer en relación al balance que hay que encontrar entre la relación de pareja y el deseo de filiación:

“Voy a buscar... sí, lo positivo, de los dos... yo es que creo que los dos son muy importantes... yo trato de buscar en él lo positivo... y cuando yo me pongo así, él: ‘Venga va, que... tal’, ¿no?, y entonces intenta él... intenta buscar lo positivo, de mí, ¿no? Decir: ‘Pues bueno, piensa, que si no esto, pues lo otro, ¿no?’. Y claro, esto es un trabajo de dos, también reconozco que yo en ese sentido tengo mucha suerte... pienso ¿eh?, que los dos lo tenemos muy asumido, no sé...(…) Intentamos hacer cosas que bueno, que nos, que nos vayan bien a los dos, ¿no? Pero que...”.

Las personas que siguen el tratamiento han reflexionado sobre sus propios sentimientos, sobre sus relaciones de pareja, sobre su deseo de tener hijos y sobre lo que significa ser padres. Si lo consiguen es evidente que es un hijo muy deseado. Han invertido tiempo y esfuerzos de todo tipo en el proceso. Esta calidad del deseo se afirma muchas veces. Contrastan la facilidad de tener hijos de las mujeres fértiles con su esfuerzo en el proceso de reproducción asistida. La calidad de la relación de filiación es fruto de la asistencia a la reproducción biológica. La asistencia a los vínculos biológicos proporciona un valor añadido a los vínculos sociales de la filiación. Si se consigue un hijo, las incertidumbres biológicas que acompañan al proceso se convierten en certezas y las dificultades del proceso tienen su compensación. En este contexto de la narración, la idea de que la lucha da sentido a la vida, como hemos visto anteriormente, aparece muchas veces. El discurso tiene el sentido épico de una mujer activa que supera obstáculos y que es muy luchadora. Esta lucha en que una “no tira la toalla” al primer contratempo da sentido a un final que si no se ha conseguido el objetivo, al menos se tiene la tranquilidad de “haber llegado hasta el final”. Si no se consigue el hijo, la incertidumbre de la técnica de reproducción asistida contrasta con la certeza de la adopción. En uno el hijo es incierto y la relación se construye imaginativamente después de

superar la incertidumbre. De ahí la importancia del embarazo como icono de esta relación, enfatizando el aspecto biológico y relacional de la gestación. Ya se puede imaginar la filiación con la certeza de la relación biológica. Toda noticia sobre un nuevo embarazo era recibido en las reuniones de la asociación con grandes muestras de alegría. En la adopción, que es segura, aunque burocrática, el niño ya existe, pero hay que construir la relación social. Se enfatiza, pues, el aspecto afectivo del parentesco y el aspecto relacional de la identidad. Con la adopción, aunque el “cordón umbilical” no exista, se puede crear. Así nos lo confirmaba una de nuestras interlocutoras: “A mi lo genético ... no me importa mucho. Lo mas importante es el ser madre, y lo eres porque es tuyo, porque lo quieres, porque tu eres la que lo crías”. Paradójicamente, aunque el objetivo de los tratamientos de infertilidad es la reproducción biológica, muchas historias de la reproducción asistida acaban afirmando el papel social de la relación de filiación. “Un hijo no se tiene, se hace”, afirmaba una pareja que estaba iniciando un ciclo de FIV. El tratamiento incide sobre el aspecto biológico de la reproducción, pero las parejas confrontadas ante su propia naturaleza acaban afirmando el aspecto social de la filiación. De ahí que no sean incompatibles los tratamientos de infertilidad con la alternativa de la adopción. Después de la naturaleza, el parentesco es una relación social. Lo importante para estas parejas es poder establecer este vínculo de filiación.

PARENTESCO: “NATURAL Y CRIADO”.

En la comprensión común de nuestra sociedad el parentesco es un híbrido de dos dominios diferentes: uno natural y el otro social (Edwards, 2000). El parentesco humano es considerado como un hecho de la sociedad basado en los hechos de la biología. Una persona es pariente, nos recuerdan los antropólogos que han estudiado el parentesco en las culturas modernas occidentales (Schneider, 1980; Strathern, 1992), en cuanto es una combinación de una sustancia y un código de conducta. Es alguien que está relacionado por los genes y alguien que es reconocido por su forma de conducta. La idea de lazos de sangre o vinculaciones genéticas simboliza el hecho de que los parientes tienen derechos sociales en virtud de su relación biológica. Ello significa que las relaciones biológicas tienen significado para las relaciones humanas. Son puntos de referencia que se dan por supuestos y son considerados como anteriores a otros tipos de relaciones. Para el sentido común moderno occidental la sociedad está después de la naturaleza y las relaciones de parentesco son consideradas en términos primordialistas, anteriores a los vínculos contractuales de la sociedad.

Téngase en cuenta que las técnicas de reproducción asistida actúan exclusivamente sobre uno de los dominios del parentesco, el natural, y las personas que siguen un tratamiento de infertilidad se ven obligadas a dar sentido social a esta asistencia a la naturaleza. La propia experiencia en las relaciones de parentesco proporciona una perspectiva a las personas para analizar las técnicas de reproducción asistida. Vale la pena recordar que los pacientes no son expertos en la parte clínica de la reproducción asistida, sin embargo sí que son expertos en parentesco. La forma, por tanto, de imaginar las técnicas de reproducción asistida es a través de analogías con el parentesco. La gente da sentido a las posibilidades ofrecidas por la medicina reproductiva sobre la base de su experiencia y pericia en el parentesco. Desde la perspectiva

de su propia experiencia cultural del parentesco analizan los "hechos de las técnicas de reproducción asistida". Ante las nuevas situaciones que plantean dichas técnicas, las personas tienen el recurso de su cultura del parentesco para analizar sus implicaciones e interpretar su sentido. Como hemos visto las técnicas de reproducción asistida hacen referencia a un aspecto importante de estas relaciones: el aspecto biológico de la reproducción humana. Estas relaciones biológicas tienen sentido social. La filiación, por ejemplo, es al mismo tiempo una relación de consanguinidad y una relación social.

Veamos cómo se hace este tipo de comprensión de determinados hechos de las técnicas de reproducción asistida a través de la propia cultura del parentesco. Cuando usamos los símbolos del parentesco muchas veces hacemos referencia a relaciones de pertenencia, la filiación significa pertenencia, un hijo pertenece a sus padres y una persona nace y se cría en un lugar determinado.

