

**Belle Boggs**

**El arte  
de no  
desesperar  
cuando  
**no**  
estás  
esperando**

«El milagro de la vida como nunca lo habías visto»  
*The New York Times*

**Seix Barral**

# ÍNDICE

PORTADA

SINOPSIS

PORTADILLA

DEDICATORIA

EL ARTE DE ESPERAR

LA FIEBRE DEL BEBÉ

HIJOS IMAGINARIOS

EN EL HOSPITAL

VIDA VISIBLE

ADOPTAR SIN MÁS

SOLSTICIO

TODA LA CASA

TOMA DE CONTROL

HISTORIAS DE PARTOS

ESPERANDO UN HIJO

PAGAR POR ELLO

EPÍLOGO

AGRADECIMIENTOS

NOTAS

BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS QUE PUEDEN AYUDARTE

CRÉDITOS

**Gracias por adquirir este eBook**

Visita [Planetadelibros.com](http://Planetadelibros.com) y  
descubre una  
nueva forma de disfrutar de la lectura

---

**¡Regístrate y accede a contenidos  
exclusivos!**

Primeros capítulos  
Fragmentos de próximas publicaciones  
Clubs de lectura con los autores  
Concursos, sorteos y promociones  
Participa en presentaciones de libros

**PlanetadeLibros**

---

Comparte tu opinión en la ficha del libro  
y en nuestras redes sociales:



**Explora**

**Descubre**

**Comparte**



## SINOPSIS

En *El arte de no desesperar cuando no estás esperando*, Boggs desmenuza con destreza su tiempo de espera en una extensa contemplación de la fertilidad, las elecciones y los múltiples caminos que puedes tomar para construir tu vida y formar una familia. Y narra, con gran empatía, historias complicadas de parejas que deciden adoptar, o consideraron la reproducción asistida o los vientres de alquiler, frente a otras historias de hombres y mujeres que escogen tener una vida sin hijos.

Esta brillante y personal exploración narra de forma elocuente las diferentes facetas de la fertilidad a través de ejemplos de ámbitos muy diversos, como el reino animal, la literatura, el cine, la medicina, la ciencia o la cultura popular.



Seix Barral Los Tres Mundos

## **Belle Boggs**

El arte de no desesperar  
cuando no estás esperando

Traducción del inglés por  
Aurora Echevarría

*Para mi familia*

## EL ARTE DE ESPERAR

Es primavera cuando caigo en la cuenta de que puede que nunca tenga hijos. Alrededor de esa época reaparecen las cigarras tras trece años de espera; salen de pulcros hoyos abiertos en el suelo para desprenderse de las cáscaras larvales, y les brotan alas y vuelan hasta la copa de los árboles, llenando el aire con el sonido de su singular propósito: la reproducción. En los bosques donde vivo, una zona especialmente protegida de la destrucción del hábitat, la llamada de apareamiento de los machos, un zumbido vibrante y continuo, un sonido a la vez lejano y cercano, me crea la impresión de vivir dentro de una caracola.

Cerca del río, donde suena con más fuerza el canto de las cigarras, las cáscaras larvales desechadas —cuerpos de un ámbar translúcido, ingrátidos y espeluznantes— crujen bajo mis pies mientras paseo. En la otra orilla, en un nido construido en la copa de un pino alto y delgado, dos águilas calvas se turnan para cuidar a dos aguiluchos recién nacidos. En el agua aparecen crías de tortuga, serpientes pequeñas y patitos. Debajo del porche de mis padres, tres gatas callejeras paren una detrás de otra. Y en las noticias, un embarazo milagroso: en el parque zoológico de Carolina del Norte se queda preñada *Jamani*, una gorila de once años, el primer embarazo de esta especie en veinte años.

En mayo voy a la consulta de mi endocrinólogo reproductivo, y en el aire que rodea el complejo de hormigón y acero del hospital advierto una extraña ausencia de sonido. No hay árboles altos para atrapar el viento o dar refugio a las cigarras, y en el puente peatonal del aparcamiento cubierto todos caminan deprisa, cabizbajos, concentrados en llegar a sus citas. En la sala de espera clavo la uña en la hoja de un ficus plantado en una maceta y me tranquilizo al



comprobar que es de verdad: verde, vivo.

La selección de revistas que hay en la mesa deja que desear: un par de números antiguos del *New Yorker*, con la etiqueta de la dirección arrancada, y un volumen grueso con el alarmante título de *Fertility and Sterility*. En la portada hay una pequeña fotografía cuadrada de un mono *rhesus* sostenido por unas manos humanas invisibles en una toalla blanca. El mono tiene una expresión atemorizada, con sus oscuros ojos muy abiertos, y su boca forma un pequeño óvalo rosado de sorpresa. La imagen de una cría de mono no parece la más adecuada para poner delante de unas mujeres que están pasando por la confusión y las incertidumbres de un tratamiento de fertilidad —«¿qué son esas manchas grisáceas y misteriosas que se ven en la ecografía, por cierto?»—, pero como no estoy segura de cuánto tiempo me van a hacer esperar, cojo la revista. Paso las páginas hasta que doy con otra foto del mono y de sus hermanos, y el artículo correspondiente, sobre la conservación de la fertilidad en primates humanos y no humanos expuestos a radiación. A la madre de ese mono, así como a otras veinte hembras, se le dio un fármaco experimental y se la expuso a la misma clase de radiación que se administra a las mujeres en un tratamiento contra el cáncer. En otras páginas encuentro una investigación sobre las células testiculares de un ratón, las adherencias peritoneales en las ratas y la fecundación in vitro (FIV) en los babuinos.

Evidentemente, esta investigación se concibió para el estudio de la infertilidad humana, no de la animal. Los animales no humanos no se exponen a sí mismos a una radioterapia que puede poner en riesgo su fertilidad; ni posponen la reproducción, como he hecho yo, durante años tomando anticonceptivos. Reproducirse y asegurar la madurez sexual de la prole es un imperativo biológico para ellos; de él depende su éxito, y especie tras especie observamos cómo tanto los machos como las hembras lo sacrifican todo, incluso la vida, para lograrlo. Pero en las especies con sistemas reproductivos más complejos —los animales genéticamente más cercanos a los seres humanos—, los científicos han documentado casos de infertilidad, desequilibrios hormonales, endometriosis y supresión reproductiva. «¿Cómo se enfrentan a ello?», me pregunto sin dejar de mirar la foto de la cría de mono *rhesus*, sus grandes ojos redondos y separados

diseñados para provocar una respuesta maternal. ¿Llevan mejor —o de otra manera— la infertilidad o la imposibilidad de procrear?

Me llaman por mi nombre, y un médico que no conozco[1] me escanea los ovarios. Tomo notas en un cuaderno en blanco que he llenado de tréboles de cuatro hojas encontrados en mis paseos por el río: «¿Dos folículos? ¿Tres? Probabilidades de éxito entre un 15 y un 18 %».

Al salir, robo la revista con el mono en la portada. De nuevo en casa, bajo el enramado de robles y nogales americanos, abro la puerta del coche y el sonido se cuele rápidamente, más sonoro tras su ausencia. El canto de las cigarras: miles y miles de machos contrayendo sus membranas internas para encontrar pareja. En Tennessee es tan exagerado que un hombre llama a Emergencias para quejarse porque cree que es alguien manejando maquinaria.

Al cabo de unos días voy al parque zoológico de Carolina del Norte, donde *Jamani*, la gorila preñada, no parece ser consciente de que desde que se dio a conocer su estado cada día vienen a verla decenas de visitantes más. Comparte recinto con *Acacia*, una hembra de dieciséis años socialmente dominante pero relativamente menuda, y con *Nkosi*, un macho de veinte años que pesa ciento ochenta kilos. La cría de los gorilas de las tierras bajas que se encuentran en cautiverio se gestiona según un Plan de Supervivencia de las Especies (PSE) que tiene por objeto asegurar la diversidad genética entre los miembros cautivos de una especie. Eso significa que a las gorilas adultas se les administran píldoras anticonceptivas —como las que toman las hembras humanas— hasta que las pruebas genéticas recomiendan su cruce con un macho de la misma especie. Aun después de recibir luz verde, una gorila cautiva puede tardar meses o años en concebir. Algunas nunca lo consiguen.

Los seres humanos llevamos muchísimo tiempo imponiendo a los animales métodos anticonceptivos y tecnologías reproductivas,[2] reproduciendo a unos y esterilizando a otros. En los últimos años hemos administrado sofisticados tratamientos de fertilidad a animales en cautiverio que se hallaban en peligro de extinción, como los pandas gigantes y los

gorilas de las tierras bajas. Estas medidas, de tecnología más o menos avanzada, han llegado a parecernos tan rutinarias como el manejo de nuestra propia reproducción. Nos sentimos responsables cuando esterilizamos y castramos a nuestros gatos y perros, y orgullosos cuando nuestros parques zoológicos publican fotos de crías nacidas de la suerte y de la ciencia.

*Jamani* y *Acacia* llegaron al parque zoológico de Carolina del Norte en 2010, después de que se recomendara cruzar a *Jamani* con *Nkosi*, lo que se consiguió poniendo simplemente a los dos animales en el mismo recinto. El personal del zoológico confirmó el embarazo de *Jamani* a través de una prueba de embarazo conocida como EPT (por sus siglas en inglés), de las que se compran en la farmacia.

Pregunto a Aaron Jesue, uno de sus cuidadores, si *Acacia* o la misma *Jamani* parecen haberse percatado del embarazo, si él o los otros cuidadores han notado cambios en su comportamiento, pero hasta ahora las únicas diferencias en la rutina son el aumento de los visitantes que acuden al zoológico para ver a los gorilas y las numerosas consultas que han realizado a científicos y encargados de zoológicos para que los ayuden a preparar el parto. «*Jamani* sigue siendo la hembra sumisa —afirma Jesue—. Veremos si no cambia.»

Muchas mujeres infértiles afirman que lo peor de la experiencia es la envidia que les suscitan las embarazadas, que parecen estar en todas partes cuando se intenta (sin éxito) concebir. En el grupo de apoyo a la infertilidad al que voy, en el sótano de otro hospital que queda a una hora de casa, las sesiones a menudo comienzan con el tema de los celos y las pequeñas heridas.

«No me importa rodearme de bebés y niños, pero no puedo con las embarazadas —comenta una mujer elegante y atractiva con una práctica melena corta—. Las odio, me da igual cómo suene.»

De modo que hablamos un rato sobre ello: de borrar amigas de Facebook cuyas frecuentes actualizaciones de su estado documentan su ciclo gestacional, y de evitar las fiestas de regalos para el futuro bebé y los cumpleaños infantiles. Hablamos de nuestro miedo a vernos excluidas, a

quedarnos atrás, mientras nuestras amistades y parientes hablan de criar a sus familias siempre en aumento.

La familia como unidad de aislamiento social es un concepto que no es exclusivo de los seres humanos. En su hábitat natural, las crías representan la competencia para obtener recursos, y en no pocos casos la tarea de una madre consiste fundamentalmente en ocultar y proteger a sus crías de miembros de su propia especie. Jane Goodall observó que las madres chimpancés protegían a sus crías de todo contacto con otros chimpancés sin hermanos durante los primeros cinco meses de vida, apartándoles las manos cuando intentaban tocarlas.

En una comunidad de titíes, la presencia de una hembra preñada puede causar infertilidad en otras hembras, aunque el resultado no es el aislamiento sino una mayor cooperación. Los titíes son unos monitos sudamericanos que experimentan una supresión en su funcionamiento reproductivo; por regla general, en un grupo de cría sólo la hembra dominante se reproduce, a menudo pariendo camada tras camada antes de que cualquiera de las otras tenga una oportunidad. Esto se logra a través del comportamiento —algunas hembras simplemente no se aparean— y de una respuesta neuroendocrina especializada ante la percepción de subordinación, que, como la píldora, inhibe el desarrollo folicular ovárico y la ovulación. Algunas nunca tienen su oportunidad, y permanecen en la categoría subordinada y no reproductiva toda la vida.

Los titíes construyen sus nidos en las enramadas de los árboles del bosque tropical y viven en grupos de tres a quince miembros, alimentándose de arañas, insectos y pequeños vertebrados. La cooperación pacífica es notable entre los titíes comunes, particularmente en el cuidado de las crías. Todos los miembros del grupo de más de cinco meses de edad —macho o hembra, dominante o subordinado— participan, y una hembra dominante permitirá a otros miembros llevar a su progenie desde el primer día de vida. Los científicos han apuntado que esta dependencia en la ayuda de sus congéneres —los titíes suelen parir gemelos— explica la supresión reproductiva hormonal y conductual. Este fenómeno de supresión se produce tanto en libertad como en cautiverio.

De vez en cuando una hembra subordinada se reproduce, pero su cría tiene menos probabilidades de sobrevivir. Una razón es la práctica del infanticidio que los investigadores han observado múltiples veces en su hábitat natural (las crías desaparecen sin más). El infanticidio ocurre con mayor frecuencia cuando una hembra subordinada pare durante el embarazo de la hembra dominante, que suele ser la atacante. A pesar de la brutalidad aparente de semejante práctica, ésta no parece mermar las relaciones sociales o la cooperación entre los tíes.

A veces esta cooperación es tan extensa que a los investigadores les resulta difícil establecer cuál de las hembras es la madre biológica. En un caso registrado por Leslie Digby en Brasil en 1991, dos hembras adultas parieron gemelos en la misma semana. Menos de un mes más tarde, dos de las crías habían desaparecido, pero como ambas madres siguieron criando a las crías supervivientes, fue imposible determinar cuál de las hembras era la madre biológica o «si las crías desaparecidas pertenecían a la misma camada», según el informe de Digby.

El mundo animal, al igual que el nuestro, está lleno de ejemplos paradójicos de mansedumbre, brutalidad y sufrimiento, a menudo al servicio de la reproducción. La hembra de la araña viuda negra devora a su pareja tras una compleja y delicada danza de apareamiento. Las águilas calvas, que tienen una sola pareja en su vida y comparten la responsabilidad de cuidar de las crías cuando procrean, a veces observan impasibles cómo el aguilucho más fuerte mata a su hermano. Al final de su ciclo vital, después de recorrer miles de kilómetros de agua salada, los salmones del Pacífico nadan hasta las corrientes de agua dulce en las que nacieron para desovar, y al entrar en contacto con el agua dulce experimentan un rápido deterioro de su carne. Los animales harán lo que sea para asegurar el éxito en la reproducción.

Para los seres humanos, «lo que sea» ha llegado a significar la fecundación in vitro, un procedimiento desarrollado en la década de los setenta que consiste en la manipulación hormonal del ciclo de la mujer seguida de la recogida y fertilización de sus óvulos, que se transfieren como embriones a su útero. En

todo el mundo hay más de cinco millones de criaturas nacidas por este procedimiento, que se ha convertido en una industria multimillonaria.

«*Bebé probeta* —dice otra mujer de mi grupo de apoyo, una joven médico de urgencias que se ha hecho cinco inseminaciones caseras y está pensando en pasarse a la fecundación in vitro—. Detesto ese término. Es un bebé y punto.» Ha conducido más de cien kilómetros para hablar a otras siete mujeres sobre el estrés y el aislamiento provocados por la infertilidad.

En las clínicas denominan con el nombre de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) a todo lo que hacen los médicos y los técnicos en esta dirección, suavizando el concepto de *niño probeta*, un ser humano creado en un laboratorio. Las técnicas de reproducción asistida son algo humano, social y no amenazante. No clonan ni copian sino que crean. A menudo se describen como invaluable, intemporales y curativas. No es raro gastar grandes sumas de dinero en ellas. Son una inversión.

Todas estas ideas tranquilizan, tanto si se piensa detenidamente en ellas como si no, del mismo modo que también tranquiliza el hecho de tratar la infertilidad, pese a lo doloroso e indigno que a menudo resulta ser. Para la mujer, el tratamiento consiste en nutrir el cuerpo, que con suerte producirá óvulos y un grueso revestimiento del útero donde poder implantar un óvulo fertilizado. Todas las medidas que pueda tomar en un determinado mes —abstenerse de cafeína y alcohol, tomar Clomid o Femara, inyectarse Gonadotropina coriónica humana, anotar la temperatura y el moco cervical en un calendario especial— son en esencia maternales, rutinarias y abnegadas. En los foros de internet, donde las mujeres cambian impresiones sobre los periodos de Clomid, las inseminaciones y los ciclos de FIV, se utiliza una especie de jerga infantil para referirse a los órganos y las células del proceso reproductivo. Los folículos ováricos son *folis* y los embriones, *embris*, y a los embriones congelados —los que no se utilizan en un ciclo de tratamiento y se congelan para futuros intentos— los llaman *congeladitos* o *findus*. Las frecuentes ecografías que se realizan a las mujeres en un ciclo de tratamiento, para observar el crecimiento de los folículos y el revestimiento endometrial, no son muy diferentes de las efectuadas en las primeras etapas del embarazo. En ellas intervienen una especie de varita, una pantalla y algo que crece.

Y siempre hay algo más que hacer, algo más que probar. En una clínica de TRA no se tarda mucho en gastar decenas de miles de dólares en pruebas, medicamentos y procedimientos. Cuando empecé a preguntarme por qué no podía concebir, me dije que todo lo que haría sería leer un libro y llevar una gráfica de mi temperatura basal. El siguiente límite que me puse fueron las píldoras: las tomaría, pero no iría más allá. Lo siguiente fue la Inseminación Intrauterina (IIU), un procedimiento de tecnología poco avanzada, y por lo tanto menos caro, que no requiere sedación. Si me comparo con las mujeres de mi grupo de apoyo, que salen de la sala en mitad de la reunión para ponerse inyecciones en los aseos del hospital, yo soy un peso ligero. A menudo, durante las discusiones acerca de los medicamentos y los procedimientos, no tengo ni idea de qué están hablando, y parte de la razón por la que asisto cada mes es para escuchar sus historias de terror. Espero así distanciarme del proceso, ver de lo que podría librarme si me rindiera.

Pero después de tres años intentándolo, no es fácil rendirse. Sé que sería mejor para el planeta si lo hiciera (aunque sólo fuera infinitesimalmente mejor) y, en cierto sentido, también lo sería para mí, como escritora. Desde un punto de vista económico, es sin duda lo más sensato. A los veintipocos años, cuando consideraba esta clase de decisiones en términos de blanco o negro, bien y mal, me habría parecido egoísta y despilfarrador gastar miles de dólares en procedimientos médicos innecesarios. Esa joven habría sostenido que era mejor donar el dinero a un orfanato o un hospital infantil. O adoptar un niño.

A los treinta y cuatro, cuenta con ahorros aunque limitados, sabe lo difícil que es la adopción y quiere desesperadamente que su cuerpo funcione como se espera que lo haga.

Una gran parte de la presión y la frustración que provoca no poder concebir viene de la idea de que la fertilidad es normal, natural y saludable, mientras que la infertilidad es rara y poco natural, y significa que algo no funciona como debería en ti. No suele ser un problema que uno vea venir; desde que somos muy jóvenes se nos advierte y promete que el embarazo algún día

ocurrirá. En mi grupo de apoyo siempre hay alguien que confiesa lo sorprendida que está de encontrarse allí.

Mis padres se casaron con poco más de veinte años y se fueron al campo para vivir en una granja y tener hijos. Tardaron trece meses en concebirme y mi madre dice que durante ese tiempo de espera pensó que los anteriores años tomando anticonceptivos la habían arruinado. Así es como lo expresó, *arruinado*, como si el resto de su cuerpo en forma, su fuerte espalda, sus manos de artista o su rápido ingenio no contaran.

Aunque me casé más o menos a la misma edad que mi madre —a los veintiséis—, nunca se me pasó por la cabeza tener hijos enseguida. El primer año de mi matrimonio impartí talleres de lectura y escritura en una guardería de Brooklyn, y recuerdo que al comienzo del curso dibujé en un gran bloc un croquis con rótulos de mi dormitorio. Daniel, un niño brillante y encantador de cinco años, señaló la cama de mi dibujo.

—¿Por qué hay dos almohadas? —me preguntó.

—Una para mí y una para mi marido —respondí.

Él abrió la boca.

—¡Vas a tener un bebé!

Me eché a reír y negué con la cabeza.

—Soy demasiado joven para eso —contesté.

En una reunión de padres constaté que los de Daniel eran más jóvenes que yo.

Tres años más tarde invité a una enfermera de la sanidad pública a hablar ante un grupo de alumnos de quinto a los que yo daba clase en Carolina del Norte. El tema de la charla era «vuestros cuerpos cambiantes», una fuente segura de risas, pero la enfermera, una atractiva mujer de voz suave que daba la casualidad de que era ciega, impuso una silenciosa seriedad. Inclina la cara hacia arriba dando a sus palabras un aire de plegaria, y manejaba con reverencia los modelos anatómicos de plástico de la vagina y el útero. «Vuestros cuerpos son milagros —dijo a las chicas en una sesión aparte—. Están hechos para tener hijos. Ésa es la razón por la que menstruáis, el motivo de los cambios que se producirán en ellos.»

«Vuestros cerebros también son milagros —les dije yo después—. Un



milagro mayor que vuestros úteros. No tenéis por qué tener hijos si no queréis.» Pero mis palabras sonaron débiles e indignas comparadas con el sereno dictamen de la enfermera.

Siempre me sorprende cuando oigo a mis alumnos, tanto si son niños como niñas, de la guardería como de secundaria, hablar de los hijos que algún día tendrán. «Mis hijos no se portarán así», afirman mientras observan una clase revoltosa en una excursión escolar. O bien comentan con preocupación: «Apuesto a que sólo tendré hijos. ¿Qué haré rodeada de niños?». Les sale mucho más natural imaginar los hijos que podrían tener que los empleos que podrían conseguir o los lugares donde podrían vivir.

Tal vez no debería sorprenderme. Tal vez contemplarnos a nosotros mismos como padres no es sólo la expresión de un impulso biológico sino algo esencial para comprender el alcance de nuestra vida, quiénes somos y en qué podríamos convertirnos. Durante años he lidiado con el pavor a la vejez y la muerte, recordándome a mí misma: «Aún no he dado a luz». Me imagino claramente el momento —mi marido está a mi lado, mis padres esperan fuera para conocer a su nieto—, y el hecho de que no haya sucedido (siempre faltan al menos nueve meses) me tranquiliza, pues significa que todavía hay una nueva etapa de la vida que está por venir. No estoy segura de cuándo empezaron a preguntarme si tenía hijos, creo que hace un par de años. «Aún no», respondo siempre.

En la revolucionaria obra feminista *Silences*, de Tillie Olsen, hay un capítulo titulado «La condenación de la mujer», sobre la elección entre el trabajo y los hijos que muchas escritoras se ven obligadas a tomar. Según ella, hasta el siglo xx no se manifestó «una angustia, un anhelo de tener hijos. Sólo en diarios íntimos y correspondencia privada». Los fragmentos que selecciona de los diarios de Virginia Woolf en particular son extraordinarios por su franqueza y su dolor. Woolf, que nunca tuvo hijos, luchó durante más de una década con la idea de esa pérdida:

... y salieron todos los demonios —negros y pesados—, tener veintinueve años y estar soltera, ser una fracasada, no tener hijos, estar loca..., no ser escritora...

Woolf parece haber mezclado la imposibilidad de reproducirse con el fracaso artístico, aunque le faltan apenas dos años para terminar su primera novela. A los treinta y tantos, todavía sin hijos y a sólo unos cuantos de publicar *La señora Dalloway*, habla de nuevo sobre «no tener niños» y «no escribir bien» en la misma frase. A los cuarenta y cuatro, describe el pavor que siente al contemplar la vida de su hermana como artista y madre:

Observaré cómo se alza la ola. Observo. Vanessa. Hijos. Fracaso. Sí, eso lo detecto. Fracaso. Fracaso. (La ola se alza.)

Sólo después de abrazar la escritura como un «ancla», se reconcilia con su esterilidad:

Puedo imaginarme en el papel de madre, es cierto. Y quizá he matado instintivamente el sentimiento; o quizá lo hace la naturaleza.

Después de habernos pasado gran parte de la juventud imaginándonos como padres, no es de extrañar que aun los más fuertes permitamos que un fallo del cuerpo se convierta en lo que nos define. Pero la vida, que nos da otras ocupaciones, nos dice lo contrario. El dolor disminuye; consideramos con detenimiento nuestras opciones y tomamos decisiones. Trabajamos, viajamos, descubrimos otras maneras de tener éxito. Después de terminar *Las olas*, a los cuarenta y ocho años, Woolf describe la sensación de embriaguez que provoca escribir bien:

Los hijos no son nada al lado de esto.

Yo no soy Virginia Woolf, pero en ocasiones, cuando llevo una racha escribiendo o he disfrutado de un periodo de soledad, he tenido esa sensación. Es igual de emocionante que tomar drogas o bajar en bicicleta una pendiente pronunciada. Probablemente no es muy distinto de lo que siente una madre primeriza al mirar a su hijo. «Aún no», he pensado, de repente protectora de mi tiempo, de mi privacidad, de mi libertad.

Una vez le pregunté a mi padre: «¿Tener hijos de verdad destruye todos

los sueños?». Él reflexionó unos momentos y respondió: «Sí. Y también se lleva todo tu dinero».

En el Facebook del parque zoológico de Carolina del Norte, los cuidadores de *Jamani* han colgado un vídeo de su última ecografía. En una postura practicada, se la ve de pie en una habitación interior agarrando la rejilla de acero que la separa del personal del zoo. Su vientre es accesible a través del reducido espacio entre los barrotes. Los seres humanos y los gorilas están tan estrechamente emparentados que los miembros del personal usan mascarilla para protegerse a sí mismos y a ella de los virus.

«Las manos arriba, las manos arriba», dice un cuidador haciendo sonar alguna clase de sonajero de adiestramiento mientras otro le ofrece una fuente de verduras. «Barriga.» *Jamani* no mueve las manos, pero el cuidador repite la orden cada pocos segundos. Le elogian su obediencia, y en el ordenador portátil del técnico veterinario aparece la imagen en blanco y negro de su cría, no es muy diferente de las ecografías humanas que he encontrado en Facebook. He visto el vídeo una docena de veces, estudiando la cara de *Jamani* en busca de indicios de comprensión.

«¡Qué maravilla!», se lee en un mensaje debajo del enlace.

«Lo está haciendo muy bien», se lee en otro.

«La cría ya es una monada.»

La hembra sin hijos, *Acacia*, que espera al aire libre durante el rodaje, debe de estar sentada sobre sus cuartos traseros, masticando lechuga o zanahorias, ajena al alboroto en torno a *Jamani*, que no ha hecho más que comenzar. Parte de la atención que le han prestado los medios de comunicación, los veterinarios y los parques zoológicos de todo el país se debe a lo insólito que es un embarazo entre gorilas en cautiverio y la incertidumbre que ello suscita. En 2010 sólo se registraron seis nacimientos exitosos de gorila en los parques zoológicos estadounidenses, y aun en el caso de que las crías nazcan sanas, cabe la posibilidad de que la madre las rechace. Si esto sucediera, los cuidadores de *Jamani* tienen previsto tomar a *Acacia* como madre sustituta. Mientras tanto, *Acacia* se aparea con *Nkosi* con

regularidad, aunque toma píldoras anticonceptivas desde 2001 y permanecerá bajo control hasta que el Plan de Supervivencia de las Especies para los gorilas determine que *Nkosi* y ella son compatibles. Puede que ella nunca conciba, pero, según sus cuidadores, se la ve contenta.

Los animales no humanos esperan sin impacientarse, no tienen una fecha límite, y yo creo que ahí está el secreto de su serenidad. *Acacia*, que desde el punto de vista reproductivo lleva más de la mitad de su vida madura, espera sin saber que está esperando. Las larvas de las cigarras recién eclosionadas esperarán trece años bajo tierra. La tití sumisa que rechaza el sexo o cuyos ovarios no producen folículos maduros espera y espera, tal vez para siempre.

Aunque las mujeres estériles somos conscientes del transcurso de los meses y de los años —marcado por gráficas, visitas médicas, recetas y pruebas de embarazo—, tenemos algo que los animales no tienen, y es la posibilidad de tomar conciencia de una nueva finalidad, una percepción del «yo» que no esté ligada a la reproducción. Creo que llega con el tiempo, como da a entender Woolf, pero saber que llegará y entender la infertilidad como algo natural, incluso como un fenómeno útil, tal vez puede proporcionarnos cierta paz. Las comunidades de titíes no sobrevivirían sin las hembras cuidadoras que han suprimido su funcionamiento reproductivo. Si Virginia Woolf hubiera sido madre, tal vez no nos habría dado *La señora Dalloway*, *Al faro*, *Una habitación propia* o *Las olas*.

Las cigarras enmudecen a finales de mayo. Las adultas han muerto —devoradas por otros animales, agotadas por el frenesí reproductivo— y sus alas cubren la tierra que protegerá y alimentará a sus crías.

El silencio resulta alarmante al principio —cada mañana salgo esperando oír ese sonido de caracola—, pero también es un alivio. Espero que se alce otra ola.

## LA FIEBRE DEL BEBÉ

En la larga secuencia inicial de *Arizona Baby*, de Joel y Ethan Coen, Hi, un atracador moderadamente reformado por el severo amor de una mujer policía llamada Ed, explica el origen altruista del anhelo que siente su esposa de tener un hijo. «Decía que había demasiado amor y belleza sólo para los dos —cuenta sobre una toma de ellos disfrutando de un magnífico atardecer en el desierto—. Cada día que privábamos al mundo de un niño era un día que lamentaría haber perdido.» Se ponen a ello una y otra vez mientras Ed cuelga por toda la caravana fotos de bebés idealizados: de carita redonda, adorables, sonriendo, llorando. Poco después, un médico confirma lo que empezaban a temer: el seno de Ed es «un suelo pedregoso» donde la semilla de Hi «no arraigaría». Después de indagar en el pasado de él, una agencia de adopción los rechaza —quién lo hubiera dicho— y los dos se hunden en la depresión. Ed pierde su empleo y apenas puede vestirse sola, la caravana es un caos —el «estímulo» se esfuma de sus vidas, como lo expresa Hi—, hasta que secuestran al pequeño Nathan, uno de los quintillizos de Arizona nacidos de los ricos propietarios de un imperio de muebles sin pintar, con la intención de criarlo como si fuera suyo.

Antes de que Richard y yo nos casáramos, ambos coincidimos en que *Arizona Baby* era nuestra película favorita: divertida, tierna, ocurrente. Entre los dos podíamos recitar de memoria casi todo el guion, y cuando vivíamos en Los Ángeles nos disfrazamos de Hi y Ed un año para Halloween. En una caja de zapatos hay una fotografía: Richard con una camisa hawaiana, una media en la cabeza y un paquete de pañales bajo el brazo, y yo con uniforme de policía y una muñeca sobre la cadera. Casi nadie reconoció nuestros disfraces en Santa Monica Boulevard, una calle abarrotada de superhéroes y

*strippers*, pero no nos importó. Veíamos algo de nosotros mismos en esos personajes, no en su situación sino en sus personalidades, en su forma de interactuar con el resto del mundo y en la devoción pura que se tienen. Richard, como Hi, era locuaz, impasible y estaba loco de amor. Y yo me parecía más a Ed, una altruista meticulosa con las reglas.

Tardamos años en intentar tener nuestro propio crío, tantos que la primera vez que sospechamos que teníamos un problema no nos acordamos de los disfraces que habíamos llevado, ni del conflicto principal de nuestra película favorita. Había demasiadas cosas en las que pensar: cómo pagar los caros tratamientos de fertilidad, cuándo decir «basta», si recurrir a la adopción o al acogimiento familiar y cómo afrontar también el coste. Cuando finalmente recordamos qué más teníamos en común con Hi y Ed —fue Richard quien lo señaló—, el descubrimiento pareció más inevitable que amargo, cosa del destino. Eso es lo que significa desear algo mucho y no poder tenerlo. ¿Por qué no íbamos a experimentarlo nosotros?

El deseo se había manifestado en mí de un modo muy distinto que en Ed. Recuerdo que unos meses después de dejar de tomar la píldora me limpié unas manchas de sangre y pensé: «Debo de estar embarazada». (Había leído en alguna parte que las pérdidas en la fase final del ciclo eran el indicio de que había arraigado un embrión.) En ese momento me entró el pánico por todo lo que no había hecho aún: publicar un libro, consolidar mi carrera profesional, viajar. No estaba embarazada; las manchas eran en realidad un síntoma de mi infertilidad, enmascarada durante tantos ciclos por los anticonceptivos. Al cabo de un año pedimos ayuda médica. A esas alturas, en lugar de colgar fotos de bebés por la casa, yo añadía a favoritos páginas webs sobre reproducción asistida, adopción y acogimiento familiar. Pasaba horas tomándome la temperatura basal, ingiriendo pastillas que me dejaban llorosa, pagaba tratamientos médicos con muy pocas posibilidades de éxito. Si alguien me hubiera dicho: «Dentro de cinco años tendrás un bebé», no me habría importado esperar. En realidad, habría agradecido disponer de ese tiempo y me habría volcado en alcanzar alguna de mis otras metas.

