

**perifèria**

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

Tecnología médica en el embarazo Usos y representaciones¹

M^a Jesús Montes-Muñoz²; M^a Antonia Martorell-Poveda;M^a José Conti-Cañada; María F. Jiménez-Herrera.

Departamento de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili (Tarragona)

Resumen

El embarazo está considerado socialmente como una situación de riesgo, por lo que las mujeres deben someterse a diferentes técnicas, con la finalidad de su detección precoz. En este trabajo analizamos dos de ellas: la ecografía y la amniocentesis con el objetivo de conocer sus usos y las representaciones que de ellas se desprenden. El análisis se realiza a partir del relato de la experiencia de doce mujeres embarazadas y dos médicos ecografistas. Encontramos que con la práctica de estas técnicas se refuerza el poder médico aumentando la dependencia de las mujeres respecto a él, la desconfianza en sus propios procesos reproductivos y transmiten la ideología del rol de la mujer-madre. Además, encierran ideologías e intereses sociales de los que se hace responsables a las mujeres.

Palabras clave: Mujeres, embarazo, tecnología, representaciones, eugenesia.

Abstract

Pregnancy is socially considered a high risk event, which means that pregnant women must undertake a number of procedures aimed at its early detection. This paper looks into two of those: ultrasound scan and amniocentesis aiming at describing their uses and the representations which they evoke. The assessment is based on the stories of twelve pregnant women and two doctors. We find that with those procedures medical power is enhanced while women's dependency on that same power and their distrust on their own reproductive capacity increases, and there is a transmission of the ideology of the woman-mother role. Moreover, they involve social ideologies and interests of which women are made responsible.

Key words: Women, pregnancy, technology, representations, eugenesis

¹ Este texto forma parte de la tesis doctoral "Las culturas del nacimiento" realizado por la autora Montes-Muñoz y que se ha ampliado posteriormente.

² Enviar correspondencia a: majesus.montes@urv.cat

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

La reproducción humana y las decisiones respecto a ella, podrían ser propiedad moral de las mujeres, pero este poder ha sido fuente de inquietud para todos los conjuntos sociales que han puesto los medios para controlarlo (Victoria Sau 2000), siendo el sistema médico quien tiene el poder legitimado por el Estado para ello.

El embarazo hoy en nuestro contexto, se considera una situación que puede generar riesgos y por ello debe ser controlado por expertos. Son muchas las intervenciones que se realizan con el fin de su prevención, pero aquí nos vamos a referir a las dos técnicas de diagnóstico más significativas para la mayoría de las mujeres y profesionales: la ecografía cuyo impacto social es positivo, y la amniocentesis que generalmente es silenciada. Ambas son un claro exponente del refuerzo y mantenimiento de determinados significados del orden social. Además de sus funciones preventivas, desde una mirada antropológica nos interesa rescatar aquellas otras funciones que también cumplen, puesto que los encuentros que se llevan a cabo entre las mujeres y los profesionales durante el embarazo entendemos son *“una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente”* (Taussig, 1995 :114), y en ellos se van a dar *“relaciones de fuerza simbólica (...) entre el locutor dotado de autoridad social específica y su interlocutor o su público, que reconoce su autoridad en diferentes grados”* (Bourdieu, 1994 :120).

Así, nuestro objetivo es analizar las representaciones y significados que se desprenden en la práctica de estas técnicas en los encuentros asistenciales, afirmando que su uso aumenta el poder médico y la dependencia de las mujeres respecto a él, y como consecuencia, el desconocimiento y desconfianza en sus procesos reproductivos. Estas técnicas encierran objetivos sociales no explícitos de los que se han hecho responsables a las mujeres.

Este análisis tiene como eje el relato y experiencia de las mujeres y en menor medida, de sus parejas y los médicos responsables de dichas técnicas. El estudio se llevó a cabo durante los años 2003-08 en la provincia de Tarragona (España) con un grupo de 12 mujeres que en este trabajo presentamos con diferentes nombres, ocho de las cuales utilizaban los servicios de la sanidad pública y el resto de mutuas o privadas. Se encontraban en su primera gestación, con pareja fija y sin riesgos

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

previstos. Se les realizó una entrevista en profundidad cada mes a partir del segundo trimestre de gestación y posterior a los encuentros con los profesionales. Los médicos entrevistados fueron dos especializados en ecografías gestacionales. Otra parte del estudio se realizó a través de la observación participante en las consultas de seguimiento prenatal y el acompañamiento a las mujeres a quienes se les realizaron dichas técnicas. El análisis lo hemos estructurado en dos apartados, el primero corresponde a los usos y representaciones de la técnica ecográfica y el segundo a la amniocentesis.