Si el parentesco significa "raíces" o "lazos primordiales", ¿cómo imaginar el futuro de los gametos o los embriones en un banco de crioconservación? ¿sin raíces, sin nombres? Ante el futuro de sus propios embriones congelados – aunque ello se planteara como una hipótesis y no como un hecho real – nuestras informantes manifestaban una cierta incertidumbre ante el futuro. Es difícil imaginar un futuro si no se pueden establecer claramente vínculos de filiación y los embriones aparecen como entidades abstractas sin ningún vínculo concreto. Sin embargo, cuando este vínculo era imaginado como real, la donación a otra pareja infértil, que forma parte de la misma comunidad imaginada de personas infértiles, parece más adecuada que la donación del embrión para la experimentación científica. Está más cercana a la propia experiencia del parentesco. Algo que ha costado tanto, que es propio, se da a otra persona igual, no a una entidad abstracta.

Ante la posibilidad de recepción de gametos se hacen analogías en términos de la adopción, de padres adoptivos en familias recompuestas. El lenguaje del don se convierte en un mediador entre un donante anónimo (sin raíces) y el bien dado (la vida), así como un mediador entre corporaciones abstractas (un banco) y

personas concretas (una genealogía). En nuestras entrevistas cuando surge la donación de gametos como receptores, surge también la idea de adopción. Una relación nueva –la recepción de óvulos, por ejemplo – se equipara a una relación de parentesco conocida anteriormente – la adopción. Por otra parte, se establece inmediatamente una distinción entre la madre genética y la madre receptora. Esta última es la madre real, porque gesta y cría al hijo. Aquí el lenguaje del don es fundamental: quien recibe es quien tiene derechos sobre el bien recibido, quien establece los vínculos sociales que se están gestando, como quien recibe a un hijo adoptado es quien es su madre, porque es ella quien lo va criar y va a establecer relaciones duraderas con él.

Aparentemente hay una contradicción cultural en la idea de una donación anónima. Son dos dominios que simbólicamente aparecen separados. La donación es propia de las relaciones personales tanto a nivel de una comunidad de personas conocidas como a nivel de un conjunto de personas relacionadas por lazos de parentesco. El anonimato, por el contrario, es propio del mercado y es característico de grandes aglomeraciones urbanas y no implica ningún tipo de relaciones personales. Hay un tipo de donación que media entre ambos opuestos: se trata precisamente de la donación anónima que se hace en nombre de valores trascendentes, ya sean de tipo religioso, ya sean de tipo de pura solidaridad humana. La trascendencia implica alejamiento de las relaciones concretas y anonimato en la intervención sobre las relaciones concretas. Sin embargo, tradicionalmente las donaciones son entre personas conocidas y el don es el reconocimiento de la calidad de una relación, muchas veces una relación de parentesco. En este tipo de nuevas donaciones de gametos se impone el anonimato y se prohíbe la relación de parentesco. Se impone pues una trascendencia en términos de valores: las personas donantes lo hacen por motivos altruistas y la ciencia se propone mejorar la reproducción humana. Así se obvian tanto las relaciones concretas del don, la moralidad y el sentimiento (el dominio propio del parentesco) como las relaciones abstractas del mercado, el interés y el cálculo (el dominio propio del contrato). Utilizando el recurso al anonimato se introduce, pues, un principio de trascendencia social y se puede separar claramente la madre genética de la madre receptora y se

puede romper la relación tradicional entre donante y receptor. Aquí simplemente el donante no existe socialmente, está más allá de la relación social que hace posible. Tradicionalmente, no obstante, quien da mantiene derechos de posesión sobre el objeto donado en la medida en que mantiene relaciones con el receptor. Éste no puede hacer cualquier cosa con el don recibido. Esta contradicción en el lenguaje del don de gametos la expresaba claramente una de nuestras informantes a quien le sugerían una donación de óvulos y se le había pedido que buscara una donante, de la cual no recibiría ella los gametos. Dada la carencia de donantes de óvulos, ésta es una petición habitual por parte de los centros clínicos de reproducción asistida. Nuestra informante se negaba a buscar una donante, ella explicaba su negativa por el hecho de vivir en una pequeña población. Efectivamente, en la medida en que un pueblo forma una comunidad existe la experiencia de que todas las personas se conocen y son parientes. Esta identidad de conocimiento mutuo la da precisamente la idea de que todos han nacido y se han criado en el pueblo. Conocimiento, crianza y parentesco se identifican. Decía nuestra informante ante la posibilidad de la donación:

“A lo mejor no opino malamente, pero lo que pasa que... si yo busco una mujer... y además si la busco de aquí medio, a lo mejor no se enteran en mi pueblo... Pero si yo buscara una donante de allí de mi pueblo, me estarían toda la vida, porque es un pueblo pequeño, y toda la vida diciendo... que el crío éste, por ejemplo, no es mío. A lo mejor lo pensaría más por el decir de la gente. Pero si yo viniera aquí y me dijeran: “Mira, si quieres yo (...) yo te los doy, y si quieres te los...”, a lo mejor lo haría. Pero tenerla yo que buscar no. (...) y más saber yo, por ejemplo, dicen que la que yo busque no va a ser... de los que me ponen a mí”.

Si la donación de óvulos no es anónima, la donante podría ser considerada como la madre, argumenta nuestra informante. Su pueblo, donde ella ha nacido y se ha criado, reconocería inmediatamente a la donante y, por tanto, le atribuiría una relación de filiación, dado que en el parentesco una relación biológica es una relación social. Sólo el anonimato hace posible la

distinción en este caso entre la relación de parentesco y la relación genética sin reconocimiento social. Fijémonos también que a esta donante hipotética la sitúa fuera de su pueblo de origen donde todos se conocen y son parientes entre sí. La sitúa en la ciudad, otro tipo de conglomerado social donde no es posible el conocimiento interpersonal de todos sus miembros y, por tanto, se da el anonimato. Nuestra informante piensa la donación fuera de las relaciones concretas de conocimiento mutuo que son las relaciones de parentesco. Si es una donación que hace posible sus relaciones de parentesco, tiene que situarse a otro nivel. Por ello sitúa la donación de ovocitos en el anonimato de la ciudad, no en las relaciones cara a cara de un pueblo.