Pero nadie podía decírmelo; el problema de la infertilidad es que no es una espera serena y paciente, no supone sólo posponer planes; para muchas

de nosotras ocurre en un contexto de lucha agotadora, gasto desorbitado y una devastadora sensación de pérdida. Son cinco (u ocho o diez) años de intentarlo y fracasar que erosiona cualquier confianza o expectativa en un resultado positivo.

Richard y yo dejamos las primeras rondas de tratamiento después de dos años, el momento más difícil por el que había pasado nunca. Pero mayor que mi tristeza por los ciclos fallidos fue el alivio de poner fin a la medicación y la decepción mensual. Durante un tiempo me consolé con las ventajas de la infertilidad. Obtuve una beca y reduje las horas de clase que impartía. Escribí la mitad de una novela y, a continuación, otra entera. Asistí a clases de biología evolutiva en la Universidad de Duke, tomando febrilmente notas sobre casos extraordinarios de autosacrificio en la conducta de apareamiento de las aves y otros animales:

El saltarín de lomo azul practica durante ocho o nueve años su danza de apareamiento antes de debutar delante de las hembras. El macho de la golondrina común, con su largo plumaje en la cola, es más vulnerable a los depredadores, pero también más atractivo para las hembras. Las arañas de espalda roja australianas están tan absortas en que sobrevivan sus crías que los machos se catapultan hacia las fauces de sus parejas inmediatamente después de la cópula, proporcionando recursos nutritivos extra para ellas y para sus crías.

Yo quería sentirme afortunada de haber nacido siendo un ser humano libre, de no estar cargada de instinto ciego. No tenía hijos, pero había que ver todo lo que sabía hacer: conducir casi cincuenta kilómetros un lunes por la mañana para asistir a una conferencia y tomar apuntes llenos de signos de exclamación e interrogantes, o sentir las agradables sacudidas de la información nueva al llegar al cerebro.

Aun así, algunos días me sentía como Ed antes de secuestrar al pequeño Nathan, despojada y sola, consumida por el anhelo. «No me identifico con lo que siento», recuerdo que le dije a Richard. Más exactamente, me sentía dividida en dos: la persona que había esperado ser me era arrebatada, dejando sólo a la persona que siempre había sido.

El primer psicólogo evolucionista,[3] Edward Westermarck, sugería en su libro *Historia del matrimonio*, de 1891, que los seres humanos tienen en común un «instinto de procrear» universal. La sexóloga Havelock Ellis se burló de esa afirmación, alegando que el instinto se manifiesta, como es evidente, a través del impulso sexual; la naturaleza no necesita dos motores de la reproducción. Sería redundante, y la redundancia es poco común en la evolución. Westermarck retiró su afirmación de las siguientes ediciones de su libro.

La existencia en el ser humano del deseo innato de reproducirse todavía es tema de debate entre los científicos. «Estamos genéticamente predispuestos a buscar relaciones sexuales —señaló hace poco el eminente obstetra y científico reproductivo Malcolm Potts—. Es posible encontrar a muchas personas que quieren tener relaciones sexuales pero no quieren hijos, sin embargo no existe ningún grupo significativo de heterosexuales que quieran tener hijos pero no relaciones sexuales.» (Se me ocurren las parejas infértiles agotadas por el fenómeno antirromántico de practicar el coito cronometrado, que son unas cuantas, pero ellas probablemente no cuentan.) A los seres humanos nos impulsa, sin lugar a dudas, el sexo: tenemos relaciones sexuales incluso cuando las mujeres no son fértiles, y el sexo frecuente y no asociado al periodo de estro (celo) tiende a unirnos en relaciones en cierto modo estables, lo que tal vez hace más fácil la crianza de nuestros hijos, pero no es la razón por la que lo practicamos. Teniendo en cuenta la relativa brevedad del periodo de fertilidad cada mes, los largos tramos de infertilidad durante el embarazo y la lactancia, y la baja tasa de la implantación de los embriones humanos, la concepción sin ningún método anticonceptivo es, según Potts, «un suceso aleatorio» y no el resultado de un intento consciente.

Otro factor que explicaría el débil deseo consciente de reproducirse es que desde el advenimiento de los anticonceptivos fiables y el aborto seguro, hemos estado recurriendo a ellos. En Estados Unidos, el 62 % de las mujeres en edad de reproducirse utiliza algún tipo de método anticonceptivo; al ritmo actual, el 30 % de las mujeres estadounidenses habrá tenido un aborto antes de los cuarenta y cinco años.[4] Cuando no existía la planificación familiar, las mujeres controlaban la tasa de natalidad mediante prácticas de medicina



popular concebidas para inducir el aborto. Los seres humanos somos una especie extraordinariamente exitosa, pero tenemos pocos hijos: un promedio de 2,5 hijos por mujer a nivel mundial, que disminuye en los países desarrollados. Los estudios llevados a cabo en las sociedades anteriores a la alfabetización revelan una tasa de fertilidad más alta, pero de ningún modo extraordinaria: nacían entre cuatro y seis hijos por mujer, y cerca de la mitad fallecían antes de alcanzar la madurez sexual.

Esta tasa de fertilidad relativamente baja concuerda con nuestros bebés de cerebro grande pero indefensos. Desde que nacen les prodigamos una cantidad incomparable de cuidados, y continuamos cuidándolos —dándoles de comer, atendiéndolos, protegiéndolos y enseñándoles habilidades sociales y de supervivencia— hasta bien entrada (y a veces más allá de) su segunda década de vida. Pero esto no siempre prueba que el impulso que sentimos de transmitir nuestros genes sea menor que el que sintieron nuestros antepasados mamíferos. En lugar de ello, los ecologistas reproductivos insisten en que hay indicios de que estamos programados para priorizar la calidad por encima de la cantidad, invirtiendo gran número de cuidados y recursos en cada niño.

Una razón tal vez más convincente para explicar el impulso reproductivo (y no sólo el sexual) es el comportamiento de ambos sexos en el momento de la ovulación. Aunque pueden tener relaciones sexuales en cualquier momento, los hombres encuentran a las mujeres más atractivas en el periodo de estro que en otros momentos de su ciclo: huelen mejor, presentan un cociente cadera-cintura más seductor, tienen las facciones más suaves y simétricas, y ofrecen una imagen más creativa y aguda. Las mujeres, por nuestra parte, nos vestimos de forma más provocativa y chic cuando estamos ovulando; quizá también nos esforzamos más en tener una conversación ingeniosa. Un estudio que reflejaba tanto la preferencia del hombre como el esfuerzo femenino demostró que las bailarinas de los clubes nocturnos de Albuquerque recibían el doble de propinas en el periodo más fértil de su ciclo menstrual.

En la elección de pareja también influye la manifestación del deseo de tener hijos, o, al menos, mostrar una actitud amigable hacia ellos. Jugar con entusiasmo con niños, asir los dedos de un bebé con anhelo, tejer mantas para

la canastilla o jerseicos, o cualquier otra demostración de simpatía hacia los hijos, son maneras que tanto los hombres como las mujeres tienen de demostrar que son buenos compañeros en potencia, capaces de dedicar los largos años de cuidados que requiere la progenie humana. Aunque a Richard y a mí nos faltaba mucho para que nos pusiéramos a tener hijos cuando nos disfrazamos de Hi y Ed, es probable que cada uno reconociera en el otro cualidades positivas en la selección conjunta del disfraz. Recuerdo que nos sentimos unidos contra el mundo mientras recorríamos Santa Monica Boulevard; disfruté del espectáculo de Richard con la ridícula media en la cabeza y del peso del Nathan de plástico en la cadera. Dos meses más tarde nos prometimos.

«Anhelos de procrear», eso es lo que experimenté en el punto álgido del tratamiento de reproducción asistida y lo que intento aquí justificar, explicar y rastrear hasta sus inicios. Eso es lo que quería más que nada: tener en brazos un hijo mío que me aferrara como se aferran las crías de los primates, rodeándome las caderas con las piernas, con una mano en mi pelo y la otra en mi brazo. Así como costaba imaginarse a los saltarines practicando durante ocho años una danza sólo para aparearse, las teorías sobre la selección de pareja que aprendimos en la clase de biología evolutiva parecían trivializar mi deseo de tener un hijo, que parecía una búsqueda individual e independiente. No un impulso al servicio de otro impulso, sino algo puro.

El anhelo de procrear del ser humano recibe distintos nombres según dónde se viva. Los ingleses utilizan un término tomado del gallinero, *broody*, *clueca*. (La gallina clueca es la que no descansa ni reposa sino que siempre está sentada sobre los huevos, a veces arrancándose plumas del pecho, para mantenerlos calientes.) Los estadounidenses, siempre tan rigurosos, hablan del *reloj biológico que corre implacable*. En Escandinavia lo llaman *la fiebre del bebé*, una condición ampliamente observada que se manifiesta en todo, desde el deseo generalizado de tener un hijo hasta una añoranza delirante y dolorosa. La socióloga de la familia finlandesa Anna Rotkirch estudió el fenómeno y sus implicaciones para su campo —¿ha evolucionado nuestro

deseo de tener hijos?— pidiendo a los lectores de una importante publicación finlandesa que le escribieran acerca de su experiencia con la fiebre del bebé. Recibió 106 cartas de mujeres y 7 de hombres. Las respuestas masculinas eran demasiado escasas, vagas e impersonales para utilizarlas en su estudio (dos de ellas se quejaban del sufrimiento que les habían causado las mujeres con «fiebre del bebé» en su vida), pero las de las mujeres eran íntimas y minuciosas, y muchas describían dicha fiebre como una realidad ineludible, no solicitada y a menudo incómoda.

La contraí cuando tomé en brazos un bebé de seis semanas... Era un deseo de tener un hijo que lo abarcaba todo, sin traza de sentido común y ajeno a las consecuencias. Una experiencia realmente angustiada.

Muchas de las consultadas recordaban un sueño como la primera señal:

Hace unos diez años empezaron a sucederme cosas extrañas. Al cumplir veintiocho comencé a soñar con niños casi todas las noches. Tenía todo el tiempo una sensación inquietante, como si mi vientre pidiera algo que no me sentaba bien. Empecé a pensar en tener un hijo, aunque sabía que no lo quería bajo ningún concepto.

De la misma manera que una enfermedad puede hacer estragos en el cuerpo, la fiebre del bebé es dolorosa y lo abarca todo:

Tenía veinticinco años cuando me sobrevino la fiebre del bebé. Y lo hizo con fuerza. La sensación que me produjo no se parecía a nada de lo que había experimentado antes. Era algo del todo biológico, porque no sentía ningún tipo de presión externa; al contrario, mis padres, por ejemplo, insistían en que debía tener un buen empleo antes de formar una familia. Llevaba seis años saliendo con mi novio, los dos estábamos estudiando y la idea era licenciarnos lo antes posible y abrirnos camino profesionalmente. Los hijos estaban lejos de ser parte de esa constelación.

Para aquellos que no pueden seguir el impulso de tener hijos —los finlandeses hacen mucho hincapié en estudiar y forjar una carrera antes—, el anhelo se vuelve aún más fuerte:

La fiebre del bebé se ha vuelto incontrolable. Sueño con niños todo el tiempo. Tengo que tocar ropa de bebé en las tiendas. Pienso en la alternativa de los pañales ecológicos.

Por la calle sonrío a niños que no conozco. En cada uno de los planes que hago a largo plazo tengo en cuenta nuestros futuros hijos. A veces [me quedo] despierta por la noche y siento un anhelo intenso, que comienza desde el vientre y se irradia hacia todas las partes del cuerpo. Una necesidad física, imperiosa y acuciante de estar embarazada. Si alguien hubiera intentado describirme un sentimiento así, probablemente habría puesto los ojos en blanco, lo habría instado a salir de la ciénaga del mito de la maternidad y a buscarse una vida. Hemos acordado que nos pondremos a tener hijos dentro de un par de años. Cuento los días.

Cuando se prolonga, ya sea por infertilidad o por otras circunstancias, la fiebre del bebé puede causar el efecto contrario: en vez de sentirse atraídas por los bebés y los niños pequeños, y por los pasillos de artículos para bebés de las tiendas, las víctimas comienzan a evitar los lugares donde se les recuerda lo que no tienen. Se distancian de las amigas embarazadas o con hijos, a veces ponen fin a relaciones que se vuelven muy dolorosas.

Rotkirch describe la fiebre del bebé como «una emoción que puede ser característica de las sociedades donde las mujeres tienen muchas opciones». [5] Parece agudizarse, añade, por la proximidad de niños, y en especial de bebés, así como —lamentablemente, para algunas de nosotras— por la presencia de obstáculos. Lo que llama la atención del estudio de Rotkirch no es que describa a las mujeres que desean tener hijos, sino que comprenda tanto a las mujeres que siempre han querido tener hijos (las criadoras por naturaleza) como a las que nunca los han querido; mujeres de ambas categorías confiesan haber sucumbido a la fiebre del bebé y la describen como un fenómeno sorprendente y espontáneo que a menudo va en contra de sus otros objetivos. Finlandia es actualmente un país de baja fertilidad que promueve el individualismo y la educación; más de la mitad de los sujetos de Rotkirch nacieron entre 1960 y 1980, cuando esos valores se consolidaron. Sin embargo, los consultados escribieron cándida y apasionadamente sobre ropa de bebé y pañales, el particular olor de la cabeza de un recién nacido, y toda la parafernalia y artículos típicos tradicionales de la infancia y la maternidad.

La idea de Rotkirch de estudiar el anhelo de procrear surgió de su propia experiencia personal. A los treinta y largos, con dos hijos e inmersa en un productivo periodo en su carrera, sintió un deseo intenso de tener un tercer

hijo. A pesar de que había acordado con su marido, por distintas razones, detenerse con dos, la fiebre del bebé no haría sino aumentar, y al final se quedó embarazada. Durante la baja de maternidad decidió indagar al respecto y le sorprendió no encontrar nada en la bibliografía científica que ratificara sus sospechas, sólo informes de bebés con fiebre.

«Para alguien como yo, que intenta combinar los estudios sobre la mujer, el género y el feminismo con la psicología evolucionista, resultó curioso que ambas disciplinas NEGARAN con rotundidad que pudiera existir siquiera algo así —me escribió Rotkirch en un correo electrónico—. Las feministas argüían que el patriarcado incitaba a las mujeres a querer hijos, mientras que los psicólogos evolucionistas sostenían que es un error pensar que alguien quiere tener hijos (ya que lo que en realidad quiere es sexo).»

Sin embargo, ella se reafirmaba en su idea de que la fiebre del bebé es una emoción en sí misma, aunque admitía que, para algunos, esta línea de investigación parece menos seria que su otro trabajo, que estudia de una manera más cuantitativa las decisiones relacionadas con la fertilidad y la familia. Rotkirch sospechaba que el intenso anhelo de procrear no era un mero constructo social sino algo más profundo y de carácter biológico que podía responder importantes preguntas sobre por qué la gente quiere tener hijos, y si los países con niveles de fertilidad bajos van a seguir viendo declinar las tasas de natalidad (su estudio sobre la fiebre del bebé da a entender que la tasa de natalidad actual es más o menos estable).

Eso no significa que todas las mujeres experimenten este fenómeno o que las que no lo experimentan deban tomarlo como un indicio de que no deben hacer planes de formar una familia. Pero ilustra la experiencia de personas como yo, que nos hemos visto abrumadas por un deseo de procrear, pero nos topamos con obstáculos en nuestro camino. Para nosotras, la fiebre del bebé podría desempeñar la función de empujarnos a tomar una decisión o servir para explicar la persecución irracional de un objetivo difícil de alcanzar.

Me vino casi de repente, a los veintitantos años, cuando estaba trabajando para *Vogue*, y fue como un maremoto. En cuanto se desató, empecé a ver bebés allá adonde iba. Seguía los cochecitos por la calle. Recortaba fotos de bebés de las revistas y las colgaba en la pared al lado de mi cama. Me dormía imaginándolos: me imaginaba con

ellos en brazos, la pelusilla de la cabeza, las partes blandas de las sienes, cómo se les dilataban los ojos cuando los mirabas.

No es una respuesta a la encuesta de Rotkirch sino un pasaje de *Noches azules*, las memorias de Joan Didion sobre la maternidad adoptiva y el dolor. Me parece interesante cómo el estilo fiel y a menudo frío de Didion replica las perplejas confesiones que las preguntas de Rotkirch suscitaron, y cómo las finlandesas que las contestaron, al explicar algo tan íntimo y profundamente sentido, escriben de una forma casi tan elocuente. Le envié a Rotkirch el pasaje, y ella me respondió que resultaba «inquietante», tan semejante a algunos de los recuerdos descritos por los sujetos de su estudio que al principio se preguntó si habrían leído *Noches azules* (en realidad se publicó después de que ella recibiera las cartas).

«Recortaba fotos de bebés de las revistas y las colgaba en la pared al lado de mi cama»; eso es exactamente lo que hace Ed.

Mi madre la tuvo, y muy severa, en un momento en que la fiebre del bebé, o el instinto maternal, o las ansias de criar —como se quiera llamar—, no estaba muy bien vista. Ella era joven y pobre, y se ganaba la vida haciendo trabajos artísticos sueltos como enseñar a bordar a reclusas o pintar murales de cuerpos bailando en discotecas. Ninguna de sus amigas tuvo hijos. Lucían melenas largas y extremidades esbeltas, se ennoviaban a lo loco y viajaban a California; tenían tatuajes y abortos, pero no hijos, y ellas no eran las únicas. En la década de los setenta, el individualismo, el feminismo y el amor libre sonaban mejor a muchas personas —eran conceptos más glamurosos, más divertidos, más libres, incluso más responsables— que el ideal de la generación anterior de tener una gran familia en un barrio periférico.

Mi madre era hippie, pero a ella no le interesaban el amor libre y la libertad; quería casarse con mi padre, que se parecía a Jesús (mi padre también era hippie) y tener hijos con él (enamorarse, según descubrió Rotkirch, es uno de los detonantes principales de la fiebre del bebé). Para ella, siempre fue algo calculado: ¿quiero que esta persona sea el padre de mis

hijos? Mi padre era inteligente, fuerte, independiente y amable; ella valoraba todas esas cosas y las quería para sus hijos. Además, era guapo. Eso también ayudó.

Se casaron en el patio trasero de mis abuelos en abril de 1973, cuando florecían las azaleas. Son las flores rosas y blancas, difuminadas y exuberantes que se ven al fondo de las fotos de la boda; mi madre, con veintitrés años, lleva un vestido de encaje azul y un velo blanco; mi padre, con veintidós, va con esmoquin marrón y camisa con volantes. Al cabo de unos meses de casarse, mi madre cruzó en bicicleta el Lee Bridge de Richmond con una amiga hasta una tienda que vendía ropa de segunda mano a un dólar. Entre los vestidos estilo casa de la pradera y los vaqueros azules encontró un pequeño pantalón de peto azul intenso con los botones rojos y forrado de suave franela roja. Se lo guardó en su nuevo bolso de un dólar y se lo llevó a casa, y le bordó un ratón, una luna sonriente y estrellas.

Nigel, mi primo, fue el primero en llevar el peto, que ha pasado de mano en mano de familiares y amigos íntimos durante años. «Era para ti», me dijo mi madre cuando le pregunté si lo había bordado para él. Ella tenía celos de su frívolo hermano menor, que había dejado embarazada a su novia por descuido, y le dolió esperar incluso los trece meses que tardó en concebir. Cuando yo nací, a Nigel el peto le estaba pequeño. Mi hermano lo llevó unos años más tarde, luego los hijos de Donna, la amiga de mi madre, y mis dos primos más jóvenes. Otra amiga de mi madre, una mujer que tuvo la grata sorpresa de quedarse embarazada a los cuarenta años, lo tomó prestado para su hija. Cuando mi madre lo recuperó al cabo de un año, lo envolvió en papel de seda y lo guardó en un arcón de cedro para mí.

Aunque yo no tenía planes de quedarme embarazada ni ningún deseo de buscar ropa de bebé a los veintitrés años —aún no me había sobrevenido la fiebre del bebé—, sabía que algún día querría ese peto y todo lo que representaba. Ahora está tan descolorido que parece casi blanco, y tan suave como la funda de una almohada. Recuerdo a mi madre sacándolo del arcón y enseñándomelo cada vez que revolvíamos entre sus más preciados tesoros —«Algún día será de mi nieto»—, y sentirme atraída por la idea de formar parte del legado familiar a través de la crianza de los hijos. Por muy lejos que

me marchara a vivir, o por diferente que fuera mi vida de la de mis padres, yo haría lo mismo que había hecho mi madre: cantarías las mismas canciones, leerías los mismos cuentos y jugarías a los mismos juegos. Me uniría más a mi madre y a la niña que fui. Como señala Jennifer Senior en *All Joy and No Fun*, los niños «crean túneles del tiempo», ofreciéndonos la oportunidad de experimentar una vez más nuestra propia niñez, época que muchos de nosotros idealizamos a través de la memoria.

Como los saltarines, yo llevaba años practicando. No mucho después de que el peto me quedara pequeño, yo misma se lo ponía a las muñecas, a las que también daba el biberón, bañaba y empujaba en su sillita por el patio. Mi primer trabajo fue hacer de canguro de tres hermanos; jugábamos al escondite dentro de casa y nos deslizábamos descalzos por esa vivienda escasamente amueblada y tan anodina como si hubiese sido fabricada en serie. Un año después de independizarme de mis padres, cuando estaba en segundo de carrera, adopté un perro y lo utilicé como excusa para pasar tardes enteras del fin de semana en el río, un pasatiempo de la niñez. Mi primer empleo, ya licenciada, fue en una escuela primaria en Brooklyn, donde leía cuentos, daba clases de matemáticas y escritura, hacía dibujos y limpiaba mocos. No estaba permitido abrazar a los niños, pero ellos podían abrazarnos o apoyarse en nosotros. Cuando me acordaba, me quedaba inmóvil como una estatua (la postura recomendada), pero con la misma frecuencia les devolvía el abrazo.

Por «practicar» no quiero decir que esas experiencias estuvieran concebidas únicamente para prepararme para la tarea más importante de criar a mi propio hijo. Adoraba a mi terrier, a pesar de su manía de ladrar como un loco y de vez en cuando morder, y me encantaban mis alumnos. Esas actividades —cuidar, educar—, valiosas de por sí, son una contribución a mi vida y (espero) a la vida de los que cuidé. Pero incluso entonces me pareció que su atractivo estaba al servicio de algo más, de una relación más larga y más profunda que el tiempo prestado que pasaba con mis alumnos de primero. También me pareció que era algo que no podría evitar.

Si la biología y la genética influyeron en la propensión de mi madre —y en la



mía— a la fiebre del bebé, la cultura podría haberla cimentado. Aparte de transmitirle seguramente una tendencia genética proceptiva,[6] mi abuela crío a mi madre con la expectativa de que un día ella tendría su propia familia; y mi madre nos crío a mi hermano y a mí con la misma idea. El pronatalismo parte de la idea de que la crianza de los hijos es un rito iniciático normalizador,[7] algo por lo que cada uno debemos pasar para alcanzar la condición de adultos responsables y productivos; se manifiesta en propaganda política, en los medios de comunicación y en la cultura popular, el arte y la literatura, y —tal vez con mayor alcance— en la actitud de nuestra propia familia. Opera en nosotros tanto si nos damos cuenta como si no, validando nuestras decisiones o haciendo que nos sintamos como intrusos.

La conveniencia de tener hijos biológicos está presente en la mayoría de las principales religiones del mundo y en las primeras expresiones artísticas duraderas de la humanidad. El dios de la Biblia hebrea mandó a Adán y a Eva que crecieran y se multiplicaran; el islam promueve la procreación como uno de los propósitos del matrimonio e incluso mira con desaprobación el monacato y el celibato. Los hindúes creen que los hijos son un regalo y un reflejo del karma. Las obras de arte figurativo más antiguas, creadas hace unos 35.000 años, son esculturas de mujeres con el rostro enmascarado o ausente y características sexuales exageradas: caderas amplias, senos grandes, vulvas prominentes. Se cree que son diosas de la fertilidad.

Las expresiones del pronatalismo en Estados Unidos se remontan a los tiempos coloniales, cuando los predicadores utilizaban sus sermones para alabar a las madres de familias numerosas y animar a los vagos a que tuvieran alguna ocupación; las mujeres tenían un promedio de unos ocho hijos, de los cuales sólo cuatro vivían hasta la edad adulta. El pronatalismo ha sido una manera de controlar y animar a las personas adecuadas a tener hijos para el beneficio de los poderosos. Hasta que fueron contempladas como fábricas de reproducción rentable, en Estados Unidos no se alentaba a las mujeres africanas esclavizadas a tener hijos. Sin embargo, a la mujer blanca de clase media o alta se le decía con frecuencia que su deber era tener tantos niños como fuera posible: durante el siglo XIX, para expulsar a los americanos nativos y poblar los territorios occidentales; y a principios del

XX, para evitar el «suicidio de la raza». La idea de que unas personas pudieran reproducirse y otras no inspiró y popularizó el movimiento eugenésico estadounidense.

El pronatalismo alcanzó su punto álgido en los años de prosperidad y conformismo que siguieron a la Segunda Guerra Mundial (es una de las razones del boom de natalidad) y declinó con el nacimiento de la Generación X (una de las razones por las que somos relativamente tan pocos). De 1941 a 1960, un 0 % de la población estadounidense consideraba que el hogar ideal era el de la pareja sin hijos: los que no se reproducían eran vistos como desviados egoístas o lamentables fracasados y, sin embargo, los que tenían hijos eran héroes patrióticos. Cuando mi madre revolvía entre la ropa de bebé de segunda mano, la cultura estadounidense —gracias en gran parte al feminismo y el ecologismo— había hecho por fin sitio a los estilos de vida sin hijos. A las mujeres y las parejas sin hijos se les daba voz en los medios de comunicación tradicionales, y organizaciones como Childfree Network brindaban apoyo a los que de forma voluntaria optaban por no reproducirse. RESOLVE, la asociación nacional de la infertilidad, fundada en 1974, ofrecía un nuevo apoyo a las mujeres y los hombres estériles.

Aunque la tasa de fertilidad se ha mantenido relativamente estable desde los años menos prolíficos de la década de los setenta, las expresiones culturales del pronatalismo han reaparecido. Los programas de televisión ensalzan una vez más la procreación, desde los *reality shows* como *A Baby Story*, de la TLC, que sigue a parejas durante las últimas semanas del embarazo y los primeros días con el recién nacido, hasta comedias de situación y dramas como *Modern Family* y *Parenthood*, que retratan la vida familiar como algo inevitable, la fuente de todos los dinámicos arcos emocionales de los personajes. El sitio web socioconsumista Pinterest ofrece resultados infinitos si buscamos cómo decorar las celebraciones por el futuro bebé: no sólo las fiestas de regalos conocidas como *baby showers* o las reuniones para anunciar el sexo, sino también los sofisticados festejos de bienvenida llamados *sip and see*. La cultura de las celebridades ha estado particularmente obsesionada con los embarazos, con paparazis persiguiendo a las estrellas durante sus años reproductivos, atentos como tenaces científicos

de campo al menor signo.

A pesar de los años que he pasado practicando y anhelando, siempre me han producido mucho rechazo la presión y los mensajes pronatalistas que parecen negar la importancia del individuo y de los logros que éste puede alcanzar, además del de reproducirse. Una amiga me comentó una vez que no le gustaba llevar en coche a una amiga que teníamos en común, y que estaba embarazada, porque no quería ser responsable en caso de accidente. Yo iba a su lado de copiloto cuando lo admitió. «¿Y yo qué?», le pregunté, ofendida por que concediera menos valor a mi vida que a la del feto de nuestra amiga común.

En otra ocasión le dije a esta misma amiga, que era diez años mayor que yo y no tenía hijos, que quería concebir a mis dos hijos antes de cumplir los treinta. Yo tenía veintidós o veintitrés. No sabía nada. Y lo poco que sabía lo llevaba incorporado: fórmulas de cómo vivir que había heredado y asimilado de mi madre y de mi abuela; emociones impulsadas biológicamente que afloraban cuando me enamoraba, cuando cogía en brazos a un bebé o cuando leía un cuento a un niño. No sé si eso las hace más o menos reales.

No me recuperé de la fiebre del bebé, pero creo que con el tiempo lo habría hecho. Habría satisfecho mi anhelo cuidando a los hijos de los demás; habría disfrutado de la independencia, la libertad y el tiempo. En lugar de eso, Richard y yo reanudamos el tratamiento de fertilidad y tomamos medidas que, para nosotros, eran extraordinarias, hasta que al final concebimos a nuestra hija a través de la fecundación in vitro. Es la mejor decisión que hemos tomado, aunque, evidentemente, la veo desde la óptica del éxito.

Cinco años antes de empezar el tratamiento, cuando Richard y yo decidimos que estábamos listos para tener hijos, me pareció que era un buen momento para comentarle a mi ginecóloga nuestros planes. Pedí hora para hacerme la revisión anual y me planteé cómo decírselo, si es que lo hacía, y si tenía algo que consultarle sobre mi salud.

No quería decir que estábamos preparados para empezar a «intentarlo», pues sonaba como una exhibicionista. Yo siempre hacía gala de mi mejor

comportamiento delante de los médicos, respondiendo un orgulloso (y a veces inexacto) «nunca» a la pregunta de si fumaba, «menos de una bebida alcohólica al día» a la de cuánto bebía y «de tres a cinco veces por semana» a si hacía ejercicio, y recuerdo que esperé incómoda el momento oportuno para sacar el tema. Al final, ella me preguntó si tenía alguna duda, y yo respondí que no quería seguir tomando anticonceptivos porque tenía previsto quedarme embarazada. Sonó formal y falso, como cuando se afirma algo sobre el futuro en una entrevista de trabajo. Ella respondió de forma positiva y tranquilizadora, pero recuerdo que me sentí avergonzada y que ya entonces temí que las cosas no fueran tan fáciles.

Y no lo fueron. No lo son para muchas de nosotras, lo que nos deja con las siguientes opciones: tratar la infertilidad, tener un hijo solas o en pareja, adoptar un niño en nuestro país o en el extranjero o vivir sin hijos porque no puedes o no quieres tenerlos. Comencé a interesarme en las historias de otras personas que se enfrentaban y se decidían por alguna de estas opciones, en las historias que se apartaban de las que siempre me habían contado.

Quise buscar las historias que no se cuentan, las que nadie quiere escuchar. Quise intentarlo.

## HIJOS IMAGINARIOS

Eran las diez de la mañana de un martes de diciembre y esperaba con doce de mis alumnos de lengua y literatura para ver el clásico de las vacaciones, *¿Quién teme a Virginia Woolf?* La profesora de teatro estaba sentada a mi lado, y los alumnos, en la fila de delante. Desde nuestros asientos veíamos la parte superior de sus cabezas mientras se inclinaban para hablar.

Hacía tres años que daba clases en esa pequeña escuela rural; cuando empecé no había ni diez alumnos en la mayoría de mis asignaturas. La directora nos aconsejó que no nos involucráramos demasiado en sus vidas, pero era la misma estructura de la escuela la que nos inducía a tratar a los alumnos como si fueran nuestros hijos: los llevábamos en coche a las visitas culturales, comíamos con ellos, los asesorábamos en asuntos sentimentales o problemas en casa. La misma directora preparaba desde hacía años una comida de Acción de Gracias para toda la escuela y sus familias. Los alumnos tenían nuestro móvil, sabían dónde vivíamos y a algunos nos llamaban por nuestro nombre de pila. Podían acalorarse discutiendo con nosotros por las notas, las faltas de asistencia o su forma de vestir. Una vez un estudiante me llamó *zorra* por criticarle un trabajo del que se sentía orgulloso; lo eché de la clase, y él lloró durante una hora, sinceramente arrepentido, en el despacho del consejero escolar. Sabíamos qué los motivaba y qué los fastidiaba, y si se creían que los profesores hablábamos de ellos cuando nos juntábamos, no andaban desencaminados. Como si fuéramos sus padres, planeábamos continuamente estrategias para lograr el equilibrio perfecto entre lo que querían y lo que necesitaban. Mientras esperábamos a que comenzara la obra de teatro, pensé con preocupación en una chica seria y

religiosa que el año anterior se había negado a leer varios de los libros propuestos por las escenas de sexo o el lenguaje malsonante (cuando leímos *Las aventuras de Huckleberry Finn*, otro alumno se ofreció solícito a tachar las palabras ofensivas en su ejemplar). Me pregunté si saldría de la sala y qué le diría yo cuando la siguiera.

