

**desde el diván**

---

## Demanda de hijo y deseo de ser madre

Silvia Tubert

### I

Lo tendré porque lo tengo que tener, o no entiendo el mundo.

*Yerma*

Federico García Lorca

“**Y**o creo que no voy a tener suerte, pero voy a seguir haciéndomelo hasta que me diga la doctora que ya. . .”

— “Será tu destino, es cuestión de tener suerte.”

— “Cuando me dijeron que tendría dificultades para tener hijos, empecé a decirme: *Tengo que, tengo que, tengo que* tener un hijo antes de los 30 años. No sé por qué.”

¿Es el deseo de hijo lo que alienta en estas invocaciones al destino, a la suerte, o en el imperativo “tengo que”, que se impone ante las dificultades? ¿Es la falta de hijo lo que hace al mundo incomprensible, carente de sentido?

Las que así hablan son mujeres que han comenzado a visitar los servicios de esterilidad después de uno, dos o tres años de haberse casado. Se les ha propuesto tomar parte en un programa de fertilización in vitro (FIV) después de períodos que fluctúan entre los 4 y los 10 años de “análisis, exploraciones, insuflaciones de trompas, biopsias, radiografías, laparoscopías, operaciones de trompas, tratamientos hormonales”. En ningún caso se les sugirió una consulta psicológica, aunque me refiero, específicamente, a un grupo de diez mujeres que, según los informes médicos, no presentan ningún impedimento anatómico ni fisiológico para un posible embarazo.

Se plantea así un doble interrogante: ¿por qué se les indica un programa FIV? Y su contrapartida: ¿por qué acceden ellas? ¿Qué quieren es-

tas mujeres? ¿El niño "a cualquier precio"? ¿Se trata efectivamente del deseo de hijo?

Aunque no dispongo de material propiamente psicoanalítico, sino sólo la transcripción de algunas entrevistas individuales y grupales que, por otra parte, fueron realizadas a propuesta de un servicio de maternidad y no por una demanda de las interesadas, quizá estos discursos fragmentarios puedan permitirnos una primera aproximación a la cuestión.

## II

Una cosa es querer con la cabeza y otra cosa es que el cuerpo, ¡maldito sea el cuerpo!, no nos responda.

*Yerma*

En la palabra de estas pacientes aparece siempre, en primer plano, la referencia al cuerpo. Ante el embarazo buscado que no se produce, emerge la demanda al médico, al hospital, al servicio de planeación familiar. El cuerpo como lugar de gestación se medicaliza. Se borra la diferencia entre el cuerpo del discurso del sujeto, que como tal está abierto al infinito juego de la significancia, y el cuerpo del discurso científico. Las mujeres "estériles" hablan del cuerpo de la medicina, sus dichos se refieren a la estimulación de la ovulación, a las extracciones de sangre, a óvulos que no fecundaron, que se rompieron o que estaban en "mal estado":

— "Te van controlando día a día. Un día el médico dice: 'Hoy ha bajado un poquito'. Entonces te dabas cuenta de que después que te había ido todo bien, el óvulo había fertilizado, te lo habían implantado, durante los primeros días todo había ido normal y, de pronto, empiezan a bajar las hormonas".

Irene relata a otras mujeres su primera experiencia en un programa FIV. Tras el fracaso, se prepara ahora para un segundo intento.

— "Fueron quince días de pinchazos, en vez de ocho. Al final, consiguieron que ovulara. Me metieron en quirófano para ver cómo tenía las trompas. Yo quería que me lo hicieran, para quitarme la duda de si estaban obstruidas o no. Había tres óvulos, me los sacaron, y no sé si se les rompieron a ellos o si estaban ya en malas condiciones; los tres se rompieron. Y después lo peor son los gases que te meten, para levantarte las tripas".

Se trata del cuerpo en su pesantez real, del cuerpo que aparece, para el sujeto, como obstáculo, como lo que se resiste a incluirse en la cadena significativa en que se desliza el deseo. Ellas hablan una y otra vez de los diferentes tratamientos y de la respuesta de sus cuerpos a ellos, como buscando descifrar un enigma, como buscando, a través de la repetición, el sentido de algo imposible de entender, obsesionadas por localizar en el cuerpo lo real de esa imposibilidad:

— “Como no me ven nada a simple vista, me van a hacer una laparoscopia a ver si *hay algo* más adentro.”

Tal vez esperan encontrar *algo* allí donde no hay nada, donde no hay más que vacío, el vacío de que da cuenta la menstruación cada mes:

— “He tenido temporadas de llorar y de no querer salir a la calle, porque me falta algo”.

Y, como se sabe, “un niño llena mucho”.

Pero la medicalización del cuerpo entraña una verdadera desubjetivización. Y, en tanto el sexo es la diferencia instaurada en el cuerpo, esta desubjetivización equivale a una desexualización que reniega de la diferencia de los sexos. Los sucesivos intentos de embarazo, con los consiguientes fracasos, conducen a un retorno de las identificaciones primarias, de la identificación narcisista madre-hija. El deseo del hijo como resultado de la constitución del *ideal del yo* se desvanece en favor del *yo ideal* narcisista formado a partir de las identificaciones primarias. Se desvanece correlativamente la distancia con relación a la unidad imaginaria que permitiría al sujeto tener acceso a su propia escisión: de ahora en adelante, se sacrificará el propio cuerpo, que podrá sufrir innumerables escisiones, entregado a las operaciones médicas, al goce del Otro, en aras de recuperar esa unidad ilusoria encarnada en la maternidad biológica como ideal.

Y es necesario, en estos casos, adecuarse absolutamente a ese ideal; no vale ningún tipo de sustitución simbólica; no vale la *semejanza* (la maternidad social, a través de la adopción, por ejemplo); se busca exclusivamente la *identidad*. Pero esta duplicación narcisista en la maternidad ideal sostiene un enorme potencial agresivo; su resultado es el sacrificio del cuerpo en favor de la imagen ideal que aquél se niega a encarnar.

El sujeto, entonces, se borra y deja su lugar al cuerpo anatómico, a un cuerpo sin referencias subjetivas, sexuales, que será abordado como ajeno a toda estructura, práctica o discurso existente. Esta exterioridad

del cuerpo lo convierte en una entidad *natural* a la que hay que hacer funcionar *como debe*.

Ese objeto unitario: el cuerpo reproductor de la mujer, definido exclusivamente por sus propiedades físicas y procreadoras, correspondería supuestamente a un sujeto unificado que no puede sino desear la realización de su función. Pero la desexualización supone una renuncia al propio deseo, lo que no le deja otro lugar que el de objeto del goce del Otro.

Pero la duplicación narcisista reemplaza a la diferencia de los sexos; donde no hay tercero, no hay función metaforizante. El cuerpo es insuficiente para garantizar como tal la diferencia de los sexos; la sexualización no es una propiedad del cuerpo *natural*. Por el contrario, es la sexualidad la que determina la organización de un cuerpo. ¿Qué pasa en esta situación con la sexualidad, con el deseo? ¿Qué dicen estos cuerpos en forma negativa, con su mudez, entrando en el discurso del sujeto sólo como silencio?

Dominique Grange (1985) refiere su "combate inútil" por lograr que "la medicina hiciera de mí, a cualquier precio, una madre biológica". Ella considera que la sobrevaloración de la herencia genética arraiga profundamente en el narcisismo que supone el deseo de reproducirse cueste lo que cueste. Describe la entrega, como objeto, al goce del Otro: al callar, dejando la palabra a los especialistas, "me había dejado desposeer de mi deseo", que sólo cree haber recuperado al recurrir a la adopción. El niño volvió a situarse entonces, para ella, como objeto del deseo y no como "libra de carne", garante del mantenimiento de su posición narcisista a través de la fusión imaginaria con el ideal. Pero esto supone ya la intervención de la función metaforizante introducida, en el mito edípico, por el Nombre del Padre.