En torno a estas cuestiones se explicita la idea de vínculos genéticos o de raza. En las donaciones se procura que los donantes tengan la máxima similitud fenotípica que los receptores, cosa que no sucede actualmente con las adopciones internacionales. Ante la posibilidad de adopción, ¿Se adopta un niño de un mismo fenotipo?. ¿Qué pasa si se tiene un hijo adoptado y otro de las técnicas de reproducción asistida con gametos propios, pero sin el mismo fenotipo del adoptado? Estas eran cuestiones que surgían reiteradamente en las reuniones de la asociación de ayuda a la fertilidad.

Téngase en cuenta que a pesar de que las técnicas de reproducción asistida favorecen a la descendencia biológica, nuestras informantes no manifestaban una oposición radical entre hijos biológicos e hijos adoptados. Las donaciones suponen una especie de gradación mediadora entre ambos polos, pero también, como ya hemos visto anteriormente, la opción de las técnicas de reproducción asistida se basan en la incertidumbre de la reproducción biológica, mientras que la adopción se basa en la certeza de la filiación social. En este contexto podríamos decir que hay un desplazamiento radical del orden normal del parentesco: en oposición a la comprensión tradicional del parentesco aquí la naturaleza se hace incierta y el parentesco “ficticio” se convierte en el más cierto. Sin embargo, como ya hemos indicado, el parentesco permite constantemente pasar del dominio de la naturaleza al dominio de la sociedad sin necesidad de fijar ninguno de estos dominios como el determinante y substancial. Por ello, no hay ninguna contradicción entre querer a un hijo

biológico o querer adoptar a un hijo. La identidad se hace tanto a través del conocimiento de los gametos y la herencia genética de una persona nacida como a través de los lazos afectivos que se desarrollan entre parientes. Es a través del “día a día” que uno se convierte en padre o madre. Como decía una pareja que seguía un ciclo de fecundación *in vitro*, “ser padres quiere decir que has de **criar** al hijo, mantener las relaciones y los lazos. No es una cuestión puramente física”. Al mismo tiempo que se construye lo físico, se construye también el vínculo de parentesco.

Uno de los principales símbolos en las relaciones de parentesco es la cópula sexual como la condición de posibilidad para la construcción social de las relaciones de parentesco. La naturaleza precede a la sociedad. Tal es el orden como se presenta en nuestra sociedad una relación de parentesco. En nuestra comprensión moderna entendemos el parentesco como una noción cultural de relación que deriva de la idea de compartir y transmitir una sustancia corporal común. Esta sustancia común tiene su origen en la cópula sexual. Hay que tener en cuenta, no obstante, que ha habido dos principales cambios en las categorías modernas de reproducción. El primero fue la separación de la cópula sexual de la reproducción a través del control de la natalidad. En los valores morales este aspecto de control de la fertilidad es un bien social y está relacionado con la autonomía y la libertad sexual de la persona. El segundo está relacionado con el tratamiento clínico de la infertilidad e implica que la concepción es posible sin una cópula sexual que la preceda. La tecnología suple a la cópula sexual. El principal símbolo del parentesco, la cópula sexual (cf. Schneider, 1980), es desplazado por la tecnología. Ello implica que la identidad entre el feto y la madre o entre el embrión y el padre ya no puede ser dada por supuesta. La tecnología dispersa los conceptos de paternidad y maternidad.

La capacidad de separación de la tecnología es unida de nuevo por un proceso de reconstrucción simbólica. Este es el trabajo simbólico al que se ven confrontadas las personas que siguen un tratamiento de reproducción asistida. No tienen, en este caso, ninguna asistencia experta, simplemente su propia experiencia experta en el parentesco:

1) “La cópula sexual” es un símbolo del parentesco y hace referencia a un descendiente biológicamente relacionado. Tratar de tener “un descendiente genéticamente relacionado” es una de las principales motivaciones de las tecnologías de reproducción asistida. La maternidad y la paternidad se presentan como un deseo individual que se pone en relación con las representaciones culturales de la feminidad, la masculinidad y la familia. Ser madre y ser padre forma parte de la “normalidad” de las cosas. Tener un hijo, se expresan las mujeres y hombres a los que hemos entrevistado, es un momento necesario dentro de su historia de vida como mujeres, como hombres y como pareja. La fecundación *in vitro* con los gametos de ambos padres suple a la “cópula sexual”.

2) La idea de familia es completa si introducimos en la imagen a algunos niños/as. A pesar de las diferentes alternativas de familia, dos adultos con hijos se mantienen como la idea normativa de la familia conyugal. La tecnología trata de completar esta idea normativa, es decir, hace posible la familia biológica. El “tener una familia” según el modelo normativo de familia nuclear biológica compuesta de padre, de madre y de hijos es una importante expectativa de muchas parejas en un momento de su ciclo vital. Nuestros informantes, en las entrevistas, se han referido repetidamente a la necesidad de tener hijos para que su vida como personas y como familia pudiera ser “normal”.

3) El parentesco es un híbrido de dos dominios: el genético y el social. Estos dos elementos son simultáneos. El *genitor* es el padre y la *genetrix* es la madre. La maternidad significa una identidad genética, identidad con el hijo/a durante el embarazo, el nacimiento y el cuidado del hijo/a. La paternidad significa el poder de engendrar vida y de socializar una nueva vida. Cuando las tecnologías separan un aspecto de este continuo, se pone el acento en el otro. En las donaciones de esperma, el padre acentúa el aspecto social de su rol con relación al aspecto natural de la madre. Vida significa vida social añadida a la vida natural. En la donación de ovocitos la madre acentúa el proceso de embarazo y de lactancia. Vida significa una experiencia corporeizada. La FIV con gametos de ambos padres transforma la esposa en *genetrix* y al marido en

genitor y proporciona un hijo/a que es genéticamente relacionado con ambos y es el símbolo de su unión. Es una familia completa. Lo que las tecnologías separan, “la cópula sexual” de la reproducción, es unido de nuevo por el proceso de tener un descendiente. Las dificultades en conseguir al hijo/a se acentuarán para indicar la cualidad de la relación (un hijo/a muy deseado) frente al “proceso artificial de la concepción” (no en el cuerpo de la mujer y no después de la cópula sexual).