Esta obra me ha gustado desde que la leí en segundo de carrera, aunque ahora tiene otro significado para mí. Entonces me pareció que trataba de la escandalosa disfunción de la pareja compuesta por George y Martha —«Me das ganas de vomitar»— y de cómo, después de todos los gritos que se daban y de jugar varias vueltas de *get the guests* («pillar a los invitados»), emprendían el regreso hasta algo que se aproximaba al amor. Sospechaba que eso interesaría a mis estudiantes —los histrionismos verbales, la crueldad—, pero seguro que también reconocerían, por la literatura que habíamos leído juntos, una idea dentro de esa historia de una pareja desgraciada y sin hijos que les resultaría familiar: la de que la imposibilidad de tener hijos ejerce un efecto socialmente distorsionador y moralmente corrosivo en la vida de las personas, sobre todo en la de las mujeres. Después de tres años luchando con la infertilidad, yo podía admitir que había visto la obra a través de ese prisma. En cambio ahora estaba en sintonía con otra parte de la narración: el hijo desaparecido y lo que hacen George y Martha para sobrellevar su ausencia.

Un par de meses atrás había dejado a esos mismos alumnos para recorrer treinta kilómetros hasta el hospital de Chapel Hill, donde llevaba casi un año recibiendo tratamientos de fertilidad. Nadie sabía adónde iba, sólo que regresaría hacia la hora de comer. Recuerdo que me sentí esperanzada y emocionada a la clara y fría luz de principios de otoño, una época del año que siempre me hace pensar en la niñez y en nuevos comienzos. Iba a ser mi cuarta inseminación intrauterina; después de varios días haciéndome análisis de orina con un predictor de ovulación en el aseo de la escuela, por fin había logrado ver la sonriente carita digital que indicaba que estaba a punto de ovular, y pedí cita. Richard ya había pasado por el hospital a primera hora de la mañana para dejar su muestra de semen, al que realizarían un lavado de espermatozoides en una máquina especial que sólo preservaba a los nadadores más capaces. Las posibilidades que teníamos de concebir eran

escasas, pero el procedimiento era relativamente asequible y fácil de manejar. En términos de recursos y de tiempo, programar una IIU era como recibir un juego nuevo de neumáticos, aunque a veces fuera cada mes; la fecundación in vitro, nuestro siguiente paso, sería como comprar un coche nuevo o, mejor dicho, varios. Yo no conocía a nadie que se hubiera sometido a una inseminación intrauterina y esperara que funcionara a la primera; como la Sociedad de Técnicas de Reproducción Asistida (STRA) no pide a las clínicas que registren los índices de éxito de este tratamiento, sólo podíamos apoyarnos en las historias de éxito o fracaso acumulativo que otras parejas compartían en foros de internet o en nuestro grupo de apoyo. Tres intentos fallidos no eran nada; yo conocía a mujeres que lo habían conseguido después de cinco, seis o siete tratamientos de IIU. Confiaba en que al final nosotros también lo conseguiríamos.

Cuando el médico me llevó a una sala de conferencias aparte, muy iluminada, en lugar de a la habitación en penumbra con la camilla con estribos, supe que tener esperanzas había sido ridículo. Apenas miré las cifras que él rodeó con un círculo en una gráfica mientras explicaba que era inútil repetir el procedimiento.

«Creo que es hora de pasar a otra cosa», me dijo.

Yo sabía que no estábamos preparados, ni económica ni emocionalmente, para embarcarnos en la fecundación in vitro. Por el momento, habíamos acabado. Cogí un puñado de pañuelos de papel y regresé a la escuela. Era la hora de comer y hacía suficiente calor para que los estudiantes se sentaran al aire libre. Me dirigí a mi aula sin hablar con nadie, cerré la puerta y eché la llave. No recuerdo si intentó entrar alguien, sólo sé que ninguno de mis alumnos de secundaria me preguntó nunca por qué no tenía hijos. Quizá pensaban que ellos ya eran bastantes.

Cuando leí por primera vez la obra de teatro de Edward Albee, no se me ocurrió preguntarme por qué George y Martha no habían podido concebir hijos. Yo tenía diecinueve años y la mecánica de la reproducción no me ocupaba mucho espacio, más allá de los anticonceptivos que tomaba todos

los días. Supongo que caí en la cuenta de que Martha, con cincuenta y pocos años, había sobrepasado la edad de reproducirse, pero en ningún momento se habla abiertamente de ese hecho. En el tercer acto, cuando la infertilidad se pone al descubierto ante los invitados, Nick y Honey, tanto George como Martha se expresan con una reserva poco propia en ellos. Nick le pregunta en voz baja a George:

—¿No pudisteis... tener?

—No pudimos —responde él.

—No pudimos —repite Martha, con «un atisbo de comunión», según las acotaciones.

George y Martha han dejado atrás la crisis de la infertilidad: el nacimiento de un hijo es un barco que zarpó hace mucho, y no se nos invita a preguntarnos por qué no tuvieron hijos o qué podrían haber hecho para tratar el problema. En cambio, la pareja representa la imagen que se tiene de un matrimonio sin hijos: la subversión de la relación heterosexual tradicional en la que, como reza la canción de patio de la escuela, primero viene el beso, luego viene el amor, luego la boda y el cochecito. Forman una pareja peligrosa porque carecen del efecto anclaje de la familia. Son inadecuados, mordaces, infieles, lascivos, alcohólicos. Se sienten frustrados, George con respecto a su carrera y Martha en cuanto a las esperanzas que había puesto en la carrera de George, y en su infelicidad sacan a relucir lo peor de sus invitados. Consiguen «pillar a los invitados» por lo poco anclados que están.

—¿Quién teme a Virginia Woolf? —canturrea George casi al final del segundo acto. Honey canta con él.

—¡BASTA! —grita Martha.

Honey sale de la habitación para vomitar.

Las luces de la sala se encendieron en el intermedio y los alumnos se volvieron hacia nosotras, parpadeando y sonriendo, un poco agotados. Aunque los actores de esa producción universitaria carecían de atractivo —Martha era demasiado delgada y angulosa, y George, bajo, calvo y estrecho de hombros—, vi que los alumnos estaban disfrutando. Se rieron cuando George se burlaba de Nick; observaron boquiabiertos cuando Martha se abalanzaba sobre él. Yo estaba demasiado ocupada controlando sus



reacciones para prestar mucha atención a las mías. «¿Estás bien?», articulé mudamente a mi alumna escrupulosa. Ella asintió, luego salió con una amiga en busca del quiosco.

La literatura a menudo nos pide que imaginemos cómo afecta la infertilidad a unos personajes. Antes de que mis alumnos llegaran a George y a Martha, ya habían leído varios relatos de mujeres y parejas sin hijos, y cada uno había reforzado esa cualidad subversiva y sin anclaje. Aunque no seguíamos un libro de texto, yo seleccionaba las lecturas basándome en las sugerencias del plan de estudios del estado, las oportunidades a nuestro alcance (por ejemplo, la posibilidad de ver una obra de teatro) y mi intuición de lo que a esos estudiantes —esos hijos sustitutos— les gustaría. Aunque, en el fondo, era un gesto egoísta; quería ver a los alumnos reclamar como propios los personajes que yo tanto quería, y al mismo tiempo quería ser la profesora que se los presentara. Me emocioné cuando una chica que no siempre leía lo que tocaba entró en la clase una mañana imitando alegremente a la apergaminada señorita Havisham, de Dickens, que en su día fue rechazada en el altar, exhortando con crueldad a su hija sustituta, Estella, que rompiera el corazón de Pip.

Y hablamos durante días de otra atractiva villana, lady Macbeth. Se supone que los Macbeth están todavía en edad de procrear, y en una siniestra y violenta conversación íntima de lecho se imaginan a los hijos que podrían tener. Lady Macbeth le dice a su marido que si tuvieran un hijo y él le pidiera que lo matara, ella «le arrancaría [su] pezón de sus blancas encías» y le partiría el cráneo. Macbeth le responde con afecto que debía alumbrar «sólo varones». Sea como sea, no tienen hijos y viven atormentados por ello, rodeados como están de familias más felices y virtuosas. Macbeth, sin heredero, ve el linaje de reyes de Banquo como una afrenta a su propia felicidad y éxito. Y, espoleado por su ambición y el acoso de su esposa sin hijos, ¿qué trama? El asesinato de Duncan, el asesinato de Banquo, el asesinato de toda la familia de Macduff, todos sus queridos hijos. Como les sucede a George y a Martha, y a la señorita Havisham, aquello de lo que

carecen los vuelve peligrosos.

Sentada en la oscuridad del teatro, considerando mi propia infertilidad, se me ocurrió preguntarme cuántos de los personajes femeninos de los que más hablamos —Hester Prynne, la señorita Havisham, Sethe— se definen por su relación con los hijos, lo que para mis alumnos no era sino una sutil reafirmación de que estaban en el centro de la identidad de otra persona. En realidad, eso era cierto y no lo era; algunos padres eran cariñosos y otros habían desaparecido detrás del trabajo, de una adicción o de otras relaciones. Con todo, incluso los alumnos más desatendidos parecían incapaces de imaginar una vida sin la maternidad/paternidad como hito. A los diecisiete o dieciocho años ya sabían el número de hijos que querían tener y la edad a la que les gustaría tenerlos, y la mayoría de sus planes de futuro eran una réplica de las estructuras familiares en las que habían nacido. Los que tenían un hermano querían tener dos hijos, mientras que los que venían de familias numerosas imaginaban una igual para sí mismos. Incluso los que tenían menos experiencia en el terreno amoroso estaban seguros de que un día serían padres.

Cuando Richard y yo empezamos a vivir juntos en Los Ángeles teníamos una colección de animales pequeños de peluche que comenzó con un oso con una bufanda que, inexplicablemente, venía con mi anillo de compromiso. Para hacer compañía al oso añadimos un panda de juguete, dos hámsteres de peluche y un conejo con traje de pirata; inventamos una personalidad para cada uno de ellos y nos los llevábamos a todos a nuestras celebraciones de carácter familiar. Les preparábamos tacos el 5 de mayo y les comprábamos lotería en Navidad, y nunca lo vivimos como algo extraño —sólo era algo que hacíamos—, aunque tampoco se lo contamos a nadie.

A esas alturas éramos del todo conscientes de la impresión que podían causar nuestros rituales y tradiciones a otras personas, que nos recordaban continuamente que nuestra vida juntos no se parecía a la de nuestros padres, o a la de alguna de nuestras tías, tíos o primos cuando tenían nuestra edad. La vida que llevábamos cada vez se parecía menos a la que llevaban nuestros amigos casados, que se habían adentrado en un mundo nuevo y algo exclusivo de tardes en el parque, fiestas de cumpleaños y hora de acostarse.

Pero tampoco se parecía a la de nuestros amigos solteros o sin hijos. Vivíamos en un constante estado de espera: esperando el próximo ciclo, la próxima cita, la próxima reunión del grupo de apoyo. No viajábamos muy lejos; ahorrábamos y ahorrábamos. Hacíamos cálculos: si este tratamiento funciona, en junio habremos avanzado hasta aquí y en agosto, hasta aquí.

A veces nos sorprendíamos hablando de nuestros hijos imaginarios. No es algo que hiciéramos antes de que nos pusiéramos a intentarlo o antes incluso de que empezáramos a fallar. No teníamos una lista de nombres para el bebé; nunca hablábamos de tener hijos o de que estábamos intentándolo delante de otras personas. Pero a veces me sorprendía a mí misma diciendo: «¿Qué pasaría si ella...?» o «¿Qué pasaría si él...?». ¿A qué edad podría ir en kayak con nosotros? ¿Cuánto costaría construir una rampa para hacer *skate* en el bosque? Luego me venía la regla —siempre llegaba, aunque no exactamente como un reloj— y estábamos como al principio.

Contamos con la literatura para prepararnos o para reconfortarnos, pero me choca el poco consuelo que hay en ella para los infértiles, o incluso para los que no tienen hijos por decisión propia e intentan vivir en un mundo mayoritariamente fértil e impulsado por las familias. Las viejas ideas y los prejuicios perviven: una mujer sin hijos es menos femenina, menos maternal. Se la define por lo que no tiene, y se enfrenta una y otra vez con una cultura que refuerza lo inapropiado de sus circunstancias, que pueden ser biológicas o sociales, temporales o permanentes, algo que trata o algo que acepta.

En el caso de la mujer infértil que lo intenta, incluso la forma en que elige tratar su condición es objeto de comentarios literarios, de ejemplos literarios. Piensen en la Sara de la Biblia, estéril hasta los noventa años, que toleró e incluso bendijo la procreación de Abraham con su esclava antes de que Dios le diera por fin un hijo. El alegórico mensaje de su historia es que, al aceptar con paciencia y fe la voluntad de Dios, Sara se vio recompensada con el nacimiento de Isaac mucho después de lo biológicamente posible. Aunque a la esposa de Abraham no le quedaba otra, el acto de esperar la transformó: de Sarai a Sara, de mujer estéril y apenada a madre de naciones.

El mito de Sara contamina nuestra literatura y nuestro pensamiento, y ofrece una nueva percepción del número que monta la Martha de Albee, que reacciona ante su infertilidad de un modo lamentable y grotesco: inventándose un hijo. La concepción es transformadora pero también misteriosa, algo provisto por Dios antes que planeado por la mujer. Interferir es antinatural, codicioso, egoísta.

Al volver la mirada a mi primer libro de relatos, veo hasta qué punto el mito formaba parte de mi propio pensamiento. No intuía que tendría problemas para quedarme embarazada cuando escribí esos cuentos, pero la maternidad, esa esperada etapa de la vida, debía de estar presente en mi mente: tres de las mujeres que aparecen en ellos resultan ser infértiles y una se queda embarazada por descuido.

Me parece interesante señalar hasta qué punto esos personajes se hacen eco de las ideas recibidas sobre la fertilidad. Loretta es una enfermera que está ahorrando para comprarse un barco, el *Mattaponi Queen*, con la ilusión de disfrutarlo en su jubilación. Aunque no tuvo hijos con su difunto marido, acepta estoicamente su infertilidad. Al acompañar a su anciano paciente Cutie al Dairy Queen, recuerda que los viernes por la noche salía con su marido a tomar un helado: «Nos sentábamos en los bancos de hormigón y nos comíamos nuestros conos como un par de jóvenes en su primera cita, sin mencionar nunca que hubiera sido más divertido hacerlo rodeados de hijos». Aunque algunos lectores me han comentado que Loretta les pareció quisquillosa o deshonesto, está muy cerca de ser la heroína de la colección, y las historias en las que ella aparece ensalzan el modo en que acepta su condición, se lamenta en privado y vuelca su energía en otro tipo de cuidados. Por supuesto, no hay nada de malo en la aceptación y la privacidad de Loretta, o en encontrar admirable su fuerza emocional y sus recursos. Sin embargo, mi descripción de su resistencia no medicalizada me resulta problemática en el contexto de un personaje menor que aparece en otra de las historias.

Jessica es la hija infértil de Melinda, cuyo marido, Jonas, está en mitad de un proceso de cambio de sexo. Al redactar la historia me preocupé por describir con precisión las experiencias de Jonas y Melinda; indagué sobre las

parejas de mediana edad, y sobre la terapia de hormonas y las diversas operaciones que esperaban a Jonas. En cambio apenas recuerdo haber investigado el trastorno de Jessica o su tratamiento. Supongo que pensé que ya sabía lo suficiente.

Jessica sólo tiene veintidós años; aunque no es imposible, resulta extraño que alguien de su edad sea infértil. Toma pastillas para la fertilidad durante seis meses, luego tiene una «media docena de óvulos fecundados... implantados en su útero», y, en palabras de Melinda, «se tumba de lado a todas horas y ella misma se pone las inyecciones en el trasero». No tengo ni idea de cómo llegué a este punto del tratamiento, pero ahora sé que es inexacto. Más abrumador resulta mi retrato de Jessica: es una joven de mentalidad cerrada, desesperada y emocionalmente inabordable para su familia, y su búsqueda de un tratamiento para la infertilidad está directamente relacionado con esos rasgos. «El estrés es el enemigo de la concepción», advierte a su madre antes de colgar, justo después de que ésta le anuncie el cambio de sexo de Jonas. El tratamiento no sólo la ha aislado, también la ha hecho menos atractiva y femenina a los ojos de Melinda, que se queja a su hermana de que Jessica «va a comprar con chándal y sale sin pasarse el peine».

Si Loretta es como la Sara bíblica, paciente y estoica, Jessica representa un estereotipo más reciente de mujer que se somete al tratamiento médicamente avanzado de la infertilidad: la mujer desesperada y tensa que persigue la concepción a ciegas y a toda costa, destruyendo en el proceso sus relaciones personales y su dignidad. Si pudiera volver atrás y reescribirla, lo haría. Aunque aún me interesaría su personaje para contrastarlo con el de su madre sin prejuicios, no elegiría la fecundación in vitro como medio para expresar el egoísmo de Jessica. Como mínimo, daría correctamente los datos acerca del tratamiento.

¿Por qué no me preocupé por describir con exactitud el tratamiento de Jessica? Supongo que podría responder que la cultura popular nos ha proporcionado tantos retratos de la paciente de FIV —necesitada, absorta en

sí misma, materialista, antinatural— que di por sentado que se ajustaban a la realidad. Pero creo que hay una razón aún más convincente y preocupante, que está relacionada con George y Martha, con los Macbeth y con Sara.

El mundo occidental, como cultura, ha contemplado la concepción humana como algo misterioso, incluso mágico. Podemos esperar o rezar para tener un hijo, pero es la naturaleza o Dios el que finalmente decidirá si se concebirá y nacerá. Esta forma de pensar tiene un efecto social positivo: hace que las madres y los padres se sientan elegidos y especiales, y puede ayudar a aliviar la carga del embarazo no deseado o imprevisto. Pero pensad en la pareja estéril: a pesar de sus oraciones, esperanzas o deseos, no han sido elegidos por Dios o por la naturaleza para tener un hijo. Hay algo en ellos que no funciona desde un punto de vista biológico, si no ético. Están estropeados, no son aptos para procrear. Tal vez su amor no es lo bastante fuerte, o quieren cosas diferentes. Tal vez están demasiado concentrados en la brujería y el regicidio, como los Macbeth. O son demasiado mayores, como George y Martha. O discuten demasiado.

Y si deciden intervenir, ¿están desafiando a Dios? ¿Están desafiando a la naturaleza? En 1962, el año en que se estrenó *¿Quién teme a Virginia Woolf?*, los científicos todavía estaban a más de una década de practicar con éxito el primer tratamiento de fecundación in vitro. Sin embargo, el espectro del bebé probeta está presente en la conversación de George con Nick. «Vosotros, los biólogos, los haréis en tubos de ensayo, ¿no?», lo acusa George. Más recientemente, la doctrina católica, que aborda cuestiones de bioética y medicina con frecuencia, se ha opuesto con firmeza y tenacidad a muchas formas de reproducción asistida, incluida la fecundación in vitro. Entre las variadas objeciones que exponen los obispos y bioéticos católicos a dicho tratamiento están: la creación y destrucción de los embriones inviables o no deseados; el cribado genético y la selección de los embriones; las ganancias excesivas de los médicos; el uso de óvulos o semen donados; la tentación de la clonación humana, y la idea de que todo es demasiado técnico y artificial. Según el credo de Nicea, hasta Jesús fue «engendrado, no creado». Sin embargo, la objeción fundamental parece ser que la reproducción asistida interfiere en la concepción natural, que es contemplada

como un don de Dios. En 1987, el papa Juan Pablo II publicó la *Donum Vitae* (cuyo título completo es: *Donum Vitae: Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*), según el cual la FIV despojaba a la procreación «de su debida perfección». En 2012, el papa Benedicto XVI, coautor de la *Donum Vitae*, ampliaba esa idea ante doscientos científicos y miembros de la Academia Pontificia para la Vida en una conferencia sobre «el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad». Comparaba el tratamiento de fecundación in vitro con «ocupar el lugar del Creador» y alentaba a las parejas infértiles a «encontrar, con la ayuda de la ciencia, una respuesta que respete plenamente su dignidad, como personas y como esposos».

Yo no soy católica, ni siquiera religiosa, pero he advertido que la cobertura que ofrece mi seguro médico para el tratamiento de la infertilidad coincide con las recomendaciones de la *Donum Vitae*:[\[8\]](#) se acepta el tratamiento hormonal y quirúrgico, pero no «cualquier otro método de concepción que no implique el coito normal». Más aún, soy consciente de que antes de experimentar en carne propia la infertilidad, yo misma tenía prejuicios contra la reproducción asistida, lo que es en sí un prejuicio contra la infinidad de parejas infértiles que han solicitado el tratamiento. Resulta más reconfortante imaginar que el bebé llega (¡gratis!) fruto del azar, la gracia o la biología, y no creado de forma artificial, con grandes (y, para muchos, prohibitivos) costes, en un laboratorio esterilizado. Y es cierto que muchos de los rituales y las prácticas de la reproducción asistida están desprovistos de dignidad; o, por lo menos, no son lo que yo imaginé cuando pensé en tener hijos. Es indigno que uno mismo se inyecte hormonas diseñadas para ralentizar o activar la producción ovárica. Es indigno tener que monitorizar tus ovarios por medio de ecografías transvaginales, que te seden para que puedan aspirarte los óvulos mediante una punción, o que tu marido salga tímidamente de una habitación cerrada con la «muestra», que se combinará con tus óvulos bajo la supervisión de un embriólogo. La foto granulada que te entregan el día de la implantación de tu embrión de ocho células (que no se parece ni por asomo a un bebé) es indigna, como lo son toda la espera y la desesperación que le siguen.

Pero hay muchas cosas en la vida, y en particular en el matrimonio y en la medicina, que resultan indignas. Se podría decir que algunas dietas carecen de dignidad, lo mismo que ir al gimnasio, someterse a una colonoscopia o realizar ciertas reparaciones en casa. ¿Y desde cuándo el sexo es decoroso? Dudo que cuando el papa anterior aconsejó a las parejas que buscaran una respuesta más respetuosa a la infertilidad, le preocupara que la mujer tuviera que poner los pies en los estribos o que sus óvulos descansaran sobre una placa de laboratorio. Creo que el verdadero problema está en su deseo no satisfecho: aferrarse, necesitar, sortear. Es la idea de que está tan descontenta con cómo son las cosas que recurriría a la medicina electiva (como yo) o a la imaginación (como hizo Martha). Es mejor esperar, como Sara (la madre de Isaac), como Ana (la madre del profeta Samuel) o como Isabel (la madre de Juan Bautista).

La resistencia a cómo son las cosas, particularmente si fracasa, es indigna. Algo que me encanta de la obra de Albee es que poco a poco nos permite percibir, dentro de la crudeza y la aparente falta de control de Martha, una seriedad y una fortaleza esenciales. Cuando, llena de admiración, describe la biología que estudia Nick como «menos... abstrusa» que las matemáticas, George la corrige —«abstracta»— y ella replica: «¡ABSTRUSA! En el sentido de *recóndita*», y le saca la lengua. Se muestra digna a su manera y el público es libre de seguirla o no.

De entrada, algunos espectadores y críticos tuvieron dificultades[9] para comprender el matrimonio de George y Martha, y, en particular, el personaje de ella. La primera crítica que Albee y algunos miembros del reparto recibieron, transcrita a partir de una llamada telefónica, fue de Robert Coleman, del *Daily Mirror*, quien escribió: «Es una obra morbosa sobre personas morbosas. Son neuróticos, crueles y desagradables. En realidad deberían estar internados en lugar de en el escenario». Un titular del *New York Daily News* recomendaba la obra «sólo para féminas de mente sucia» (lo que únicamente sirvió para aumentar la venta de entradas); en 1963, el jurado del premio Pulitzer, después de calificar la obra de «repugnante», revocó la decisión del comité asesor del galardón, que la había escogido por unanimidad. Aparte de las palabras soeces y las disputas incesantes a voz en



cuello entre George y Martha, muchos expresaron una particular preocupación por la presencia del hijo imaginario. Otros vieron en el matrimonio una relación homosexual velada (Albee, que es gay, rechazó la hipótesis); Richard Schechner, que escribía para la revista *Tulane Drama Review*, afirmó que el «hijo ilusorio» no era «ni filosófica, ni psicológica ni poéticamente admisible».

Este debate sobre la validez del hijo imaginario también puso en peligro la versión cinematográfica de *¿Quién teme a Virginia Woolf?* Ernest Lehman, el productor y guionista, propuso sortear el malestar de la crítica haciendo que el hijo imaginario de George y Martha fuera real. En la versión sugerida por Lehman, Jim se habría ahorcado en un armario a los dieciséis años. El armario camuflado bajo papel pintado habría servido como una burda representación física de la cuestión en torno a «verdad o ilusión» sobre la que George y Martha discuten a lo largo de toda la pieza teatral.

Albee, que fue adoptado siendo niño por unos padres ricos a los que años después describiría como emocionalmente distantes, tenía motivos para pensar en la infertilidad y sus consecuencias. «Toda la familia era estéril: el final del linaje —dijo del clan Albee— que se interrumpía de un modo dolorosamente gradual. Todos ellos.» (La hermana de su padre también era estéril.) Albee supo desde pequeño que era adoptado, y vivió su rol en la familia como algo en cierto modo imaginario; es decir, estaba destinado a desempeñar un papel particular. «Me compraron —dijo de sus padres—. Pagaron ciento treinta y tres dólares con treinta centavos.» No resulta difícil imaginar que se identificara con George y Martha, así como con su «hijito Jim», el que no existe, y debió de chocarle, como me choca a mí ahora, que un elemento central de su obra fuera rechazado por irreal o, peor aún, inadmisibile.

Antes de que ésta se representara, Albee escribió a Leonard Woolf para hacerle saber que el nombre de su fallecida esposa aparecería en el título. Woolf le contestó dando su aprobación, y después de ver la obra en Londres le escribió de nuevo preguntándole si había leído uno de los relatos de ella titulado «Lappin y Lapinova». «Son muy distintos en sus detalles, pero también toca el tema del hijo imaginario», señaló. La historia trata de una

pareja recién casada, Ernest y Rosalind, que hace frente a las presiones de la vida conyugal inventando «un mundo privado donde sólo habitaban conejos, además de una liebre blanca». Como Lappin y Lapinova, los monarcas de su mundo imaginario, ellos son capaces de sentirse unidos ante una realidad tan cruda como amenazadora. Al igual que George y Martha, se comprometen a no decírselo a nadie: «Nadie podía suponer que existía tal lugar». Pero el fuerte parecido entre la obra de teatro de Albee y el relato de Woolf (que Albee afirmó no haber leído) está en la destrucción del mundo imaginario, de la que también es responsable el marido. Lapinova «cayó en una trampa —le dice a Rosalind—, murió». Rosalind ya no puede vivir en un mundo de fantasía, y su matrimonio (a diferencia, suponemos, del de George y Martha) queda destruido.

En *Infertility and the Creative Spirit*, Roxane Head Dinkin y Robert J. Dinkin sostienen que «imaginar un hijo de fantasía no es tan raro como cabe suponer, y los hijos de fantasía aparecen no sólo en obras de ficción sino en la vida de personas de carne y hueso». Entre los escritores que imaginaron hijos señalan a Ella Wheeler Wilcox, que inventó con su marido la vida de una hija llamada Winifred; Katherine Mansfield, que fantaseó con su marido con un hijo llamado Dicky, y el doctor Seuss, quien tenía con su esposa Helen un hijo imaginario llamado Chrysanthemum-Pearl.

La familia de animales de peluche que Richard y yo empezamos a coleccionar en Los Ángeles vivía en nuestro dormitorio como en una casa de muñecas, en un estante hecho para cedés. Once años después, ya instalados en Carolina del Norte, puse en una cesta el oso, el panda, el conejo y los hámsteres, junto con unos billetes de lotería perdedores y unos dulces de Navidad rancios, y lo metí todo debajo de la cama. A veces Richard los mencionaba. «Hace tiempo que no los vemos», comentaba, y yo soltaba excusas sobre la falta de espacio, mi aversión al desorden. La verdad era que no quería pensar en qué podía parecerles a los desconocidos nuestro peculiar hábito, ni contemplar la posibilidad de que siguiéramos preparando tacos para nuestros peluches mientras nuestros amigos iban a obras de teatro escolares y a graduaciones. Por esa época nuestro grupo de apoyo había aumentado, y varias mujeres estaban inmersas en ciclos de tratamiento de fertilidad. Nadie

hablaba de hijos imaginarios; dedicábamos la mayor parte de esas dos invaluable horas a hablar de cuestiones más apremiantes, como los beneficios de la acupuntura y cómo inyectar Follistim con el mínimo de molestias posible. Sólo teníamos tiempo para el cuerpo, nunca para la imaginación.

En el aula, los alumnos menos imaginativos tardaron un poco en comprender que el hijo de George y Martha no es real. «¿Cómo? —respondieron, pasando las páginas—. ¿Está muerto? ¿No está muerto? ¿Nunca existió?» Pero en la oscuridad de la sala, mientras se desarrollaba ante ellos el demoledor tercer acto, lo entendieron; los vi agarrarse a los brazos del asiento cuando George anunció, con un amenazante tono triunfal: «Tengo una sorpresa para ti, nena».

El hijo de George y Martha es fruto de la tristeza y la decepción, pero también de la imaginación. No están lo bastante ocupados; tienen que llenar sus días y sus noches de alguna manera, y no me resulta difícil imaginar cómo, hablando por hablar, las conjeturas sobre el hijo que podrían haber tenido habían acabado transformándose en un muchacho con un nombre y el vigésimo primer cumpleaños celebrado. Es tan real para ellos que, como los hijos de carne y hueso de algunas personas, se convierte en un arma. Delante de sus invitados, George insinúa una asfixia maternal que raya en el abuso sexual, mientras que Martha da a entender que, en realidad, podría no ser hijo de George.

En sus fantasías también hay ternura, como cuando Martha dice que el muchacho, que está en la universidad, sólo le escribe a ella, y George afirma tener un fajo de cartas de él, o cuando ella describe su «parto fácil», la «mata de pelo negro y muy fino que, más tarde, mucho más tarde, se volvió tan dorado como el sol». Pero sus fantasías más vívidas son los recuerdos que ella evoca de la mujer que podría haber sido, de la pareja que podrían haber sido, de haber tenido el hijo que querían. «Caminaba justo entre nosotros —recuerda—, una mano hacia cada uno para que ambos le ofreciéramos apoyo, cariño, enseñanzas, incluso amor.» La obra me parece casi insoportablemente

dolorosa cuando ella describe las intrincadas canoas de plátano imaginarias que construía para él todos los domingos, «el plátano entero pelado y vaciado con la cuchara, con uvas blancas a modo de tripulación», y «a ambos lados, pegados a la canoa con palillos de dientes, gajos de naranja... ESCUDOS».

Una cuestión que plantea la obra: ¿George y Martha son como son porque no pudieron tener hijos, o se les han negado los hijos por ser como son? Es un dilema como el del huevo y la gallina, que se remonta a los Macbeth, a Sara, a los comentarios insensibles que temen todas las parejas estériles.

Y otra es: ¿cómo debemos interpretar que George mate a su hijo con el telegrama inventado ante sus aterrados invitados? Si vemos a su hijo como un símbolo de lo que va mal entre Martha y él, de las mentiras, los engaños y su negativa a ver las cosas como son, el asesinato es un acto compasivo. Así es como interpreté la obra hace muchos años y como la han leído también la mayoría de mis alumnos.

—Quién teme a Virginia Woolf... —canturrea George.

—Yo... la temo... George —responde Martha—. Yo... la temo.

Las luces de la sala se encendieron. La profesora de teatro y yo nos secamos rápidamente las lágrimas.

—Tenía que hacerlo —dijeron nuestros alumnos al regresar a la escuela.

—Tenía que hacerlo para poder enfrentarse con la realidad si quería que su matrimonio tuviera alguna posibilidad.

—¿Y tiene alguna posibilidad? —les pregunté yo—. ¿Creéis que les espera un buen futuro?