El desanudamiento de lo simbólico, de este modo, deja a la mujer atrapada entre lo Real y lo Imaginario. El niño demandado aparece como el cuarto término que tendría la función de reanudar lo desanudado. Se trata de un niño reparador, un niño narcisista, que permitiría que se mantuviera el conjunto, evitando así la psicosis.

Pero si lo simbólico pende de un hilo, las actuaciones en lo real pierden el sentido. El Nombre del Padre aparece aquí encarnado por un médico que va a proporcionar a la mujer un hijo, que la va a hacer madre, permitiéndole así encontrar un significante. Luego, paradójicamente, se buscaría restituir la función paterna a través del acceso a la maternidad;

el cuerpo gestante de la mujer ocuparía el lugar del Nombre del Padre que falta. Se buscaría en lo real del cuerpo la producción de un significante del que se espera no sólo que funde una cadena genealógica, sino que garantice también el mantenimiento de la estructura subjetiva.

En estos casos, la demanda de llegar a ser madres puede responder a la carencia de una metáfora que pueda nombrarlas como mujeres. En lugar de que la maternidad simbólica posibilite la maternidad real, se espera que la maternidad biológica haga posible una posición de sujeto sexuado femenino, pero sin pasar por la castración simbólica. Se intenta restituir el estatuto de sujeto a través de la maternidad.

La respuesta que proporcionan las nuevas tecnologías reproductivas (NTR), cristaliza y fija en la reproducción biológica la posibilidad de restitución del sujeto pero, obviamente, es incapaz de producir algún efecto de metaforización. La razón de ello es que este cuarto término sólo une lo imaginario y lo simbólico. Lo real queda desanudado, y la demanda de un hijo a cualquier precio supone la exigencia de hacer adecuar lo real del cuerpo a ese anudamiento de lo imaginario y lo simbólico sostenido por la alianza de ideología y tecnología.

### III

... sólo nosotras, las endemoniadas mujeres, nos hacemos polvo por cualquier cosa.

*Yerma*

La desubjetivación implícita en esta demanda incoercible de un hijo se pone de manifiesto, también, en la emergencia del discurso social en las palabras de estas mujeres: estereotipos sobre la mujer e ideal maternal.

— “En el pueblo, mi familia, la gente, empezaban a preguntarme por qué no tenía un niño, me decían que fuera al médico. No fui por iniciativa mía. Hice lo que me decían, para que el día de mañana no pensara que no había tenidos hijos por miedosa, o por dejada.”

— “Tantas pruebas y cosas te traumatizan un poco, te cansan. Cuando la naturaleza no lo da, no hay que obligarla. Había decidido dejarlo, pero como la doctora tuvo la gentileza de llamarme, he vuelto.”

— “Me hubiera gustado no ser mujer. La mujer lo único bonito que tiene es tener un hijo, y si encima tampoco puedo. . .”

— “Todos me dicen: vete a por todas, porque si no te vas a arrepentir algún día pensando que podías haberlo hecho, y no lo has hecho.”

También forma parte del discurso social de la maternidad, la imagen martirizada y estoica de la mujer, reformada por los sacrificios y riesgos propios de este tipo de tratamiento.

D. Grange se pregunta si el deseo de hijo justifica toda esta locura, y hace referencia a los costes de la FIV confrontándolos con la realidad de los niños que se mueren de hambre diariamente. A su juicio, habría que buscar padres a los niños que no los tienen y no a la inversa, adoptar embriones congelados, lo que supone que se crean niños sin padres para responder a la demanda de los padres sin hijos.

Pero si la demanda aparentemente irreductible de estas pacientes se toma al pie de la letra como deseo de hijo y encuentra una respuesta médico-social, es porque tal respuesta permite “meter en vereda” a las mujeres no madres, que ponen en cuestión los estereotipos referidos a unos roles sexuales que se convierten en garantes de una supuesta “identidad” sexual.

Observamos aquí los estragos que puede producir lo simbólico en tanto transmisor de una ideología particular que establece la ecuación mujer=madre, obturando lo enigmático de la diferencia de los sexos. Como resultado de esta confusión entre lo Simbólico y lo Imaginario, si el sujeto no logra una inscripción como madre, tampoco encuentra lugar como sujeto deseante. Si no puede encarnar el ideal imaginario, deja un lugar vacío, abandonando su cuerpo al Otro, como decía más arriba. Quizá sea por esta razón que encontramos, en estos casos de esterilidad probablemente psicósomática, una doble enunciación:

— El intento de lograr esa inscripción a través de la demanda del hijo “a cualquier precio”, que se va a buscar “al fin del mundo”, y

— La reivindicación de un lugar como sujeto deseante fuera de esa inscripción: es el cuerpo el que se niega, pero las pacientes dicen también que “a la naturaleza no hay que obligarla”, “yo hice todo lo posible”, etc.

## IV

Mi madre no hace más que darme yerbajos para que los tenga, y en octubre iremos al Santo que dicen que los da a la que los pide con ansia. Mi madre pedirá. Yo no.

*Yerna*

Doble enunciación, porque no son ajenas a su discurso las idas y vueltas, las contradicciones, las negaciones y lapsus que revelan otra cosa que el anhelo manifiesto de hijo:

—“Lo veo como la última solución. Pienso que por qué no voy a ser una del 10% que se quedan y pueden tener el niño. Otras veces pienso que sólo me va a servir para que me olvide de niños y ya está.”

—“Tengo muy claro lo que quiero hacer. Estoy encerrada en que quiero tener un hijo en la vida, es una obsesión. Quiero hacer de mi parte todo lo que me digan. Sé que tengo que pasar unas pruebas muy malas, que va a ser negativo. Si no sale bien, *no me importa*, quiero estar tranquila el día de mañana de que he puesto todo de mi parte.”

—“Lo paso fatal todos los meses, hasta que me baja la regla. Siempre, siempre, cada vez más, estoy deseando que *me baje*. . . *que baje* o que *no me baje*. Tengo miedo de que *venga*. . . tengo poca posibilidad de quedar embarazada.”

—“A lo mejor tengo un bloqueo mental. Me dijo el médico que hay mujeres que vienen y en realidad no quieren tener niños.”

—“Claro lo tenemos todas, que no vamos a quedar, eso es indudable.”

—“No sé, quiero pero no quiero. Me da ganas al oír hablar de esto, pero estoy hecha un lío.”

—“Yo, después de todo lo que me han hecho, que me hagan esto también, pero no es que vaya ilusionada, ni porque lo desee. Ahora mismo, el mes que viene, me puedo quedar embarazada, y por supuesto me gustaría, pero esa obsesión no tengo.”

Puede estar en juego la negación, o una estrategia mágica de disimular el deseo para engañar a los dioses (“quizá salga mal por tanto desearlo”). Si bien he hablado de “doble enunciación”, podría pensarse también que sólo hay contradicción en los enunciados, y que la alternancia de afirmación y negación no hace más que confirmar la repetición de una misma enunciación obsesionante.

Como si la luna se buscara ella misma por el cielo.

Yerma

Esta enunciación es lo que se formula como demanda medicalizada, ya que sería absurdo y abusivo sostener que la esterilidad, en cuanto tal, es una "enfermedad". Ya en 1943 Menninger afirmó que "la esterilidad es un conflicto psíquico que navega bajo bandera ginecológica". Helene Deutsch llevó a cabo el análisis de esta cuestión con una gran agudeza clínica.

Por ello, me interesa referirme específicamente a la necesidad de diferenciar la demanda enunciada de la enunciación deseante. En este sentido, mi hipótesis es que la demanda de hijo puede llegar a oponerse diametralmente al deseo de hijo.