Tener un hijo propio es uno de los principales temas de la motivación de los tratamientos de infertilidad. “Propio” significa diferentes cosas. El contexto del tratamiento define el significado de esta relación: relacionado genéticamente, haberle dado a luz, haberlo gestado durante el embarazo. Sin embargo, “propio” significa principalmente una relación biológica de algún tipo. Nótese que en nuestra cultura el auto-conocimiento es considerado como fundamental para el desarrollo de la identidad personal, y ello incluye un conocimiento sobre los orígenes genéticos y sobre la paternidad biológica. Este conocimiento es representado por medio de diagramas genealógicos y por la idea de una continuidad en la cadena de descendientes de la familia. El hijo/a “propio” implica una continuidad en la cadena genealógica. Nótese que la genealogía está relacionada con la biología y que la relación de parentesco genealógica es una transposición literal de la relación biológica. Las otras relaciones (como dirían los antropólogos clásicos) son “ficticias”. La relación básica es una relación biológica, las otras son una metáfora de estas (padrinos, hijos adoptados, padrastros). Sin embargo, dada las posibilidades de donaciones de gametos en las técnicas de reproducción asistida se incluyen nuevas “ficciones” y nuevos significados de lo “propio”. Confrontada ante la posibilidad de una donación de ovocitos o una adopción, una mujer tiene claro que los “hijos son tuyos”. Lo que los hace tuyos es el vínculo y la cualidad de la relación. “Me imagino que cuando adoptas a un niño, en este momento es tuyo”. Sin embargo, la cualidad de vínculo parece aumentar si hay algún elemento biológico. “Parece que si lo has tenido tú, aunque sea por donación, lo sientes más tuyo”. La relación biológica durante la gestación se convierte así en central, porque a partir de este momento se establecen tanto los vínculos biológicos como los vínculos de

filiación. De ahí la idea de que los hijos se parecen a los padres, incluso en el caso de donaciones. Así lo expresaba una madre que acababa de tener un hijo por donación de óvulos. Todas las personas que la visitaban expresaban la idea del parecido entre ella y el niño recién nacido.

El proceso reproductivo moderno europeo es concebido en términos de relaciones temporales que han sido biológicas o se transforman en biológicas: las “raíces” y los “lazos primordiales” vienen del pasado y son concebidos en términos biológicos. La naturaleza es un elemento básico en la conceptualización de la identidad y naturaleza en los tiempos modernos es concebida principalmente en términos de la biología. El futuro es también concebido en términos de producir nuevas relaciones. La continuidad de estas nuevas relaciones está concebida en términos de genealogías que sustentan sustancias provenientes de otras sustancias. Las genealogías en la modernidad son concebidas en términos biológicos. Algunos primordialismos modernos y algunas utopías han sido concebidas en términos biológicos. Los lazos primordiales de la comunidad provienen de una naturaleza común que se reproduce y las utopías son el resultado de reproducciones genéticamente modificadas. La identidad es el sentimiento común de la cultura que proviene del pasado y dado que la cultura es después de la naturaleza la identidad se entronca con la naturaleza. En este proceso hay una apropiación de la naturaleza. La cultura tiene su propia naturaleza. El proceso reproductivo replica en el microcosmos del individuo esta cosmología moderna de la naturaleza: los padres tienen sus propios hijos. Estos se parecen a sus padres y durante el proceso de crianza desarrollan algunos aspectos de su naturaleza que los hace diferentes e individuales. Para ello, es fundamental la interacción, es decir, la relación que se establece entre padres e hijos, la relación del “día a día” de la que hablan nuestros informantes, una relación no sólo basada en la “naturaleza”, sino en la “crianza”.

Como hemos indicado anteriormente, dado que la filiación se basa en los hechos naturales de la reproducción humana, no es nada fácil expresar por qué alguien quiere tener un hijo, pero más difícil es decir por qué lo quiero tener “yo”. Los avances en medicina

hicieron posible desligar las relaciones sexuales de la reproducción, liberando así a las mujeres de su deber con el resto de la sociedad. Se esperaba de las mujeres que fueran alguien más que un sujeto de reproducción biológica y social. El uso generalizado de medidas de anticoncepción en la sociedad occidental podía contribuir a que la mujer pudiera desarrollarse como sujeto individual. Algunos movimientos feministas de los años 60-70 llegaron incluso a luchar por la erradicación del hecho maternal, puesto que creían que ser madre sólo era un constreñimiento en el desarrollo de la mujer que en nada favorecía su identidad. Sin embargo, una gran parte del mundo femenino de ese mundo occidental no coincidía con estos puntos de vista, creían en la liberación de la mujer en el campo de la reivindicación laboral, de su papel como ciudadanas y en su papel dentro del núcleo familiar, pero no compartían el hecho de dejar de lado la posibilidad de ser madres y tener hijos. Lo que sí querían era la justa valoración por parte del resto de la sociedad de su papel dentro de cualquier comunidad y en cualquiera de las actividades en las que participasen, y la colaboración de los hombres en la crianza y cuidado de los hijos. De ahí, que el movimiento feminista cambió de forma notoria sus planteamientos y concentró su lucha en la defensa de los derechos de la mujer pero teniendo en cuenta, también, la maternidad como un derecho más al que el estado y los gobiernos debían ayudar y sostener.

En la sociedad española actual el rasgo distintivo que caracteriza la demografía es la baja natalidad. Dicho así parecería que las personas no quisieran tener hijos. Pero esto sabemos que es falso puesto que a la vista de resultados de otros estudios sociales, el bajo índice de natalidad se genera porque las personas deciden, en general, tener menor número de hijos (cfr. Alberdi, 1999; Cruz, 1995). Es decir, los hijos son importantes, tan importantes que la población considera que han de ser deseados, que han de ser el fruto de una decisión pensada, valorada y voluntaria. Por esta misma razón, se considera que un mayor número de hijos se corresponde con la concepción de traer hijos al mundo de forma irresponsable o debido a condicionamientos sociales de las mujeres que, se considera, ya no existen en nuestra sociedad. Se tienen hijos en un momento determinado del ciclo de la pareja. Hay siempre en estos ciclos una etapa de control consciente de la fertilidad. De ahí que la infertilidad

aparezca como más difícil de aceptar. Hay que poner más voluntad y decisión para superar los obstáculos de la naturaleza. En las entrevistas con nuestras informantes hemos podido constatarlo, observando también que tal decisión se toma habitualmente después de haber conseguido otros objetivos como la estabilidad laboral, la consolidación de la pareja, el divertirse juntos, el viajar, etc. Una mujer nos justificaba así su decisión de tener hijos:

“Mi compañero hacía tiempo que estaba establecido. Yo también consideraba que estaba en un punto que consideraba que era el momento: a nivel profesional me sentía más estable, estaba haciendo el trabajo que quería hacer, económicamente bien, tenía la sensación que había hecho cosas, había viajado, estudiado,... pues me dije: ahora que estoy bien y he hecho muchas cosas, también tengo ganas de tener un hijo”.