—Bueno, quizá no —objetaron ellos—. ¿Mejor?

Intuitivamente, mis alumnos entendieron la invención por parte de Martha de un hijo imaginario como algo transgresor, basándose en la misma lógica cultural en la que se basó el ex pontífice Benedicto cuando rechazó la fecundación in vitro por estar por debajo de la dignidad humana. La invención del hijo es una negativa a aceptar las cosas como son. Lo que mis alumnos no comprendieron, porque eran demasiado jóvenes, es que hay muchas maneras de vivir un matrimonio y hay que pasar por ciertas cosas para sobrevivir a uno largo. ¿Qué ocurre si Jim es necesario? ¿Y si sus ojos verdes y esas canoas de plátano son todo lo que tienen Martha y George? ¿Y

si al matar a Jim, George está matando algo vital?

Así es como Richard ve el hecho de que George asesine a su hijo: como un acto de violencia, de crueldad. Por eso la obra le resulta dolorosa y difícil. Para él la vida de la imaginación es más importante que la destrucción de las ilusiones.

Yo coincido con él, aunque no creo que lo hiciera Albee. Después de todo, el tercer acto se titula «El exorcismo», y Albee ha enlazado con cuidado las afirmaciones de Martha de que hacen falta algo más que crueldad y juegos para sostener su matrimonio: «Sólo ha habido un hombre en mi vida que me haya... hecho feliz», le dice a un incrédulo Nick.

Pero ¿qué hay entonces del título de la obra, del espíritu de Virginia Woolf? Tomé nota para hablarles a mis alumnos de ella: de su inteligencia, de cuánto influyó a generaciones de escritores. Podría decirles que la leí por primera vez cuando tenía su edad; quizá nos diera tiempo de leer *Al faro* o *La señora Dalloway*. Puede que ellos ya supieran algunas cosas sobre ella: que se casó y no tuvo hijos, que sufría una enfermedad mental, que se metió en el río Ouse con piedras pesadas en el bolsillo y se ahogó.

(¿Quién teme a Virginia Woolf?)

(Yo.)

Para el Halloween de ese año fui a la escuela disfrazada de la señorita Havisham, con un vestido de encaje amarillento, un plato de telarañas y una baraja de naipes en las manos. «¡Destrózales el corazón!», siseé a mis alumnos por debajo de mi velo. Casi todos los profesores se disfrazaban para la ocasión, y al elegir atuendo solíamos revelar algo de las asignaturas que dábamos o de cómo nos percibíamos a nosotros mismos: el profesor de educación física llegó como un «accidente de canoa», cubierto de sangre falsa y contusiones; el guapo y creído profesor de latín apareció de Superman. El año anterior yo había ido de lady Macbeth, con el pelo recogido y las manos embadurnadas de rojo, recorriendo los pasillos como una sonámbula.

A los alumnos les encantaba que participáramos en lo que es en esencia un ritual de la niñez —disfrazarse, fingir—, pues nos veían como extensiones

de sus familias. Querían que fuéramos en el mismo vehículo que ellos, que acampáramos con ellos, que viéramos con ellos episodios de *Doctor Who* en las pernoctaciones del colegio. Querían que les hiciéramos fotos en sus bailes y en sus fiestas. Nos preguntaban si queríamos ser sus amigos en Facebook. He tenido alumnos que, frustrados por la actuación razonable o no de sus verdaderos padres, me han suplicado que los adoptara.

No recuerdo que intentara acceder de ese modo a mis profesores cuando yo tenía su edad, pero siempre me he sentido unida a mis alumnos, haciéndoles bizcochos e invitándolos a museos y a obras de teatro. El ambiente familiar que se respira en mi aula es obra mía y, al mismo tiempo, una expresión de mi necesidad. Sé que las historias que les hago leer —y, en menor grado, las que yo escribo— importan. Son ejemplos no sólo de cómo vivir, sino también de cómo ver el mundo. Pese a la variedad, belleza y brillantez de los libros que se leen en una típica clase de lengua y literatura, hay, con todo, una uniformidad en el tratamiento de la reproducción y las opciones reproductivas. Quizá esa uniformidad refleja una necesidad de comprender nuestra existencia dentro del contexto de una familia —cada uno de nosotros (incluso Macduff) hemos nacido de alguien—, pero ¿qué sucede cuando alguien no puede tener hijos, como es mi caso? ¿Qué pasa si necesita una intervención médica para concebir? ¿Qué pasa si decide no hacérsela? ¿Qué leerá entonces?

En Halloween, los disfraces históricos o literarios recibían un punto extra, y algunos me desesperaban (a propósito, creo) apareciendo como personajes de *Harry Potter* o *Crepúsculo*. Pero ese año una chica se presentó con un largo vestido estampado de algodón africano y una rosa con tallo pintada alrededor del ojo a modo de marca de nacimiento. Enseguida caí en que era Sula, de Toni Morrison, que abraza una vida más abiertamente poco convencional —liberada en el sexo, sin marido ni hijos ni un hogar permanente— que la que cualquiera de mis alumnas admitía haber considerado alguna vez para ella.

«Soy Sula, tonto», respondió cuando uno de sus compañeros de clase le preguntó de qué se había disfrazado. Y en un tono más amable añadió: «La adoro».

Mis alumnos asintieron; al final todos habían disfrutado de *Sula*. Pero al principio, el libro se les resistió. El punto de vista autorial tan profundamente enraizado en Morrison, su hermetismo o su misma naturalidad —sobre el sexo, las drogas, la muerte, la enfermedad mental y el racismo— los interpelaba. Al final yo había conseguido que entraran en él, sentándome en el borde de un pupitre, como hacía cuando daba clase a alumnos más jóvenes, y leyéndoles capítulos enteros en voz alta mientras ellos escuchaban con la cabeza apoyada en los brazos, como colegiales. Como mis hijos.

## EN EL HOSPITAL

Mi madre no quiso decirme de qué la operaban; era algo relacionado con las señoras mayores y no quería hablar de ello. No, no era peligroso, sí, pasaría la noche en el hospital, y quería que yo estuviera allí y luego me quedara unos días en su casa con ella. Mi padre también estaría, pero a él no se le daban muy bien los enfermos ni los hospitales, y eso que había estado ingresado dos veces no hacía mucho.

«No estoy enferma —me aseguró ella—. No me pasa nada. Es una operación que se les hace a las mujeres», dijo, como si eso fuera una respuesta.

Lo organicé para ir en coche hasta el lejano hospital de Suffolk, en Virginia, donde ejercía su médico. Teníamos una habitación reservada en un Quality Inn que parecía sórdido incluso en la página web (a diferencia del más refinado Holiday Inn Express, en el Quality Inn dejaban que mis padres tuvieran a su perro).

Era el mes de agosto del año más caluroso del que se tenían datos. A lo largo de la carretera, los pastos y las malas hierbas se veían secos y amarillentos. Hacia el oeste, los campesinos se esforzaban por dar de comer a sus ganados; el heno estaba alto, el agua era un bien preciado. En un mapa de la sequía que asolaba Carolina del Norte aparecía cada condado en un alarmante rojo marronáceo, y teníamos que racionar con cuidado el agua del pozo: duchas cortas, ciclos de lavado cortos, ningún huésped. Drenaron el río Haw, dejándolo quieto como el agua de una bañera, demasiado bajo para avanzar más que tramos cortos a remo.

—Lo que me molesta —me dijo una amiga bióloga la última vez que estuvimos juntas en el río— es la idea de que algo falla en mí. La idea de



estar dañada, defectuosa.

Era fuerte, sana, atractiva, exitosa. También era infértil. Por esa razón nos conocimos, a través de otra amiga que estaba al corriente de nuestra lucha común.

—Por supuesto que no lo estás —contesté.

Pero su cuerpo no estaba funcionando como ella quería, y el mío tampoco.

«¿Qué hay de malo en tener un fallo?», me preguntaba mientras me dirigía a Virginia con las ventanillas subidas, pues hacía demasiado calor para no ir con el aire acondicionado a tope. A mi madre le había hablado casi tan poco de mi infertilidad o del tratamiento como ella a mí de su operación. Ese silencio acerca de nuestras partes rotas —las partes femeninas rotas, al menos— era algo insólito entre nosotras.

En *Nacida de mujer*, un libro de memorias y una crítica cultural a la experiencia impregnada de patriarcado de la maternidad, Adrienne Rich describe la necesidad que sienten las mujeres en su juventud de presentar al mundo una imagen de salud, industriosisidad y fertilidad. Rich, que ya era una poeta seria cuando se casó a los veinticuatro años, recuerda que al día siguiente de su boda tomó una escoba y pensó: «Esto es lo que las mujeres siempre han hecho». Si bien no tenía claro cómo la maternidad afectaría a sus aspiraciones (al nacer su primer hijo ya había ganado el premio Yale Younger Poets, y antes de contraer matrimonio había querido viajar y ser periodista), sabía que «tener un hijo era asumir la condición de mujer madura, ponerme a mí misma a prueba, ser “como las demás mujeres”». Como mujer embarazada —tuvo tres hijos, uno detrás de otro—, confiesa que dejó de sentirse, «por primera vez en mi vida de adolescente y de adulta, culpable. El ambiente de aprobación en el que me vi inmersa —por parte incluso de los desconocidos que me cruzaba por la calle, al parecer— era como un aura que acarreaba conmigo, en la que las dudas, los miedos y los celos se encontraban con la negación absoluta».

El cuerpo preñado habla de una historia que creemos conocer: salud, amor, felicidad. Que el embarazo es, en realidad, un estado peligroso que tiende a hacer a las mujeres más pobres y más vulnerables a la violencia y a

algunas enfermedades —y, sin duda, reduce sus probabilidades de escribir libros— no es algo de lo que se hable. En su lugar aprendemos a edad temprana que las molestias propias del cuerpo femenino —menstruar, llevar sostén, preocuparnos por si nos hemos quedado o no embarazadas— son debidamente sufridas en secreto, incluso con vergüenza. Aprendemos a no hablar de «dudas, temores, reparos» y a cambio celebramos el visible estado de embarazo, en parte por lo evidente que es, pero también porque se le ha hecho a una mujer y puede verse (de un modo erróneo) como algo que ella soporta o incluso disfruta pasivamente en lugar de como algo que tiene que manejar.

Mi madre recuerda sus embarazos de los años setenta con una emoción que hace hincapié en lo naturales e intuitivos que fueron. No le hicieron ecografías, pero ella «sabía» que yo era una niña y mi hermano, un niño. De hecho, no fue al médico —no había obstetras en nuestro condado— hasta que estuvo de siete meses, y el médico y ella no se pusieron de acuerdo sobre cuándo saldría de cuentas (ella acertó, el médico se equivocó casi de un mes). Ambos partos fueron naturales. Eso es lo que me contó.

Excepto por, según me enteré después, el Demerol que le administraron por vía intravenosa en la última fase de las contracciones al darme a luz a mí. Por supuesto, yo no habría juzgado a mi madre por haber tomado analgésicos si los hubiera necesitado, ya fueran opiáceos, una epidural o incluso la sedación total a la que Rich se sometió en sus tres partos. Pero mi madre necesitaba que la historia de mi parto fuera la de la naturaleza siguiendo su curso, la perfección de la experiencia. «Ni siquiera lloraste», me decía siempre con orgullo.

Rubia, de 1,52 metros de estatura y cuarenta y cinco kilos, mi madre conduce sentada sobre un cojín para ver por encima del volante de su furgoneta Mercedes de catorce años; en una ocasión, un sheriff le hizo parar a un lado de la carretera tomándola por una niña. Cuando venía a las excursiones escolares como acompañante, mis profesores a menudo la confundían con una alumna y la agarraban por el pelo cuando intentaba sacar algo de la bolsa

del almuerzo (que se considerara apropiado agarrar así a un niño no viene al caso). Lleva un estilo de vida especializado: sabe hacer un gran fuego en una estufa de leña, pero no dónde se pone la gasolina en su coche. Le he abierto varias cuentas de correo electrónico y no ha entrado en ellas ni una sola vez. Para ser tan menuda tiene los huesos grandes: grandes manos de artista, llenas de protuberancias, y rodillas valgus. Los zapatos que usa (tiene muchos pares y entre ellos no hay zapatillas de deporte) son barcos. Debido a una escoliosis que no corrigió en su niñez, tiene el torso corto, y los brazos y las piernas desproporcionadamente largos y delgados. Destaca en remo, kayak y esquí acuático, camina como un neoyorquino con un lugar adonde ir, y nunca la he visto correr o practicar un deporte de equipo.

Antes de que muriera mi abuela, era una tradición familiar que las mujeres (mi abuela, mi madre y mi tía) acudieran juntas a hacerse su mamografía anual. Tal vez fuera por las campañas del lazo rosa, pero la salud de los pechos parecía ir aparte de las otras cuestiones de salud femenina: no era una fuente de vergüenza sino una oportunidad para establecer vínculo. El día de la mamografía, mi madre, mi tía y mi abuela se turnaban para pasar por la máquina de imagen por resonancia magnética, y luego se iban a comer y a hacerse la pedicura. Una vez, cuando yo estaba en la universidad, mi madre tenía hora para una revisión rutinaria en la consulta de un especialista que quedaba cerca de mi apartamento de Richmond. Me reuní con ella allí para hacerle compañía, y mientras la examinaban —me parecieron horas— tuve un ataque de pánico en la sala de espera empapelada con flores. De repente sentí como si un lóbulo del pulmón izquierdo se me hubiera deslizado a través de la caja torácica y hubiera quedado aprisionado contra una de las costillas. Incapaz de quedarme erguida en la silla, esperé echada hacia delante y con la respiración entrecortada a que ella volviera. Un problema con la máquina, me explicó cuando por fin lo hizo, restándole importancia. Tardé el resto del día en volver a respirar con normalidad y recobrar me.

Antes de tener a mi hija, me aterraba pensar en perder a mi madre. Como un avestruz, intentaba evitar ese pensamiento, como si se tratara del cambio climático o la escasez de agua: catástrofes inevitables, que ocurrían a mucha distancia. Fue el «mayor desastre que podía suceder», así recordaba Virginia

Woolf la muerte de su querida madre. William Maxwell, otro escritor que perdió a su madre a temprana edad, noveló de forma similar la pérdida en *Adiós, hasta mañana*, como «lo peor que pudo suceder».

«Después de eso —escribió— no hubo más desastres.» Maxwell hablaba desde la perspectiva de un muchacho solitario y abandonado, describiendo la atmósfera de desesperación conmovida y taciturna que enseguida se apoderó de su casa. Woolf escribe sobre la muerte de su madre directamente, como un abandono que le sobrevino, y continuó sobreviniéndole, hasta que su propia vida terminó.

La infertilidad me unió a mi madre de una manera extraña; a mi edad, ella tenía dos hijos y estaba ocupada preparando almuerzos escolares y cenas, supervisando los deberes y llevando la casa. Hablaba con su madre regularmente pero no todos los días, como yo (en la granja donde vivíamos cuando yo era niña durante un tiempo no hubo teléfono y luego sólo tuvimos una línea compartida).

Aparte de Richard, ella era la persona que yo conocía mejor, la persona que imaginaba a mi lado en todos los momentos importantes de la vida. Me acompañó en varias etapas de la gira que hice para presentar mi primer libro, yendo a buscar café para las dos por la mañana, pero también perdiendo por el camino la billetera (repleta del dinero en efectivo que había ganado vendiendo flores en el mercado de granjeros de Walkerton). Leía con habilidad los mapas de metro, pero casi se desmayó por pisar un chicle. Yo encontré la billetera y le arranqué el chicle poniendo un cubito de hielo en la suela de su sandalia. Ella me cuidaba y yo cuidaba de ella.

Supongo que lo que más me asustaba cuando pensaba en perderla era soltar amarras de la familia, del entorno femenino de ésta. ¿Quién esperaría conmigo al cabo de unos años cuando fuera a hacerme una mamografía? Mi hermano se refería a él y a mí como «los primos sin hijos» porque todos nuestros primos adultos tenían hijos, mientras que nosotros, a nuestra manera, todavía lo éramos: seguíamos informando de nuestros logros a nuestros padres, ávidos de su aprobación. En la familia no hay precedentes de parejas sin hijos. Nuestro tío surfista tenía un hijo, y el hijo, dos. ¿Nuestra tía inestable? Tenía dos hijos, todavía en la universidad, o eso decían. Los dos

hermanos de mi padre tenían hijos, y los hijos también tenían hijos —ni siquiera sabíamos cuántos a estas alturas—, mientras que nuestros padres, durante años, hablaron de nietos perros y nietos gatos.

Esperé fuera del hospital con *Gus*, el schnauzer mini de mis padres, que era lo más parecido a un niño de dos años, mientras mi madre rellenaba el papeleo previo a la operación y mi padre se paseaba por el aparcamiento hablando por el móvil. Los schnauzer mini tienen fama de apegarse ferozmente a sus amos, y *Gus* se queda destrozado cada vez que mi madre se separa de él. Ese día se espatarró a mis pies en la acera caliente, abatido. De vez en cuando, creyendo reconocer a un vecino de Walkerton que entraba o salía de las puertas automáticas, se reanimaba y se ponía en posición de firmes hasta que el extraño pasaba de largo ignorándolo.

El hospital no le daba buena espina, me comentó mi madre al salir, inclinándose para tomar la pata que *Gus* le tendía con amabilidad. Quedaba demasiado lejos de casa y dentro sólo parecía haber enfermos. «No enfermos de hospital —dijo—. Enfermos de vida.» ¿Por qué no había cambiado ya de médico? Su madre había fallecido y apenas hablaba con mi tía. Pero allí estábamos: sufriendo en Suffolk.

En el motel había una piscina verdosa y turbia, y las habitaciones para no fumadores olían a humo. Matamos el tiempo comprobando al detalle si había chinches en las camas, rascándonos picaduras de insecto imaginarias, cambiándonos a otra habitación que no era mejor y sacando a *Gus* hasta los confines más alejados de la propiedad, donde logramos encontrar la sombra y la privacidad de las que él requería para hacer sus necesidades. La nuestra fue la primera mesa que se ocupó en el único restaurante de la ciudad que servía a los comensales sentados.

A la mañana siguiente registramos a mamá en el centro quirúrgico. Se la veía más menuda que nunca en la camilla cuando nos despedimos de ella con un beso. Yo no estaba exactamente preocupada por la operación; sabía que entrañaba poco riesgo (aunque desconocía de qué operación se trataba ni para qué era siquiera) y que sólo estaría ingresada una noche. Mi padre, por el contrario, había pasado casi una semana en el hospital para recuperarse de su triple *bypass*, y más tiempo incluso para un tratamiento quirúrgico de

seguimiento que casi lo mató. Había salido de esa experiencia cambiado. Ahora había días que le dolían casi demasiado los pies para andar, y era más propenso a hacer la clase de comentario cortante sobre la cercanía de la muerte que asocio con los ancianos. Supongo que eso era lo que me preocupaba más, que la operación cambiara a mamá.

Mi padre y yo nos turnamos para dar una vuelta alrededor del hospital, que había recibido el nombre de los que lo habían donado, la familia Obici, de la fortuna de los cacahuets Planters. Una estatua del señor Cacahuete recibía a los pacientes en el vestíbulo. En la tienda de artículos de regalo venden complementos para bebé Lil' Peanut («pequeño cacahuete») — bodies, baberos, mantas—, aunque en una exposición del hospital que conmemora su fundación leí que Amedeo y Louise Obici no pudieron tener hijos. En lugar de ello, se habían centrado en obras de beneficencia y en ayudar a los niños de su comunidad.

Pensé en dos de mis amigas, ambas inmersas en sus primeros ciclos de FIV. Iba a perderme la reunión de nuestro grupo de apoyo de ese mes, pero me imaginaba en septiembre utilizando mi turno de palabra para contar cómo había deambulado por el hospital del cacahuete mientras mi madre se sometía a una operación femenina sin nombre. Eso era lo que más me gustaba de esas reuniones, contar historias, describir los momentos más extraños o más abatidos del mes anterior, aunque últimamente parecían haber devenido en discusiones más prácticas. A qué médico acudir, qué pastillas probar, qué medicación inyectar y dónde. Tal vez habíamos evolucionado nosotras; tal vez lo práctico era más esperanzador, o eso era lo que me parecía, hasta que regresábamos el mes siguiente y descubríamos que las píldoras, los suplementos y las inyecciones tan vívidamente descritas el mes anterior no habían funcionado. El relato fallaba porque trataba de un único tema: embarazarse. Yo necesitaba que mi historia fuera más flexible.

Mamá despertó de la anestesia llorando. Era normal, me dijo más tarde una amiga anestesista y enfermera: los adolescentes forcejean y las mujeres de edad avanzada lloran.

Me quedé de pie junto a la cama y le tomé la mano.

—¿Qué tienes? ¿Te duele?

—Estoy llorando por mi hermana —respondió ella con amargura.

—¿Quieres que la llame?

—¡No!

Mi madre y su hermana apenas habían hablado en más de un año, desde que tuvieron una desagradable discusión a raíz de la herencia de mi abuela. Mi tía quería organizar una especie de venta de objetos usados en la casa de mi abuela. A mi madre le pareció de mal gusto y poco delicado; además, se lo quería quedar todo. Luego se enteró de que mi tía había asaltado la cuenta bancaria de mi abuela antes de que ésta muriera. Desde entonces no se nos permitía pronunciar el nombre de mi tía. Ésta era otra ventaja de tener hijos, pensé: con tantos amarres, puedes permitirte soltar alguno.

La enfermera, una mujer risueña de mediana edad, comprobó las constantes vitales de mi madre, pero restó importancia al llanto o a las náuseas. Comentó que ya le habría gustado que la operaran a ella de lo mismo, como si mi madre tal vez fuera una desagradecida, y me pregunté de nuevo qué le habían hecho. Sin duda, nada glamuroso. ¿Y por qué no podía operarse esa mujer de lo que le hiciera falta trabajando de enfermera en un hospital?

—Eso pasa por tener hijos —me dijo—. No puedes contener el pipí.

«¿No puedes contener el pipí?» Eso, obviamente, era algo que mi madre no quería que yo supiera, pero allí estaba la enfermera, hablando como si mi madre no estuviera en la habitación. Me volví hacia ella: tan diminuta en la cama del hospital, retorciéndose incómoda.

—Creo que necesita algo —señalé a la enfermera—. Para controlar las náuseas.

—Todas dicen lo mismo —respondió ella—. Es normal.

Le cogí la mano a mi madre y bailoteé para hacerla sentir mejor. Eso era lo que se me daba bien, las bobadas pueriles, las payasadas. Repetí nuestra broma de las dos sufriendo en Suffolk y me burlé de la enfermera cuando ésta ya no nos podía oír.

—Podría dormir aquí —sugerí, dando unas palmaditas en la cama

supletoria que había junto a la ventana—. Es más agradable que el motel.

A mi padre, que justo regresaba de sus peregrinaciones telefónicas, le pareció una buena idea: él iría a Walkerton, dormiría toda la noche y nos recogería por la mañana. Ya tenía el equipaje en el maletero. Allí estaba mi bolsa. Que lo pasáramos bien, que nos quería.

Mis padres son personas progresistas, liberales, pero después de más de cuarenta años juntos han asumido roles de género anticuados: mi madre cocina siempre, incluso el pollo frito y la barbacoa (es vegetariana); mi padre arregla las numerosas cosas que se pueden estropear en una casa de doscientos años. Ella se quedaba con nosotros y pintaba a ratos sueltos; él trabajaba de carpintero y contratista. En particular, mi madre se ha hecho cargo casi de todos los miembros de la familia que han necesitado cuidados. Se ocupó de la madre de mi padre hasta que murió de cáncer, como había cuidado anteriormente de su hermano, otra víctima del cáncer.

Había vivido durante diez años en la residencia de ancianos que regentaba su abuela Donna, y allí debió de aprender la combinación necesaria entre dulzura y severidad que requería la tarea, la entereza, la actitud impasible, la atención constante a las pastillas, el reloj y la lavandería. Los clientes de Donna vivían en un lujo relativo, rodeados del tipo de cosas que habrían tenido en sus propias casas: juegos de té de plata, vajilla de porcelana fina y ropa blanca almidonada. Las puertas de sus habitaciones permanecían abiertas, y mi madre, que se identificaba mucho con la Eloise malcriada y desatendida de Kay Thompson, iba a verlos todos los días para pedirles dulces o hacerles muecas bobas, pero a su alrededor veía el trabajo constante que suponía mantenerlos limpios, alimentados y con vida. Por la noche, algunos de los ancianos tenían pesadillas y gritaban o gemían hasta que mi bisabuela u otra enfermera acudía a tranquilizarlos. En una ocasión, una cuidadora se desmayó intentando reanimar a un moribundo, Donna la metió a patadas debajo de la cama y continuó con las compresiones torácicas. Entrenaba a su personal para que fuera enormemente cortés y se refiriera a la incapacidad o enfermedad con avergonzados eufemismos; a los pacientes con



incontinencia se les preguntaba si tenían que hacer agua.

A veces pienso que he heredado esa misma dureza gentil. En la escuela primaria de Brooklyn donde daba clases a los veintipocos años, yo era la suplente a la que acudían todos los profesores aprensivos, y recuerdo haber limpiado de los pies a la cabeza, tras un accidente en el cuarto de baño, a una desafortunada párvula que no iba a mi clase. Cuando el portero me vio agachada al lado de la niña con mi caja de toallitas húmedas, que se vaciaba rápidamente, dijo con aprobación: «Es usted una chica de campo, señorita Boggs».

Fue uno de los mejores elogios que recibí en esa escuela y algo que me repito cuando tengo que enfrentarme a desastres inesperados. Sin embargo, apenas fui de ayuda cuando mi abuela Jeannie desarrolló una demencia tipo alzhéimer; no se le daba bien el tema de ir al baño, y cuando a mi madre y a mí nos dejaban a cargo de ella, mamá lo hacía todo —la acompañaba al retrete, la sentaba, la limpiaba— mientras yo me quedaba en la puerta echando ambientador.

Ella tenía sus propias dificultades para cuidar a su madre; no soportaba que se sacara la dentadura postiza (lo que sucedía a menudo) y, en cuanto lo hacía, se daba la vuelta, gritando: «¡No! ¡Vuelve a ponértela, mamá!». Había algo doloroso y conmovedor en oír a mi abuela Jeannie llamarla «mamá» a gritos como cuando era niña, tan poco consciente del parentesco que nos unía.

Una vez me interrumpió mientras le leía *El principito*, un libro que ella podría haberme leído a mí, y me preguntó:

—¿Dónde está mi mami?

—¡Aquí estoy! —respondió mi madre—. ¿Qué necesitas?

No sentía ni rastro de remordimientos ni de autocompasión al identificarse a sí misma como madre de su madre, quizá porque también había sido la mía.

Esta habilidad para metamorfosearse, de niña a enfermera a madre y vuelta a empezar, es el secreto más bonito del cuidador y algo que me eludía. Temí convertirme en una madre sólo para mi madre, una órbita asimétrica que con el tiempo me dejaría sola.

A media tarde decidí dar un paseo mientras mi madre dormía. Escribí mi número de móvil en la pizarra de su habitación, junto a los objetivos del día («Manejar las náuseas», «Caminar»). Giré a la izquierda y, tras seguir el pasillo amarillento, salí al ala de recién nacidos. Había gente parada delante de la cristalera, abuelos, niños con globos rosas y azules, flores y osos de peluche. «Aquél», dijo un orgulloso padre señalando. No miré, pero saqué el móvil y busqué el número de mi hermano.

—Prepara una cazuela de algo para cuando me vaya —le pedí en cuanto salí de allí.

El sol pegaba fuerte; no había ninguna zona sombreada para pasear, ni siquiera en los espacios con césped. Una vez me imaginé el nacimiento de mi hijo, las personas que habría esperando, pero ahora me preparé para ser yo la que esperara mientras mi hermano y su mujer estuvieran en la sala de partos. Aún no se habían quedado embarazados, pero temía los celos que tendría. Ya estaba celosa (y avergonzada) de la capacidad que daba por hecho que tenían para concebirlos.

—Esto es duro.

—Lo sé —dijo él—. Lo siento.

Descubrí otra ruta para volver a la habitación de mi madre. Intentamos ver la televisión, pero enseguida nos cansamos y durante un rato la entretuve leyendo en mi portátil un vehemente correo electrónico de un desacreditado exdirector de una revista para la que yo había colaborado. Grité las partes escritas en mayúsculas y bajé la voz en las partes obscenas. Imité a un borracho insinuándose y leí los fragmentos bobamente irreverentes.

—Basta —me dijo ella, sujetándose el costado—. Me duele cuando río.

Se sostuvo en mí para ir al cuarto de baño, pero no quiso que la ayudara a cambiarse la compresa del tamaño de un pañal que le habían dado por si perdía sangre; cerró la puerta mientras se las arreglaba ella sola dentro. Yo seguía sin tener una idea clara de lo que le habían hecho, si la habían cosido, extraído algo o hecho unos ajustes internos. No había buscado en Google ni había pedido más detalles a la enfermera. Todo lo que dijo mi madre fue:

«Noto que algo no está bien». Todo lo que dijo el médico en su anterior y breve visita fue que todo había ido a la perfección.

Mi madre se quedó dormida en cuanto se hizo de noche, y yo me tumbé de lado en el estrecho catre, tapada con tantas mantas finas como logré juntar. Tengo facilidad para dormirme —como todos los que nos hemos criado en una granja—, pero si me despierto, me cuesta volver a conciliar el sueño. En algún momento después de la medianoche tomé conciencia de unos ruidos. Al principio eran débiles, como en un sueño, luego más fuertes al abrirse una puerta del pasillo. Me concentré. Alguien gemía de dolor; otra persona la hacía callar y la tranquilizaba. Duró un rato, y recuerdo que temí que se agotara el efecto del analgésico que le habían dado a mi madre y ella también se pusiera a gemir.

Había supuesto que todos los pacientes de nuestra silenciosa ala se habían sometido a la misma operación todavía sin nombre que mi madre o a algún correctivo menor similar. Pero luego averigüé la causa inconfundible: el llanto conmocionado y repentino de un bebé que llegaba de la habitación contigua. No estábamos cerca de la sala de maternidad, como había deducido al pasar por delante del nido, sino en ella, y durante toda la noche las mujeres gimieron, gruñeron y empujaron a nuestro alrededor. Los bebés —milagrosos, diminutos, con llantos quejumbrosos perfectos— nacían, luego los envolvían en mantas y se los devolvían a las madres, que los achuchaban y los amamantaban, y les contaban una y otra vez los dedos de las manos y los pies. «Esto es lo más cerca que voy a estar yo», pensé. Era todo tan horrible —mi madre entrada en años en una cama a menos de tres metros de distancia mientras a mi alrededor había mujeres de parto— que parecía un mensaje del universo. «Esto es lo más cerca que vas a estar tú.»

Tiré de las mantas hasta taparme la cabeza y me puse encima la delgada almohada. La sábana que había extendido sobre los cojines del camastro se había desprendido de las puntas y apreté la cara contra el vinilo liso. Lloré, pero no era el llanto al que estoy acostumbrada, una respuesta a un pensamiento, rindiéndome finalmente a las lágrimas; era un llanto abyecto, pasivo y apenas conectado a mi cerebro; era el llanto que siempre digo a mis alumnos que hay que evitar al escribir. «Se me llenaron los ojos de lágrimas.»

«Las lágrimas me rodaban por las mejillas.» Las lágrimas me pegaron la cara al cojín.

A la mañana siguiente, mi madre me dijo que ella también había oído a las mujeres de parto y el llanto de los bebés.

—Lo siento —dijo—. Es horrible.

Eché la culpa a Suffolk, por lo estúpido y atrasado que era poner a todas las mujeres en la misma ala del hospital, como en una tienda roja del sufrimiento.

Sin duda había sufrimiento allí, pero no era una tienda roja ni un lugar de vergüenza. La sala de maternidad, como la sala donde se reúne mi grupo de apoyo, ocupaba un lugar céntrico en la parte delantera del hospital: el único lugar del que se supone que la gente se alegra de irse. De lo que nunca se habla es de que algunas personas entran o salen de la sala de maternidad aterrorizadas, solas, doloridas o desoladas; que la experiencia de ser madre puede ser la causa de que alguien vuelva décadas después al quirófano para reparar daños, y que la sala de maternidad puede ser un lugar doloroso para algunas personas, son otras omisiones de nuestra cultura.