De luces y de sombras: la ecografía

El control ecográfico tiene como finalidad, entre otras, el diagnóstico precoz de posibles alteraciones en la formación y desarrollo del feto. En el sistema de atención sanitaria pública se considera que un número de tres son suficientes para este fin a lo largo de todo el embarazo (PSE³ 1998), y en las mutuas/privadas se realiza en cada visita. Mirar dentro del útero ha abierto el campo a nuevos significados y su utilización va más allá del mero diagnóstico. Hoy es la prueba de mayor prestigio y más esperada por las mujeres embarazadas, sus parejas y familias. Los médicos conocen este valor y lo responden: *"La ecografía sí es para que el médico diagnostique cosas, pero también es para los padres la oportunidad de ver a su bebé dentro de la barriga. Saben que está bien porque nosotros se lo estamos diciendo"* (Md.1).

Estas dos funciones son generalmente observadas en la práctica⁴, y las mujeres reivindican su parte: *"En principio creo que una de las razones más importantes es para que los padres vean que su hijo está bien"* (Clara). Narotzky (1995) después de preguntarse el por qué de la utilización rutinaria de la ecografía en los países industrializados, plantea entre otras, que una de las razones es que *"supone un aumento de control por parte de la profesión médica del proceso del embarazo y una subsiguiente pérdida de control por parte de las mujeres embarazadas"*

³ Protocols del Seguiment de l'Embaras a Catalunya.

⁴ Las mujeres del estudio utilizaron 6 centros diferentes. Sólo en dos de ellos de la sanidad pública la ecografía fue diagnóstica, con lo que el médico no explicó a la mujer lo que estaba viendo en la pantalla.

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

(Narotzky 1995 :57). El cuerpo habla a través de los controles médicos y la ecografía reafirma su discurso, le otorga poder sobre el embarazo porque, penetrando en el cuerpo, saca a la luz el misterio en el que se ha mantenido la generación de la vida.

El manejo de esta tecnología fortalece el poder y carisma del experto y esa propiedad de "ver" adquiere tanto para los técnicos como para las mujeres, sus parejas y familias, la categoría de prodigio: *"Todavía no ha nacido y ya... lo puedes ver. Creo que eso es un milagro ¿no? Que además ellos lo dicen"* (Md.1). Y Nuria así lo afirma: *"No te lo crees... hasta que ves que allí hay un bicho que se mueve... es bonito verlo pero es increíble que tu puedas verlo. No te lo imaginas"*. Todas las mujeres se muestran asombradas, pero es el discurso que realiza el médico de la interpretación/descripción de las imágenes que aparecen en la pantalla, a partir de las que el feto toma forma. Si estas imágenes no son traducidas, la gran mayoría de las veces carecen de sentido para los observadores. Por ejemplo, a Montse se lo explican pero ella no lo ve bien y no se atreve a manifestarlo *"porque parece que les estorbes. Yo sólo veo manchas oscuras y claras. No lo entiendo ¿Qué es esto? No lo veo..."*, y se queda con la duda porque dice, se lo muestran muy deprisa, situación que comparte Àngels: *"Nos enseñó el corazón, esto son las piernas, esto son las manos, los pies... Claro, tampoco... El médico lo ve y va rápido, pero tú dices ¿es esto? Se ve muy poca cosa"*. En la observación realizada, el médico lo explica detalladamente y vuelve sobre la imagen para asegurarse de que lo han entendido perfilando con el cursor aquella zona del cuerpo que está mostrando. Una de las parejas nos enseña la foto recogida del ecógrafo afirmando que *"todo esto lo sabemos porque nos lo explica él, si no..."*. O sea, es el médico quien tiene el poder y el saber para desvelar el secreto de la presencia de la criatura y *"te has de creer lo que te dicen"* (Àngels).

Es tal hoy el protagonismo de la ecografía, que ha desbancado otras técnicas de diagnóstico y hasta el propio discurso de las mujeres en sus cálculos del tiempo de gestación. *"Estamos en la era de la imagen. Hoy la prueba del embarazo es ver a un embrión con latido cardíaco ¡Esa es la prueba del embarazo! Y todas las mujeres la esperan"* (Md.1). La ecografía penetra la mirada de quien la maneja en zonas

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

inaccesibles en el deseo de "ver", *"atravesar el interior invisible del cuerpo, registrar sus imágenes, no dejar nada a la sombra, ni agregarle a la realidad nada que provenga de las fantasías o del inconsciente del clínico"* (Le Breton, 2002:200). Si se ve, es real, y es habitual oír entre las mujeres cosas como: *"La verdad es que hasta que no me hicieron la ecografía no me hice la idea de que estaba embarazada"*, o *"Todavía estaba de doce semanas... no tenía ninguna sensación de estar embarazada y ¡ves esa personita tan pequeña ahí...! es realmente un milagro"*. La mayor parte expresan esta toma de conciencia tras ver el embrión en la primera ecografía, algo que Narotzky (1995 :56) interpreta como vivir el embarazo a través del médico. En opinión de Duben (1996)⁵, la mujer embarazada, a partir de la visión del desarrollo embrionario, es sometida a *"una especie de catequesis obligatoria de (des)orientación, en el curso de la cual será iluminada sobre la "vida" en sus entrañas"* (Duben 1996 :91) y esto en respuesta a determinados intereses sociales. Pero no solo es ver, es sobre todo ver en el momento en que está ocurriendo, y esta inmediatez es un valor añadido al poder de interpretación médica.