Mientras que el periodo anterior lo describía así:

“Cuando era más joven pensaba: ¿hijos? ¡Vaya historia!, ¡Ni pensarlo!. Mi compañero decía que si quería tener pero que teníamos que encontrar el momento. Y el momento nunca lo entrábamos. Teníamos muchas cosas que hacer. No quería tener un hijo porque toca, como hacen muchas parejas, sino porque tuviera ganas verdaderas de llevar un hijo al mundo. Que fuera una fase del proyecto en común con mi pareja, de poder ofrecer afectividad, el poder compartir, el ofrecer amor, etc. Es una manera de atravesar, de dejar huella en algún lugar. Es el reto que supone ser padre, o lo bonito!. También creo que es capaz de despertar unos recursos y unas habilidades ahora escondidas. Ahora pienso que si no puedo tener hijos habrá una parte de mí que no llegaré a descubrir, y esto me sabe mal, me apena. Pero creo que lo más importante es la sensación de querer transmitir cosas a una persona con la que sabes que podrías estar a gusto, y que sabes que ella te daría cosas, y que tú darías cosas a él. También ... el trascender en el espacio, en el tiempo. También por tradición ...”.

Obsérvese que el tener un hijo se planea como una etapa más en la vida, independiente de las otras, y una vez superadas las que se consideran prioritarias. Obsérvese, también, como califica de “reto” el

ser padre relacionándolo con la capacidad de poder ofrecer y compartir afecto y amor. Otra informante nos decía con relación a su decisión de tener hijos:

“Cuando nos casamos, ni mi marido ni yo teníamos trabajo fijo. Parece que primero te quieres establecer o al menos prepararte profesionalmente. Hoy ya le aseguro que lo haría totalmente distinto”

Y su marido sigue:

“Al principio creo que es importante conocerte, saber como convives, ver los problemas de la convivencia día a día, saber las manías, los gustos del uno y el otro. Hay que intentar que el respeto inicial se siga manteniendo, y que cada vez haya más. La decisión de tener un hijo es seria, muy seria. No es una decisión que puedas tomar así como así. Creo que antes hay que sentar unas bases, unas bases de respeto y convivencia para que después seas mas capaz de educar al ser que crece. Supongo que esto fue lo que nos inclinó a demorarlo (la decisión del hijo)”

Se podría decir que los hijos representan más un deseo de continuidad personal que un deber de reproducción social. A la vez que un hijo, en la mayoría de los casos, forma parte de un proyecto en común, el de la pareja. La posibilidad de no tener hijos ejerciendo la libertad individual es cada vez más aceptada por la sociedad. Este hecho, contribuye todavía más a extender la idea que los hijos han de ser deseados, que han de ser el resultado de una decisión responsable porque son una de las experiencias vitales más importantes que puede tener una persona.

Pero no estamos hablando del instinto maternal en estricto sentido biológico porque si lo aceptamos también tendremos que hablar del instinto de tener hijos. No sólo las mujeres quieren tener descendencia, los hombres también, pero, además, no sólo los quieren las parejas heterosexuales, las parejas homosexuales también. Estos sentimientos, actitudes y comportamientos nos podrían sugerir que en el mundo “moderno y civilizado” hay deseos

individuales y necesidades relacionales que se expresan a través de la descendencia. ¿Qué aporta un hijo? Desde luego que nada material por lo que no podemos pensar en que sean una inversión de futuro para sus padres. Al contrario, tener un hijo comporta gastos materiales, dificultades laborales, básicamente para las mujeres, y pérdida de autonomía y libertad de acción, así como la adquisición del deber que fluye del que se sabe ligado y responsable “para siempre” a otro ser. ¿A qué se debe que personas con hijos hablen de que los hijos compensan estos inconvenientes? Estamos tan habituados a utilizar el lenguaje en términos económicos que algunas personas, en vez de decir o expresar sus sentimientos con otras palabras hablan de “compensación”, es decir, “lo pasas mal por todo lo que tienes que dar, pero ver un hijo como aprende, como te quiere y como se desarrolla como persona tiene más valor”.

Las personas infértiles lo son en la medida en que no pueden tener hijos, en la medida en que no pueden conseguir lo que el resto de la población puede, si quiere. Se sienten muchas veces injustamente tratados por la naturaleza, puesto que la condición de la reproducción es parte fundamental de los seres vivos. Por esta razón, y al hilo de nuestro argumento, las palabras que expresan entorno a los conceptos de maternidad y paternidad, lo que significa desear y tener hijos cobran mayor protagonismo para nuestra reflexión.

“Es algo por lo que luchar en la vida”; “es como una especie de ilusión pero que no se de donde sale”; “es el deseo de compartir cariño”; estas frases son algunas de las que personas infértiles expresan cuando hablan de su deseo. No tiene una única explicación sino que el deseo surge por motivos diferentes, y con situaciones personales muy diversas. Pero si aparece de forma recurrente la idea que es un sentimiento o un deseo difícil de explicar que surge de lo más íntimo de la persona:

*“(...) Supongo que es como todo en la vida, hay mucha gente que me ha dicho: ‘¿Para qué quieres tener hijos, si total, ya verás, luego te arrepientes...’, y gente que tiene hijos ¿eh? Bueno, pues **quiero arrepentirme por mi misma**, ¿no?, o sea, es como...yo que sé, yo si quiero cruzar un río y me*

*caigo, pues quiero cruzarlo yo...no esperar a...no decir: 'No, no lo cruzo, porque he visto caerse al anterior', o sea, **la experiencia la quieres vivir por ti mismo**, entonces no te sirve de nada que te lo cuenten, o que lo veas, quieres...pasarlo, aunque sea luego la cosa peor del mundo, ¿no?, porque te puede pasar de todo, puede salirte una persona... un crío problemático, a ver, problemas los hay, ¿no?, pero es que toda la vida, en realidad es un poco un problema, porque nos lo vamos creando nosotros también ¿no?, o sea, ya cuando te metes en una casa, pones una hipoteca, te casas, no sé qué, y te vas a convivir con una persona, siempre es un reto que tú vives...en tu propia carne...que no es allí...no sé, **es una cosa como más interior, que la sientes más, claro, sale de ti...no sé...***