Pero ese día mi madre se sentía mejor. Se pudo sentar y comió algo de la bandeja del desayuno que le acerqué en una mesa con ruedas. Las enfermeras iban y venían; le tomaron la temperatura y la presión arterial. Se encontraba bien para irse, si podíamos manejar las cosas en casa, dijo la enfermera. «Desde luego», respondimos las dos. Y empezamos a tramitar el alta.

Poco después entró otra mujer uniformada con una gran cámara con flash colgada del cuello. Sonrió a mi madre.

—¿Dónde está el bebé? —preguntó—. Siempre se lo llevan al nido justo antes de que yo...

Mi madre, a quien le encanta que le pidan la documentación y no se impacientó el día que el policía la confundió con una niña, sonrió y saludó con la mano.

—¡Soy yo! —exclamó.

—No hay ningún bebé —expliqué.

Es extraño sentir celos de alguien que está pasando por los atroces dolores del parto, alguien a quien no ves y no conoces. En Suffolk, Virginia, no me habría cambiado por una parturienta, pero al igual que mi amiga la bióloga, pensé que era injusto que yo no participara de esa experiencia humana. Adrienne Rich escribió en su diario sobre los celos —otro silencio que mantenemos como mujeres, la realidad de nuestra propia envidia— dirigidos a «la mujer estéril que tiene el lujo de lamentarse pero lleva una vida de libertad y privacidad». Al final repudia el término *mujer estéril* y apenas un párrafo después reconoce el amor que profesa a sus hijos, dando a entender implícitamente que jamás se cambiaría por una mujer sin hijos.

Durante el trayecto de regreso a Walkerton, en otro día de calor abrasador, le conté a Richard mi noche en el hospital, lo alienada y sola que me había sentido, y él me recordó que no sabía lo que había llevado a esas mujeres allí. Tal vez había alguna con los mismos problemas que habíamos tenido nosotros, me dijo. Tal vez habían probado la fecundación in vitro y ahora daban a luz a su hijo. «Lo dudo», respondí yo. No quería oír su punto de vista razonable o positivo.

Compré comida y Kotex para mi madre. Me quedé unos días más con ella cocinando, lavando la ropa y viendo reposiciones de *Fashion Police*. No hablamos de nuestra estancia en Suffolk, de la operación, la sala de maternidad o de si algún día sería abuela. No hablamos del problema que podíamos tener ella o yo.

«Madres e hijas siempre han intercambiado —más allá de los saberes de supervivencia femenina transmitidos verbalmente— unos conocimientos que son subliminales, subversivos y preverbales», afirma Rich en lo que llama el *meollo* de su libro de memorias, el capítulo más importante y más difícil. «[Son] los conocimientos que fluyen entre dos cuerpos iguales, de los cuales uno ha pasado nueve meses dentro del otro.» Rich describe a mujeres que tienen conexiones mentales poderosas con sus madres durante el parto o que al amamantar a sus propios hijos recuerdan de repente el olor de su madre. La menstruación es también una iniciación a los ritos de la feminidad. Pero ¿qué pasa con el cuerpo trastocado, el que no menstrúa según lo previsto, no aguanta los dolores del parto o amamantar a un bebé? ¿Qué pasa con el

cuerpo femenino que envejece? ¿Con el cuerpo femenino hospitalizado? ¿Qué pasa con el cuerpo que en algún sentido no es igual, el cuerpo que se desvía de la trayectoria de la feminidad a través de la maternidad?

Al lado de la casa de mis padres de Walkerton vivía una madre excéntrica con su hija rebelde: la señorita Anne, la matriarca de la familia, y la señorita Deirdre,[10] su divertida e irreverente hija («¡Maldita sea, mamá!», es la frase que más asocio a ella). Ya habían muerto cuando en el granero que había detrás de su casa vacía encontramos un cesto lleno de trajes de fiesta de Deirdre: vaporosos vestidos de baile de colores pastel, sin tirantes y con incómodas varillas de ballena. Mi madre y yo los tendimos para que se airearan y los guardamos en un armario para utilizarlos como disfraces o para decorar la casa.

Al día siguiente de regresar de Suffolk me los probé todos, metiendo la barriga para subir la cremallera, y me pavoneé entre los platos de comida para gatos que había desperdigados en el porche. Mi madre estaba echada en la tumbona con un sombrero morado, un camisón amarillo y un collar de cuentas de Mardi Gras. Yo me puse un pañuelo en la cabeza como la pequeña Edie de *Grey Gardens*, envuelta en bisutería. Nos turnamos para coger en brazos a los más dóciles de los once gatos que mi madre tenía —*Tadpole* y *Hush Puppy*, que entonces eran cachorros— y hacernos fotos.

Miro las fotos ahora y veo a mi madre, una mujer excéntrica con dos hijos, que ha pintado cuadros y hecho esculturas toda su vida, que soñaba con ser una abuela cariñosa como su querida Donna, que da de comer, esteriliza y castra a todos los gatos callejeros de su pueblo, y que me asustaba de niña extendiendo talones a nombre de Shitty Bank[\*] y afirmando que el comunismo no sonaba tan mal comparado con el capitalismo. Que nunca ha estado en Europa, pero a veces habla de ir conmigo. Que duerme recostada sobre siete almohadas de plumas y le horrorizan los chicles. Que guarda en carpetas cada papel que mi hermano y yo le hemos dado. Cuya madre tenía una colección parecida en el armario de su dormitorio. Cuya madre murió y la dejó sola, con la diferencia de que ella tenía una hija.

Y me veo a mí, escondida detrás de gafas de sol, miriñaques y gatitos, alguien que se desmaya cuando le sacan sangre y a quien nunca se le han

dado bien los deportes, que soñaba con tener dos hijos, como su madre, pero que ha estado en Europa, ha publicado un libro, ha sido profesora favorita y no tan favorita, una hija sumisa aunque a veces no muy útil. En el fondo, un jardín cubierto de zinnias y rudbekias, y las flores rosas de la lagerstroemia esparcidas como confeti. Hay tanta humedad que noto el aire caliente y denso que me empaña las gafas de sol cuando miro las fotos, tan familiares que conozco, por la inclinación de la luz, la hora exacta del día.

Once de la mañana del 9 de agosto, a siete días de que mi madre cumpla sesenta y dos años, y a ocho de mi décimo aniversario de boda. En las fotos se nos ve jóvenes y sanas.

## VIDA VISIBLE

Entre las parejas que intentan concebir (o, coloquialmente, que están buscando un hijo) hay algo que se conoce como la *betaespera*: el periodo comprendido entre la ovulación y los resultados positivos o negativos de la prueba de embarazo. Los foros de internet están llenos de consejos sobre qué hacer durante esas dos semanas: ir al cine o a cenar, asistir a clases de yoga, darse un masaje, cualquier cosa para apartar de la mente el tema del embarazo. Richard y yo paseábamos hasta el río que pasa cerca de nuestra casa, pero a nosotros nunca se nos ha dado muy bien distraernos de alguna preocupación. Durante un tiempo, especialmente cuando empezamos a tratar la infertilidad con medicación oral e inseminación intrauterina, parecía que cada paseo que dábamos hasta el río implicaba una conversación sobre escenarios hipotéticos: ¿y si éste es el mes? ¿Y si nuestro niño nace en enero, en febrero, en marzo? Los meses habían pasado volando, cuarenta y siete en total, y era hora de tomar decisiones sobre el siguiente paso.

En vez de ir a yoga o al cine, durante una de esas dos semanas de espera visité a una embrióloga en su laboratorio de la universidad. Tanto nuestro endocrinólogo reproductivo como Richard y yo habíamos visto claro que la fecundación in vitro era el tratamiento que más probabilidades nos ofrecía para superar nuestra infertilidad. Pero se nos planteaban muchos interrogantes: sobre el coste, sobre cómo nos sentiríamos si lo intentábamos y no lo conseguíamos, sobre las consideraciones éticas de gastar tantos recursos para crear una vida que no había ocurrido de forma natural.

Aunque la fecundación in vitro todavía es un tratamiento relativamente poco frecuente, que practica menos del 5 % de las parejas infértiles, todo el mundo parece tener una opinión al respecto: sobre qué ocurre en el cuerpo de



la mujer, sobre lo que uno debería hacer con los embriones sobrantes o sobre si los seguros médicos deberían cubrir el tratamiento. Amigos míos, racionales y afectuosos, me soltaron toda clase de información inútil: que un niño concebido mediante fecundación in vitro tenía más probabilidades de ser autista; que el tratamiento provocaba cáncer; que me daría mejores resultados probar con la acupuntura, beber infusiones de hierbas o más leche entera.

Así que no debería sorprender a nadie que los políticos, que ven una noticia potente en una placa de petri con unas pocas células, participen en el debate. A la abogada Sarah Weddington, que en 1972 defendió ante el Tribunal Supremo de Estados Unidos a una demandante bajo el seudónimo de Jane Roe, se le preguntó si se le podía dar a un feto el carácter de persona (*personhood*) y qué pasaría entonces con su razonamiento. «Tendría un caso muy difícil», se permitió responder ella. Al redactar el dictamen mayoritario del tribunal en 1973, el juez Harry Blackmun señaló que no consideraba tal estatus, pero al mismo tiempo admitió: «Si ese carácter de persona pudiera quedar establecido, el caso [de Roe], por supuesto, se desploma, porque entonces el derecho del feto a la vida estaría garantizado».

La percepción de esta laguna —el carácter de persona del feto o incluso del embrión— ha sido la fuerza motora de los recientes esfuerzos por declarar ilegal el aborto y el principal impulsor de los estatutos del homicidio fetal, el procesamiento penal de las mujeres drogadictas embarazadas e incluso la práctica de emitir certificados de defunción a bebés que nacen muertos. Antes de la Convención Presidencial Republicana de 2012, un grupo llamado Personhood USA desafió a los candidatos presidenciales republicanos a que firmaran un compromiso para proteger la vida humana «en cada fase de desarrollo». Cinco de los siete candidatos —Rick Santorum, Michele Bachmann, Newt Gingrich, Ron Paul y Rick Perry— firmaron la promesa, y Gingrich, un católico converso, expresó su particular preocupación acerca de la fecundación in vitro: «Todo el que se ha sometido a un tratamiento de fecundación in vitro está creando vida; debemos, por tanto, plantearnos muy en serio cómo deberían ser las normativas de las clínicas que se dedican a ello, porque están creando vida».

«Apuesto a que muchos de esos políticos nunca han entrado en una

clínica de FIV», me dijo la doctora Silvia Ramos, una de las embriólogas que lleva más años en la facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte, cuando le pregunté acerca del debate sobre el carácter de persona del embrión al que hacía referencia Gingrich. Nacida en Brasil, la doctora Ramos habla con un acento que se vuelve más pronunciado cuando se entusiasma, y casi todo lo relacionado con su trabajo —que abarca desde tratar e interactuar con pacientes hasta realizar investigaciones en los ovarios de ratones hembras— le provoca entusiasmo. Pero al referirse a la politización de su trabajo en el laboratorio se mostró displicente: «Es necesario saber de ciencia para entender lo que sucede aquí. Hacen falta conocimientos biológicos».

Mis conocimientos biológicos sobre el desarrollo del embrión están muy olvidados, se reducen sobre todo a datos que recuerdo vagamente del colegio, pero la doctora Ramos me describió con paciencia y emoción el proceso de la fecundación in vitro, que comienza cuando ella recibe los óvulos que el endocrinólogo reproductivo retira de los ovarios de una mujer. En un laboratorio esterilizado examina cada óvulo u ovocito con un microscopio, y determina si están lo bastante maduros para fecundarlos. Si la paciente ha decidido someterse a una inyección intracitoplásmica de espermatozoides, un procedimiento diseñado para superar la infertilidad masculina, Ramos retirará con cuidado las turbias masas de células nodrizas que rodean cada ovocito maduro e inyectará el ovocito con un espermatozoide seleccionado por su óptima morfología y motilidad. Este proceso puede tardar una hora o más, y a menudo escucha un cedé de bossa nova brasileña mientras trabaja. «Tienes que empezar el día en paz para dar lo mejor de ti. La música ayuda.»

Después de tantos meses intentando concebir, encontré la minuciosa descripción de Ramos tranquilizadora, incluso atractiva, por su orden y su predictibilidad, por la forma en que logra que la concepción —ese objetivo tan difícil de alcanzar desde hace tanto tiempo— cobre visibilidad. Una vez fecundado el ovocito, Ramos observará la formación de dos pronúcleos, seguida de la fusión de la célula diploide o cigoto. En el transcurso de los días siguientes se incubará el cigoto a 37 °C y ella seguirá su desarrollo en el laboratorio. Lo ideal sería que el cigoto formara cuatro células uniformes en tamaño y forma, y a continuación ocho. Si una serie de embriones de aspecto

saludable resiste el tercer día, Ramos puede esperar que el mejor embrión se convierta en una mórula, que se parece a un balón de fútbol, antes de implantarlo en el útero de la mujer (por lo general, los embriólogos y los endocrinólogos reproductivos tienen más oportunidades de elegir los embriones más sanos cuando esperan hasta la etapa de blástula). «¡Mira! ¡Qué hermosura!», exclamó Ramos al enseñarme imágenes de los embriones con los que había trabajado. Tenía carpetas y carpetas llenas de imágenes similares y eran, en cada fase, extrañamente hermosas, al igual que sus herramientas: el catéter de acero pulido y vidrio que utilizaba para recoger los embriones, el diminuto criolazo (*cryoloop*) o lazo de nailon semejante a una aguja que le servía para reunir los embriones sobrantes para la vitrificación.

«Lo que sucede aquí, en mi laboratorio, es muy similar a lo que sucede en el cuerpo de la mujer —dijo Ramos—. Nadie lo ve.»

Con la excepción de ellos. El día de la implantación en el útero, Ramos ofrece a cada pareja o individuo un conjunto de imágenes del embrión o embriones, junto con una descripción de su estado y las probabilidades de que sigan desarrollándose. Me imagino estas grumosas imágenes en blanco y negro de un valor incalculable para cualquiera que lleve años buscando un hijo. Las mujeres de los foros, que se esconden detrás de apodos como Babybound o Tryn2BMommy, se desean mutuamente «alitas» o «tréboles» con la esperanza de que los embriones «agarren».

Pero en la clínica, los pacientes sólo expresan un prudente optimismo. A veces lloran, me dijo Ramos, pero ella nunca ha visto a sus pacientes nombrar o personificar de otra manera a los embriones. Hay demasiadas cosas que pueden salir mal: los embriones, a meses de distancia de ser viables, pueden no implantarse, o se implantan pero dejan de desarrollarse. En su clínica se congelan los embriones sobrantes y los pacientes tienen tres opciones: guardarlos para futuros intentos, donarlos a la investigación o destruirlos. La destrucción de un embrión se lleva a cabo mediante la descongelación. «Los embriones pertenecen a los padres —dijo Ramos—. A ellos les corresponde decidir.»

Y, en última instancia, son ellos los que conocen el impacto y la trascendencia del tratamiento de fecundación in vitro, tan caro, invasivo y

tenso que en muy pocas ocasiones, si alguna vez sucede, se realiza a la ligera o de forma irresponsable. La doctora Ramos a menudo tiene que llamar a sus pacientes para darles una noticia decepcionante, incluso devastadora: los embriones, sobre todo los de los ovocitos de las mujeres de edad avanzada, a veces se fragmentan o dejan de desarrollarse, y es difícil decir cuáles se implantarán con éxito. A pesar de esta incertidumbre, las palabras de Ramos sobre la FIV estuvieron salpicadas de frecuentes y entusiastas exclamaciones sobre la pasión que siente por su trabajo. «Es sumamente delicado —afirmó—. Se necesita la combinación perfecta de destreza y personalidad para hacerlo bien. Yo creo vida. Esto es lo mágico.»

Levanté la vista del cuaderno en el que había estado tomando notas y dibujando cigotos —«¿ha dicho que crea vida?»—, pero Ramos pasó a hablar de la vida familiar: madre, padre e hijo, o madre y madre/padre y padre, los cumpleaños y las vacaciones, las tradiciones que pasaban de generación en generación. Ésa es la vida que ayuda a crear, la vida que ella u otro embriólogo nos ofrece a Richard y a mí.

Al final de la visita, la conversación sobre la consideración teórica de las mórulas y las blástulas se desvió hacia las realidades específicas de mi condición y mi tratamiento. Muy educada, la doctora Ramos me preguntó cuántos años tenía, y cuando se lo dije, respondió: «Ahora es el momento».

Pensé que probablemente tenía razón. Las dos semanas de espera habían terminado, y —como suponía a esas alturas— Richard y yo seguíamos buscando un hijo. La visita a la doctora Ramos no dio respuesta a mis interrogantes sobre el dinero, el uso de los recursos o el riesgo al desengaño. Pero en mis momentos de espera, en el espacio de «¿Y si?», me pude imaginar recibiendo una llamada telefónica de ella. «Unos embriones hermosos», me la imaginaba diciendo con una canción de bossa nova sonando de fondo. Incluso visualicé los embriones: blástulas redondas con las células uniformemente divididas.

Aun así, todavía estaríamos esperando.

El término *obstetra*, me escribió mi endocrinólogo reproductivo en un correo

electrónico, está compuesto de los morfemas latinos: *ob*, «a través», y *stare*, «estar de pie». Un obstetra es alguien que espera de pie frente a su paciente, listo para sacarle a su hijo. (Y luego está esa palabra, *paciente*, con todo lo que implica.)

El doctor Young también espera, pero de otra manera. Él diagnostica y trata largos periodos de espera, y espera a que mujeres como yo —volubles, indecisas, temerosas— decidan qué hacer. Cuando sus pacientes se quedan y permanecen embarazadas, pasan a manos de un obstetra, que será el que traiga al mundo a sus bebés. El doctor Young espera que la combinación correcta de tratamientos surta efecto; espera, como nosotros, el embarazo.

El doctor Young me diagnosticó un defecto de la fase lútea, lo que significa que mi endometrio, el revestimiento de mi útero, no espera lo suficiente para mudarse cada mes. Durante un tiempo me lo trató con suplementos de progesterona que me hacía tomar después de la ovulación. Mi ciclo se convirtió en uno de veintiocho días exactos y mi endometrio esperó adecuadamente —dos semanas enteras— a que se implantara la blástula.

Pero la blástula no se implantó. No me quedé embarazada, o al menos nunca confirmé un embarazo a través de un test positivo o un equipo llamado First Response. De hecho, en mis años de madurez reproductiva me había hecho muy pocas pruebas de embarazo, una vez cuando Richard y yo vivíamos en Brooklyn, y tres veces en los cuarenta y siete meses que llevábamos intentándolo. En lugar de eso, cada mañana me tomaba la temperatura y, por lo general, cerca del final de mi ciclo observaba un patrón de descenso —36,9 °C, 36,8 °C, 36,7 °C— que me indicaba que la betaespera había tocado a su fin.

En este sentido yo era atípica. En los foros de internet que consultaba y en el grupo de apoyo al que iba, las mujeres que intentaban concebir confesaban que se hacían la prueba todos los días, incluso dos veces, durante la betaespera. En ocasiones esperaban un resultado positivo —por lo general, lo más pronto que una prueba de embarazo casera puede detectar gonadotropina coriónica humana (hCG) en la orina es diez días después de la ovulación—, pero otras veces era para confirmar y reconfirmar un resultado positivo. Sabía de mujeres que llegaban a hacerse dos o tres pruebas para ratificar —¿para

celebrar?— lo que mostraba la primera: la línea oscura, el signo +, la palabra *embarazada*.

Yo entendía a la perfección que esas pruebas eran tan reconfortantes para ellas como lo fueron para mí los embriones divididos uniformemente de la doctora Ramos. Como el embrión y los cambios que se espera y anhela que se produzcan en el cuerpo son (en esta fase) invisibles, la mujer que intenta concebir busca todo lo que haga que el embarazo parezca real. Tal vez no difunda públicamente esta información, pero es probable que la comparta entre sus cohortes, mujeres que, como ella, están esperando los resultados de su tratamiento. Por internet estas noticias podían darse a través de un eufórico mensaje —«¡¡¡Yupi!!! POSITIVO»— o una imagen, como la fotografía de una prueba de embarazo casera o la carita sonriente de una embarazada sujetándose su redondeado vientre.

La infertilidad y la reproducción asistida pueden ser temas difíciles de tocar con las personas fértiles, quienes tal vez no lo entienden o no quieren hablar de ello, o simplemente están demasiado ocupadas criando a su propia familia para ofrecer mucho apoyo. Un foro o un blog de internet es un lugar seguro para hablar de medicamentos inyectables, de ciclos de FIV o de la pregunta que persigue a quienes están en la betaespera, por muchas veces que vayan al cine: ¿estoy embarazada... o no? Aunque sea por medio de un ordenador, las mujeres de estos foros ofrecen su apoyo en un contexto conversacional, lleno de frases fragmentadas, expresiones de afecto, preguntas urgentes y puntuación exuberante. Los mensajes están salpicados de *gifs* que equivalen al lenguaje corporal o de los gestos que se harían en una conversación cara a cara: *smileys* con un megáfono o haciendo la rueda, positivos iluminados o alitas brillantes.

La página web <Lilypie.com> permite crear un *ticker* personalizado — una imagen gráfica y colorida que cuenta hacia atrás o hacia delante— para insertarlo debajo de un mensaje en los foros de infertilidad y reproducción asistida. Cuando yo entraba en esos foros, a menudo veía, debajo de una lista de detalles relevantes —edad, problemas médicos, número de meses o años intentando concebir, fechas y resultados de la IIU o de los ciclos de FIV— esas pequeñas bandas, con frecuencia más actualizadas que los mensajes en

sí.

Los *tickers* son una especie de recordatorio digital de todo tipo de información —vacaciones, aniversarios, cumpleaños, graduaciones—, pero tienen una particular importancia y prevalencia en la comunidad de la infertilidad, donde la concepción y el embarazo están marcados por una serie de acontecimientos invisibles y emocionalmente intensos que tal vez sólo se comparten en lugares anónimos como los foros de internet. Al igual que los manuscritos medievales, están adornados con estampas que ilustran el texto, dibujos en colores pastel que pueden verse en cualquier tarjeta de invitación a una *baby shower*: ropa de bebé, un cochecito, cigüeñas sonrientes. En Lilypie se puede marcar la duración de un ciclo menstrual que va de quince a ochenta días, usando una variedad de fondos: mariposas, la ciudad de noche, una parcela de coles o estrellas. (Los días fértiles de un ciclo pueden señalarse con corazones o tréboles.) El *slider* es la imagen que señala en qué punto estás del ciclo y también se puede personalizar; entre las opciones hay un conejo feliz, una mujer saltando un aro o el dibujo de diferentes parejas: abejas, mariquitas, un hombre y una mujer cogidos de la mano, o dos mujeres y dos hombres cogidos de la mano (que presumiblemente indica un ciclo de subrogación).

También hay *tickers* de angelitos en memoria de los hijos perdidos en un aborto espontáneo o nacidos muertos. De fondo se ven nubes, arcoíris y prados apacibles, y los *sliders* son palomas, osos de peluche, conejos o bebés de distintas etnias y en distintas posturas: duermen plácidamente o están sentados con un halo, mirando al cielo. Algunos tienen alas, otros se deslizan por un arcoíris; aparecen solos o en grupos de dos, tres o cuatro. Todos tienen el aspecto que esperamos que tenga un bebé y no un embrión; se ven saludablemente rollizos, lucen unos rizos adorables y van vestidos en tonos azules o rosas. El mensaje que sugiere el *ticker* de un angelito es: «Hace x meses y x días que nos despedimos». La afligida madre podría haber perdido a su bebé en el parto o en algún momento anterior (en la FIV, las pérdidas son comunes días o semanas después de la implantación de los embriones). Por mucho que los libros digan que su bebé de tres a cuatro semanas es del tamaño de una semilla de amapola, eso no es lo que ella imagina. Se imagina

a un bebé «de verdad» sonriente, tierno y con sexo. Pero ese angelito —un dibujo, una imagen, una idea— podría ser todo lo que ella llegue a tener.

Antes de disponer de la tecnología con la que contamos ahora —las pruebas de embarazo caseras, la FIV, las imágenes microscópicas de las blástulas—, la primera sospecha de un embarazo llegaba con una falta en el periodo, pero lo que confirmaba la vida inminente no era un signo visual sino las primeras señales de vida, los movimientos del feto que nota la madre y que suelen suceder a los cuatro o cinco meses de gestación. Aristóteles consideraba que esas primeras señales indicaban la entrada de un alma humana en el feto. Hasta hace unos cien años, cuando los médicos y los científicos empezaron a recoger y mostrar especímenes fetales,<sup>[11]</sup> la mayoría de la gente era incapaz de imaginarse un embrión o un feto, y tampoco lo intentaba. En algunas culturas, los fetos que nacían de forma muy prematura tenían un aspecto tan extraño que se los veía como algo no humano, como los canguros, los monos, los vientres de pescado o los espíritus.

Hoy en día, en las clínicas de endocrinología con la más alta y avanzada tecnología reproductiva ya es posible registrar paso a paso la división celular en un ciclo de fecundación in vitro mediante la captura de imágenes con intervalos de tiempo. Los embriólogos creen que, a través del estudio de estas imágenes —que muestran cómo y cuándo se divide cada embrión—, serán capaces de seleccionar los embriones de mejor calidad para su implantación en la paciente, mejorando así las probabilidades de embarazo. Tales imágenes seguramente darán pie a debates políticos y bioéticos: la creación de vida que lleva la marca del tiempo es una herramienta poderosa para los que tienen interés en la condición de persona a nivel celular. La doctora Ramos, por su parte, está entusiasmada con la garantía adicional que esta tecnología ofrecerá a sus pacientes y espera tenerla dentro de pocos años en su laboratorio. Cuando eso ocurra, yo ya habré tomado una decisión. Habré probado la fecundación in vitro o habré pasado página.



## ADOPTAR SIN MÁS

Nate y Parul Goetz habían vuelto hacía poco de la *baby shower* que les habían organizado por sorpresa en la oficina de él, cuando los llamaron de la agencia de adopción. Nate, que era economista y trabajaba en una organización benéfica de servicios sociales en la zona de Raleigh, describió la fiesta como algo tan «increíblemente incómodo y extraño» —aún no les habían adjudicado un bebé ni dado una fecha— que salió a tomar algo con un amigo mientras Parul organizaba los regalos, de modo que fue ella quien contestó la llamada inesperada.

Era una situación insólita, le dijeron. Se trataba de un niño que había nacido cinco semanas antes de lo previsto hacía apenas unos días. Kate,<sup>[12]</sup> su madre biológica, estaba viajando a Utah —donde se encontraba la agencia de adopción y donde, según la legislación vigente, las madres biológicas sólo tenían veinticuatro horas para cambiar de opinión— cuando se puso de parto y dio a luz en un hospital rural de Indiana. Al poco tiempo la trasladaban a un hospital mejor equipado de Kentucky. Kate había leído el perfil de Parul y Nate y los había elegido para ser los padres de su hijo; ellos podían aceptarlo o rechazarlo, pero si querían adoptarlo, tenían que estar allí al día siguiente, dijo el representante de la agencia, dispuestos a quedarse en Kentucky las tres semanas que llevaría completar los trámites.

Parul empezó a hacer de inmediato el equipaje, metiendo en las maletas montones de ropa de bebé sin lavar y el botín recogido en su oportuna *baby shower*. Nate y ella salieron a las tres de la madrugada del día siguiente y llegaron a Kentucky por la tarde.

Era julio de 2010. Entre abril y mayo se habían dedicado a diseñar el perfil de la familia que esperaban que atrajera a alguien como Kate: contaron

su vida, describieron su hogar y su comunidad en Carolina del Norte, se hicieron fotos, Parul cuidando del jardín y Nate jugando a golf. Parul intentó ponerse en la situación de la madre biológica, imaginando lo que ella podía querer saber de la vida que llevaría su hijo con ellos.

Pero no fue la historia cuidadosamente elaborada de su vida lo que le interesó a Kate, una chica de veintitrés años que había dado a luz por primera vez a los catorce y que, con unos recursos y una educación limitados, había dejado a sus otros hijos con miembros de su extensa familia. La legislación de Carolina del Norte permite que las madres biológicas —sean de donde sean— tengan acceso a los estudios de los hogares de adopción que allí se realizan, y Kate había solicitado y leído el de Nate y Parul. Le llamó la atención una extraña simetría en sus vidas: ella había tenido seis hijos antes de ése y Parul había sufrido seis abortos. Ese bebé, el séptimo, era también el séptimo intento por parte de Parul de formar una familia. Parecía cosa del destino.

Es inevitable pensar que si no tienes suerte concibiendo un hijo, tal vez sea porque el destino te ha reservado algo diferente. Cuando Richard y yo dejamos el tratamiento de IIU, se me ocurrió que quizá mi sino era adoptar; así es como pensé en ello, como la revelación de algún plan durante mucho tiempo oculto.

En *Noches azules*, Joan Didion describe la adopción de su hija haciendo hincapié en los elementos míticos. Como los Goetz, Didion y su marido, John Gregory Dunne, dispusieron de muy poco tiempo para decidir si querían reclamar al hijo que les esperaba en el hospital, y ellos también respondieron que sí al instante. La llamaron Quintana Roo, como un territorio que habían visto en un mapa de México unos meses atrás, cuando la idea de una hija, adoptada o no, era una «hipótesis maravillosa». Nunca habían estado en esa zona rural: «El lugar en el mapa llamado Quintana Roo todavía era *terra incognita*», cuenta Didion. Pero no titubearon cuando en el hospital les preguntaron cómo querían llamarla. Lo supieron en el acto, como supieron que la criatura que les describieron por teléfono como una «hermosa niña de

San John's» era exactamente la hija que querían.

Yo nunca imaginaba un recién nacido o a la madre biológica, pero sí pensaba en qué debía de sentirse con un hijo de cuatro, seis o diez años. Me basaba en mis experiencias como docente, los vínculos que me unían a niños con los que no tenía lazos de sangre. Pensaba sobre todo en Daniel Hall, uno de mis alumnos de primero, con un rostro tan radiante que ya podía enviarlo a cualquier lugar del destartado edificio de la escuela, que él volvería con materiales preciosos: fotocopias o lápices del director, tentempiés de los empleados de la cafetería, tiza o rotuladores de un profesor vecino. Se me caía el alma a los pies los días que no lo veía en la cola del desayuno y no me saludaba; yo había accedido a dar clases de primero, un cambio respecto a mi puesto como profesora de escritura para toda la escuela, con tal de tener a Daniel en mi clase. Sabía que si él estaba allí, podría tolerar cualquier cosa: el proceso laborioso e imposible de ir al baño (teníamos que esperar en fila en el pasillo, en completo silencio, mientras los niños se turnaban para entrar de uno en uno), el aumento de papeleo y la vigilancia adicional de un director al que llamábamos Darth Vader.

Sería estupendo saltarse los duros y aburridos primeros años y pasar directamente a cosas sobre las que yo entendía: leer cuentos de Ezra Jack Keats y decorar la casa con proyectos de arte aparatosos, montar en bicicleta e ir a museos. Las preocupaciones por ser madre a una edad avanzada se desvanecerían... ¡Sería joven como la madre de un niño de seis años! Y tal vez sería mejor madre de un niño que no estuviera genéticamente vinculado a mí, pensé, haría gala de una mayor aceptación y atención. No vería mis propios defectos en su comportamiento.

Pero los padres de Daniel lo querían mucho, y cuando me imaginaba la adopción de un niño como él, fantaseaba. Los niños adoptados o en acogimiento familiar que he tenido en clase a menudo presentaban problemas que ni yo ni sus padres podíamos resolver: se negaban a venir a la escuela, daban guerra, suspendían. Unos años después de Daniel tuve en clase de lengua y literatura avanzada una alumna con dificultades; a pesar de su inteligencia y de proceder de un hogar lleno de afecto y con recursos, le suponía un esfuerzo emocional tan grande venir a la escuela que había

acumulado demasiadas faltas de asistencia para sacarse el título. Al comienzo del curso, antes de practicar el absentismo, hablaba o escribía con frecuencia sobre su adopción y las secuelas que arrastraba por haber sido desatendida y no deseada. Me sorprendí al enterarme de que tenía tan sólo ocho meses cuando la adoptaron. La adopción, independientemente de la edad en que se produzca, es traumática para alguna de las personas involucradas: la madre o el padre biológicos, los nuevos y desconcertados padres o el niño. A veces lo es para todos. Pero también es un relato potente y atractivo, sobre todo frente a la infertilidad. En cualquier lista de las cosas que no hay que decir a las parejas infértiles está la sugerencia «deberías adoptar»; la hemos oído, leído e incluso, probablemente, pensado. Hay tantos niños en el mundo que necesitan un hogar, millones de ellos... Concentrarse en la sensación de pérdida, en la incapacidad para embarazarse o tener hijos genéticamente vinculados es egoísta.