Lo que se ve toma forma y se materializa; se necesita ver para creer y creer al instante. Ver el embrión produce sin ninguna excepción en las mujeres y las parejas del estudio su humanización: *"Se otorga identidad al ser que se está gestando"* aseguran Juan y Rodríguez (1994:175). Adquiere categoría humana desde que "se ve", y esto se produce con la primera ecografía entre las diez o trece semanas. Comienza, en palabras de Scheper-Hughes (1997), el proceso de antropomorfización del feto en el que los médicos en primer lugar, y los padres como eco, le atribuyen *"características humanas tales como la conciencia, la voluntad, la intencionalidad, la conciencia de sí..."* (Scheper-Hughes 1997 :395).

Los médicos son quienes interpretan las sombras que se muestran en la pantalla y sus discursos construyen el ser humano. Nuria por ejemplo, llevaba en su vientre un feto niña y al hablar durante la ecografía se ha referido a "él" como "niño";

⁵ Duben plantea un análisis crítico a la definición legal que atribuye naturaleza humana al cigoto implantado en el útero, definición que se impone obligando a las mujeres a *"interiorizarlo como si fuera experimentado en carne propia"* (1996: 88).

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

casualmente se ve al feto sacar la lengua y el médico dice: *“¡Mira como saca la lengua! ¡Mira lo que te está diciendo por decirle él! Se enfada”*. También expresiones que las parejas comunican como *“nos está mirando”, “nos saluda” o “es vergonzosa”* manifiestan la atribución temprana de capacidades humanas que tienen como primer intérprete de referencia la palabra del médico.

Las mujeres interiorizan esta personificación y promueve en ellas la formación de vínculos con el ser gestado que se reforzarán cuando se conoce el sexo, en lo que en general, todos están interesados: *“Yo tenía muchas ganas de saber si era chico o chica (...) y ahora ya está, se habla de Pablo, es uno más de la familia. Ahora hablamos de él continuamente”* (Julio, pareja de Alba).

Laura y Josep también hablan con su hijo: *“Le decimos: ahora vamos a verte, es como si se lo explicáramos; ahora te vamos a ver así que ponte bien y tal. Si, si vamos a verle”*. Josep asegura que, aparte del valor diagnóstico, la ecografía *“tiene un valor añadido... es que emocionalmente nos une al niño, le conocemos ya antes de nacer y esto claro, supone...”*. Hemos observado que si en el transcurso de la ecografía las parejas se muestran emocionadas e interesadas, el médico se suma y potencia estos sentimientos. Las mujeres lo explican así: *“Supongo que le ilusiona ver, transmite ilusión ¡ay! ¡Mira, mira que mono!. Te hace el efecto de que tiene más ilusión que tú porque ¡mira, mira! ¡Los piecitos!, ¡Los dedos!”* (Anabel), y Clara se admira porque: *“Personas que ven esto todos los días y que reconozcan y sientan que eso es magia... pues la verdad es que se creó un buen feeling!”* Muchos médicos se contagian, pero también fomentan las emociones que despierta el ver al feto.

Las representaciones que promueve el uso de esta tecnología son diversas. Por un lado el saber médico adquiere connotaciones que sólo se atribuyen a la divinidad y que le rodean de esta aureola. El médico es capaz de ver en una amalgama de sombras a las que dará vida y que se potencian con la ilusión y la fe que las parejas aportan. El imaginado embarazo se convierte en realidad como por arte de magia: *“Lo que a mí me cuesta entender es que en dos centímetros y medio tenga todo, o sea... como si fuera un bebé en miniatura, es un misterio, algo increíble”* (Cristina). Paula también se muestra fascinada: *“Cuando ves... porque ves que es cierto, ves*

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

allí que está una bolsa..., bueno, no se ve la bolsa, pero te lo imaginas, y va dando vueltas, vueltas... Mueve un brazo y patalea. Cuando ves la ecografía pues aún es más realidad, te lo ves que es real.