El deseo de hijo sería el producto de la configuración edípica, que presupone la función metaforizante que, en el tercer tiempo del Edipo, conduce a la identificación con los emblemas del propio sexo. El deseo de hijo resultaría de la constitución del ideal del yo. Pero la demanda de hijo puede no corresponder a la formulación de tal deseo, sino ser un vehículo de lo que denomino arbitrariamente, con el fin de diferenciarlo, *deseo de maternidad*.<sup>1</sup> Este resulta de la exigencia de fusión con el ideal narcisista, y en tanto se trata de un deseo alienado al goce del Otro, define una posición de desubjetivización y representa un intento de restituir el estatuto de sujeto deseante. Como ya he señalado, el hijo ocuparía el lugar del cuarto término destinado a cumplir la función de anudamiento propia de la metáfora paterna faltante.

Ya he mencionado que únicamente tuve la posibilidad de escuchar a mujeres que no presentaban una esterilidad orgánica, en cuyo discurso se puso de manifiesto que la demanda de hijo no es tan monolítica e incoercible como pudiera parecer a primera vista. Ninguna de ellas presentaba un deseo de maternidad "en estado puro"; quizá sea adecuado decir que oscilaban entre una y otra posición.<sup>2</sup> No obstante, para apre-

<sup>1</sup>También podríamos llamarlo *pasión* por el hijo, en tanto se trata de una verdadera alienación del deseo en el objeto. La falta real del niño como símbolo se transforma en falta imaginaria de un niño real.

<sup>2</sup>No podemos excluir la posibilidad de que también las mujeres fértiles oscilen entre ambas posiciones. Quizá el análisis de la imposibilidad de tener hijos pueda enseñarnos algo acerca del deseo de hijo, cuyas vicisitudes no se manifiestan cuando se realiza.

ciarlo mejor es necesario referirnos a la singularidad del discurso de algunas de ellas, aunque sólo sea de manera fragmentaria.

## VI

*Margarita*, de 36 años, lleva trece años casada. Fue operada de trompas en 1980 y un año y medio después quedó embarazada. Tuvo un parto prematuro a los seis meses de embarazo, del que nació un niño muerto. Dice:

— “Soy propensa al aborto. Casi es mejor no quedarse. Estoy mal del coco. Tengo miedo de que me pase algo y no consiga nada”.

Duda si intentar la FIV, porque tiene mucho miedo de la anestesia.

Sobre su infancia dice: “Lo he pasado fatal. Mi padre siempre estaba devolviendo, estaba mal del estómago, toda la vida, tenía una úlcera”. Ella padece de gastritis crónica desde que se casó. Es de notar la asociación abortar–devolver. Siempre tenía miedo de que el padre se muriera; siempre ha tenido mucho miedo a la muerte.

—“No he sido una niña nunca. Mi madre me regañaba mucho, me pegaba. Yo estaba siempre asustada, tenía miedo. Mi único juego era saltar a la cuerda. Como si fuera mayor, he querido cuidar a mi madre”.

A los 9 años la quitaron de la escuela para mandarla a cuidar a la suegra de su hermana mayor.

—“Mi vida es una pena, para mí fue fatal que me quitaran del colegio. Si tuviera un hijo, no lo quitaría por nada. Todo lo que recuerdo de niña es malo. Mi madre ha tenido demasiados hijos, eso es lo que pasa, yo creo. Somos 8 hermanos. Mi hermana me tenía envidia, pero yo también la envidiaba porque a ella no la quitaron del colegio. Mi madre tuvo hasta trillizos, y yo nada. Mi madre no quería tener tantos hijos. Siempre se lo he oído; me dice que es mejor como yo”.

Quizá lo que Margarita llama “propensión al aborto” sea el deseo de desembarazarse de un hijo que podría iniciar una fratría demasiado numerosa, que volvería a “quitarle” algo a ella, que la desalojaría nuevamente del lugar que alguna vez ha creído ocupar junto a su madre. La envidia entre los hermanos, ¿podría reeditarse con el hijo, tan deseado y sobrevalorado, al que de ninguna manera quitaría (del colegio)? ¿Es posible revertir la polaridad: madre que tiene demasiados hijos—ella que no tiene nada?

Su miedo a la muerte, ¿no corresponderá al deseo de la muerte de la madre (en los dos sentidos del genitivo, objetivo y subjetivo)? Margarita es la última de los 8 hermanos, quizá ya no había sitio para una niña más. Tener un hijo, ¿no implicará renunciar para siempre a ese lugar de niña que nunca pudo ocupar? ¿O bien ocupar el lugar que la madre se reserva para sí misma: “es mejor que tú no tengas hijos”?

Margarita fue destinada, en su infancia, a cuidar de su madre y de la suegra de su hermana, ¿qué lugar ocuparía un hijo suyo en esta situación de inversión de las generaciones? ¿Se la reservará su madre para cuidarla en su vejez?

La relación imposible con el hijo, ¿no es una duplicación de la relación imposible con la madre? Como dijo otra mujer del grupo, Ana:

“Me gustaría estar más ilusionada, pero no puedo estarlo, lo veo difícil. En la vida hay dos grandes amores: tu madre y un hijo. A mí madre no la conocí, me preocupa que por mi culpa deje de conocer un hijo”.

## VII

María tiene 30 años. Al año de casarse acude a Planificación Familiar porque no puede quedar embarazada. Recibe un tratamiento hormonal que le “sentaba mal”. Luego consulta al Hospital, donde le hacen una insuflación de trompas, laparoscopia, diversas pruebas, y todo arroja resultados normales.

Su padre se opone a la FIV, que ella ve como última solución; él preferiría que ella no tuviera niños, no le hacen gracia. Su padre tiene un carácter muy duro. Lleva un laboratorio, pero se ha cansado y ahora se dedica a escribir; ha publicado varios libros y forma parte de grupos literarios. Cuando era pequeña “él no entendía nada, no podías dialogar con él, sólo pegaba”.

La madre, de carácter más dulce y dialogante, fue operada al nacer su último hijo y quedó mal, tiene dolores, siempre cree que se va a morir. María tiene dos hermanos casados y con hijos.

–“En mi familia no querían niñas. Yo he sido más chico que mis hermanos, para ganarme el cariño de mi padre y de mi abuela paterna, que eran los que no querían niñas. Mi padre sacaba a pasear a mis hermanos y a mí no me llevaba.”

“Desde pequeña he querido tener niños. Cuando mi madre me contó lo de la menstruación, me dijo que sin la regla no se podían tener niños. Yo estuve deseando la regla hasta los 12 años, que fue cuando me vino; para mí fue una alegría. Lo pasaba mal, tenía unos dolores horribles.”

A María le gustaron siempre los juegos de chicos, “que son los más divertidos”, las carreras de coches, subir a la montaña, el boxeo, los toros. Nunca le gustaron las muñecas.

—“Una vez los reyes magos me trajeron indios y vaqueros, y mis padres decían que era para avergonzarme, porque era un chicozo.”

Estudió Magisterio y le gustaría trabajar con niños, pero trabaja en un banco desde hace 12 años. Se sentía marginada en su departamento:

—“Era la única mujer y me daban los trabajos más tontos, yo pedía un trabajo más responsable. Los compañeros se reunían a comentar una noticia y me dejaban aislada, decían que las mujeres no deberían trabajar.”

No le gusta ser mujer,

—“Si hubiera sido un hombre, habría podido hacer más cosas, no estaría trabajando donde estoy. Los estudios que hice los elegí porque era mujer. Mi padre quería que estudiara para ser independiente. Fui la primera de mis hermanos en colocarme y ganar dinero.”

El primer año que vio que no llegaba el niño fue el peor, cada vez que le venía la regla, lloraba.

—“Después mi hermano tuvo un niño, me lo dejaba a dormir en casa, y se me pasó un poco. Cada vez que tengo un pequeño retraso me hago ilusiones, y después tengo un batacazo de mucho cuidado. Como todo el mundo que desea un hijo.”