Me gustaba imaginarme a mí misma como madre adoptiva. Me apunté a una clase para padres adoptivos o de acogida, consulté blogs sobre adopción, y busqué cuáles eran los programas internacionales con los tiempos de espera más cortos y las tasas más bajas. A Richard, que de entrada se mostró escéptico, le costó debatir el siguiente razonamiento: si la adopción depende de rellenar papeles o contar tu vida, ¿no deberíamos tener más probabilidades de éxito que la media nosotros que somos escritores? Me imaginaba convenciendo a un asistente social de que nuestro largo matrimonio y mi trabajo como profesora en una escuela pública nos convertían en los padres adoptivos perfectos. Me planteé abandonar los costosos y desagradables tratamientos para siempre y centrarnos en una serie de pasos sobre los que por lo menos tendríamos algo de control. Nos vi a los dos aprobando un test que mi cuerpo había suspendido.

Durante un tiempo pensé que adoptaría en Etiopía, pero surgieron preocupaciones éticas sobre el programa de ese país y los funcionarios detuvieron las nuevas adopciones. Tal vez fuera mejor Haití; acudimos a una agencia que tramitaba adopciones haitianas y hablé con una mujer que había adoptado una niña de allí. Pero la agencia no podía asegurarnos que lo sucedido en Etiopía no pasara en Haití, otro país sobre el que corrían rumores

de prácticas coercitivas y poco éticas, así como un repentino aumento en las adopciones de Estados Unidos.

En mi grupo de apoyo a veces hablábamos sobre la adopción, cambiando información acerca de los programas que considerábamos más favorables: plazo de espera inferior a dos años, tasas relativamente bajas, posibilidades de adoptar un bebé. Les comenté que había leído que era posible conseguir un recién nacido de Marruecos en un año. Un par de mujeres se echaron hacia delante:

—¿Y?

—Tienes que hacerte un examen médico en el país —respondí—. Y convertirte al islam, si no eres musulmán.

Había sacado el tema de las adopciones marroquíes para bromear acerca de nuestra desesperación y todos se rieron. Pero la verdad era que me lo había planteado; me había imaginado abrazando una religión a los treinta y cinco años y engañando a un gobierno extranjero con una falsa conversión. Con independencia de cómo me hiciera madre, la experiencia de la religiosidad o el engaño, o la del engaño que se volvía religioso, se integraba en la historia de mi familia.

Parul y Nate Goetz no sabían de la existencia de RESOLVE cuando lidiaron con su infertilidad, aunque «habría sido útil», me dijo Nate. Pero yo los conocí a través de dicha asociación, cuando acudieron a mi grupo de apoyo para hablar sobre la fundación que habían creado en 2011, que tiene por objetivo educar a las parejas infértiles sobre la adopción nacional y brindar apoyo económico a las que adoptan tras un tratamiento de infertilidad sin éxito. Por aquel entonces recibían gratuitamente en su casa a parejas y grupos pequeños para impartir dos cursos: uno introductorio (Adopción Nacional 101) y otro con una visión más profunda (Adopción Nacional 102).

Antes de adoptar, Nate y Parul estuvieron años en manos de un endocrinólogo reproductivo, primero con ciclos de Clomid y luego con IIU. Juntos y también de forma individual veían a un psicólogo de la clínica Duke Fertility, y asistieron a un grupo de apoyo de ocho semanas con otras parejas

que también hacían el tratamiento allí. Después de seis abortos naturales en cinco años, abandonaron el tratamiento. Fueron la única pareja del grupo que no concibió.

Parul explicó que, tras su última pérdida, unos gemelos, al final aceptó que los tratamientos de fertilidad no iban a dar resultado y que lo que siempre había imaginado como una experiencia feliz, formar una familia, se estaba volviendo tan estresante que resultaba insoportable. Aun así, le costó renunciar a intentarlo. Tenía un doctorado en farmacia y una gran responsabilidad en su trabajo como científica de farmacología. «Hasta entonces —dijo—, nunca había fracasado en nada.»

No habían contado casi nada a sus familias y amigos sobre los repetidos abortos y su temor de que nunca tuvieran un hijo. Parul se enteró por una llamada de su padre de que su hermana pequeña, una de las pocas personas a las que había explicado sus problemas de fertilidad, había dado a luz en Los Ángeles. No sabía siquiera que estuviera encinta.

Al día siguiente tomó un avión para estar con ella y conocer a su sobrina. Aunque su hermana pretendía proteger los sentimientos de Parul, a ésta le había dolido su decisión de mantener en secreto el embarazo. «Todas las emociones de querer ser madre y no poder afloraron», me contó, recordando lo dura que, en retrospectiva, creía haber sido con su hermana. La sermoneó sobre la lactancia materna y la nutrición, repitiéndole todo lo que había leído y previsto para su hijo. Pensé en la experiencia que había tenido en la sala de maternidad con mi madre cuando aún no había tenido a mi hija: la sensación de soledad, tan alejada de las demás mujeres, pero también lo preparada que me sentí para tomar una decisión y dejar de vivir en el espacio liminal de los sin hijos. Parul regresó a Carolina del Norte una semana más tarde y habló con Nate de lo que querían de verdad: un hijo, estuviera o no genéticamente relacionado con ellos.

Estábamos sentados en su sala de estar, un espacio apenas decorado pero, aun así, acogedor donde Nate y Parul se reunían con otras parejas para impartirles los seminarios de Adopción Nacional 101 y 102. En una esquina roncaba

*Aldo*, su perro; Noah, el hijo que habían adoptado con tan sólo una semana, estaba en la escuela.

—Mientras intentábamos concebir, tratamos de imaginar el aspecto que tendría nuestro hijo —dijo Parul—. Inviertes en ese concepto.

—Te quedas atrapado en él —añadió Nate.

Aislados de la mayoría de la gente fuera de la clínica, Parul y Nate no conocían a nadie que hubiera pasado por una experiencia similar, y cuando decidieron recurrir a la adopción tampoco conocían a nadie que perteneciera a ese mundo. Contrataron a un consultor que les habló de las fases de la adopción a lo largo de una serie de conversaciones telefónicas. Seleccionaron una agencia y, tras someterse al estudio del hogar, empezaron a preparar el perfil de la familia adoptiva que la agencia utilizaría para vincularlos con una madre biológica. Pero cuando llegó la noche en que tuvieron que decidir si viajar a Kentucky o no, apenas seis semanas después de rellenar el papeleo, el consultor, que les había cobrado 2.500 dólares, estaba de vacaciones e ilocalizable.

Parul y Nate no lamentan ninguna de las decisiones que los llevaron hasta su hijo, pero señalan el distanciamiento que advirtieron en el consultor, quien se escudó en que no era terapeuta para desviar cualquier reclamo de su empatía.

—Nos informó bien, pero todo fue un puro trámite —dijo Parul.

—[Durante los trámites de una adopción] hay muy poca empatía, lo que es un problema —añadió Nate—. Estamos hablando de tres personas diferentes: la madre biológica, el niño y el progenitor adoptivo. Es algo que requiere muchísima empatía.

La percepción de esta falta de empatía les sirvió de inspiración para su fundación: les pareció que ellos podían ofrecer algo mejor que el enfoque impersonal, formal y fragmentario que había adoptado su consultor. También se inspiraron en el deseo de rendir homenaje a la madre biológica de su hijo. «Nos conmovió tanto su acto de amor desinteresado —dijo Parul— que nos preguntamos: ¿cómo podemos agradecerse?»

Envían a la agencia de adopción fotos y cartas en las que describen la vida de su hijo, y la madre biológica puede elegir recogerlas o ponerse en

contacto con ellos. Pero, por lo general, no tienen noticias de ella.

Casi todas las crías de los primates son semiprecoces —no nacen tan indefensas como una cría de conejo o de rata, pero requieren muchos cuidados— y resultan, además, atrayentes para otras hembras de su especie aparte de su madre. Esto puede ser una ventaja para las madres, pues les permite separarse de ellas para salir a buscar alimento, pero a veces no lo es tanto para las crías en sí, que son secuestradas por hembras adolescentes mal preparadas pero muy interesadas. Se conocen casos de madres primates que actúan de un modo inconsciente o insensible ante un cambio accidental.[13] Y los cuidadores de los zoos a menudo colocan a las crías con madres adoptivas, ya sea para ampliar el banco de genes de un grupo reproductor o porque la madre biológica las rechaza.

Entre los seres humanos, los progenitores suelen necesitar ayuda de los abuelos, la familia y los amigos, las guarderías y las escuelas. Es difícil imaginar a las familias humanas sin el recurso de la adopción, pues no hay garantías de que puedan ver crecer a su prole hasta alcanzar la edad adulta o que no se produzca una desgracia que separe a los padres biológicos de sus hijos. Sólo en Estados Unidos se realizan cada año unas 120.000 adopciones, alrededor del doble del número de nacimientos por FIV. Entre los progenitores que optan por adoptar, tres cuartas partes son subfértiles o infértiles.

Sin embargo, la adopción puede ser una incógnita —la *terra incognita* de Didion— tan aterradora como el proceso de la reproducción asistida. Todos hemos oído historias espantosas de adopciones que salen mal para la madre biológica, el niño o los futuros padres. Nate y Parul me hablaron de dos clientes que pusieron en marcha una adopción con una agencia nacional autorizada. La madre biológica que los escogió como padres adoptivos y completó el periodo de renuncia olvidó decirles que el padre del niño estaba en la cárcel. La agencia olvidó averiguar su paradero. Tal vez la madre biológica pensó que el hecho de estar encarcelado lo privaba de sus derechos, pero lo pusieron en libertad y los recuperó. En contra de los deseos de la



madre y con gran desesperación por parte de los padres adoptivos que ella había elegido, reclamó al niño.

Historias como ésta han convertido la adopción nacional en una pesadilla para las personas infértiles, que perciben que el riesgo de trauma emocional y pérdida económica es demasiado similar al ya sufrido en la clínica de tratamientos para la fertilidad. A menudo estamos tan hechos al fracaso que lo aceptamos como algo que nos toca, tan concentrados en nosotros mismos que sólo lo definimos en relación con nuestra propia experiencia. Claro que algo irá mal, la madre cambiará de opinión, querrá recuperar al niño después de que lo hayamos tenido en brazos, le hayamos dado de comer y nos hayamos encariñado con él.

Ésta es una de las razones por las que durante las dos últimas décadas muchos padres adoptivos estadounidenses se han visto atraídos por la adopción internacional. En la década de los noventa descendió el número de bebés disponibles debido a un mejor acceso a los métodos anticonceptivos, un menor índice de natalidad entre los adolescentes y una disminución del estigma social que rodeaba al hecho de tener hijos fuera del matrimonio. La adopción internacional se ofrecía como una solución más simple y menos cara, pues había más bebés; hacia el año 2000, las adopciones de niños de otros países se habían duplicado en Estados Unidos, alcanzando casi las 20.000 al año. (Debido a las preocupaciones éticas surgidas en torno a programas como los que Richard y yo estudiamos, esta cifra se ha reducido desde entonces a más de la mitad.) Los niños eran presentados como huérfanos necesitados de un hogar; los parientes con vida, si tenían alguno, probablemente eran demasiado pobres o vivían demasiado lejos para ir a recogerlos. Estos familiares estarían agradecidos de tener a esos niños en un país próspero como Estados Unidos, y al cabo de pocos años, los niños podrían regresar para hacer una visita a su país natal.

Mis amigos Mark y Rachel Alexander vieron la adopción como la mejor manera de aumentar su familia cuando iniciaron los trámites para adoptar a su hijo Dejen, que nació en Etiopía. Rachel había sufrido un aborto espontáneo a los treinta y nueve años y le atrajo más la adopción que la reproducción asistida. En el trabajo tenía una amiga íntima que había adoptado un niño en

Etiopía y que le recomendó *There Is No Me Without You*, un libro de Melissa Fay Greene que describe la difícil situación de los miles de niños etíopes que quedaron huérfanos por la epidemia del VIH/sida. Mark y Rachel, que viven en la comunidad progresista de Asheville, en Carolina del Norte, estaban deseando no sólo tener otro hijo sino también convertirse en una familia multicultural. Mark es un fotógrafo interesado en los paisajes en peligro de extinción, y Rachel, una médico de familia especializada en salud transgénero y atención a pacientes con VIH.

«Cuando te embarcas en esto crees que se trata de un acto puro: ayudar a un niño o una niña cuyos padres han muerto o no están en condiciones de cuidarlo al mismo tiempo que amplías la familia —me comentó Mark—. Todos salimos ganando con ello. Pero, por supuesto, es más complicado que eso.»

De entrada se imaginaron adoptando un niño de unos dos años, pero, según me explicó Mark, cuanto más pensaba en los retos que entrañaba esa edad, y en la diferencia que habría entre un niño tan pequeño y su hija Violet, de siete, más atraído se sentía por los llamados *waiting children* («niños que esperan»), niños un poco mayores o con necesidades especiales, que son más difíciles de asignar. Al mirar las fotos de la página web de la agencia, Mark reparó en uno de cuatro años de mejillas redondas y rizos castaños con una mano en el pecho. «Qué encanto», le dijo a su mujer.

Y lo era. A los pocos meses, después de mucho papeleo, Mark y Rachel volaron a Adís Abeba y fueron directamente al orfanato para conocer a Dejen. A los niños que van a salir en adopción se los prepara para el encuentro con su nueva familia mediante fotos y recordatorios de la fecha en que ésta llegará. Dejen, que estaba jugando con un grupo de niños, se levantó de un salto, cruzó corriendo el patio y se lanzó a sus brazos. «Fue precioso», dijo Mark.

Después de pasar los dos días siguientes con Dejen, acudieron a la embajada con él para finalizar los trámites de su adopción. El cuarto día lo dejaron en el orfanato y partieron en un jeep para realizar un trayecto de cuatro horas hasta Awasa y de ahí otras dos hasta Arbegona, el pueblo más cercano al lugar de residencia de la familia biológica del niño. Recorrieron un

paisaje hermoso y accidentado que también les dio una idea de la pobreza sobre la que habían leído: chozas de caña, un campo arado por un solo buey que arrastraba una afilada rama de eucalipto. En el centro comunitario de Arbegona, su traductor les presentó al asistente social que había ayudado a organizar la adopción y a los tíos de Dejen, que habían cuidado de él antes de que se fuera a vivir al orfanato y que habían caminado dos horas para reunirse con ellos. Estas presentaciones son comunes; generan una sensación de apertura en torno al proceso de adopción, pero también proporcionan a los padres adoptivos una oportunidad para dotarse de recursos y obtener información sobre la familia biológica de sus futuros hijos. Mark hizo cientos de fotografías. A través del traductor, Rachel y él preguntaron por la madre de Dejen. ¿Cómo era? Alta, les dijeron, con un gran sentido del humor. Todos en el pueblo la querían. ¿Cómo murió? No lo sabían con certeza; estuvo enferma durante mucho tiempo, y el hospital más cercano se encontraba a una distancia prohibitiva de seis horas en coche. Cuando Mark y Rachel regresaron al hotel con otras familias adoptivas, se sorprendieron al hallar similitudes en las historias que les habían contado a cada una: casi todas las madres biológicas habían sido altas, adorables y divertidas. A muchas personas se las recuerda en términos elogiosos después de su muerte, se dijeron.

De vuelta en Asheville, se acomodaron a su nueva vida como familia de cuatro miembros. Mark y Rachel hicieron un álbum de fotografías de Etiopía y de la familia de Dejen, y cuando éste fue un poco mayor, se sentaban con él y le contaban cómo se había convertido en parte de su vida.

—Tus padres te querían mucho —le decían—, pero murieron.

Y Dejen contestaba:

—No, mis padres no murieron.

—Lo sentimos, pero sí que murieron —insistían ellos.

—No —decía él siempre—. Mis padres no están muertos.

Al final él les dijo que creía que el hombre y la mujer que les habían presentado como su tía y su tío eran en realidad sus padres. Historias como ésta se estaban volviendo habituales en las adopciones en Etiopía: la presencia de traductores y la corrupción, la ausencia de documentos como

partidas de nacimiento y certificados de defunción, y un abrumador interés por parte de los países ricos, todo ello junto hacía difícil establecer si las familias biológicas habían sido debidamente informadas sobre cómo funcionaban las adopciones occidentales y si los niños eran huérfanos de verdad.

En 2014, Mark y Rachel contrataron a un investigador etíope para que viajara a Arbegona y averiguara las circunstancias en que había nacido Dejen, pero no descubrió nada concluyente. Les pareció que era su deber para con Dejen, pero no para enviarlo de vuelta; es su hijo, un niño de diez años al que le encantan el fútbol, los libros y los coches teledirigidos, y a veces es rígido y ansioso. Recuerdo un día que fui a comer a su casa y me fijé en que en el comedor había colgada una lista de reglas numeradas como la que puedes ver en un aula. Más tarde me enteré de que las habían escrito entre todos para que las comidas fueran más pacíficas. «A Dejen le va bien en la escuela», me explicó Mark, pero a base de insistir en los horarios y dejar las expectativas claras, y me señaló que tiene el carácter de Rachel pero que también se parece bastante a él, y que ve en su propio enfoque más despreocupado ante la vida, su resistencia a los horarios y los programas un reto para el que necesita trabajar por el bien de su familia. «Dejen es el hijo perfecto para que yo lidie con lo que soy como persona, como ser humano —confesó—. Todas mis debilidades.»

Al igual que todas las familias, la suya se está construyendo. Van a terapia, forman parte de una comunidad de familias adoptivas y en 2015 organizaron un viaje de verano a un campamento de cultura etíope en Virginia. Para Dejen puede ser sumamente estresante pensar en su adopción y en la pérdida de su familia, su país y su cultura originales, además del simple hecho de que haber nacido en Etiopía lo hace diferente de la mayoría de sus compañeros. Mark y Rachel muestran respeto por la historia y la cultura etíopes, pero su hijo es negro, advierte Mark, mientras que Violet, Rachel y él son blancos, y eso los lleva a abrirse camino de otra manera.

«Estaba pensando, por ejemplo, en que si yo fuera negro, no podría hacer lo que hago, que a menudo es pasear por los barrios apuntando con una cámara a las casas —me escribió Mark en un correo electrónico—. Y, como

es natural, me preocupa Dejen y lo difícil que lo tendrá, que ya lo tiene, para abrirse camino en el mundo siendo negro y habiéndose criado en una familia blanca.

»Recuerdo que tuve un flechazo con Dejen, y me sentí muy afortunado de tenerlo, pero al mismo tiempo —continuó—, incluso antes de que sospecháramos de que sus tíos eran en realidad sus padres, percibí que todo era una tragedia. Aunque tal vez la vida es así. De hecho, estoy bastante seguro de que lo es..., y no estamos haciendo lo necesario para solucionarlo.»

Me imagino a Mark escribiendo ese correo electrónico en su estudio, en el garaje, con las paredes cubiertas de panorámicas de cimas de montañas en proceso de remoción y patios de la prisión de West Virginia. Además de paisajes y retratos, Mark se dedica a la fotografía aérea: lanza a metros de distancia una cámara digital atada a un globo de helio y a un control remoto, y hace miles de fotos. Más tarde las monta en su ordenador, encajándolas en un rompecabezas completo. Afirma sentirse atraído por la paradoja de la forma, que describe como «omnisciente pero [que] es, por definición, imposible de abarcar». Demasiada información para procesar. Para mí todas esas imágenes comprimidas y vertiginosas son un poco como el viaje de Mark y Rachel a Etiopía y el viaje de Dejen a Estados Unidos: están unidos con costuras visibles, como una colcha o una bandera. Deshilachada por los bordes.

«No estamos haciendo lo necesario para solucionarlo.» Si todo el dinero invertido en la adopción internacional fuera para desarrollar esos países, ¿los «tías y tíos» de Etiopía o Haití podrían quedarse con sus hijos? Y si el dinero gastado en la adopción nacional se invirtiera en educación, alimentos y vivienda para las madres biológicas, ¿se habría quedado con su bebé la joven Kate, cuya generosidad inspiró la fundación de los Goetze? ¿Qué pasaría si todo el dinero gastado en FIV se invirtiera en asistencia sanitaria para los pobres? ¿Podría yo contribuir a atender las necesidades reproductivas más acuciantes de otros?

A menudo nos presentan la adopción y la FIV como opciones radicalmente opuestas, cada una con sus virtudes diferenciadas. Los padres adoptivos no son egoístas; utilizan sus recursos para promover el bien. Salvan a un niño y amplían su propia comunidad. Ven más allá de la genética, el color de la piel o los orígenes. Los padres por FIV tal vez son egoístas, pero son sin duda afortunados; no tienen que involucrarse en la aflicción de otra persona. En su hijo ven los ojos azules de una madre, la veta obstinada o la facilidad para las matemáticas de un abuelo.

Sin embargo, si echamos un vistazo a los obstáculos a los que se enfrentan ambos relatos, descubriremos en ellos cierta similitud. Podemos animar a la familia adoptiva o compadecer a la paciente con problemas de fertilidad, pero tanto a una como a la otra se les ofrece poco apoyo del que importa: el crédito tributario federal, retroactivo y no reembolsable de 13.400 dólares favorece a las familias adoptivas con recursos y no alcanza a cubrir los gastos asociados; por otro lado, la mayoría de los planes de seguro médico cubren muy pocos de los costes del tratamiento de fertilidad.

Si observamos más de cerca, para las personas que sostienen que la adopción es buena porque evita el aborto de un feto, la fecundación in vitro puede verse desde una perspectiva negativa o positiva. Por el lado negativo, tanto la paciente de FIV como la que aborta están interfiriendo en la naturaleza, en la creación divina. Están ejerciendo demasiado control en lugar de tomar las cosas como vienen, se aferran a la ciencia en lugar de aceptarlas con dignidad y fe. Pero, por el lado positivo, los embriones que se crean de más en un ciclo tal vez podrían adoptarse,[\[14\]](#) esto es, que los tratasen como *snowflakes* o embriones dados en adopción, cuyo hogar es seleccionado por los portadores originales de los gametos, en lugar de como colecciones de células que se donan a una clínica de tratamientos de fertilidad o que se descongelan cuando los pacientes ya no los necesitan. Al participar en la «adopción», la paciente de FIV y los futuros padres receptores reafirman consciente o inconscientemente el argumento de que los embriones son niños.

Y si observamos aún más de cerca, la familia adoptiva no renuncia a los lazos de sangre, después de todo. Las nuevas investigaciones demuestran que nuestra naturaleza viene marcada por nuestra crianza. La profesora a cuya

clase de biología evolucionista asistí como oyente explicó que tendemos a conceptualizar los genes como si se trataran de los planos de un arquitecto. En cambio, sugirió, deberíamos pensar en ellos como camiones que se detienen en una zona de carga y descarga, llenos de materiales y esperando instrucciones de la experiencia vivida. Así, el número de cerdas de una mosca de la fruta, que está genéticamente controlado, puede verse alterado por la temperatura del agua en la etapa pupal. Por lo tanto, cuando un progenitor adopta, no sólo está aceptando lo que la lotería genética de otro le da. Él también forma parte de esa lotería.

«Es desacertado aplicar la etiqueta de *madre biológica* a una mujer que ha dado a luz a un bebé y lo da en adopción... —escribe Sarah Hrdy en *Mother Nature*, su libro sobre el instinto maternal—. Esa mujer es más bien la madre *genética* o *gestacional*. A diferencia de una donante genética, la madre *biológica* alimenta, educa y crea el entorno en el que el bebé se desarrolla tanto física como psicológicamente.»

La brillante Hrdy se adentra en un terreno delicado con su corrección de *biológica*; pero ¿qué hay de la expresión *dado en adopción*? Una madre biológica que conozco, una joven y talentosa poeta que tuvo una hija con veinte años y todavía está en contacto con ella y con sus madres adoptivas, pone objeciones al verbo *dar* porque implica desidia, capacidad de elegir y de actuar. Le pregunté si *colocar* le parecía más acertado, y ella reflexionó unos momentos antes de responder que no había ningún verbo que funcionara.

Como a Frost («Una valla hace buenos vecinos») y a Shakespeare («Procura no dar ni pedir prestado»), a Joan Didion a veces se la malinterpreta fuera de contexto. En su frase «Nos contamos historias a nosotros mismos para poder vivir», de «El álbum blanco» [publicado en español en *Los que sueñan el sueño dorado*], algunos ven una defensa de la importancia y la utilidad de la narración; esa cita es también el tranquilizador título de la edición de Everyman Library que reúne sus ensayos. Pero Didion no es una escritora que tranquilice, y «El álbum blanco» no va del carácter edificante o rescatador de las historias, sino del colapso de la narrativa, su absoluta

ineficacia frente al caos.

Siguiendo las tendencias de la paternidad adoptiva progresista, Didion y Dunne se inventaron un «relato alternativo» para Quintana Roo, en el que Dunne describía cómo escogió a la hermosa niña de la cinta en el pelo oscuro («Ésa no..., ésa. La de la cinta») y Didion contaba la llamada que recibieron del médico que la trajo al mundo mientras ella estaba en la ducha. «Cuéntame lo de la cinta», les pedía Quintana. O: «La parte de la ducha».

Más tarde, Didion se dio cuenta de que el relato que había creído que reconfortaba a su hija y que ésta aceptaba era también una fuente de ansiedad. «¿Qué habría pasado si no hubierais contestado al teléfono cuando el doctor Watson llamó? —decía de repente—. ¿Y si no hubierais estado en casa, y si no hubierais podido reuniros con él en el hospital, y si hubiera habido un accidente en la carretera, qué habría sido de mí entonces?»

La historia que Didion le contó no se sostenía; no bastaba para disipar el miedo al abandono y la inestabilidad de Quintana, que comenzó con la historia de su nacimiento. Didion escribió que a los siete meses de la adopción oficial creyó que el miedo los había abandonado; sólo más tarde se dio cuenta de que permanecería en su hija para siempre. La adopción nunca es simple, por fortuita que parezca. Adoptar no es algo sencillo porque ningún niño se adopta así sin más.

Es imposible que las historias nos protejan o transiten inmutables a través del tiempo, pero a pesar de ello nos apoyamos en ellas. Cortejar la noción del destino del progenitor adoptivo era una manera de reivindicar una identidad que me hacía sentir afortunada y especial, poseída de una historia única en lugar de verme empujada a ello como último recurso. Durante mucho tiempo me aferré a ella como una posibilidad, consultando páginas webs, leyendo blogs de familias felices y estudiando descripciones de niños que amaban los animales, los deportes o la naturaleza, niños con gafas, sonrisas dentadas y camisetas con personajes de dibujos animados. Un representante de la agencia de adopción que seleccioné me advirtió de que preferían trabajar con personas que habían terminado con el tratamiento de fertilidad; sabían por experiencia que era demasiado difícil equilibrar ambas búsquedas. Le respondí que, por el momento, nosotros habíamos terminado, pero la verdad



era otra. Por complicado y arriesgado que pareciera el tratamiento de fecundación in vitro, me preocupaba más equivocarme en una adopción: elegir mal el país, el estado o la agencia. Así que nunca avancé mucho en el proceso, nunca llegaron a hacernos un estudio del hogar ni nos apuntamos al curso para padres de acogida, y nunca contratamos formalmente una agencia de adopción ni pagamos ninguna cantidad. Todavía recibo cartas del programa de acogimiento familiar de mi condado. Las reciclo con culpabilidad, pero no les pido que me borren de su lista de direcciones.

Nate y Parul evitan escrupulosamente el relato del destino cuando hablan con sus clientes, aun cuando desempeñó un papel —seis bebés, seis abortos— en la adopción del niño al que llamaron Noah.

«Les decimos que la adopción no es la única manera de construir una familia —dijo Nate—. Es una manera.»

Tienen clientes que han adoptado con éxito y clientes que han vuelto al tratamiento de FIV, a los ciclos de óvulos o embriones de donantes, y lo han conseguido por esta vía. Algunos de sus clientes —incluso los que no han adoptado— regresan para colaborar como voluntarios u ofrecerse como donantes de la fundación. Participan en las comidas de grupo y en las fiestas de Halloween. Los Goetze, que en otro tiempo estuvieron aislados de otras parejas y familias, ahora tienen un amplio círculo de amigos que saben qué significa esperar la vida que anhelan.

Todas las familias comienzan como una historia, por verdadera o falsa que ésta sea. Una persona tiene algo en mente: una nevera cubierta de brillantes pinturas al temple o una tarde entera contemplando las ranas en un estanque. Libros de tapa blanda con las puntas mordisqueadas. Palabras mal pronunciadas. Conocimientos fortuitos. Aliento a leche. El ratoncito Pérez. Recitales de ballet. Tiempo que se detiene y tiempo que transcurre demasiado rápido. Una comunidad de personas que sienten lo mismo. Sentir lo mismo que la comunidad.

La vida que una persona infértil busca no llega a ella de forma accidental o porque así lo ha querido el destino, sino mediante decisiones difíciles. Cómo presentar el portafolio de fotografías. Cómo rellenar la evaluación del hogar. Qué clínica, médico o procedimiento escoger. Recurrir al óvulo, al

semen o al embrión del donante. Adopción abierta o cerrada. Qué país, qué casillas marcar o dejar en blanco. Qué preguntar una y otra vez. Cuándo empezar y cuándo parar.

Qué responder cuando su hijo le dice: «Cuéntame mi historia».

## SOLSTICIO

Los dos últimos años que Richard y yo estuvimos solos pasamos las vacaciones de invierno lejos de casa y de la familia.

En 2011 nos fuimos en coche a Florida, donde nos quedamos en un apartamento en un campo de golf que nos ofreció un amigo de la familia. El día que llegamos, nos dirigimos a la playa para disfrutar de la puesta de sol, de tonos rosados y anaranjados. La curvada extensión de arena fría y blanca, prácticamente desierta una hora atrás, se llenó de pronto de personas, algunas con sillas de playa y mantas, otras con cámaras. Había menonitas con falda larga y gorro, hippies con bongos y jubilados con bronceados intensos. «Es el solsticio», le dije a Richard. Encontramos un espacio libre y contemplamos el largo espectáculo de luz brillante que se iba apagando. Me alegré al pensar que durante los seis meses siguientes cada día sería un poco más largo. Debido a la diferencia de latitud, los días ya eran más largos allí que donde vivíamos.

La noche siguiente, y todas las noches restantes de las vacaciones, las mismas personas llegaron a alrededor de la misma hora, y nosotros con ellas. Durante el día hacíamos cosas que no haríamos en casa: dormíamos hasta tarde, veíamos películas de John Grisham o paseábamos por la playa recogiendo conchas. Y todas las noches veíamos cómo el sol desaparecía. En el ascensor del edificio de apartamentos, en una nota fotocopiada, se leía la descripción de lo que alguno de los contempladores de la puesta de sol debía de haber estado buscando: el destello verde, un fenómeno óptico en el que, al amanecer o al atardecer, se puede ver un punto o rayo verde, durante uno o dos segundos, por encima de la posición del sol. La nota mencionaba la novela *El rayo verde*, de Julio Verne, que popularizó la superstición de que

quien lo veía tenía buena suerte y clarividencia.

El año siguiente no quise puestas de sol ni playa sino oscuridad, trols y glaciares, por lo que reservamos un viaje a Islandia.

Debería haber sido un periodo lleno de esperanza. A finales de verano y principios de otoño había intercambiado con el doctor Young varios correos electrónicos sobre posibles fechas para comenzar nuestro primer ciclo de fecundación in vitro. Agosto era demasiado pronto, y en septiembre y octubre había viajes de trabajo programados. «Soy el Hamlet de la reproducción asistida —le dije—. Me debato sin cesar y pospongo indefinidamente lo inevitable.» (Le agradecí que no me recordara el final de la obra.)

No me refería sólo a la inevitabilidad de la fecundación in vitro, sino también a su carácter irrevocable. No había ningún otro procedimiento que pudiéramos permitirnos pagar después de haber afrontado el gasto de los medicamentos y el tratamiento, ni la ovodonación ni la adopción de embriones. Nuestras indagaciones sobre la adopción también habían resultado complicadas e inciertas.

Pensamos que el viaje a Islandia nos distraería. Teníamos previsto llegar dos días antes del solsticio y esperábamos contemplar en medio de esa oscuridad la aurora boreal, ese reluciente derroche de fotones multicolor que a menudo se ve en las noches claras. En todas las culturas del mundo se ha elaborado una mitología alrededor de las auroras: los chinos decían que eran dragones; los nativos cree sostenían que eran espíritus ancestrales. En Islandia, donde casi todos creen aún en los elfos, piensan que las luces alivian los dolores de parto.