Entre las personas que acuden a la reproducción asistida existe una idea compartida que fluye y ésta es la posibilidad de tener un hijo propio. Realizar un deseo que ha llegado a adquirir una gran importancia puesto que el hecho de tener un hijo ya no solo forma parte de una decisión responsable, sino que, en muchos casos, va rodeada de esfuerzo físico y emocional, y cuando se ve la posibilidad de hacer las cosas como "los otros" se prefiere tomar esta opción. Tener hijos es crear nuevas relaciones en las que se supone que el afecto y el cariño son parte fundamental pero, al mismo tiempo, se espera de esos hijos que sean una continuidad de la propia vida, como una etapa más que completará la realización personal de los individuos y, también, se desea que los hijos tengan semejanzas a sus padres tanto físicas como de personalidad. De ahí, la importancia que adquiere para las personas infértiles la posibilidad de ser padres relacionados biológicamente con su descendencia. Como ya se ha dicho, la separación de las categorías madre/padre social y madre/padre natural, por supuesto, no es nueva, ya que en nuestra sociedad hay muchos casos de adopción o bien de mujeres y hombres que ejercen como madres o padres de los hijos de su pareja. Pero para las personas que son usuarias de técnicas de reproducción estar conectado genéticamente y/o pasar por la experiencia de un embarazo y un parto les aproxima y ayuda a pensar en que están construyendo una nueva relación, que será más completa con el hijo que ha de llegar. Por esta razón, nos

parece fundamental destacar que, a partir de la introducción de las técnicas de reproducción asistida, aparece una nueva posibilidad: la del vínculo biológico que se convierte en uno de los pilares en los que se sustenta la demanda de este tipo de técnicas.

Relacionado con la idea de tener un hijo propio está el discurso de la voluntad personal. “Querer tener un hijo sale de ti”, nos decía una mujer analizando su deseo. La autonomía de la volición es algo que es el atributo de una persona madura capaz de elegir entre diferentes opciones. En el discurso público “la voluntad personal” puede ser atribuida a causas. La volición, sin embargo, puede ser atribuida a otros - una volición inducida por las mismas tecnologías de reproducción asistida para regular la capacidad reproductiva de las mujeres, un mandato cultural de ser madre, un impulso natural a reproducirse, un resultado de la misma oferta de tecnologías de reproducción asistida en una sociedad de mercado. El carácter de estos discursos es la negación de una volición autónoma al considerar que la motivación se encuentra en otros diferentes dominios -cultura, tecnología, sociedad, natura. Como indican muchas parejas se empieza a buscar a los hijos cuando la familia pregunta, cuanto los amigos de la misma edad empiezan a tenerlos, etc. El deseo de un hijo propio está relacionado con la idea de familia y con la idea de una continuidad.

En contraste con este discurso de causas externas que inducen a la voluntad a superar la propia infertilidad, hay otro discurso que se centra en las responsabilidades personales (atención al cuerpo, control de los protocolos clínicos, etc.). Las elecciones personales pueden causar resultados. En el caso de la infertilidad la elección personal de posponer la decisión de tener un hijo, puede ser considerado como un destino a la infertilidad. Los índices de fertilidad bajan con la edad y una persona puede ser consciente de su infertilidad demasiado tarde. Las técnicas de fecundación asistida aparecen en una era de control de la natalidad y de bajos índices de fertilidad. Como indicaba una mujer analizando la fertilidad de su pueblo a partir de su infertilidad involuntaria. Conoce muy pocas mujeres de las generaciones anteriores que no tengan hijos. Sin embargo, ahora dicha situación parece más normal.

En un discurso la volición es el resultado de causas externas y en el otro la volición es la causa. Como en el parentesco una persona es el resultado de relaciones de parentesco previas y es el centro de relaciones de parentesco que activa como agente. El ego de una genealogía es objeto de la acción de otros y también sujeto de la acción. La identidad es relacional, es decir, depende de la interacción social y es al mismo tiempo substantiva, es decir, se desarrolla desde dentro en la intimidad del yo.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión vamos a subrayar una serie de aspectos de nuestra etnografía de las técnicas de reproducción asistida que consideramos relevantes para las implicaciones socio-culturales de los tratamientos de infertilidad.

1. La etnografía nos ha permitido analizar la relación entre biología y sociedad. No tanto en términos deterministas, por ejemplo, las causas biológicas del comportamiento humano, sino en términos del significado que nuestra sociedad atribuye a la biología. Partiendo de esta perspectiva nuestra etnografía relaciona los hechos biológicos de la reproducción humana con su significado social. El marco social de la reproducción humana es la construcción de relaciones de parentesco. Así es como lo hacen las pacientes que siguen un tratamiento de infertilidad. El problema con que se encuentran estas pacientes en las clínicas es la atención exclusiva sobre los aspectos biológicos de la reproducción, obligándoles a pensar sin ninguna asistencia sobre el significado social que tienen para sus vidas los hechos biológicos de la reproducción. Con las técnicas de reproducción asistida la dimensión estrictamente biológica de la reproducción pasa a primer plano y se reduce su dimensión social a los aspectos legislativos y morales que estas técnicas han provocado. El tratamiento de infertilidad implica una uniformización funcional y semántica del universo multisignificativo de la reproducción humana. El deseo de engendrar puede tener su origen en un discutible instinto de maternidad o paternidad, pero en cualquier caso se trata siempre de un deseo sobredeterminado social y culturalmente por multitud de contextos particulares. El tratamiento de infertilidad resignifica dentro de la disciplina biomédica el deseo de engendrar y lo transforma semánticamente en un proceso exclusivamente biológico. El deseo de procrear ya no es el deseo de traer al mundo una persona con la que se mantendrán determinados vínculos emocionales y sociales, sino que se convierte en el deseo de que se produzca el número necesario de óvulos y espermatozoides, de que los gametos fusionen sus núcleos, de que los embriones se

implanten en el útero, etc. Se deja a las pacientes o parejas el proceso de elaborar por sí mismos los lazos sociales de la filiación a partir de su experiencia en relación a los protocolos médicos de los tratamientos de infertilidad.