Una vez soñó que estaba embarazada y el niño le rasgaba la tripa para salir, pero aún así lo quería. Sueña frecuentemente con los niños de los hermanos o de las amigas, que “les pasa algo”, que se caen de una terraza, por ejemplo.

Sale mucho porque le parece que la casa está *vacía*. “Quizá si tuviera un niño me gustaría más estar en casa”. Como tantas otras mujeres, María cree que “un niño te *llena* la vida”.

Se trata de una joven de aspecto infantil, consciente de haber sido rechazada en tanto mujer por su padre, quien parecía hallar una confirmación de su narcisismo fálico sólo en los hijos varones. La acusación de ser un chicozo le sonaba más bien como un elogio. Se alentaban en ella

todas las actividades que socialmente podrían ser consideradas como "masculinas", que se apoyan en su identificación con el padre en su ideal del yo. Para ganar el amor del padre tiene que ser un "chicazo", parecerse a sus hermanos, no tener hijos.

Pero por otra parte, ese ideal masculino, en tanto imposible, la remite a la "insuficiencia" de su cuerpo de mujer, al *vacío*, que sólo podría ser *llenado* con un hijo. El problema es que este deseo, a su vez, la refiere a la identificación con una madre cuyo último embarazo culmina en una operación de la que nunca llega a recuperarse y en el fantasma de la muerte siempre presente.

El significativo paterno la produce como hombre castrado. Si tener un hijo es la única reivindicación posible frente a la carencia fálica, también sería la confirmación de su estatuto de mujer, es decir, exigiría la renuncia al anhelo de ser hombre y a seguir sosteniendo, de ese modo, el deseo del padre. Pero si bien podría *llenarla* la llevaría, al mismo tiempo, a enfrentarse con su sexo y con la muerte.

De este modo, no encuentra ninguna forma de responder al interrogante de qué es una mujer: la alternativa es ser hombre o ser madre. Y ambas posibilidades están bloqueadas, ya sea por lo real o por el fantasma. Ambas suponen el encuentro con la castración simbólica que, por no poder acabar de inscribirse, la atrapa en sus efectos imaginarios.

## VIII

*Irene*, de 26 años, se casó hace seis. Al mes tuvo una anexitis, le hicieron una laparoscopia donde le encontraron los ovarios engrosados y adherencias. Le dijeron que iba a tener problemas para tener hijos (aunque ella todavía no se lo había planteado). Tardó un año en curarse de la infección y, como no quedaba embarazada, hace tres años y medio llegó a la consulta. Hace dos años intentó participar en el programa FIV, pero no pudo porque el marido sufría de oligospermia. Luego ella no respondía a la estimulación de la ovulación. Al parecer el marido estaba mal psicológicamente, y constantemente tenía problemas en el trabajo. Cuando le dijeron que su semen estaba mal, también empezó a tener problemas en las relaciones sexuales. "A los hombres les afecta más decirles que son estériles". Irene estaba cada día peor, las relaciones con el marido iban mal, entonces prefirió dejar los tratamientos hasta recuperarse un poco

(efectivamente, ise llega a la situación de tener que recuperarse de los *tratamientos*!).

Estuvo luego cuatro meses sin pensar en “el tema” y se encontró mejor. Cuando *la llamaron* para participar en el nuevo programa FIV, se pasó la noche sin dormir. Le dijo al médico: “espere un poco, a ver si me hago a la idea otra vez”.

Cree que de soltera tuvo un aborto: “eché un coágulo muy grande. Tuve muchos retrasos con pruebas negativas. Pienso que puede ser que si quedo embarazada lo expulse, me cueste retenerlo”.

Irene es hija de inmigrantes españoles en Francia. Siempre venía a pasar sus vacaciones a España, con sus abuelos, y así conoció al marido. Decidió volver a España cuando terminó el bachillerato, para poder casarse. Se encuentra desarraigada en Madrid (nació en una provincia), no tiene trabajo, no tiene familia, las pocas amigas que tiene trabajan o tienen hijos, por eso no puede verlas con frecuencia. Desde que se casó se metió en casa, le cuesta hacer amistades. Da clases particulares de francés. Para entrar en el programa FIV tuvo que dejar unas oposiciones que estaba preparando.

Tiene cuatro hermanos. –“Con mi madre tengo verdadero amor, no sé si es porque soy la única hija. Mi padre es un poco raro, yo me enfrento mucho con él. Es más antiguo, se quedó estancado, es como era su padre, y nos trata como lo trataba a él su padre.”

Con respecto a la FIV,

–“Mi madre me dice que lo piense, que estoy loca, que los hijos amargan mucho, como ella tuvo cinco. . . en un país extranjero, sin saber el idioma; con los dos últimos lo pasó mal, tuvo una lesión de columna, ciática y flebitis (Irene se queja también de problemas en la columna). Con el quinto le ligaron las trompas. El hermano mayor nació sietemesino y luego nació una niña seismesina, que no vivió.”

–“Cuando tuve la primera regla se lo dije a mi tía, a mi madre no. Mi tía se puso como loca: ¡Ya es una mujer! Pero yo pasé del tema; lo veía como un incordio, algo fatal. Tenía dolores fuertes e irregularidades (igual que mi madre), debía faltar al Instituto por los dolores.”

Irene dice que su vida estaba partida entre Francia y España; a su amor por su madre responde su mayor intimidad y apego a la abuela y a la tía con quienes pasaba los veranos en su ciudad natal. A la identificación con la madre, cuyos embarazos y partos estuvieron connotados como enfermedades, algunos de ellos también “partidos”, y cuyos hi-

jos se convirtieron en una carga amarga, responde la identificación con la tía soltera, sin hijos, y con el padre, que marchó de la casa para cortar con su familia y con un padre tiránico.

Las referencias a “partir” y “cortar” tienen cierta literalidad, puesto que se trata de un carnicero. También se presentan como opciones/alternativas para ella las oposiciones y el tratamiento para tener un hijo; la realización profesional e intelectual y la maternidad.

Como María, suele soñar que a sus sobrinos “les pasa algo”. “Una vida dividida entre dos mundos”, ¿no aludirá a su imaginación de lo masculino y lo femenino? ¿O a los cortes practicados por su padre, a los cortes practicados en su madre? ¿O a los partos prematuros, interrumpidos? Quizá la polaridad entre una madre agobiada, prácticamente anulada por los hijos, y una tía idealmente feliz con “la niña” que Irene era, exija la representación de esa partición para que la madre y el hijo puedan existir sin aniquilarse mutuamente. Así, dice Irene:

–“¿Por qué me ha tenido que tocar a mí? Por lo menos si me hubieran ido las cosas medio bien. . .”

## IX

Para tener un hijo ha sido necesario que se junte el cielo con la tierra.

*Yerma*

Es interesante observar las relaciones de carácter especular que se establecen entre las mujeres que participan de un programa FIV. Hablan mucho entre ellas, no sólo en la sala de espera sino también por teléfono, fundamentalmente para intercambiar información, en términos técnicos, acerca de los diversos momentos del tratamiento y de los diferentes procesos que están experimentando. Siguen con un mismo interés los altibajos de las dosis hormonales de cada una de ellas, se decepcionan por igual ante cada fracaso, como si fuera el propio. En este sentido, se podría hablar de un “imaginario compartido”, que se puso de manifiesto en las tres reuniones grupales que se destinaron a hablar de lo que les estaba sucediendo.

La identificación especular entre ellas se hace sensible cuando hablan de “conseguir *el* niño”, como si hubiera un único niño que todas y cada una estuvieran esperando. Del cuerpo como objeto de contemplación, de la imagen narcisista del propio cuerpo como equivalente

del falo imaginario de la madre, se pasa a la imagen de un niño identificado con el falo que les falta.