Me figuraba que, en mi quinto año ya de desdichada infertilidad, las luces del norte me comunicarían algo. Tal vez algo sobre el don que tenía el universo para la belleza y la sorpresa, o sobre la reconciliación con las cosas como son. O la clarividencia. Y me imaginé en lo alto de un glaciar el día más corto del año, mirando hacia arriba.

Había pasado el verano y el otoño denunciando una historia que no podía sacarme de la cabeza, sobre personas que vivían casi toda la vida sabiendo

que no podían reproducirse. No eran estériles, pero habían sido esterilizadas quirúrgicamente por el estado como parte de un programa de eugenesia ya extinto y desacreditado hacía tiempo. Carolina del Norte fue uno de los treinta y tres estados que aprobaron la legislación relativa a la eugenesia,<sup>[15]</sup> sirviéndose de la esterilización coercitiva y forzada para decidir quién debía ser padre y quién no. El programa de esterilización comenzó en 1933 y continuó hasta bien entrada la década de los setenta. Al igual que en otros estados, estaba enfocado en las minorías y los pobres, y a menudo presionaban a los tutores de los niños sospechosos de promiscuidad o deficiencia mental para que consintieran en la esterilización. «Si no da su consentimiento, le arrebatarán su subsidio», así eran amenazados padres y abuelos.

Willis Lynch, veterano y factótum jubilado al que le gustaba pasar los viernes por la noche cantando canciones de Jim Reeves y tocando la guitarra en su centro de veteranos de guerra, me invitó a su casa para contarme su caso. «La gente de aquí me tiene por inteligente porque sé reparar un montón de cosas», me dijo el día que lo conocí, poco antes de enseñarme la documentación en la que se daba a entender que no era apto para ser padre. Tenía catorce años cuando en 1948 lo sacaron del hogar de niños estatal donde vivía para llevarlo a un hospital cercano. Recordaba que le cantó una canción country a la enfermera que le sostenía una mascarilla sobre la cara mientras contaba hacia atrás, y que cuando se despertó apenas podía dar un paso. Aunque tardó un tiempo en percatarse de lo que le habían hecho — nadie le habló nunca de la operación—, ha vivido casi toda la vida sabiendo que nunca tendría hijos biológicos.

Cuando conocí a Willis, se había convertido en activista defensor de una compensación por parte de las leyes de nuestro estado e iba a Raleigh en su Ford EXP de 1982 para hablar en unas sesiones que se habían convocado para considerar cómo enmendar la situación. Otras víctimas del programa eugenésico creen, como él, que el gobierno debería reconocer, a través de actos conmemorativos, programas educativos y compensaciones económicas, todo el perjuicio que causó. Willis lo comparó con las cantidades que recibían en compensación los presos que habían sido condenados injustamente.

Aunque no hay cantidad de dinero que pueda resarcirlo de lo que el estado de Carolina del Norte le había arrebatado, considera que éste debe poner algo de su parte.

Si me interesé por la historia de las víctimas de la esterilización de Carolina del Norte no fue porque hubiera experimentado algo parecido a la violencia que ellos habían sufrido. Pero en la respuesta legislativa y la reacción pública ante sus testimonios, en particular en su lucha por la compensación económica, percibí un desprecio que creí reconocer. «Hace mucho de eso», declararon algunos legisladores.[16] En los foros de internet donde se comentaban las historias de las víctimas, algunos se cuestionaban si tal vez era aconsejable que determinadas personas no se reprodujeran, haciéndose eco de forma inconsciente de las ideas peligrosas y científicamente insolventes de los primeros eugenistas. La negativa a reconocer la salud reproductiva como algo de vital importancia, con consecuencias para toda la vida, me resultó familiar.

Son escasos los estudios realizados sobre los daños psicológicos de la esterilidad, pero hay pruebas de que la infertilidad, como factor estresante, es equiparable a la experiencia de vivir con cáncer, VIH u otras enfermedades crónicas.[17] «Es un gran ataque a su identidad —declaró la doctora Marni Rosner, psicoterapeuta con consulta en Nueva York y autora de un estudio exhaustivo que examina la infertilidad como una pérdida traumática—. Física, mental, social y espiritualmente.»

El estudio de Rosner se centra en mujeres cuyos orígenes son muy diferentes de los de las víctimas de la esterilización basada en la eugenesia; son relativamente pudientes y están bien relacionadas, con acceso a un centro de salud mental y otros sistemas de apoyo. Pero sus historias sobre la vergüenza y el aislamiento son similares a las de las víctimas de la eugenesia de Carolina del Norte. Afirman sentirse aisladas en sus iglesias, sobre todo el Día de la Madre, en el que muchas congregaciones hacen un homenaje especial a las madres y futuras progenitoras. Experimentan vergüenza, depresión, tristeza, envidia y dificultad para comunicarse con maridos, familiares y amigos.

Rosner fue la primera en su especialidad que exploró exhaustivamente el

efecto traumático de la infertilidad en casi todos los ámbitos de la vida, y en la defensa de su tesis se la cuestionó por el uso que hizo del concepto *trauma reproductivo*. «No es algo concreto —admitió ella—. Las pérdidas no son visibles. Pero en un caso de trauma reproductivo se producen una y otra vez.»

A este sentimiento de pérdida se le suma la incapacidad de muchas personas estériles para hablar de su experiencia. Como señala Rosner en su estudio, «no hay normas claras de cómo llorar la pérdida de un sueño». El miedo a que se le reste importancia y el deseo de no ofender o molestar a los que tienen hijos refuerzan este silencio, que es una manifestación de lo que el experto en duelo Kenneth Doka llamó *disenfranchised grief* o *duelo no reconocido*, «el dolor que las personas experimentan al incurrir en una pérdida que no es o no puede ser reconocida abiertamente, llorada públicamente o validada socialmente».

No es de extrañar que las víctimas de la esterilización experimentaran aislamiento social, depresión, problemas en sus relaciones sentimentales y —tal vez la mayoría— duelos no reconocidos. Debido a que su incapacidad para tener hijos no era una consecuencia de la biología, sino una decisión que otros habían tomado por ellos, sienten toda la vida la vergüenza de ser considerados «no aptos». En las vistas celebradas por una comisión especial de Carolina del Norte para establecer qué método de compensación debía aplicarse, varios de los portavoces se deshicieron en lágrimas al contar sus historias. Algunos de los que sospechaban que habían sido seleccionados y esterilizados rehusaron pasar por el proceso de verificación necesario para solicitar la posible compensación. No querían conocer la verdad.

El sincero testimonio de Willis y su franqueza ante los periodistas me parecieron de lo más valientes. En el centro de veteranos de guerra de Norlina, donde me reuní otra noche con él, se mostró afable con los otros músicos y con las parejas que acudían a bailar, pero me di cuenta de que se mantenía algo apartado, bebiendo agua embotellada él solo en la cocina y saliendo en los descansos. Las cosas tal vez habrían sido diferentes si hubiera sido padre. Habría tenido un matrimonio duradero, alguien con quien salir los viernes por la noche. Su hijo también habría formado parte de su realidad. Me confesó que todavía se preguntaba si habría tenido una hija que habría ido allí

a oírlo cantar, o un hijo de quien se habría sentido orgulloso.

Me acordé de él en Islandia, adonde habíamos ido para dejar de pensar en nuestra infertilidad. Pero en Reikiavik, con la proximidad de las fiestas navideñas, los colegiales de vacaciones y las grandes imágenes de traviosos Yule (una especie de elfo de Navidad) proyectadas en los edificios del centro de la ciudad, era imposible olvidar. Incluso la tradición islandesa de los nombres —los apellidos por lo general terminan en *-son* (hijo) o en *-dottir* (hija)— recuerda la preeminencia de la relación progenitor-hijo.

«No se te va de la mente», me había dicho Willis en Carolina del Norte.

En Islandia, Richard y yo compramos adornos navideños y contratamos una excursión por los glaciares; sonreímos a los niños en los restaurantes y a los bebés en los cochecitos. En efecto, no se fue.

Entre los que no tienen hijos se da otra clase de coraje, que es la determinación de hablar no tanto de por qué no han podido tenerlos sino de por qué han elegido no tenerlos. Sobre todo para las mujeres, la decisión de no traer hijos al mundo o de vivir sin ellos a menudo es vista como algo sospechoso o transitorio. Durante años, las mujeres jóvenes se han quejado, en Estados Unidos y en otros lugares, de que someterse a una esterilización voluntaria es casi imposible. Mujeres de entre veinte y treinta años cuentan sus visitas a médicos que les hablan de su propia experiencia como progenitores, les dicen que son demasiado jóvenes o dejan caer que simplemente no han conocido aún al hombre adecuado.

«Cuando [los médicos] hablan de la sensación de realización personal que los hijos traen consigo, yo respondo que la lista de las cosas que quiero hacer es más larga de lo que podría lograr en toda una vida», escribe Holly Brockwell, a quien a los veintinueve años la seguridad social del Reino Unido rehusó cuatro veces consecutivas realizarle una ligadura de trompas. En un artículo para *The Guardian*, Brockwell afirmaba que no tenía ningún sentido que se la considerara lo bastante adulta para tener hijos y cuidar de ellos —una decisión para toda la vida, después de todo—, pero no lo suficiente para decidir no reproducirse. «Eso se llama *doble moral*:



estableceremos que tienes las ideas claras siempre y cuando tus decisiones concuerden con las nuestras.»

En el cuento «A Magic of Bags», de Mecca Jamilah Sullivan, que publiqué en la revista literaria *At Length*, la escritora se sirve del realismo mágico para evocar a un personaje que choca con lo que se espera de una joven en su comunidad de Harlem. Ilana Randolph, una adolescente «del ancho de un refrigerador» y aficionada a las extensiones de cabello de colores, «estaba convencida de que al cuerpo se le podía dar un uso mejor — escribe Mecca—. Soñaba en cambio con alojarse bajo la piel del mundo, irritándola y produciéndole comezón». Cuando el empleado del mostrador de cobro de talones (ella tenía catorce años y fue a cobrar un talón que había ganado en un concurso de redacción sobre héroes de instituto) le elogió sus «muslos de saltador de bebé»,

Ilana lo miró fijamente hasta que sintió que zumbaba justo debajo del vello gris de su brazo. Era una sensación agradable, y se concentró más, sin apartar los ojos de él mientras le tendía el talón y su documentación. Mantener la mirada fija durante todos esos minutos no era fácil, pero resultaba gratificante; muchas veces le entraron ganas de parpadear, pero las superó y siguió mirando con mayor intensidad aún, pensando sólo en la carne del brazo y el calor de la picazón. Finalmente recibió el efectivo, pero justo antes de que empezara a darse la vuelta, él levantó la mano derecha, se la llevó al brazo y se rascó. Fue magnífico.

A raíz de la publicación de *Blue Talk & Love*, la colección de relatos en los que aparece Ilana, Mecca ha oído hablar de ese personaje a un gran número de lectores, entre ellos muchas madres, que le escriben o participan en sus charlas. Se interesan por las maneras tan insólitas que tiene Ilana de ejercer poder y control, incluso sobre su propio cuerpo. «Tiene mucho que ver con [su] actitud hacia la maternidad —me explicó Mecca en un correo electrónico—. El personaje toma la decisión no sólo de no tener hijos sino también de no menstruar, así de claro tiene que la reproducción, en el sentido más convencional, no es para ella.»

Mecca a menudo lleva su larga melena recogida en trenzas de tres o dos cabos, y dice que los lectores también han mostrado curiosidad en saber si los orígenes de sus personajes podrían ser autobiográficos. «A menudo bromeo

diciendo que son personas muy diferentes, aunque entre ellas hay varias chicas negras y corpulentas con el pelo de colores extraños», me comentó. A un nivel más profundo, conecta con «la inversión [por parte de sus personajes de ficción] en la creación de alegría radical, contra todo pronóstico».

«Pero como escritora, bicho raro y mujer de color, doy un valor real al descubrimiento de mis carencias y a priorizar mi propio deseo —dijo Mecca, que es también profesora en UMass Amherst y publica con regularidad ensayos y artículos sobre política, cultura popular y literatura—. No quiero tener hijos ahora. Deseo muchas cosas, muchas formas de conexión, intimidad y amor, pero los hijos no son una de ellas. Si cambia en el futuro, ya discurriré algo. Pero por ahora quiero vivir la vida que deseo.»

Le pregunté qué pensaba acerca de los términos *sin hijos (childless)* y *libre de hijos (childfree)*, si tenía predilección por alguno de los dos. «¿Qué tal *mujer a secas*? —respondió—. Aunque tuviera un hijo, creo que preferiría que se refirieran a mí como *mujer*. O como *escritora*.»

«Con los años también me he vuelto más valiente a la hora de afirmar: “No, nunca he querido tener hijos” —me confesó la novelista y cuentista Michelle Latiolais, también por correo electrónico—. Antes decías algo así y te miraban como si hubieras admitido que te gustaban los bebés cocinados vuelta y vuelta.»

Michelle era profesora en la escuela de posgrado y desde que la conocí a los veintitrés años ha sido para mí una mentora y un modelo a seguir. Me recuerdo observándola mientras preparaba nuestra primera clase en el campus, cubriendo una mesa plegable con un mantel de lino grueso y colocando limonada y galletas caseras encima. El poco atractivo patio de hormigón de pronto era bonito, lleno de la dorada luz de la tarde y el olor de los eucaliptos. Yo no sabía cuántos años tenía ella entonces y sigo sin saberlo. Fue y es la profesora y escritora más elegante, precisa y generosa que he conocido en la vida.

«Realmente nunca me interesó mucho, me tiraban otras cosas —me escribió—. Tenía la sensación, y sigo teniéndola con más fuerza si cabe, de que ya hay demasiados niños en el mundo, y tantísimas personas que necesitan atención y cuidados.»

Michelle ha educado a numerosos jóvenes y es un ejemplo de la profesora que quiero llegar a ser: firme y con principios, pero también de las que te presenta su novela favorita e invita a toda la clase a su casa para celebrar una fiesta mexicana. «Cuando la gente me pregunta si tengo hijos, a menudo digo que sí, doce o dieciocho, el número de alumnos que hay en los programas de escritura creativa de la UC Irvine —comentó—. Son individuos realmente fascinantes y cautivadores, que no son niños aunque me gusta alimentarlos.»

La niñez de Michelle fue diferente de la mía. La complicada relación que tuvo con unos padres difíciles también la hizo recelar de aumentar la infelicidad, la carga del mundo. Ella nunca trabajó de canguro y quizá eso contribuyera a su falta de interés por los bebés.

Aunque yo tuve una infancia feliz, temía que mi ambición como escritora, combinada y vinculada a mi personalidad a veces un tanto complicada, me pusiera más difícil convertirme en la madre que creía que un niño se merecía. O, al contrario, que la maternidad me hiciera imposible ser la escritora que siempre había soñado ser. Las descripciones que hace Tillie Olsen de su vida de escritora durante los veinte años que se dedicó a trabajar y a criar a sus hijos —«no se dieron las circunstancias más simples para el acto creativo»— fueron una advertencia para mí, pero también un consuelo.

La escritora y periodista Cat Warren me contó que al revisar sus ensayos y relatos de la infancia, se dio cuenta de que estaban llenos de fantasías de evasión intrépidas e independientes que al mismo tiempo estaban ligadas a la vida y las habilidades que conocía. Cat, que creció en el Oregón rural cuidando de su madre con parálisis, y quería irse a vivir a Nueva Zelanda y convertirse en enfermera, describe esos relatos de su niñez como los de «Laura Ingalls Wilder, pero con unicornios».

Durante mucho tiempo no quiso saber nada de la maternidad o la vida familiar. Planeó de nuevo su huida en la universidad, donde se especializó en francés para cursar el posgrado en Francia. Allí decidió hacerse periodista. «Quería escribir acerca de todo», recordaba. Tuvo citas y relaciones con hombres, pero no hubo ninguna que durara; su vida consistía en movimiento, aventura y activismo.

A los treinta y tantos años, Cat regresó a la escuela de posgrado y sintió

las primeras punzadas de la fiebre del bebé. Decidió que si se quedaba embarazada sin querer, tendría el niño. No se quedó y a los treinta y ocho años probó la inseminación artificial, sin éxito. Se casó, tuvo un aborto espontáneo y se divorció. Por entonces era profesora de lengua y literatura en la Universidad Estatal de Carolina del Norte y en su nueva vida sedentaria había más espacio para un hijo. Comenzó los trámites de adopción con una agencia especializada en Vietnam y, una vez concluidos el estudio del hogar y el test psicológico, pidió a sus amigos que escribieran cartas de recomendación. Como preparación para esa nueva vida que ya visualizaba se compró una casa en un barrio donde había una escuela primaria excelente y abierta a la diversidad.

Entonces conoció a David Auerbach, alto, panadero y profesor de filosofía nacido en el Bronx, y se enamoraron. A los pocos meses a ella le diagnosticaron cáncer de mama.

«¿Qué hacemos?», recuerda que se preguntó a sí misma y a David. Aún no le habían adjudicado ningún hijo, pero el proceso de adopción estaba muy avanzado. Todavía deseaba intensamente ser madre. «Lo que yo decidiera, David lo aceptaría.»

Aunque Cat guardó la carpeta de documentos de la adopción —no es fácil desprenderse de un sueño—, decidió que era irresponsable seguir adelante teniendo en cuenta su salud incierta. «Ninguna de las ecuaciones para introducir un niño en nuestras vidas funcionaba», dijo.

Después de dos operaciones y varias sesiones de radioterapia, el cáncer de Cat empezó a remitir y no ha tenido recidivas. David y ella se casaron en 2001; viven en Durham, en una comunidad de viviendas colaborativas que él fundó, donde todas las casas dan a un patio central con árboles frutales y colmenas, y están rodeados de vecinos con hijos. En 2013 Cat publicó el *best seller* *Perros detectores de cadáveres: trabajo y adiestramiento*, un libro bien documentado, inspirado en su experiencia adiestrando un fogoso pastor alemán para operaciones de búsqueda y rescate, que introdujo en su vida a más personas, entre ellos niños.

«Yo no diría que David y yo vivimos *sin niños (childless)* —me dijo—. Y lo de *libres de niños (childfree)* suena a cantinela publicitaria... No me

identifico con ninguno de los dos términos.»

Además de a sus familiares y vecinos, Cat y David han estado especialmente unidos a Reginald, el hijo autista de un amigo íntimo que murió de cáncer hace varios años. De niño, Reginald adoraba a los dos pastores alemanes de Cat, *Solo* y *Zev*, y ella le había oído decir a un grupo de chicos brutos en un parque: «Éste es mi perro, *Zev*». Mientras lo decía, había puesto la mano ligeramente sobre la cabeza del perro y se había erguido con orgullo y sentido de pertenencia.

En cierto modo, Cat decidió no tener hijos y, en cierto modo, la vida decidió por ella. «Mentiría si dijera que no me pesa —admitió, y me describió la melancolía que le sobreviene a veces los domingos—. De poder escoger, habría preferido estar un poco más rodeada.»

A Michelle no le pesa, pero hubo un tiempo en que también se rindió a lo que pudiera pasar, dejando los anticonceptivos y decidiendo con su marido, Paul, que tendrían el niño si se quedaba embarazada. «Nunca nos habríamos casado si yo hubiera tenido cobertura médica, pero en ese momento no tenía y la necesitaba, así que lo hicimos —me contó—. Lo que nos sorprendió y enfureció tanto a Paul como a mí fue que la gente de pronto se sintiera con derecho a hacernos preguntas muy personales. O a decirnos: “Os habéis casado porque estás embarazada, ¿verdad?”. Nos quedamos perplejos, e incluso bromeamos sobre divorciarnos para poder decir: “Nos estamos divorciando porque Michelle está embarazada”, ¡para darles que hablar!»

Otra escritora le comentó en cierta ocasión a Michelle que, de haber tenido hijos, no les habría hecho mucho caso; imagino que quería decir en sus escritos, que a menudo consideran la inteligencia y la fuerza de las mujeres y los niños, y también en el aula. «No estoy segura de si estaría tan receptiva a los alumnos como espero estarlo si tuviera hijos propios —admitió Michelle—. Por lo tanto, estar *libre de hijos* me permite hacerlo mejor de como tal vez lo habría hecho si hubiera tenido prole.»

Pensé en mis profesoras favoritas a lo largo de toda mi experiencia educativa: las que me invitaban a merendar o me dejaban monopolizarlas en sus horas de oficina, o cuidaron de mí en primaria cuando mi hermano estuvo hospitalizado por asma. Con la excepción de una profesora de literatura del

instituto a la que quise mucho, todas eran mujeres sin hijos. O libres de hijos. O sin prole.

«Me encanta —me dijo mi amiga— porque no le preocupa estar sola.» Estábamos sentadas en una verde colina de Raleigh, y Neko Case cantaba: «*That echo chorus lied to me with its / “Hold on, hold on, hold on, hold on”*». Como Case, mi amiga está soltera, ronda los cuarenta años y no tiene hijos. Era la segunda vez que la veíamos actuar juntas; la primera, dos años antes, yo había pensado algo similar sobre la cantante: «no tiene hijos, pero sólo hay que ver su vida».

No me parece bien cargar a nuestras profesoras y artistas con la responsabilidad de la maternidad, o incluso de tomar como modelo una vida que se parece más a la nuestra que a la de nuestras madres. Se trata de una visión estrecha y egoísta de sus talentos y sus dotes que pasa deliberadamente por alto las complejas historias íntimas que han forjado la vida que emulamos.

Y, sin embargo, me siento agradecida y ávida de cada modelo. Cat, que está reuniendo información para escribir un libro nuevo sobre el cambio climático y la agricultura, y que me dijo que sospechaba que todos terminábamos en el mismo lugar, en cuanto a la felicidad. Michelle, con su fuerte convicción de que debemos a todos los niños una educación, atención médica y contacto con la cultura y las artes. Mecca, que crea personajes femeninos impresionantes que luchan contra las convenciones. Y Willis, que seguía siendo un hijo y un tío devoto y que se convirtió en un defensor de la justicia resuelto y eficaz, contribuyendo al primer movimiento que obtuvo una compensación para las víctimas de la eugenesia en Estados Unidos. Cat y Willis, los dos deseosos de tener hijos, encarnan lo que Rosner describe como *crecimiento postrauma* o la capacidad para expandir la propia identidad más allá de una crisis, creando un cambio positivo después de la misma.

Richard y yo no vimos la aurora boreal en Islandia; estaba demasiado nublado. Hicimos una ruta en cuatro por cuatro por los lugares turísticos: el Parque Nacional Þingvellir, la cascada de Gullfoss, el Geysir. A media tarde

nuestro conductor y guía, un hombre corpulento llamado Birgir, nos llevó junto a otra pareja a la base de Langjökull, la segunda masa de hielo más grande del país. En su punto más alto, Langjökull está a doscientos metros por encima del nivel del mar y tuvimos que parar junto a un letrero en el que se leía Ófært! ¡Intransitable! y desinflar los neumáticos antes de emprender el ascenso. Birgir puso música tecno rusa en el estéreo, arrancó el motor y condujo el superjeep con una mano por el camino de baches. Finalmente nos detuvimos en un campamento de motos de nieve, y Richard y yo nos bajamos para dar una caminata por la nieve profunda.

Era el día más corto del año y ya oscurecía. Me había imaginado caminando sobre hielo de verdad, con crampones en las botas. Pero nos abrimos paso a través de la tundra, una extensa y monótona extensión que hacía pensar en la infinitud de un espacio onírico. Hacía frío y demasiado viento para oír nuestra propia voz o las lejanas motos de nieve que en ese momento hacían carreras por el glaciar. Nos desplazábamos más despacio, avanzando con dificultad hacia una roca que de lejos parecía una montaña pequeña. Tardamos mucho en llegar, y nos turnamos para subirnos a ella y adoptar poses heroicas. Todo —la tierra y el cielo, la nieve y las nubes— comenzaba a fundirse en el gris azulado del atardecer. Rascamos nuestras iniciales en la nieve, como habíamos hecho en la arena las Navidades pasadas, el más efímero de los gestos. R + B.

Ha habido momentos en mi vida en los que un anhelo en apariencia insoportablemente intenso de ser diferente de como soy al final se mitiga dando paso a algo parecido a la paz o la aceptación. Antes de publicar mi primer libro trabajaba largas jornadas en una escuela concertada de la capital. El que era entonces mi agente literario, que se suponía que debía ayudarme a encontrar una editorial para mi colección de cuentos, no me contestó los correos electrónicos que le envié, y el plazo que me había dado para presentar los relatos se me fue en tareas que parecían más urgentes: preparar clases, poner notas y gestionar el papeleo relacionado con el draconiano método de disciplina estudiantil de la escuela. Ése fue también el año que empecé a intentar quedarme embarazada.

Richard, que trabajaba aún más horas que yo, entendió mi frustración y

mi anhelo. Ambos queríamos que nuestra vida fuera diferente, queríamos pasar más tiempo juntos y escribir más, queríamos una familia, queríamos mudarnos de nuevo a nuestra casa de Carolina del Norte. Ese invierno, sin que yo me enterara, él imprimió y envió mi colección de cuentos a un concurso, del que salió ganadora. Todavía recuerdo la euforia y la incredulidad que sentí al hablar con el poeta Michael Collier, que me llamó el último día de las vacaciones de Semana Santa para comunicarme que iban a publicar el libro.

Cuando cuento esta historia a otros escritores lo hago para enfatizar dos cosas: lo importante que es tener en la vida a personas que crean en ti, pero también lo crucial que es creer en tu obra y perseverar. Yo no lo hice; aunque nunca he recibido un regalo más generoso e inesperado que el de Richard, debería haber sabido defender mejor mi obra. Debería haber roto con un agente que no estaba interesado en representar la obra que yo quería escribir y debería haber sido yo quien enviara el libro al concurso.

Pero hay algo en esta historia que cuesta más transmitir y que también es instructivo. Recuerdo que un día de aquel invierno entré por la puerta de nuestra casa después de once o doce horas de trabajo, miré con nostalgia mi escritorio sin usar y pensé: «Aunque este libro no se venda —no se vendió— y no me lleve a ninguna parte, escribiré otro. No lo dejaré». De pronto sentí un alivio enorme al saber que, pasara lo que pasase, encontraría la manera de seguir escribiendo.

Algo similar ocurrió alrededor de la época en que Richard y yo fuimos a Islandia. Aún no había renunciado al tratamiento, pero por fin comprendí que, aunque no tuviéramos éxito esa ocasión ni las que siguieran, todo iría bien. No era la primera vez que lo pensaba, por supuesto —«Todo irá bien» era casi un mantra—, pero, a diferencia de otras, entonces sí creí las palabras que tantas veces había pronunciado. No fue viajar a Islandia y subir a un glaciar lo que me ayudó, sino una acumulación de experiencias: conocer a Willis, que se mostró tan abierto y valiente; ir mes tras mes a nuestro grupo de apoyo, donde nos sentíamos comprendidos, y disfrutar de mi vida de escritora, hija y esposa.

Esta sensación de paz y aceptación puede parecer sabiduría, pero yo creo



que es la naturaleza: el cuerpo y la mente se liberan haciendo sitio al cambio. Sea cual sea su origen, he aprendido a apreciarla. Richard y yo regresamos de Islandia al atardecer de la víspera de Navidad. El día era más largo que el anterior, aunque sólo fuera por un par de minutos, y durante mucho rato nuestro avión siguió la puesta del sol en su trayectoria hacia el oeste. Contemplé cómo los colores intensos iban apagándose y me pregunté qué sería lo siguiente.

## TODA LA CASA

Los cavadores de pozos llegaron una ventosa mañana de finales de enero de temperaturas demasiado suaves para preguntarles, como le había prometido en broma a mi padre, por la relativa frialdad de sus culos.[\*] Además, el trabajo ha cambiado; ya no utilizan palas, ni se agachan, ni cavan siquiera. Sus tres grandes camiones apenas se adentraron en nuestro empinado camino de grava: uno transportaba agua para enfriar la perforadora y purgar el pozo de desechos; otro cargaba las brocas de seis metros que introducirían en la tierra, y el tercero soportaba la plataforma sobre la que funcionaba la perforadora. Antes de que los operarios pudieran instalar siquiera el equipo de perforación encima del pozo para hacerlo más profundo, tuvieron que tirar abajo un álamo, un liquidámbar y varios acebos. En cuestión de minutos los talaron, los segmentaron y los hicieron rodar colina abajo mientras yo observaba con una mueca de dolor desde la ventana de la cocina. «No pasa nada —me dije—. Nos sobran árboles y nos falta agua.»

Había sabido que llegaría ese día desde que Richard y yo compramos la casa hacía más de seis años y nos fijamos en el tubo negro que había transportado agua de la casa de nuestro vecino a la nuestra cuando ambas propiedades eran de alquiler. «Ya sabe usted cómo son los inquilinos», nos respondió Bill Spiegel cuando le preguntamos por el tubo. En 1975, un año antes de que Richard y yo nacióéramos, Bill había construido la cabaña con materiales de derribo o de fabricación casera, diseñando él mismo los planos y la estructura con postes y vigas alrededor de los árboles existentes y de la empinada cuesta. Cuando no logró encontrar entre los materiales rescatados unas ventanas lo suficientemente grandes para instalar el sistema solar pasivo y disfrutar de las vistas que quería, hizo cortar vidrio y él mismo puso los

marcos. Los palos de cedro que soportaban el techo y las vigas los obtuvo de la propiedad; descansan sobre rocas que él mismo desenterró y enterró de nuevo. Toda la casa está construida a base de trabajos de bricolaje de los años setenta. «Bill lo hizo todo —comentó el fontanero con desdén—, cuando vibraba de vida.»

La primera vez que vimos la casa, Bill señaló la distribución *feng shui*, las grandes ventanas orientadas al sur, el fregadero de salón de belleza y la vieja bañera con patas en forma de garras que había restaurado él mismo. No habíamos recorrido las dos hectáreas y visitado el área de la propiedad sujeta a servidumbre de paso que conducía al río Haw, cuando decidimos no preocuparnos mucho por los amenazantes tubos o la misteriosa presencia de dos pozos en lugar de uno. Después de la mudanza, descubrimos rápidamente que Bill tenía razón: había en ella algo inefable que hacía que pareciera tener más de los setenta y cinco metros cuadrados que tenía. Nos encantó que no tuviéramos que colgar cortinas, y que pudiéramos dormir con las puertaventanas que daban al porche con mosquitera abiertas de par en par en primavera y en verano, escuchando el canto nocturno de los grillos, las cigarras y los búhos.

Pensamos que nos las arreglaríamos con el agua que nos proporcionaran los dos pozos de bajo rendimiento, y pospusimos todo lo posible la llamada a los perforadores de pozos. Nos acostumbramos a incomodidades como elegir de forma estratégica el mejor momento para lavar la ropa, salir corriendo de una ducha de poca presión y cruzar chorreando el camino de entrada para cambiar de depósito o lavar los platos con apenas un chorrito de agua. En cierto modo, la escasez de agua de nuestros pozos tuvo un efecto positivo: nos recordaba la necesidad de ser cuidadosos al menos con ese recurso limitado que controlábamos mediante un indicador en el garaje. Yo estaba muy sintonizada con la condición de ambos pozos, aunque no podía ver lo que había en su interior, y al mismo tiempo vivía con el miedo constante de que nos quedáramos sin agua. Pero ¿cuándo es un buen momento para gastar miles de dólares en una obra de resultados inciertos? Aunque Richard y yo estamos licenciados en Bellas Artes, pensábamos que la respuesta era *nunca*.

«No hay ninguna garantía», me dijo el señor Maness alegremente tan

pronto como el equipo empezó a perforar. El permiso de W. W. Maness e Hijos para perforar en el condado de Chatham es el número 58, lo que da una idea del tiempo que llevan haciendo negocios aquí. Y es cierto que no hay garantías; no hay forma de saber si al perforar unos metros más cualquiera de los pozos obtendremos agua o resultará ser lo que ellos llaman un *agujero seco*. En el terreno montañoso y rocoso que rodea nuestra propiedad ha habido casos de agricultores y terratenientes desafortunados que han tenido que perforar una y otra vez. Incluso los más escépticos reclutarán a zahoríes, que «hechizarán» la tierra con un palo con dos puntas para determinar el mejor lugar para perforar. «¿Por qué no?», dicen. Los zahoríes trabajan por un precio simbólico —los de la vieja escuela no cobran siquiera—, y todo el mundo tiene un vecino o un amigo con un pozo de alto rendimiento que alguien hechizó.