Confianza, interpretación, ganas de ver... aunque en ocasiones esta imagen sea *“peor que en el canal +; eran todo manchas. No se ve, porque ahí tienes que imaginar mucho en la ecografía, ¡pero mucho! Casi todo”* (Anna). Lo cierto es que hacerse una ecografía se ha convertido en una necesidad mes a mes para muchas mujeres y parejas: *“Quiero verlo, es que sino la hiciera (la ecografía en cada encuentro) me llevaría una desilusión. Voy a la visita pensando en el momento de la ecografía”* (Laura). Y Paula que utiliza la Seguridad Social, considera que *“es un periodo muy largo ¡dos meses sin que te hagan una ecografía!”*, de forma que, si no se la ofrecen, algunas parejas recurren a la asistencia privada: *“Fuimos de pago solamente para que me lo grabaran en vídeo⁶ por tener un recuerdo ¿no?”* (Alicia), práctica que nos informaron es habitual entre las gestantes de los servicios públicos. En el grupo de estudio fue una práctica puntual.

Ahora las mujeres necesitan “ver” a un feto que se muestra en la imagen. Las propias percepciones, saberes y experiencias intrauterinas están desautorizadas. Otra de las consecuencias de la humanización precoz del feto es que, aunque visible y con entidad propia, se presenta como un ser humano indefenso dependiente de las acciones de su madre a quien se hace responsable de su buen desarrollo y bienestar (Juan y Rodríguez, 1994:175). Esto puede potenciar su culpabilidad si no introduce cambios o modela sus prácticas adaptándolas a las necesidades del feto. Por ejemplo, Alicia es fumadora, lo tiene grabado en vídeo y explica: *“Lo pongo y lo veo cómo se mueve y entonces me da más apuro... ¡Pobrecito! A ver, tampoco es malo ¿no? pero un cigarrito... pues sí me lo fumaría, pero..., me retengo mucho”*.

⁶ Nos informa el médico que durante el año 2002, se grabaron en video en los servicios públicos y que, ahora esta práctica ha sido desechada por ser un documento que puede ser utilizado en conflictos medico-legales. Esto supone que lagunas mujeres acudan a los servicios privados para conservar un video.

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

Algunas mujeres activan prácticas que califican de “sacrificios” que realizan por su hijo/a, como inherentes a su función maternal que ya ha dado comienzo, y para atenuar lo que en ocasiones pueden significar conflictos potenciales puesto que *“es el feto el que corre riesgos en el embarazo y ello a consecuencia, precisamente, de las malas costumbres de las madres”* (Imaz 2003:4). Pero también ver al feto tiene otros resultados: *“Desde que me hice la eco dejé un trabajo y ya desde entonces el embarazo está siendo bonito. ¡Voy a disfrutar del embarazo!”* (María). Todas las mujeres del estudio introdujeron cambios en diferentes medidas y relacionados con lo que se considera “higiene del embarazo”, como son modificaciones en la alimentación, ejercicio/descanso o abandono del consumo de tóxicos; todo en beneficio del bienestar fetal.

Otra de los aspectos es la escisión que se produce entre el cuerpo de la mujer y el feto. La ecografía muestra a un ser individual, dependiente de la mujer portadora pero diferente a ella sobre el que, a partir de su visibilidad, la medicina adquiere un control. También la sociedad *“toma la responsabilidad sobre el ser identificado como vivo”* (Juan y Rodríguez, 1994:175). Se le conceden los derechos legales como tal, protegiéndolo de decisiones maternas que le pudieran dañar (Duben, 1996). Los discursos y prácticas médicas se centran en el vientre de la mujer, contenedor del feto (Bodoque y Montes 2003) y ésta desaparece como relata Cristina: *“Lo que les importa es la niña, la madre vaya con lo que vaya da igual”*. Las imágenes grabadas reafirman esta escisión. La criatura puede ser mostrada independiente de su madre como cualquier otra imagen real de la vida cotidiana. Las mujeres acostumbran a hablar del producto de su gestación a través de la imagen reflejada en la foto ecográfica, práctica que parece potenciar la representación ya interiorizada de que el hecho que está sucediendo –el crecimiento y formación fetal- es ajeno a ellas. Clara lo vivió así: *“Estuvimos un día y medio mirando la foto, sin hacer otra cosa... Al final dije: bueno, no está aquí ¿no? Está aquí, en mi barriga”*.

Pero esta tecnología no ha promovido en las mujeres una mayor autonomía sobre sus cuerpos gestantes ya que lo que en él sucede, debe ser periódicamente consultado con los expertos que son quienes darán sentido al embarazo, por lo que

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

el feto, *"no tendrá más como portavoz a la madre gestante sino al médico"* (Imaz 2003:4) que es su emisario. La antropomorfización temprana del feto así como las responsabilidades y obligaciones que las mujeres contraen, responden al hipervalor que socialmente en la actualidad se da a las criaturas, reforzando el rol de madres que las mujeres embarazadas deben adoptar.