–“¿Por qué no voy a ser yo?”

Todas esperan ser la elegida, la que recibirá el don, la única. Pero esta imagen convoca de inmediato su negativo:

–“Si eres de las primeras, todavía... pero si eres de las que van viendo los fracasos de las demás...”

Los fracasos de las demás remiten, por un lado, al propio fracaso, pero por otro, alientan la ilusión de ser aquella que lo ha de conseguir. Esto no carece de riesgos:

–“Yo no pienso que salgan niños anormales, como otras personas.”

–“A mí me han llegado a decir cosas, que yo no sé cómo puede la gente decir eso. Que al niño lo hacen en una probeta, y después...”

–“Que no es tuyo, vamos.”

–“Es algo no para compadecerte, sino para que te admiren.”

–“La gente se cree que viene uno aquí y meten ahí un niño.”

–“Algunos dicen: no te preocupes, ya lo conseguirás la próxima vez, como si vienes el mes que viene y te lo... en el momento. Estás un mes de tu vida pasándola mal y te dicen: bueno, la próxima vez.”

–“Estoy un poco dudosa, porque el miedo que me da de que me vaya a salir mal, si me quedo embarazada al final, me da miedo que me nazca mal. El ver a un niño con una cosa de esas me duele muchísimo.”

–“¿Que nazca mal por la FIV?”

–“No, por tanto quererlo, por tanto buscarlo, yo pienso que si no me viene por mí misma, pues por qué he de buscarlo. A ver si por tanto buscarlo me viene mal.”

Así se deslizan de la posición de “señaladas”, anormales, diferentes de las demás mujeres, a la de “heroínas”, superiores a las madres biológicamente “normales”, más madres que las otras, próximas al goce absoluto del padre imaginario, encarnado por el médico que puede, o no, hacer el don. Si las tecnologías permiten tener un hijo a una mujer infértil, ¿por qué dejar de esperar el falo? Y quién puede sostener el goce del Otro, encuentra una “solución” al enigma de su deseo (ya sea que se trate, en el imaginario de cada una, del padre o de la madre). Por eso se entregan en cuerpo y alma, como cobayas, pagando con su carne para dar consistencia al fantasma de omnipotencia de la ciencia moderna, sólo para cambiar una mentira por otra (Millot, 1984).

Pero el deseo se desdobra: ¿la "supermujer" es digna de admiración porque puede tener finalmente un hijo contra viento y marea, o porque no hay quien pueda con ella ("meterle" un niño)? ¿Se busca instaurar la diferencia o rechazarla para escapar de la dualidad: ni hombre ni madre? En diversos momentos enuncian que van a continuar con sus intentos hasta que los médicos digan "no". Quizá busquen un límite a la función fálica, con la pretensión de paliar la carencia del Nombre del Padre.

De todos modos, el goce tendría sus riesgos: tener un niño anormal como castigo por su empecinamiento, por su omnipotencia, por la connotación incestuosa de su deseo. ¿Quizá es por algún motivo que el niño no viene espontáneamente? ¿Se tratará de un castigo? ¿De una prohibición? ¿Si se pudiera hallar una significación a la esterilidad, se lograría quizá aceptarla de otro modo? Pero del niño monstruoso al niño maravilloso sólo hay un paso:

—“Yo creo que las posibilidades de que te salga mal son menores que si te quedas por ti misma. Me lo comentó la doctora, porque a los espermatozoides los arreglan, los lavan, los preparan, solamente entran los que están en buenas condiciones, los óvulos que están en buenas condiciones.”

En efecto, sólo un niño maravilloso podría justificar los sacrificios y esfuerzos realizados. Si la imposibilidad de procrear ocasiona una herida narcisista, el niño será el encargado de restañarla. Si históricamente el hijo ha sido un capital económico, actualmente es un capital afectivo y narcisista, y en estos casos se lo sobrevalora aún como capital genético y genealógico. Y después de tantos años de búsqueda y de sacrificios, puesto que el niño no vino cuando se lo llamaba, las pacientes no podrían contentarse con un niño imperfecto. Así, asistimos a un verdadero proceso de fetichización del niño imaginario. Este debe probar la identidad sexual de su madre, su integridad física, su función social y su control sobre la vida.

En razón de la disociación entre reproducción y sexualidad que operan las NTR, la realidad apoya el fantasma de partenogénesis: la fecundación se produce en ausencia de coito parental. La negación del *don* suscita una idealización de la capacidad maternal, como ya he señalado. El objetivo ya no es tener hijo, sino ser madre.

Aunque las mujeres tienen la impresión de luchar en el sentido de la naturaleza y de la vida, sometiendo, con ayuda de los médicos,

el cuerpo rebelde a su deseo "natural", el fantasma de partenogénesis produce un efecto de transgresión y desafío al orden "biológico" existente. ¿Qué destino como sujeto psíquico tendrá el niño que resulte de este milagro? ¿Hasta qué punto esta fantasmagoría incide en el alto porcentaje de fracasos de la tecnología reproductiva? ¿Qué consecuencia produce en la mujer el atravesar esta situación límite, cuando no consigue el niño?

## X

Juan: "¿Por qué no te traes un hijo de tu hermano? Yo no me opongo".

Yerma: "No quiero cuidar hijos de otros. Me figuro que se me van a helar los brazos de tenerlos".

*Yerma*

Helene Deutsch afirma que es posible renunciar al deseo de hijo en la medida en que no se trata de un mero anhelo de plenitud narcisista. He insinuado que las mujeres observadas oscilaban entre ambas posiciones deseantes: ellas consideraban la posibilidad del fracaso y de la renuncia, y esto sustituía en su discurso, en algunos momentos, a la exigencia incuestionable.

—"Yo no he pensado en la adopción."

—"Yo no, adopción no."

—"Yo sí lo he pensado."

—"Pero no lo tengo decidido."

—"Yo tampoco."

—"Yo hubiera adoptado hace mucho tiempo, pero mi marido no quiere. Es más razonable, un niño que ya está aquí en el mundo. . ."

—"Bueno, pero depende de la edad del niño."

—"Tengo una amiga que se apuntó para adoptar. Nunca ha ido al médico, nunca ha hecho nada, imagínate, que el día que ya lo tenga adoptado, se queda en estado."

—"Ahí ya veo yo un problema para mí."

—"Es igual. Yo pienso que adopto un niño y me quedo en estado, y bueno, lo querría más todavía, porque por el niño me he quedado en estado, seguramente, me han dicho que pasa. Me encantaría adoptar un niño y tener otro."

En este caso, no es el embarazo lo que produce un niño, sino un niño el que ocasiona el anhelado estado de gestación.

Sin embargo, adoptar un niño quiere decir haber reconocido la castración; la función metaforizante hace posible las sustituciones y los desplazamientos; es posible reformular el deseo en su encuentro con nuevos significantes. El encuentro de una demanda incoercible con el poder tecnológico permite que tanto pacientes como médicos se sitúen como fundadores de generaciones y creadores de filiaciones hasta hace muy poco tiempo imposibles, creando un mundo diferente que pone en cuestión no sólo los fundamentos éticos, jurídicos, filosóficos y culturales de nuestra concepción del parentesco, sino también nuestro estatuto como sujetos.

## XI

Juan: "Muchas mujeres serían felices de llevar tu vida. Sin hijos es la vida más dulce. Yo soy feliz no teniéndolos. No tenemos culpa ninguna".

*Yerma*

¿Y el Padre? Su presencia se impone fundamentalmente a través de su silencio. Habitualmente, sólo se hacen presentes en el proceso de la FIV para aportar el semen en el momento necesario. Suelen tomar la cuestión de la infertilidad como problema de la mujer, ante el que se sitúan casi como observadores pasivos, plegándose a las iniciativas que toman sus mujeres.