2. Los tratamientos de infertilidad tienen por objeto la consecución de un hijo biológico para aquellas parejas que sufren alguna discapacidad en su aparato reproductor. Los tratamientos de infertilidad no tienen por objetivo la curación de ninguna enfermedad sino la producción de un determinado vínculo de consanguinidad. De ahí el estatus ambiguo de estos tratamientos, no se trata de terapias que actúan contra alguna patología, y el estatus ambiguo de los pacientes de estos tratamientos, no se trata de enfermos que van a ser curados de ninguna dolencia. La indefinición social de las técnicas de reproducción asistida explica la poca decisión con que se aborda la cuestión de los tratamientos de infertilidad por parte de las políticas sanitarias públicas. Al definirse como una cuestión puramente biológica e individual, parece que sólo tiene una solución de tipo individual y biológico en las clínicas privadas. Ello contrasta con las largas colas de listas de espera en las unidades de reproducción asistida de la sanidad pública, así como por la preocupación pública en legislar sobre los tratamientos de infertilidad y la atención que tiene estas técnicas en los medios de comunicación. Los tratamientos de infertilidad se viven muchas veces como procesos antinaturales por dos razones. En primer lugar, por la alteración de los ritmos biológicos de la mujer que conllevan y que se entiende como una modificación deliberada de procesos vistos como naturales. En segundo lugar, porque el tipo de proceso de procreación que se persigue con estos tratamientos es un proceso substancialmente distinto del que se percibe como proceso normal de procreación: ya sea porque se cambia el material genético en el que se basa normalmente la reproducción, caso de donación de gametos, o ya sea simplemente porque se abrogan las relaciones de causalidad entre cópula sexual y embarazo.

3. Los tratamientos anteponen en el tiempo el problema que encontramos en nuestra sociedad de compaginar las demandas de la reproducción y las demandas del trabajo. Si esta contradicción se resuelve con el control de la natalidad durante un periodo del ciclo

fértil de la mujer y se tiene que resolver pragmáticamente después de la concepción y el embarazo, las parejas infértiles tienen que adaptarse a las demandas contradictorias de la reproducción y del trabajo precisamente antes de la reproducción, es decir, durante el proceso de los tratamientos de infertilidad. Los tratamientos de infertilidad se realizan principalmente en el cuerpo de las mujeres. La intensa medicalización y tecnologización de la procreación que implican estos tratamientos alteran substancialmente los ritmos biológicos de las pacientes, que entran en un proceso de alienación de su propio cuerpo. La alteración de los ritmos biológicos de las mujeres comporta también una alteración de sus ritmos sociales y la consiguiente necesidad de adaptar su forma de vida a la disciplina del tratamiento. Para conseguir esta adaptación las mujeres se ven a menudo obligadas a comunicar su aflicción en su entorno social inmediato. Lo cual redundaría en su sensación de aislamiento, no porque la mujer infértil sea una marginada social, sino por la falta de conceptos culturales precisos con los que expresar su situación. Por tanto, sea cual sea la reacción de los terceros, la paciente que intenta comunicar su infertilidad acostumbra a tener la experiencia de aislamiento e incompreensión.

4. Nuestra etnografía permite abordar el concepto de infertilidad involuntaria en una sociedad con régimen demográfico post-malthusiano. La infertilidad en nuestra sociedad no es una categoría social claramente definida. Incluso, si es voluntaria, es valorada positivamente en términos de control de la natalidad, libertad sexual y cualidad de la vida familiar. Por ello produce un profundo malestar en las personas infértiles, malestar que hemos caracterizado en términos de un vacío cultural, dado que la fertilidad, a diferencia de muchas sociedades tradicionales, ha dejado de ser un valor absoluto. La reproducción no es un imperativo social, sino una decisión individual. Sin embargo, cuando se ha tomado una decisión positiva en relación a la reproducción, el encuentro con la infertilidad se manifiesta en un sentimiento de marginalidad respecto al entorno familiar y social. Dado que la infertilidad se vive como un problema biológico y, por tanto, individual, relacionado con el sentimiento de marginalización, aparece la idea de culpa. De ahí que asociado a los tratamientos de infertilidad aparezca muchas veces la necesidad de una asistencia de tipo psicológico.

5. Hemos caracterizado el proceso de los tratamientos de infertilidad como una liminalidad sin fin. La condición de persona infértil en las post-malthusianas sociedades occidentales no constituye un estatus social definido puesto que la fertilidad ha perdido su categoría de valor absoluto. El individuo que pasa por un tratamiento de infertilidad se ve atrapado en la liminalidad sin fin de un rito de paso que se prolonga indefinidamente mientras el tratamiento no tiene éxito. El infértil, más que un marginado social, es un individuo sin un estatus social definido: al no recibir en nuestra sociedad una valoración cultural precisa, carece de instrumentos conceptuales que le permitan pensar y comunicar culturalmente su condición social. El resultado suele ser una situación de angustia y aislamiento. La infertilidad es un problema que puede afectar a hombres y mujeres, y aunque los tratamientos de infertilidad se ejerzan principalmente en las mujeres, la infertilidad se vive casi siempre como un problema de la pareja (a pesar de que la experiencia de la aflicción y de su tratamiento sea lógicamente muy distinta para hombres y mujeres). En las sociedades occidentales la reproducción se subordina siempre al objetivo del bienestar de la pareja. A diferencia de otras sociedades, nunca se entiende que el matrimonio tenga como objetivo la reproducción de una identidad social determinada, sino que es la procreación el medio por el que se pretende conseguir la plena realización del matrimonio. Por ello el cónyuge infértil no se angustia tanto por la sensación del deber social incumplido, y por el posible castigo, sanción o repudio que pueda recibir de su compañero, sino por los trastornos que la infertilidad y su tratamiento producen en la vida de la pareja y en su entorno familiar. No hay aquí un deber abstracto de reproducción, sino más bien una necesidad específica y particularizada de satisfacción emocional, con los cónyuges, con los padres, etc. que las personas infértiles no pueden realizar.

6. Hay que resaltar la importancia que se da a la información de los procedimientos clínicos de estas técnicas por parte de las pacientes. Una información que, desde el punto de vista de las pacientes, aparece siempre como insuficiente. Además lo importante no es sólo la información de todos los procedimientos clínicos, sino el sentido que dan las pacientes a todo el proceso de reproducción asistida.