Realizamos una última observación: el impacto que se produce cuando los resultados no corresponden a lo diagnosticado durante el embarazo; esto es, la posible gestación y posterior nacimiento de una criatura con malformaciones físicas u otras no diagnosticadas. Algunos centros públicos y también obstetras privados, presentan para su autoprotección legal, un documento o "consentimiento informado" que la mujer debe firmar donde se advierte de las limitaciones e imprecisión ecográfica, aunque es un protocolo rutinario: *¡Pero no te lo dejan leer! Es que te lo hacen muy rápido. Yo primero no estaba muy convencida de firmar. ¿Puedo mirar? ¿Qué es esto? Con la emoción de la ecografía y tal, me fui y cuando llegué a casa me di cuenta"* (Montse). El documento informa de que: *"La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%"*⁷, dependiendo de *"la época de la gestación, el tipo de anomalías, las condiciones de la gestante y de la propia posición fetal"*, esto es, si algo no puede ser captado por la mirada experta, no es por falta de pericia sino que se debe a causas externas que lo impiden.

Aunque se sabe que la técnica no es infalible, los discursos que se transmiten a la población le dan este carácter, además, está apoyada en el prestigio y fiabilidad que socialmente se le reconoce al sistema médico. Cuando se supone que todo está controlado y se presenta una alteración, el rechazo se hace difícilmente superable⁸; la magia se rompe. Una práctica médica menos omnipotente podría dar mayor relatividad a la tecnología aceptando la existencia de lo imprevisible y, con ello, la posibilidad del "fracaso".

⁷ Extraído del consentimiento informado para la ecografía de la Seguridad Social.

⁸ Durante el estudio encontramos una de estas situaciones en una informante casual. Una malformación física del recién nacido activó el rechazo de la madre que después se sentía culpable de estos sentimientos.

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

Amniocentesis: una forma actual de eugenesia

Esta prueba tiene como objetivo diagnosticar las anomalías cromosómicas o defectos del tubo neural en el feto. Se llega a ella por dos caminos de entrada, ambos voluntarios. El primer paso consiste en realizarse una prueba analítica también llamada triple screening donde se calcula la probabilidad de que el feto pueda estar afectado. Si fuera así, un segundo paso voluntario será el estudio del cariotipo fetal con células que se extraen con la técnica de la amniocentesis. A este segundo paso se llega directamente si la mujer tiene 38 años o más en el momento del parto (PSE, 1998). Se realiza preferentemente a las 16 semanas de gestación y las mujeres deben firmar su consentimiento.

Popularmente se habla de la "prueba del síndrome de Down" cuya última finalidad sería evitar el nacimiento de criaturas con este problema. Las políticas sanitarias facilitan todos los recursos y, si el feto presenta alteraciones, se espera que *"sí te haces la prueba es porque estás dispuesta a abortar"* (Cristina), ya que de lo contrario, realizarla carece de sentido. Todos los profesionales coinciden en afirmar que el triple screening tiene en sus resultados un alto porcentaje de falsos positivos, con lo que la mayor parte de las amniocentesis son innecesarias y además; *"Nos crea una falsa seguridad que no es, porque aunque te salga alto puede no ser nada y si te sale bajo puede ser que lo tengas"* (Mt.2)⁹.

Muchas mujeres tienen claro que se la realizarán y otras pocas que no. El hecho de que la primera prueba sea un sencillo análisis de sangre, anima a algunas a lanzarse a conocer el cálculo de riesgos con la esperanza de no entrar en el lote y la tranquilidad posterior de seguir un embarazo con mayores garantías de la buena formación fetal. Roser lo expresa así: *"Es que tengo una compañera que lo tenía muy claro que ella no se iba a hacer la amniocentesis ¡pero yo no tenía esta seguridad! Y esto también me hacía sentir un poco así ¿no? Decía seguiré adelante"*

⁹ La explicación que se da es que: si una mujer tiene un 1 entre 1.200 posibilidades de que su feto presente anomalías, no se le aconseja la amniocentesis, pero puede ser que ese 1, sea el feto gestado. Para explicarlo se pone el ejemplo de 1200 bolas blancas (feto sano) y una negra (feto con anomalías); así, a menos bolas blancas más posibilidades de que salga la negra. El límite del riesgo se pone en 1/270.

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

hasta el final (haciéndose pruebas), hasta... pero no sé qué pasará al final. No lo he pensado. No lo quiero ni pensar".