–"Si se ve que no hay posibilidades, no pasa nada. Puede ser que detecten el problema, y si no hay nada que hacer. . . hay que tomárselo con tranquilidad, pensando que no es posible".

–"Puede que haya suerte y se dé bien, el *no* ya lo tenemos. Esperanzas siempre hay. Yo nunca me he puesto con ella: oye, pues no tenemos hijos y tal. . . Nos gusta tenerlos como a todos, pero si no se puede, qué vas a hacer".

Esta falta de "exigencias", esta renuncia, que se opone a la demanda repetitiva de las mujeres, coincide con la esperanza de que "se detecte el problema" en la mujer. Es más fácil renunciar al hijo que correr el riesgo de ser cuestionados.

En la mayoría de los casos observados, en efecto, los hombres tenían problemas de oligospermia, hecho que, cuando no es negado,

desencadena angustia y depresión. En las breves entrevistas realizadas, sólo uno habló explícitamente de ello.

–“Hemos tenido muchas pruebas de los dos. Somos incompatibles. No estamos muy decididos del todo (a la FIV), mayormente por falta de información. Yo estaba bajo de hormonas, me inyectaron hormonas y luego vieron que había incompatibilidad. No penetra el espermatozoide, ella lo rechaza y no hay manera. . . No me dio tiempo a pensar mucho. Tengo las fantasías normales de todo el mundo. Parece que en España somos muy machistas, será la ideología que tenemos, creemos que el hombre debe ser hombre a toda costa. Yo lo he asimilado bastante bien. Me gustan mucho los niños y si no se puede, no es algo que nos vaya a perjudicar mucho. . . Mi mujer está bastante fastidiada, a ella le afecta más, se lo ha tomado más a pecho que yo. Quizá si no vienen es porque no tengan que venir. Ella lo ve como una obligación, que tenga que darme un hijo. Los chiquillos me gustan, y me gustaría tenerlos, pero habiendo riesgo para ella, preferiría que no se lo haga. Para mí está mi mujer primero, antes que los niños. Yo me adapto mejor a la situación, en caso de que no vinieran; mi mujer lo lleva peor”.

Las contradicciones y la ambivalencia que marcan este discurso, dan cuenta del intento de quedar fuera de la cuestión. Si el hombre no “exige” un hijo a la mujer, es para evitar que la exigencia revierta sobre sí mismo. Es mejor no correr riesgos. . . Ni correr el riesgo de perder a la mujer–madre cediendo su lugar a otro. Las palabras de las mujeres se hacen eco de ello:

–“Mi marido me dice: a ver lo que vas a hacer, ¿estás bien segura de lo que haces? Yo no te lo exijo”.

–“Al mío le gustan los niños, pero si no vienen. . .”

–“En cambio, al mío no le gustan; es hijo único, se conoce que está acostumbrado a estar solo”.

–“A ellos, si tienen problemas, no los tratan. Les hacen el análisis a último momento. A lo mejor te dicen que tu marido está bien y al mes siguiente está mal”.

Se pueden vislumbrar, tanto en las observaciones de las mujeres como en las de los hombres, las dudas sobre la virilidad fundadas en la ecuación fecundidad=potencia sexual. Sin embargo, si bien se ha considerado como posible la esterilidad psicosomática en la mujer, nunca se ha tenido en cuenta que la ausencia de espermatozoides podía ser un efecto del inconsciente. Como en el caso de Yerma, a pesar de que el

hombre sea el “responsable” de la infertilidad, es la mujer la que “pone el cuerpo”.

Pero Yerma acaba matando a su marido, lo que equivale al eclipse simbólico de los hombres en su función paterna, tal como aparece en estas observaciones.

## XII

Usted me ha de decir lo que tengo que hacer, que yo haré lo que sea, aunque me mande clavarme agujas en el sitio más débil de mis ojos.

*Yerma*

Pero si en el cuerpo de la mujer puede operarse un milagro, el tauraturo es el médico. Su posición no es fácil. Las pacientes lo perciben como un mago, reclaman una asistencia intensiva, llaman por razones nimias. Sus quejas por las menores molestias denuncian, al mismo tiempo, su ambivalencia y su hostilidad. Se lo solicita, como a un héroe que es capaz de corregir las “injusticias” de la naturaleza, pero se lo odia como responsable de los sufrimientos y del fracaso. El equipo médico puede hallarse fascinado y aterrorizado a la vez, ante la ilusión de omnipotencia de estas pacientes que parecen desafiar a la vida y a la muerte, aunque, paradójicamente, el desafío puede ser otro: a ver quién puede con ellas.

Asistir a los distintos momentos del proceso de FIV produce, en efecto, una inquietud impresionante, en función de los fantasmas que puede convocar en cualquiera. Por ello, además del ejercicio del control sobre la reproducción humana, que consideraré en el último apartado de este trabajo, y de los beneficios económicos que proporciona la organización social del mercado de la reproducción, es necesario considerar las formas de goce específicas de la investigación y de la ciencia occidentales (Laborie, 1987).

Todos los interrogantes que se plantean a la curiosidad sexual infantil están en juego en esta escena: ¿De dónde vienen los niños? ¿Cómo se puede fabricar un nuevo ser viviente? ¿En qué radica la diferencia de los sexos? ¿Qué hay en el vientre de las mujeres? ¿Cómo acceder a un papel activo en ese proceso misterioso? ¿Cómo alcanzar un saber sobre el origen y estar presente, no excluido, en la misma escena en que el sujeto se ha originado?

Si bien estas preguntas inervan, en última instancia, toda investigación científica, en el terreno de la reproducción aparecen menos veladas que nunca, induciendo permanentemente el pasaje al acto. Así, se puede *mirar* por fin dentro del cuerpo de la mujer, estimular la producción de óvulos para luego extraerlos y manipularlos, seleccionar los espermatozoides y organizar el encuentro, en el momento oportuno, de los gametos de ambos sexos. De este modo, la reproducción se hace autónoma con respecto al sexo, pero no con respecto a la voluntad del biólogo. El científico se convierte en artífice y testigo de una "escena primaria" inédita creando, como en el *Fausto* de Goethe, un nuevo ser en el ámbito "puro" del laboratorio, no contaminado por las pasiones y deseos humanos, exceptuando, claro está, los del propio investigador. . .

Como señala F. Laborie, la ciencia ofrece la posibilidad de realizar concretamente y en lo real de los cuerpos aquello que, hasta ahora, se situaba en el campo de lo imaginario y lo simbólico. La ciencia y la tecnología hacen posibles los fantasmas de embarazo masculino o de procreación entre mujeres, o de procreación sin relaciones sexuales, que desde siempre han alimentado las mitologías y la literatura. "¡Ay, si los pudiera tener yo sola!", decía Yerma.

Aunque se aborde el cuerpo como si sólo se estuvieran manipulando órganos, es precisamente en el funcionamiento corporal donde están comprometidos el inconsciente y la sexualidad. Es por ello que este montaje permite creer que es posible tocar el secreto de la vida, e imaginar que se puede trascender la castración y la muerte.

Si la demanda de hijo puede encubrir, al tiempo que revela, el interrogante de la histérica: "¿Quién soy? ¿Soy hombre o mujer?" que, a su vez, puede asumir también otras formas, como: "¿Qué tengo en el vientre? ¿Por qué no puedo tener un hijo? ¿Podrás darme un hijo?", el médico asume fácilmente el papel del amo que sabe, que localiza el mal en el terreno ginecológico, que abre, mira, examina, analiza, promete, aunque en la mayoría de los casos fracase: el 80% o 90% de las mujeres partirán como vinieron: sin el niño. . ."

Dejarme libre siquiera la voz. . .