Queremos resaltar un aspecto importante de nuestra etnografía de las técnicas de reproducción asistida: cuanto más conocimiento hay sobre la reproducción, más incierta es la reproducción. En la experiencia de la reproducción asistida cuanto más conocimiento se tiene sobre la biología de la reproducción, mayor es la incertidumbre en relación a la consecución de un lazo de filiación. Ello tiene una repercusión social importante en relación al orden simbólico de nuestra concepción del parentesco: las relaciones de parentesco ya no pueden basarse en los hechos ciertos de la reproducción. El automatismo cultural entre reproducción y vínculo de parentesco, no se da en el contexto de las técnicas de reproducción asistida. La incertidumbre, la suerte o el azar son característicos de los resultados de las técnicas de reproducción asistida, es decir, de la consecución de un vínculo de filiación.

7. En el contexto de esta incertidumbre el proceso de la reproducción asistida, desde el punto de vista de las paciente, absorbe la vida de la persona, es duro y disciplinado tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista psíquico. Los “nervios” es la categoría cultural con que las pacientes normalmente afrontan los tratamientos de infertilidad. Ello implica una adaptación personal tanto a las demandas físicas como a las demandas sentimentales de los tratamientos. En términos físicos supone un control del cuerpo y una adaptación a los ritmos de los ciclos de los tratamientos. Una adaptación del tiempo biológico de los tratamientos al tiempo social de las pacientes. En términos psíquicos supone un constante control de la esperanza de la filiación. Las técnicas de reproducción asistida proponen la esperanza de la reproducción a las personas que tienen problemas de fertilidad. Se trata de una posibilidad estadística que implica incertidumbre desde el punto de vista individual. Hay que saber llevar a cabo un control de esta esperanza, del deseo del hijo. Dado que el proceso de los tratamientos de reproducción asistida se expresa en términos de ciclos y de posibilidades que se cierran y posibilidades que se abren, lo hemos caracterizado, desde el punto de vista de las pacientes, como una carrera de obstáculos y como un proceso sobre el que es difícil decidir la introducción de un límite en un momento dado a los tratamientos de infertilidad.

8. En nuestra etnografía hemos caracterizado al parentesco como una potente matriz cultural que relaciona los hechos de la vida (la biología de la reproducción) con los hechos de la sociedad (las relaciones sociales de filiación). Una relación de filiación, como decían nuestras informantes, implica el aspecto biológico de la concepción y el embarazo, pero, sobre todo, la relación de crianza posterior. Una relación de filiación se da cuando un hijo es “natural y criado” en una familia. De ahí que, si bien las técnicas de reproducción asistida inciden únicamente en la dimensión biológica de la reproducción, nuestras informantes insistan en el aspecto relacional del parentesco –“ser madre es una relación de crianza”-, más que en el aspecto sustantivo del parentesco –“la aportación genética de la pareja”. Esta capacidad del modelo cultural del parentesco de establecer relaciones entre biología y sociedad permite a las pacientes de las técnicas de reproducción asistida dar sentido a los “hechos de la reproducción asistida”, tanto a su propia experiencia en la consecución de la reproducción como a los dilemas que pueden plantearse en el futuro en relación a sus embriones congelados. Este sentido social de la reproducción asistida no lo encuentran ni en la clínica ni en la legislación, lo encuentran es su propia experiencia del parentesco. Queremos recalcar que, si bien los especialistas clínicos de las unidades de reproducción asistida, son expertos en la biología de la reproducción, ha que tener en cuenta que sus pacientes son expertas en las relaciones de parentesco, es decir, en la capacidad de dar sentido social al proceso de reproducción al que son asistidas en la clínica. Nuestra etnografía se ha basado en este conocimiento “experto” del parentesco. Al expresarlo hemos querido hacer visible un aspecto que normalmente aparece oculto tanto en las clínicas como en las representaciones públicas de las técnicas de reproducción asistida.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, I (1999) *La nueva familia española*. Madrid, Taurus.
- BECKER, Gay (2000) *The elusive embryo. How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley, University of California Press.
- BESTARD, Joan (1998) "Artificial y natural: ¿Qué queda de la naturaleza?" en *Parentesco y modernidad*. Barcelona, Paidós.
- CRUZ, P (1995) *Percepción social de la familia en España*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- EDWARDS, Jeanette. (2000) *Born and Bred. Idioms of Kinship and New Reproductive Technologies in England*. Oxford, Oxford University Press.
- EDWARDS, Jeanette, FRANKLIN, Sarah, HIRSCH, Eric, PRICE, Frances and STRATHERN, Marylin (1993) *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception*. Manchester, Manchester University Press.
- FORD, Norman M. (1988) *When did I begin? Conception of the Human Individual in History. Philosophy and Science*. Cambridge, Cambridge University Press.
- FRANKLIN, Sara.h (1997) *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*. London & New York, Routledge.
- FRANKLIN, S.; RAGONÉ, H. (1998) *Reproducing Reproduction*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- HOMANS, H. 1982. "Pregnancy and birth as rites of passage for two groups of women in Britain", en *Ethnography of Fertility and Birth*. C. P. McCoRMACK (ed.) Londres, Academic Press.

- INHORM, Marcia C. (1996). *Infertility and Patriarchy. The Cultural Politics of Gender and Family Life in Egypt*. Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- KAHN, SUSAN MARTA (2000). *Reproducing Jews. A Cultural Account of Assisted Conception in Israel*. Durham and London, Duke University Press.
- KLEINMAN, Arthur (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- MARCUS, George E. (1995) "Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography", *Annual Review of Anthropology* 24: 95-117.
- McCORMACK, C.P. (ed.) (1982) *Ethnography of Fertility and Birth*. Londres, Academic Press.
- RAPP, Rayna (1999) *Testing Women, Testing Fetus*. New York and London.
- SANDELOWSKY, Margarete (1993) *With Child in Mind. Studies of Personal Encounter with Infertility*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- SCHNEIDER, David. M. (1980) *American Kinship: a Cultural Account*. Second Edition. Chicago: The University of Chicago Press.
- STEINBERG, D.L. (1990) "The depersonalisation of women through the administration of *In Vitro* Fertilisation", en McNEIL, M.; VARGOE, I. ; YEARLEY, S. (eds.): *The New Reproductive Technologies*. Londres, Macmillan Press.
- STRATHERN, Marilyn (1992a) *After Nature. English Kinship in the Late Twentieth Century*. Cambridge, Cambridge University Press.
- THOMPSON, Charis (2001) "Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic", in Frankin S. and McKinnon, Susan (eds), *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies*. Durham. Duke University Press..

YANAGISAKO, Sylvia and DELANEY, Carol (1995) *Naturalizing Power*. New York and London, Routledge.