Y también Ángels, aunque confía en la naturaleza manifiesta: *"Te lo planteas ¡a ver! Es muy duro, son decisiones muy duras y... ha de ser en el momento, cuando ya te encuentres y digas: ahora estoy en el baile y voy a bailar".* Las mujeres han visto al feto en las ecografías, le han identificado como ser humano, se comunican y le dan nombre. Los sentimientos que han generado entran en conflicto con la posibilidad de tener que tomar una decisión sobre su vida. Para algunas mujeres puede no suponer un gran obstáculo pero, en general, es fuente de angustia, intranquilidad y dudas ya que además, realizarse la amniocentesis tiene riesgo de aborto espontáneo: *A mí –el médico- para ayudarme a decidir, dijo: mira, tú tienes que pensar que es lo peor para ti, que cuando tu tengas... que no tiene porqué ser, pero que cuando tu tengas tu bebé, te lo den y sea un niño con síndrome de Down, o perder ahora de aquí a dos semanas un niño sano ¿Qué es lo peor para tí?"* (Cristina).

Hemos comentado que la práctica de la amniocentesis es generalmente silenciada por las mujeres y parejas. No se habla de ello si no se plantea la pregunta abiertamente. El hecho de entrar en un grupo estadístico de posibilidades de enfermedad, trastoca elementos profundos que no les deja indiferentes. *"¿Por qué no se la hacen a todas?"* repetía Nuria sin dejar de llorar porque, ella dijo, se sentía diferente al resto, mal. Todas las mujeres que pasaron por la prueba afirman que fue una experiencia dura, no tanto por la técnica como por esa mezcla culpabilizadora de mala suerte ante la posibilidad de no haber gestado "algo sano" y por la decisión a la que posteriormente podían tener que enfrentarse.

Hoy en nuestra sociedad, una criatura con problemas apunta Cristina, *"es anormal, todo lo que es diferente de lo... del grupo social, de la mayoría, es anormal. Ya no dices diferente, es anormal y no está aceptado".* Se ha promovido política y económicamente todo un sistema de detección de lo diferente para reducirlo o eliminarlo. En una sociedad industrial, capitalista y competitiva no hay lugar para las personas que no sean productivas, se consideran una carga para la familia y la sociedad. Los intereses son tales que pasan por el posible riesgo estadístico o

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

necesidad de la pérdida de otros fetos sanos: *"Me dijo; mira uno de cada cien niños se pierde, pues si el riesgo es un síndrome de Down por cada seiscientos, seis niños de esos seiscientos probablemente normales se perderían. Son seis mujeres que perderían a su bebé sano mas la que tendría que abortar por síndrome de Down que lo descubrirían ¿no?"* (Cristina).

Las prácticas que se derivan de la amniocentesis están estatalmente promovidas y socialmente aceptadas aunque no se refieran a ellas como eugenesia. Podemos hablar de una "maternidad selectiva" en la que unos fetos son seleccionados sobre otros, tema que en otro contexto y circunstancias ya trabajó Scheper-Hughes (1997), y que genera el rechazo cuando se trata de otra cultura. La autora pone especial énfasis en plasmar estas dificultades: *"Frente a las profundas diferencias humanas, sobre todo si amenazan nuestras concepciones culturales de lo "normal" y lo "ético"* (Scheper-Hughes 1997:341), advirtiendo que desde una mirada etnocéntrica, se puede juzgar de forma equivocada las prácticas de otros grupos¹⁰.

Lo difícil es dar una mirada desapasionada y objetiva de la propia cultura, puesto que las prácticas de selección sobre quién es o no socialmente viable, también están vigentes en ella. En nuestro contexto se seleccionan unos u otros fetos; unos podrán vivir y otros no y las causas y justificación están perfectamente integradas. La gran mayoría de la sociedad las comparte y aprueba; es más, están avaladas por el Estado y el sistema de expertos es quien lo aconseja facilitando los recursos técnicos durante todo el proceso. No hay pues motivo de asombro ante las prácticas de selección de las criaturas en otras culturas. Lo que se acepta como normal en una sociedad, se generaliza y deja de tener visibilidad.

Sólo dos de las mujeres del estudio no se realizaron el cribaje bioquímico -triple screening-, porque habían decidido que no abortarían; el resto planteaba más o menos, opiniones parecidas a las de Alicia: *"Yo no lo tendría, no por mí. Yo creo que bastante sufrimos. Yo sufriendo toda mi vida... yo creo que tampoco me lo*

¹⁰ Nos referimos a catalogar de *"indiferencia materna"* al abandono de aquellas criaturas que las mujeres de las *favelas* brasileñas consideran tienen pocas posibilidades de vida (Scheper-Hughes 1997).

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

merezco. No yo, ni mi marido ni mi gente de alrededor ¿Dónde va una persona así que no puede valerse por sí misma?”.