*Yerma*

Las NTR son una manifestación más del control de la vida y de la sexualidad humanas por parte del poder. Este se encuentra legitimado bajo su forma médica, "sanitaria", que constituye la ficción de una superestructura científica capaz de unificar y totalizar el saber. De este modo, el discurso médico, en tanto funciona como una de las innumerables máscaras del poder, constituye a la sexualidad como saber y, simultáneamente, como campo de dominio. La modernidad instaura un universo material y conceptual en que las relaciones de saber-poder se articulan en el cuerpo.

Si Descartes inauguró un modelo naturalista y racionalista, que concebía al sujeto en una serie de términos polarizados, desde Freud y Nietzsche se impone la concepción del cuerpo como encarnación de la subjetividad. En el siglo XIX la noción de cuerpo se desprende del dualismo metafísico y se dispersa en nuevos dominios discursivos.

Las ciencias biológicas se ocupan del cuerpo como organismo, producen una "cartografía anatómica del cuerpo humano" (Foucault, 1963); las ciencias humanas se consagran a la crítica de los modos de constitución del discurso sobre el sujeto. La proliferación de conocimientos y prácticas de control del cuerpo que constituyen la base del discurso de la modernidad, coincide históricamente con el estallido de la representación social y simbólica de la subjetividad.

Pero las ciencias biológicas abordan el cuerpo humano como un conjunto de piezas separadas y separables, lo que permite recortar arbitrariamente las funciones orgánicas, configurando unos "órganos sin cuerpo" (Braidotti, 1987). R. Braidotti afirma que la ilusión fundadora del poder médico es la creencia en la omnipotencia de lo "viviente", cuya indestructibilidad sería directamente proporcional a la posibilidad de reducir al infinito las partes que lo componen. Así, se reniega la muerte, en tanto ésta es conjurada fuera del texto corporal individual.

En las NTR, no sólo se escinde el cuerpo reproductor del cuerpo libidinal, sino que el proceso reproductivo mismo se fragmenta en una sucesión de momentos recortados: tratamiento hormonal-extracción de óvulos-fecundación in vitro-división celular in vitro-reimplantación de los embriones in útero.

Al mismo tiempo, otros fenómenos, de carácter más social que científico, como el de las madres “de alquiler”, dislocan la continuidad de la gestación entre diferentes madres: ovular–uterina–social.

El control tecnológico de la reproducción humana presupone un discurso ideológico que “naturaliza” la función parental, reduciéndola a un mero hecho biológico, e incluso puramente genético. Pero si la maternidad y la paternidad se definen en términos genéticos, el niño no podrá concebirse de otro modo que como un producto individual y propiedad privada de los progenitores.

Frente a esta concepción de la reproducción como un hecho natural e individualizado, las investigaciones antropológicas nos demuestran que la manera de entender simbólicamente al hijo, y en consecuencia a las relaciones de filiación, no es un simple reflejo de una supuesta esencia natural del parentesco humano.

Así, por ejemplo, en el clan matrilineal, ajeno a la organización de la familia patriarcal, el parentesco no se basa en la relación biológica individual entre madre e hijo, sino que tiene un carácter social, clasificatorio: todas las mujeres de la generación de la madre son, colectivamente, madres del niño. Toda mujer, durante el período de lactancia, puede participar en la alimentación de cada uno de los niños nacidos en el clan. El término “hermano” significa que el niño es un miembro de un grupo de madres y de hermanos de las madres (su clan matrilineal).

El parentesco, entonces, no es consanguíneo sino social: se llaman “hermanos de sangre” todos los miembros masculinos del clan pertenecientes a la misma generación. Incluso los hombres del clan, “llevando” al bebé en sus brazos, podían participar de la maternidad. Muchos antropólogos quedaron perplejos al constatar que, en las lenguas de algunos pueblos primitivos donde se encuentra este tipo de organización, el hermano de la madre recibe también el nombre de “Madre masculina” (Reed, 1975).

La definición de la maternidad como hecho natural es una representación ideológica de la maternidad, que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer–madre, una identidad sólida y coherente al servicio de las ilusiones narcisistas. La ecuación mujer–madre–naturaleza encarna en la mujer el mito paradisiaco de la satisfacción ilimitada, la omnipotencia propia de la fusión imaginaria con un Otro cuyo deseo es absoluto, con el que el sujeto se identifica plenamente.

Concebir la maternidad en términos simbólicos, como hecho cultural inscrito en un sistema significante, nos obliga a poner en cuestión nuestros fantasmas referidos a nuestro propio origen, la ilusión de haber obtenido la existencia como un don de la naturaleza encarnada en el cuerpo de la madre. Esta creencia se apoya en la renegación de la función metaforizante que nos genera como seres humanos: si la vida es un don de la naturaleza, no hace falta reconocer otro origen, otra deuda (que es deuda con el Nombre del Padre y deuda simbólica con la Madre), no hace falta reconocer que también somos engendrados por palabras, mitos, leyes, discursos.

¿Cómo se sostiene en la subjetividad de la mujer este discurso ideológico que, a su vez, sustenta las prácticas que manipulan la reproducción humana, disociándola de la sexualidad que, como tal, es división y diferencia, para fundarla en la ilusión de unidad y naturalidad?

Sabemos que la falta de un significante para el hecho de ser y tener un cuerpo de mujer es un obstáculo a la participación de la mujer en el juego social. Es difícil situar un cuerpo de mujer en un lugar público en el que quien tiene la palabra es un sujeto encarnado en un cuerpo de hombre. La palabra de las mujeres, que daría acceso a su posición de sujetos, a sus deseos, no tiene lugar en una cultura donde sólo tienen una inscripción simbólica el deseo y el ser, en tanto están significados por el cuerpo masculino.

Es cierto que también hay hombres que no se adecúan al modelo fálico y a las prestaciones sociales que le corresponden. Pero les queda siempre su cuerpo masculino en su función significante, como algo que pueden demostrar y hacer valer ante sus pares. Las mujeres, en cambio, por "fálicas" que sean, no pueden "meter el cuerpo" como sujetos en la vida social, en el ámbito público.

Las NTR ofrecen, en este contexto, la posibilidad de "meter" el cuerpo de la mujer, de lograr una inscripción para él en lo social, en el discurso de la ciencia moderna. Pero lo real de su cuerpo entra en juego como objeto de manipulación, bajo una forma cada vez más medicalizada.

Las ideologías convocan a la feminidad en el lugar de la maternidad, en tanto maternidad biológica, y la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello poniéndose al servicio de conservar la ilusión de naturalidad (paradójicamente, puesto que se trata de artificios), y de mantener la ecuación mujer=madre, pretendiendo controlar lo incontrolable, la

vida y la muerte, renegando de la castración y de la deuda simbólica, renegando de nuestro estatuto de sujetos significantes.

La esterilidad, como la frigidez, da cuenta de una resistencia muda a una función simbólica concebida como natural e impuesta como tal, a una definición ideológica del goce, del deseo y de los ideales de la feminidad y de la felicidad.

Si la sexología lucha contra la frigidez, las tecnologías reproductivas combaten la esterilidad. En la medida en que sus tasas de éxito son extremadamente bajas (alrededor del 10% en los mejores centros de Australia, Estados Unidos e Inglaterra) debemos preguntarnos por la fantasmagoría que las NTR sustentan, y cuestionar asimismo su empleo indiscriminado en casos "psicosomáticos", como probablemente son los que he podido observar, que requieren otro tipo de escucha. En última instancia, la cuestión sería poder delimitar los efectos perversos de los avances tecnológicos en este terreno.

La producción de niños es una preocupación fundamental en una sociedad postindustrial, como la occidental, que envejece cada vez más y en la cual las mujeres reducen progresivamente el número de hijos que traen al mundo. Sobre la base de la crisis demográfica, la supervivencia de la raza blanca es uno de los temas movilizados de campañas natalistas, de propaganda neofascista, y también de investigaciones biomédicas sobre la genética que pueden convertirse en fundamento de proyectos eugenésicos. Un niño blanco constituye una inversión social, al mismo tiempo que vehiculiza el capital genético individual y el capital genealógico familiar.

En el contexto de las NTR, los "órganos sin cuerpo", en tanto síntomas del orden del discurso moderno y del triunfo de la función técnica que ha llegado a ser constitutiva de lo humano, se prestan a usos o a efectos que escapan a una lógica científica e incluso a una justificación social inmediata.

Braidotti señala que los "órganos sin cuerpo" introducen una idea falsa e inmoral: la de la intercambiabilidad de los órganos, sobre la base de la continuidad de una función vital, sin referencia a la unidad corporal. Según esta lógica, instrumental y no científica, el útero de una mujer es equivalente al de otra (ya sea alquilado, prestado o donado); igualmente, el útero de *una* puede ser equivalente a la cavidad abdominal de *otro*. No se trata de oponerse a la racionalidad científica, sino de cuestionar un efecto perverso de la misma: la fragmentación infinita y

el tráfico incesante de partes orgánicas abre la puerta a toda clase de falsas simetrías: entre don de órganos y don de órganos sexuales o reproductivos (todos los órganos son iguales), entre donación de esperma y extracción de óvulos (equivalencia completa de hombres y mujeres en la reproducción) y, por lo tanto, entre hombres y mujeres, en general.<sup>3</sup> Pero, precisamente en función de la diferencia anatómica de los sexos, es la función maternal, el cuerpo de la mujer, el que se convierte en laboratorio de la biotecnología.

Quizá las NTR estén subtendidas por la exigencia de impedir que haya *una* que no sea madre, de garantizar que no haya *una* que no esté plenamente identificada con su función reproductora supuestamente "natural", con la función que la definiría en su ser. Si *todas* son madres, ya está respondida la pregunta por la feminidad, el interrogante sobre el deseo de la madre. Porque si hay una mujer que no es madre, ¿qué es entonces una mujer?

La petrificación del deseo de ser madre obtura el cuestionamiento sobre el deseo de las mujeres, e impide que se replantee una y otra vez, no sólo la cuestión de la diferencia de los sexos, sino también la de las diferencias entre las mujeres como sujetos deseantes. Si en la comparación con los hombres, desde una perspectiva que confunde lo imaginario con lo simbólico, salen perdiendo, se busca que haya al menos paridad entre todas las mujeres, definidas como género, que no haya un *más* ni un *menos* entre ellas.

Las NTR responden a un deseo que se formula en palabras (demanda), con una intervención en lo real. La mujer es manipulada en su cuerpo, en el sitio donde su autorrepresentación la constituye como "naturaleza" creadora, ofreciéndole un lugar en una cadena generacional signada fundamentalmente por la reproducción y la autorreproducción de los cuerpos.

El deseo de ser madre es la petrificación del deseo de tener un hijo: permite acallar la incertidumbre de la pulsión y aliena el deseo, obturando la posición del sujeto como escindido, a través de la medicalización de la demanda. El deseo de hijo presupone el reconocimiento de la castración y conduce inexorablemente a reencontrarla, a través de la pérdida del niño involucrada por su valor signifiante en tanto sujeto humano. Pero en la demanda incoercible de maternidad biológica, y aun

---

<sup>3</sup>No entraré en la cuestión de la obscenidad del mercantilismo que obtiene enormes beneficios económicos del mercado de la reproducción.

genética, se alza la ilusión de *ser*: ser madre, realizar el ideal supremo de la feminidad.

De este modo, la maternidad toma el relevo del yo ideal como unificador imaginario del sujeto, a través de un cortocircuito que reniega la falta: si no careciera del hijo, no le faltaría nada; el ideal maternal obtura la posibilidad de reconocer que no puede no faltarle, ofreciendo una respuesta positiva a la pregunta del Fausto de Goethe: "¿Quién no carece de algo?"

Quizá haya una relación inversa entre la ilusión de encarnar este yo ideal maternal, y la posibilidad de constituirse como sujeto de deseo, lo que supone el reconocimiento de la escisión existente entre el yo real y el yo ideal. Esta diferencia subyace a la constitución de un ideal del yo, a cuyos emblemas estaría referido el deseo de hijo.

Pero es necesaria la renuncia al deseo inconsciente para poder revalorizar la satisfacción de la demanda misma y situarla en sus justos términos, liberándola en su dimensión de coartada. Entonces será posible renunciar al niño, decidir la adopción, o sustituirlo metafóricamente por otros proyectos de vida, pero desde una posición de sujeto deseante.

El hecho de que las NTR sean instrumentos del poder médico y supongan una manipulación del cuerpo como organismo/máquina, no debe oscurecer la legitimidad del deseo de tener hijos de una mujer, en su singularidad, que habría que disponerse a escuchar en cada caso. Otra cosa es el cuestionamiento de estas prácticas en términos de prioridades sociales. En este sentido, quizá fuera más racional destinar los fondos que utilizan las investigaciones en este campo, si hay que optar, a la investigación de las causas de la esterilidad, en lugar de buscar meros paliativos; destinar el costo de los procesos de FIV, que tienen de 15 a 20% de posibilidades de éxito, a una atención adecuada de las infecciones genitales que constituyen una de las causas más frecuentes de esterilidad en la mujer, confrontar estas técnicas con las esterilizaciones masivas que se llevan a cabo en el Tercer Mundo, etc. En este sentido, coincido con Testart, quien afirma que las opciones de carácter ético deben preceder al descubrimiento.

### Bibliografía

- Boons, M. C. (1987), "Les NTR, une double approche", *Les Cahiers du Grif*, núm. 36, París.
- Braidotti, R., "Les organes sans corps", *Les Cahiers du Grif*, núm. 36, París, pp. 7-22.
- Corea, G. (1985): *The Mother Machine*, Harper & Row, Nueva York.
- Delaisi de Parseval, G. y Januad, A. (1983), *L'enfant à tout prix*, Seuil, París.
- Deutsch, H. (1980), *La psicología de la mujer*, Losada, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, París (hay trad. al español: *El nacimiento de la clínica*, traducción de Francisca Perujo, 8a. ed., Siglo XXI, México, 1981).
- Foucault, M. (1978), *Historia de la sexualidad*, Siglo XXI, Madrid.
- Fundación Friedrich Ebert (1987), "Innovaciones científicas en la Reproducción Humana", *Actas del I Congreso Nacional de Bioética*, Valladolid.
- Grange, D. (1985), *Je t'ai trouvé au bout du monde*, Stock, París.
- Grange, D. (1985), *L'enfant derrière le vitre*, Encre, París.
- Illich, I. (1975), *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Editions du Seuil, París.
- Laborie, F. (1987), "Des fantasmes á la mise en acte", *Les Cahiers du Grif*, núm. 36, París, pp. 23-37.
- McLaren, A. (1984), *Reproductive Rituals*, Methman, Londres.
- Millot, C. (1984), *Horsexe*, Point Hors Ligne, París.
- Programa 1987, Centro Culturale Virginia Woolf, Università delle Donne, Roma.
- Reed, Evelyn (1980), *La evolución de la mujer*, trad. de Marta Humpheys, Fontamara, Barcelona.
- Rowland, R. (1987), "Technology and Motherhood", *Signs*, vol. 12, núm. 3.
- Rouch, H. (1985), "Les nouvelles technologies dans la reproduction humaine", *Chronique Féministe*, núm. 14, Université des Femmes.
- Séminaire de Sociologie (1985), "Les nouvelles maternités", *Chronique Féministe*, núm. 16.
- Stanworth, M. (ed.) (1987), *Reproductive Technologies*, Polity Press, Cambridge.
- Testart, J. (1988), *El embrión transparente*, Granica, Barcelona.

- Tubert, S. (1988), *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, El Arquero, Madrid.
- Tubert, S. (1991), *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Siglo XXI, Madrid.