Tres de ellas se sometieron a la amniocentesis; las dos que utilizaron los servicios de la Seguridad Social necesitaron esperar cerca de cuatro semanas para conocer los resultados, un prolongado tiempo de incertidumbre y angustia. La mujer que acudió a la privada recibió los resultados en cuatro días. Esta diferencia en el tiempo tuvo un coste económico, esto es, pagó un precio para que pudiera realizarse de forma rápida. Después de conocido el impacto que la espera de cuatro semanas tuvo en una de las mujeres, nos preguntamos si no sería más adecuado informar de esta posibilidad a las mujeres de los servicios públicos; en todo caso, ellas podrían elegir. El médico nos dio la siguiente respuesta: *“Eso lo debería cubrir la Seguridad Social, y ya lo cubre. Lo reservamos para la gente que tenemos alto riesgo de que saldrá mal... (el feto). Porque sabemos que la mayoría de las amniocentesis saldrán bien porque los métodos que las indican no son exactos ni fiables. Pero la angustia que ellas tienen ¡claro! es una cosa impagable”* (Md1).

Parece que la espera de cuatro semanas es un precio que las mujeres deben pagar como consecuencia de la imprecisión de una técnica con alto porcentaje de errores a la que se sienten abocadas. Este tiempo para una de ellas fue de sufrimiento, culpabilidad y ambivalencia respecto a la criatura gestada, además del miedo al aborto espontáneo. La técnica se vive como una agresión hacia el feto; Cristina mantuvo durante días la mano sobre el abdomen con la idea: *“De protección del crío, porque tú tienes la sensación mala. Lo notas extraño, lo notas que está afectado ¡Es que está afectado! y tendrá su parte psicológica porque como sabes... sabes que hay un agujero en la bolsa...”*.

La percepción de la repercusión sobre la criatura la han planteado varias mujeres y ya existen en el mercado métodos para contrarrestarla. Por ejemplo, Marina se había informado sobre una terapia que neutralizaba sus efectos explicando que: *“hace un poco la parte emocional para evitar que el feto pueda sentirlo como una agresión, un intento de asesinato”*.

Para las parejas en su primer embarazo es más difícil afrontar esta prueba, afirma

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

Rayna Rapp (1999:24), ya que les provoca desasosiego e incertidumbre. Entre los profesionales continúa Rapp, está tan normalizada que es rutinaria y así se presenta en las relaciones que se establecen con las mujeres. Está pautado dar información y pedir la autorización desde el inicio, pero algunas mujeres se encontraron con que: *“la enfermera me dijo ¡ay! Te voy a dar esta hoja de lo del síndrome de Down y ya no me dijeron que era voluntario ¿sabes? Que yo igual me la iba a hacer”* (Cristina). A Roser, aunque los resultados estaban dentro de la normalidad, el médico le ofreció “seguir adelante” puesto que su fiabilidad no es total: *“¿Te haces la amnio? No, no. Dijimos que vale”* y el médico insiste: *“Porque a lo mejor aún así esta posibilidad entre 2.100 puedes ser tu”*. Nuria se queja del trato recibido: *“Lo que no entiendo es que esta gente te lo dice así ¡pam! Como si les diera lo mismo. Claro, ellos ya están acostumbrados. Me dijo, tendrás que hacerte la prueba y ya está. No hace falta que llores ¿eh? que no te morirás”*.

Las mujeres del estudio han reflejado que son ellas quienes en último lugar deciden si realizar o no la amniocentesis y en vistas a asumir una posible interrupción del embarazo: *“Es tu decisión porque fundamentalmente es de la madre. Del padre también, pero es una decisión fundamentalmente de la madre. También piensas que implicas a toda tu familia porque decir que no lo tienes cuando todos lo están esperando... Pero tenerlo síndrome de Down también implicas a un montón de gente que se relacionará con ese niño. No sé, es difícil”* (Cristina).

La rutina que se ha establecido en la práctica sistemática de la amniocentesis, subraya Rapp (1999:3), hace que las mujeres sean pioneras morales obligadas y forzadas a juzgar la calidad de sus fetos, a decidir si éstos entran o no en la comunidad humana. Tener hijos sanos se plantea como un objetivo de las mujeres y sus familias, pero es ante todo, un proyecto de las sociedades capitalistas con viejas raíces en la políticas eugenésicas de las que son continuadoras y a las que el modelo médico hegemónico siempre ha respondido y respaldado (Rapp 1999:55). La organización social para mantener la salud y la lucha contra la enfermedad es interés del Estado, de forma que *“garantice la supervivencia del trabajador y su familia, es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra”* (Menéndez, 1984:10). Evitar ser no productivos es una decisión política

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

cuya necesidad se ha interiorizado como personal y pasa por el control y sometimiento de las mujeres. Las prácticas para la selección de la vida tienen múltiples caras y se llevan a cabo justificadas en ideologías o condicionantes sociales y culturales muy diversos

Conclusiones

Los límites sobre el concepto de riesgo en el embarazo se han ampliado y esto es aceptado por legos y profanos. Desde el discurso del sistema de atención sanitaria se habla de proteger de él a las mujeres gestantes y sus fetos, cosa que entendemos, debiera tener además otras lecturas más acordes con la realidad práctica a la que ellas deben hacer frente. Las técnicas de la ecografía y amniocentesis se complementan para el diagnóstico de lo diferente, situación que pone en evidencia los conflictos y contradicciones culturales. Ambas proporcionan sobre todo, lo que se considera beneficios sociales cuyos costes emocionales, positivos o no, recaen en primer lugar sobre las mujeres gestantes que se ven inducidas a su utilización. Los encuentros asistenciales institucionales son el marco en que esto se produce y reproduce, renovándose constantemente los valores e intereses que mantienen el orden social.

Del mismo modo, los expertos en tecnologías de diagnóstico han aumentado su poder por la capacidad de ver e interpretar la presencia fetal en el vientre materno, convertido ahora en una necesidad y hasta un derecho de las mujeres usuarias y sus parejas. A partir de estas técnicas, el feto es considerado precozmente un ser social cuyo bienestar será controlado por agentes externos a la mujer gestante que parece convertirse en mera portadora y de la que se espera indudablemente su colaboración. Esto trae como consecuencia la expropiación de los saberes maternos respecto a las percepciones o sensaciones de sus cuerpos, además de que les hace dependientes de los discursos expertos para el conocimiento del bienestar fetal. La autoridad que se otorga al sistema médico avala estos supuestos, aunque los resultados -se acepta- pueden no responder a esta confianza.

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

En este sistema de representaciones sociales, las mujeres reciben mensajes desde los que, aún siendo el centro hacia donde se dirigen todas las actividades de diagnóstico y sus discursos y, siendo ellas quienes sobre todo los padecen, no podrán decidir totalmente sobre el producto de su gestación y esto condicionado tanto legalmente, como por la presión médico-social a la que están sometidas. El rol maternal "naturalizado" al que se espera respondan, es un poderoso "tabú" difícil de desenmascarar, y que socialmente se trata de mantener a través de diferentes estrategias, aunque sean ocultas y contradictorias.

En el transcurso de nuestra investigación, hemos constatado como algunas mujeres se cuestionan estos hechos y comienzan, -aunque tímidamente- a poner de manifiesto las diferencias entre los discursos recibidos a lo largo de los encuentros asistenciales y las prácticas. Las resistencias y/o estrategias de afrontamiento que ellas y sus parejas toman, son el motor que generará cambios sociales (Díez, Mintegui, 2000).

Bibliografía

Bodoque-Puerta Y. Montes-Muñoz MJ. (2003). El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones. *Actas del IX Congrés d'Antropologia FAAEE*. Simposio 6: Cultura, Poder y Salud. Barcelona: Soporte CD.

Bourdieu Pierre (1994). *Per a una sociologia reflexiva*. Barcelona: Herder.

Díez, Mintegui, Carmen (2000). "Maternidad y orden social. Vivencias del cambio". En Del Valle (edit) *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel, pp.155-185.

Duben, Barbara (1996). "El concepto de "Vida": un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas". *Duoda. Revista de estudios feministas*. Universitat de Barcelona, nº 11 pp. 79-96.

Imaz, Elixabete (2003). "Tres lecturas del cuerpo materno. Antojos, anemias y ecografías". *Actas del IX Congrés d'Antropologia FAAEE*. Simposio 6: Cultura poder

perifèria

Número 11, Diciembre 2009

www.periferia.name

y salud. Barcelona: Soporte CD.

Juan Jerez, Montserrat y Rodriguez Díaz, Josep (1994). "El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del nacimiento y la muerte". *REIS*, nº 68, pp.173-196.

Le Breton, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos aires: Nueva Visión.

Menéndez, Eduardo (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.

Montes-Muñoz M^a Jesús (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis Doctoral, disponible en: www.tdx.cat/TDX-0607107112247/MicrosoftWord/COMPLETOlasculturasdela.pdf.

Narotzky, Susana (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Monografías: CSIC, nº14.

Protocols del seguiment de l'embaras a Catalunya (1998). *Generalitat de Catalunya*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Rapp, Rayna (1999). *Testing women, testing the fetus. The social impact of Amniocentesis in America*. London: Routledge.

Sau, Victoria (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Madrid: Horas y Horas.

Scheper-Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Taussing, Michael (1995). "La reificación y la conciencia del paciente". En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa, pp.110-143.