Ya habíamos perforado unos sesenta metros y no habíamos encontrado agua; «ni una gota», dijo el señor Maness. A diez dólares la hora y un pago inicial de ochocientos por colocar el camión sobre el pozo existente, ya llevábamos gastados cerca de tres mil. El ritmo de trabajo disminuía cuando los hombres colocaban una nueva broca en el equipo y la introducían en el hoyo. Me quedé mirando cómo la pesada barra desaparecía lentamente mientras, detrás de la plataforma, se arrojaban aguas residuales y fragmentos de roca a los árboles. Intenté no pensar en el dinero.

—Hemos comprobado la etiqueta de identificación de sus pozos y recibían veinte galones setenta y cinco litros por minuto a los ciento noventa y cinco metros —me informó el señor Maness, señalando el pozo de mi otro vecino colina arriba.

Yo ya lo sabía y estaba dispuesta a perforar hasta esa profundidad, aunque también sabía que los vecinos no habían alcanzado el agua antes de los doscientos metros.

—¿Cree que hay agua a esa profundidad? —le pregunté, pensando en un acuífero azul y estable como los que se ven en un libro de texto.

El señor Maness se encogió de hombros.

—Son más bien como vetas —me dijo, dibujándolas en el aire con un gesto retorcido, pero esperaba encontrar agua pronto.

Me habría gustado preguntar a mis vecinos cuánto estaban dispuestos a esperar, si pensaban rendirse a los ciento cincuenta metros, a los ciento sesenta, a los ciento ochenta, pero hace dos años tuvieron gemelos y se fueron a vivir a la ciudad.

De nuevo en casa, me concentré en mi otra preocupación, también plagada de incertidumbres y agobio por el dinero. Me había pasado los dos últimos días telefoneando a farmacias para dar con la que vendiera a mejor precio la medicación que necesitaba para reprimir y estimular mis ovarios antes del primer ciclo de fecundación in vitro.

Habíamos tardado tanto en tomar esa decisión —hacía más de dos años que acudimos por primera vez a nuestro endocrinólogo reproductivo, el doctor Young— que su consulta en un hospital universitario cercano se había trasladado a un nuevo complejo de oficinas de las afueras de Raleigh. Pero yo guardaba aún las notas que había tomado aquel día en un cuaderno de tamaño bolsillo y recordaba vívidamente cuando él dijo: «Estoy un 90 % seguro de que puedo conseguir que se quede embarazada con la FIV». Entonces, el tratamiento de FIV parecía muy lejano —había otros menos costosos que intentar primero— y no lo apunté, de modo que sólo cuento con la memoria para recordar esa predicción, y lo que nos irritó a Richard y a mí la idea de que un médico pudiera conseguir dejarme embarazada.

La presencia de la medicina en algo tan profundamente personal, tan deseado y tan inherente a la imagen que tenemos de nosotros mismos tal vez sea la sorpresa más desagradable dentro de la experiencia de la reproducción asistida. Ninguna mujer se imagina que tendrán que examinarla, medicarla y ponerle inyecciones antes de concebir un hijo, que será necesario aspirarle los óvulos y combinarlos con los espermatozoides de su pareja en un laboratorio antes de implantárselos de nuevo en el cuerpo. Como el agua, nuestro cuerpo y su capacidad generativa son cosas que la mayoría damos por descontado.

Así que primero probamos los otros métodos menos invasivos: la medicación oral, la inseminación intrauterina, la acupuntura, la sincronización con el ciclo natural y el intervalo de descanso después de

intentarlo activamente.

En julio de 2012, después de que todos esos métodos fracasaran, acudimos de nuevo a nuestro médico y tomé notas sobre un posible ciclo de FIV. Entre mis garabatos a lápiz había frases escuetas que reflejaban mi incompleta comprensión de lo que podía entrañar: «nivel moderado de medicación», «ecografía matinal, cinco veces», «proceso de seis semanas» y «dos semanas muy ocupadas». Debajo de esas notas tracé una línea y escribí: «aprox. 13.000 dólares incluidas las medicinas, un intento».

Como nuestro pozo superior, que llevaba fallando desde el verano, yo sabía que se nos estaba acabando el tiempo. Con treinta y seis años, ya había sobrepasado la edad en que la fertilidad desciende en picado. Me había acomodado a mi vida sin hijos como a la escasez de agua, pero todavía teníamos la sensación de estar perdiéndonos algo esencial. Como siempre había dado por hecho que tendría un hijo, me costaba imaginar o entender la vida sin esa experiencia. ¿Por qué me había molestado en almacenar toda esa información sobre la crianza de los niños? ¿Por qué había guardado todos esos cuentos ilustrados, y había comprado esa casa en el campo y me había casado con ese hombre? ¿Por qué me había imaginado a mí misma como madre y a Richard como padre?

De modo que nos lanzamos; pedimos hora y nos hicimos análisis de sangre antes de nuestro viaje a Islandia, y unos días después de regresar pagamos el dinero, más de lo que nunca había desembolsado de una sola vez por algo. Y vimos vídeos de YouTube sobre cómo inyectarse Lupron en la parte superior del muslo o cómo mezclar Follistim y Menopur en una sola dosis antes de inyectarla en un pellizco de carne del abdomen.

Otra historia fue conseguir Lupron, Follistim y Menopur. La farmacia especializada en pedidos por correo que milagrosamente aceptó mi seguro médico resultó ser lenta e incierta.<sup>[18]</sup> No supieron decirme cuándo me harían el envío, sólo que tenía que armarme de paciencia. Ninguna de las personas con quienes hablé sabía pronunciar el medicamento que había encargado o tenía alguna idea de para qué servía (tal vez por esa razón lo cubría el seguro), y no parecieron entender que el calendario que mi enfermera me había enviado por correo electrónico requería que empezara a

tomarlo en una determinada (e inminente) fecha.

Llamé al número por segunda vez esa mañana con la esperanza de que los agentes del servicio de atención al cliente fueran capaces de oírme por encima del zumbido de la perforadora que sacudía nuestra pequeña casa.

El mensaje pregrabado me recordó que las cosas podrían ser peor. «Si es paciente de oncología, por favor, pulse dos. Para los pacientes tratados con Avonex, pulsar tres. Para los pacientes de EM a los que no se les está administrando Avonex, pulsar cuatro. Si es paciente de hepatitis, por favor, pulse cinco.» Pulsé siete para «el resto de los pacientes» e intenté pensar en qué aspectos era afortunada.

Pero cuando por fin logré hablar con alguien, me sorprendí a mí misma canalizando la voluntad de una paciente que pedía algo de vital importancia.

—Necesito este medicamento —dije a la mujer que leía lentamente mi pedido, deletreando «Leuprolide» en lugar de intentar pronunciarlo—. Tengo que empezar a tomarlo el miércoles.

—Lo marcaré como urgente —respondió ella, sin prometer nada.

Le dije que llamaría al cabo de un par de horas.

Colgué y salí con la cámara; hice fotos de los camiones, del equipo de perforación y del pálido barro que cubría los árboles cercanos: documentación gráfica del gasto, del esfuerzo. Luego me detuve junto a la perforadora y me tapé los oídos con las manos. El señor Maness me vio y se acercó con una expresión de disculpa. Habíamos perforado hasta los ciento ochenta metros y seguíamos sin alcanzar el agua. Traté en vano de imaginar una línea vertical de ciento ochenta metros.

Habían utilizado todas las brocas y tendrían que volver al día siguiente con más. «Cambio de roca», me dijo, señalando que ahora era más oscura y más blanda. Esta vez logré imaginarlo: rocas que se desmenuzaban como si fueran arcilla y que daban paso al agua. «Podría ser una buena señal. Pero no iremos más allá de los doscientos metros. Después de eso, tendremos que parar.»

Bill Spiegel todavía nos presenta a los vecinos como los de *la casa hippie*; de

hecho, en el catastro consta bajo ese apelativo. Cuando él la construyó tenía una sola habitación de diez por cinco metros. Abastecía la estufa con leña de los árboles talados en la propiedad, cocinaba en un hornillo de dos quemadores que funcionaba con un servicio de suministro temporal de la compañía eléctrica —básicamente, una toma de corriente conectada a un poste en el patio— y dormía en un desván encima del cuarto de baño, en el que estaban la bañera con patas de garra y el lavabo que nos habían cautivado, pero que no tenía retrete ni puerta. Durante cinco años utilizó una letrina exterior y orinó en el patio, hasta que empezó a salir con una mujer que se hartó de esa clase de vida de campo y acabó atando un inodoro a la parte posterior del Escarabajo de Bill mientras él trabajaba en Glaxo, una compañía farmacéutica de Raleigh. «El fotógrafo de la compañía le hizo una foto», me contó él. Regresó a casa con el retrete y lo instaló, y la novia se quedó unos años más.

Él ya no vive así; ahora tiene una casa de doscientos ochenta metros cuadrados en cuatro hectáreas al otro lado de la carretera, otra vivienda que construyó sobre el río y un apartamento en un edificio certificado como sostenible en Chapel Hill. Aun así, el espíritu del movimiento de vuelta al campo que llevó a Bill y a otros como él a regresar al condado de Chatham en la década de los setenta está presente a nuestro alrededor, no tanto en los hippies ya entrados en años (y considerablemente más ricos) que tenemos como vecinos, sino en las escrituras de nuestra casa y del terreno, que acarrear un convenio restrictivo concebido para resistirse a los valores aburguesados de los que huían Bill y sus compañeros granjeros. En la misma carretera, unos kilómetros más adelante, áreas urbanísticas nuevas con nombres como Chapel Ridge y Laurel Estates prometen un estilo de vida diferente, con sus aparatosas casas de fachada de ladrillo (Desde 370 dólares, se lee en letreros) abastecidas por depósitos de agua enormes y apenas resguardadas del sol por pinos altos y espaciados. Nadie de nuestra comunidad puede construir a más de veintidós metros de los límites de la propiedad; no podemos instalar lámparas halógenas o de vapor de sodio, ni construir una pretenciosa vivienda anodina e impersonal. No nos está permitido talar más del 50 % de los árboles de nuestra propiedad ni dividirla



en parcelas más pequeñas (todas son de dos o más hectáreas). Y está prohibido tener un montón de hijos a no ser que queramos comprar más tierra; según el convenio, toca media hectárea de tierra por cada miembro de la familia.

Me gusta visualizar cada parcela subdividida por líneas imaginarias, y a nuestros vecinos de pie en el bosque de sus parcelas de media hectárea, con los brazos tan abiertos como en una versión gigante del juego de los cuatro cuadrados. Richard dice que esa norma no es ejecutable desde el punto de vista jurídico, pero no hace mucho una familia de seis miembros intentó comprar una parcela de dos hectáreas y la operación fracasó. El agente de los vendedores fue de casa en casa con una propuesta de exención para la familia; recuerdo que nos planteamos si firmar o no (Richard era partidario de la exención; yo no), pero al final no importó. Nadie más quiso firmarla y la familia se fue a otra parte a comprar.

La primera mitad de la década de los setenta, justo antes de que Bill y sus compañeros colonos redactaran el convenio de «una persona por media hectárea», fue el único periodo en la historia de Estados Unidos en el que tener hijos —tantos como uno pudiera permitirse cuidar— dejó de estar bien visto. La resistencia cultural a la ideología pronatalista tomó muchas formas. Las feministas condenaban la asfixia del matrimonio y la maternidad, y los defensores de no tener hijos comenzaron a reivindicar las ventajas de una vida sin niños: más tiempo para el romance, los viajes, el arte y la realización personal. Más dinero, mejores relaciones sexuales. «Puedes escoger —escribió Ellen Peck en su libro pintorescamente sexista de 1971, *El bebé con trampa*, que proponía la vida sin hijos como la mejor manera de mantenerse atractiva y de conservar a la pareja—. Los quehaceres domésticos y los hijos, o el glamur, el disfrute y la emoción de una vida de libertad.» Pero quizá lo más persuasivo, para los hombres y las mujeres que deseaban preservar cada posible árbol y proteger el cielo nocturno del resplandor de farolas inútiles, era el argumento que esgrimía Paul R. Ehrlich en *La explosión demográfica: ya éramos demasiados*.

A principios de la década de los setenta, el *best seller* de Ehrlich había dado origen a un auténtico movimiento llamado Crecimiento Cero de la Población (ZPG o Zero Population Growth, en inglés), una organización con representación en treinta estados. Ehrlich veía el crecimiento de la población como un «cáncer» que ya no podía tratarse, sino que había que extirpar antes de que la humanidad se reprodujera hasta su extinción. «La madre del año debería ser una mujer esterilizada con dos hijos adoptados», le gustaba decir a las masas que lo recibían en las universidades de todo el país. Si sonaba poco atractivo, tenía un plan alternativo que era fácil de recordar: «Detenerse en dos».

Parecía estar dando frutos: en 1975, el año en que Bill construyó nuestra casa y concibió un convenio que restringía el número de sus ocupantes, la tasa de fertilidad estadounidense cayó de 3,4 hijos por mujer a 1,8, lo que vino acompañado de una disminución de la población total de un 1 % por año. Es fácil imaginar una pequeña «casa hippie» como la nuestra con 1,8 hijos. O sin hijos; en los números de *Shelter* y *Woodstock Handmade Houses* que Richard ha recogido en las tiendas de segunda mano de toda la ciudad, las cabañas y las chozas y las yurtas que llenan sus páginas están demasiado despejadas para que vivan niños en ellas. Hojeando las fotografías marronáceas, veo telares, caballetes de pintor y mesas de carpintería, pero no cunas o juguetes.

Detenerse en dos implica reemplazo, equilibrio. Crecimiento de población cero: hay cierta elegancia en ese cálculo. En mi grupo de apoyo, casi todas decían que se contentarían —que estarían encantadas incluso— con uno, o con uno adoptado si les aseguraban que todavía era pequeño. Pero nadie quería redimir al hiperfétil: hasta Ehrlich engendró un hijo antes de practicarse su vasectomía.

Esa noche presenté las opciones a Richard tal como el señor Maness me las había explicado a mí: dejar de perforar y seguir trampeando como hasta ahora, seguir perforando y esperar encontrar más agua, perforar un nuevo pozo en otro lugar o reparar el pozo que teníamos. Yo ya había calculado el

precio de cada opción y la merma que supondría para nuestros ahorros. La recuperación del pozo, que significaba hacer que cientos de galones de agua presurizada se introdujeran en pozos de bajo rendimiento, costaría fácilmente cinco mil dólares, lo mismo que perforar uno nuevo. Nada nos garantizaba que consiguiéramos más agua.

Habiendo crecido en una cabaña de madera de cien años, yo estaba familiarizada con las diversas maneras en que una propiedad puede volverse contra uno: árboles caídos, tuberías congeladas, pozos desbordados de agua verdosa tras una tormenta. En cambio Richard creció en las afueras de la capital, y cuando compramos esta casa me preocupó que lo echaran para atrás sus inconvenientes. Como pareja, habíamos vivido sólo en ciudades y nos habíamos mudado casi cada año a un nuevo apartamento en un nuevo barrio. Valorábamos la comodidad de llamar al propietario cuando algo se rompía o necesitaba mantenimiento, así como la proximidad de restaurantes, música y tiendas. La casa que compramos —esta casa— está a dieciséis kilómetros de la gasolinera más cercana. Debido a la restricción de las luces exteriores, las noches serían oscuras como boca de lobo si no fuera por las estrellas, y cuando nos mudamos me pregunté qué pasaría si Richard se asustaba, como mi abuela nacida en Nueva York, que bajó todas las persianas, verde militar y que nunca habíamos utilizado, y las sujetó con cinta adhesiva.

Pero la casa y la vida que llevamos aquí lo han cambiado. Agradece la privacidad y la oportunidad de aprender cosas útiles que antes no necesitaba saber, como reparar problemas de fontanería, usar una motosierra o podar el camino de entrada. Ha llenado los estantes de libros sobre reparaciones caseras y el uso de materiales reciclados (*Electrical Basics, How to Build Furniture without Tools*), y de esos manuales de los años setenta sobre cómo construir una vivienda artesanalmente. Desde no hace mucho se interesa en los preparativos para emergencias, una reacción que sospecho que está tan relacionada con el aislamiento en que vivimos como con la frecuencia cada vez mayor de tormentas fuertes y sequías largas.

—No sé qué haremos si no damos con agua —le dije mientras miraba una tabla que había encontrado en internet sobre recuperación de pozos.

Ése era mi verdadero temor, tanto para el pozo como para el tratamiento

de FIV: que nuestros esfuerzos no dieran frutos, y, agotados los recursos, tuviéramos que discurrir otra solución.

Richard, que no era dado a restar sino a sumar, se mostró tranquilo.

—Todo irá bien —me dijo.

Buscaría la manera de ganar el dinero extra que necesitábamos. Me llamó la atención lo mucho que, en su serena determinación sobre lo material, me recordó a mi padre, y también lo fácilmente que estábamos cayendo en los roles de género tradicionales, como si al avenirnos a ellos tuviéramos más posibilidades de conseguir lo que queríamos. Él reunía los recursos, y yo los administraba y pedía más. La misma historia de siempre.

A menudo hago que Richard me prometa cosas que no está en su mano predecir, pero esta vez sabía que no debía hacerlo. En su lugar le hablé de las llamadas a la farmacia y de mi sospecha de que ninguno de nuestros conocidos entendería el vocabulario de ambos dilemas: galones por minuto en un profundo pozo excavado en roca, y la supresión y estimulación del folículo a través de medicamentos inyectables (aunque tal vez nuestros vecinos sabían algo de ambos, se me ocurrió pensar más adelante). En cierto modo nuestros objetivos parecían ridículamente modestos —un bebé, una casa un poco más grande, suficiente agua para lavar la ropa y ducharnos sin preocupación—, y eso también era alienante. «Un galón por minuto —dije—. Me conformaría con eso.» Estaba convencida de que podíamos funcionar con un galón por minuto.

A veces tenía pesadillas de huevos rotos con yemas y cáscaras, pero últimamente habían sido reemplazadas por agradables sueños con bebés. Soñaba con el peso de sus pequeños torsos, el agradable olor de sus cabezas, sus caras risueñas. Ninguno se parecía mucho a Richard o a mí, y ni siquiera era consciente en mis sueños de que eran nuestros.

Pero en eso estaba pensando cuando me desperté a la mañana siguiente, en bebés. Entonces recordé la perforadora de pozos todavía aparcada en lo alto de la colina a un precio desorbitante, y la incertidumbre.

Richard se quedó en casa por si no encontrábamos agua, en cuyo caso

tendríamos que decidir juntos si rendirnos o pedir que perforaran en otra parte. Los operarios comenzaron temprano. A esas alturas yo sabía por el ruido cuándo perforaban y cuándo descansaban. Estaba sentada en el sofá intentando trabajar mientras Richard observaba desde la ventana.

—Algo está cambiando —dijo al cabo de un rato—. Hay más agua.

Me levanté y miré el trecho de bosque donde arrojaban residuos y humos.

—Siempre lo parece —repliqué—. También me lo pareció ayer.

Pero al cabo de unos minutos, Richard me informó de que los hombres manejaban palas y un recogedor hecho con una garrafa de plástico. Estaban encajando un nuevo tramo de PVC en la tubería de escape y cavando una zanja en el lodo grisáceo que había sido roca maciza. Seguíamos haciendo conjeturas sobre lo que podía significar aquello cuando el señor Maness apareció en la puerta.

—Ya no tendrán problemas —anunció—. Tienen cinco galones por minuto.

Entrechocamos las palmas y bailoteamos de felicidad. Cinco galones por minuto serían suficientes para nosotros, para una familia incluso. Salí al porche húmedo en calcetines y observé cómo el señor Maness regresaba a la plataforma, donde aún había trabajo que hacer: perforar más allá de la veta y sacar treinta y cuatro brocas que por fin habían encontrado agua muy abajo. Podría haber ocurrido fácilmente lo contrario. Tenemos vecinos con pozos profundos y secos, y vecinos que podrían abastecer de agua toda una granja. Nosotros estábamos en el medio, pero nunca hemos querido montar una granja.

—Habrá de sobra —nos aseguró de nuevo el señor Maness antes de retirarse junto con su cuadrilla en los tres camiones—. De sobra para toda la casa.

## TOMA DE CONTROL

En febrero el agua del grifo aún olía a las tabletas de cloro con que desinfectamos el pozo perforado un mes atrás, y en nuestra pequeña casa se respiraba el ambiente húmedo y cerrado de una piscina pública. Yo estaba haciendo una lavadora tras otra de ropa blanca, tratando de eliminar los residuos químicos, cuando llegó el conductor de UPS con el primer envío de la medicación para el tratamiento de FIV. Firmé el recibo de las tres grandes cajas de cartón en las que se leía: Percedero. Ábrase al recibirlo. Eran sorprendentemente ligeras, como el atrezo de una obra de teatro, y rechacé el ofrecimiento del conductor de ayudarme a llevarlas dentro de casa.

En cuanto el camión se hubo marchado, abrí paquete tras paquete y encontré neveras redondas de porexpán y bolsas de gel congelado para proteger las cajas de Lupron, Follistim y Menopur. Dejé en la mesa de la cocina los medicamentos, las jeringas, el contenedor de objetos punzantes y los hisopos de alcohol: más inyecciones de las que nunca me había puesto, más medicinas de las que nunca había tomado. Fotografié las once cajas, las agujas de tres tamaños, las largas listas de instrucciones y precauciones; luego lo guardé todo donde no tuviera que verlo.

El concepto que utiliza mi médico para describir el funcionamiento de la fecundación *in vitro* es *toma de control*. «Tomaremos el control de su ciclo», me anunció con entusiasmo. Como diciendo: «No se preocupe por su corta fase lútea, por la delgadez de las paredes de su útero o por predecir cuándo podría estar ovulando. No podemos confiar en que su cuerpo lleve a cabo cualquiera de sus funciones biológicas. Lo haremos nosotros por usted».

La primera medida de esta toma de control es el Lupron, un medicamento que se receta para tratar la pubertad precoz, el cáncer de próstata y la

endometriosis, así como para retrasar la pubertad en los niños que podrían ser transexuales. Pero en la FIV tiene sobre todo un efecto supresor; a las pacientes para quienes estos protocolos son nuevos a menudo les sorprende empezar con anticonceptivos y a continuación compaginarlos con Lupron. Esperarán a menstruar, seguirán tomando Lupron y añadirán gonadotropina o una hormona foliculoestimulante mientras reducen la dosis de Lupron. Este fármaco inhibe la glándula pituitaria, induciendo al cuerpo a creer que está menopáusico; los expertos en fertilidad lo utilizan para impedir la formación de quistes ováricos, controlar el inicio de la menstruación y suprimir la tendencia natural del cuerpo a promover el desarrollo de un folículo único. El objetivo de la FIV es disponer de muchos folículos, muchos óvulos, y el Lupron lo hace posible. Como muchos medicamentos que se usan en la endocrinología reproductiva, se receta fuera de indicación (*off-label*).

Busqué en internet información sobre los *riesgos del Lupron* y encontré varias historias personales en foros, procesos judiciales y testimonios publicados en <[www.lupronvictimshub.com](http://www.lupronvictimshub.com)>, anuncios de abogados y un detallado (y convincente) resumen de los peligros que entrañaba su consumo realizado por la Red Nacional de Salud de la Mujer, un lobby feminista a favor del seguro médico. Según un artículo de Susan K. Flinn, directora del boletín *Women's Health Activist*, «no se han realizado estudios clínicos ni prospectivos sobre la inocuidad del Lupron para las pacientes de TRA». Flinn advierte de que causa defectos congénitos y que la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés) lo ha catalogado como medicamento peligroso. La OSHA recomienda a los trabajadores sanitarios que utilicen guantes protectores durante la manipulación de Lupron e insta a los que intentan concebir un hijo que eviten totalmente su consumo. El artículo de Flinn está salpicado de testimonios de pacientes angustiadas, entre ellos este que se recoge en <[www.lupronvictimshub.com](http://www.lupronvictimshub.com)>:

Desde que empecé a tomar Lupron he acudido a un total de diecisiete médicos que me han dado muchos diagnósticos diferentes y no parece vislumbrarse el fin. No sé por qué, pero resulta imposible conseguir que alguien en el campo de la medicina investigue los efectos secundarios de este medicamento. Algo malo tiene un fármaco

cuando pasas de estar totalmente sano a tener todo tipo de problemas médicos y en el fondo sabes que todo empezó mientras lo tomabas. Sé que no soy la única. Antes creía que sí, pero he hablado en persona con gente que ha [tomado] Lupron y está teniendo los mismos problemas que yo.

Es difícil saber, en un ciclo de TRA, cuál es exactamente el medicamento que está causando efectos adversos, pero yo había oído un montón de quejas acerca del Lupron: sofocos, lagrimeo, ansiedad. Entre los posibles efectos secundarios a largo plazo de un tratamiento prolongado de Lupron —como el que te prescriben para una endometriosis severa y los fibromas uterinos— figuran la pérdida de densidad ósea, jaquecas debilitantes, dolor crónico y generalizado, depresión, trastornos del sistema inmunitario y parálisis. En 2001, Takeda Abbott Pharmaceuticals, la empresa que fabrica Lupron, pagó 875 millones de dólares para zanjar una demanda relacionada con la promoción del medicamento entre los médicos a través de comisiones ilegales y fraudes de Medicare. He encontrado en internet[19] denuncias de que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha recibido entre 12.000 y 22.000 informes de episodios adversos vinculados al Lupron, entre ellos cientos de defunciones.

En el ciclo de FIV convencional que nos recomendó nuestro médico debía inyectarme ese medicamento durante dos semanas. Podría haber reducido mi exposición[20] con una FIV en ciclo natural, en la que retirarían el único óvulo que mi cuerpo podría producir de forma natural, o con algo llamado *protocolo antagonista*, que sustituye el Lupron con un antagonista como el Ganirelix. Nuestro médico me dijo que una persona en mis circunstancias tenía mayores probabilidades de éxito con un protocolo de Lupron de regulación a la baja, que sólo se recetaba para controlar el inicio de la menstruación y suprimir el desarrollo folicular al comienzo del ciclo. Hasta ahora, todas nuestras decisiones (excepto esperar) habían sido cuidadosamente tomadas con vistas a potenciar al máximo nuestras posibilidades; por recomendación del doctor Young incluso nos saltamos la primera remesa de pacientes de FIV que iban a ser tratadas en el nuevo laboratorio de nuestra clínica, por si surgían imprevistos.

Antes de que la clínica me enviara el programa de seis semanas de



medicación, mi temor ya había tomado otra forma, lo que es una experiencia común entre quienes estamos inmersas en un tratamiento de fertilidad. Así lo expresa una amiga que se quedó embarazada después de años de tratamiento en manos de tres endocrinólogos reproductivos diferentes: «Al principio me preocupaban los efectos a largo plazo que podían tener los medicamentos hormonales en mi salud, pero cuanto más lejos llegaba, menos me importaban las consecuencias en mi persona. Recuerdo haber pensado que yo nunca me sometería a un tratamiento de fecundación in vitro ni tomaría medicamentos de alta potencia».

Yo pensaba lo mismo. Pero el ciclo de FIV, tan complicado y exigente, transforma el temor por tu propio cuerpo en preocupación por su producción, y de pronto te sorprendes preguntando: «¿Será suficiente?». A una amiga mía, que es científica y exvoluntaria de Cuerpo de Paz, la aceptaron en un estudio realizado por una de las principales clínicas de FIV «en ciclo natural» del país —la misma que dio a Martha Stewart su primer nieto— y viajó a Nueva York para participar en él. El estudio consistía en evaluar las diferencias entre una «mini» fecundación in vitro, que requiere la mínima medicación inyectable, y una fecundación in vitro convencional, que requiere entre treinta y cincuenta inyecciones. Los médicos que recurrían a la mini-FIV retiraban uno o dos óvulos por ciclo, mientras que los métodos convencionales podían producir veinte o más. Asignaron los protocolos al azar, y a mi amiga le tocó el convencional: un montón de esas inyecciones caras que en otro tiempo le habrían espantado. Pero se sintió aliviada. Aun después de tantos meses investigando los beneficios de la mini-FIV —disminución del estrés sobre los ovarios, reducción del riesgo de hiperestimulación ovárica, óvulos en potencia más sanos—, cuando llegó el momento de comenzar el ciclo quiso el mayor número de óvulos, es decir, las mayores probabilidades de éxito.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, los médicos han sabido menos sobre la reproducción humana de lo que hoy en día aprende un colegial medio en una clase de biología. Hasta 1827 no se confirmó la

presencia de huevos, u óvulos, y tuvieron que transcurrir otros dieciséis años para que los científicos descubrieran que el espermatozoide debe fecundar uno para que se produzca la concepción. Aunque durante miles de años se habían practicado remedios populares para combatir la infertilidad, la profesión médica de Occidente daría tumbos a lo largo de décadas antes de descubrir tratamientos prometedores. J. Marion Sims, un ginecólogo cirujano que ejerció la medicina a mediados del siglo XIX, dio por hecho que el problema estaba en el acceso; para ayudar a los espermatozoides a encontrar con más facilidad su meta, proponía ensanchar el cérvix de sus pacientes con un instrumento de aspecto aterrador, el espéculo, y llevó a cabo uno de los primeros estudios sobre la inseminación artificial, al que llamó *cópula etérea*. De cincuenta y cinco intentos realizados en seis parejas, informó de un único éxito, posiblemente porque creía que la ovulación se producía durante la menstruación. Pero también otros indagaron sobre las causas de la infertilidad. En 1873, Edward H. Clarke, profesor de medicina en Harvard, sugirió que una educación excesiva daba a las mujeres «cerebros monstruosos y cuerpos endeables», lo que dañaba sus órganos reproductivos. Por otra parte, se creía que las relaciones sexuales con prostitutas volvían estériles a los hombres (lo que probablemente era cierto en algunos casos).

Aunque el comienzo del siglo XX trajo los descubrimientos de importantes hormonas sexuales y pruebas de fertilidad, las pacientes tendrían que esperar hasta finales de la década de los cincuenta para someterse a los prometedores aunque arriesgados tratamientos hormonales, utilizando fármacos que se obtenían a partir de las glándulas pituitarias de cadáveres y de la orina de mujeres posmenopáusicas. Carl Gemzell, el médico sueco que promovió el uso de la gonadotropina para estimular la producción de óvulos en las mujeres acíclicas, estuvo a punto de interrumpir su investigación cuando una de sus pacientes dio a luz de forma prematura a sextillizos y todos murieron. «Me pareció que no tenía derecho a dejar que una sola de mis pacientes corriera el terrible riesgo de tener tantos bebés», declararía Gemzell al *Australian Women's Weekly* en 1966. Pero su protocolo ya se había extendido a clínicas de siete países diferentes. «Hacer lo que había hecho yo, facilitar que una mujer soportara la agonía de dar a luz a seis niños

a la vez, era algo espantoso», decía. Cambió de opinión poco después, cuando cuatro de sus pacientes dieron a luz a un solo bebé sano. Esos bebés, declaró, renovaban su esperanza y su confianza: «La alegría en el rostro de las madres, la felicidad de los padres, oh, era un espectáculo maravilloso». Gemzell y los otros médicos que utilizaban el protocolo de la gonadotropina inyectable trataban de usar la dosis mínima que resultara eficaz, pero era imposible predecir el final de cada ciclo. Algunas pacientes daban a luz a bebés saludables en partos únicos, mientras que otras se enfrentaban a partos traumáticos de hasta siete bebés. Las parejas infértiles estaban dispuestas a someterse a tratamientos de alto riesgo, tal vez imaginando un cuarto a rebosar de niños en lugar de las largas hospitalizaciones y las muertes dolorosas que constituían la realidad. «Cuatro, cinco, hasta seis bebés... Era un riesgo que decidimos asumir, tan grande era nuestro deseo de tener un hijo», confesó un ama de casa sueca para la misma revista. Años más tarde, algunos de los pacientes de Gemzell fallecieron de la enfermedad Creutzfeldt-Jacob, que al parecer les habían transmitido los cadáveres utilizados para producir la gonadotropina.

Aunque el tratamiento de Gemzell era burdo y arriesgado según los criterios actuales, sus pacientes estuvieron entre las primeras en experimentar la toma de control de su sistema reproductivo, y endocrinólogos reproductivos de todo el mundo siguen utilizando la terapia que él desarrolló: la gonadotropina inyectable. Es difícil imaginar qué pensaron las mujeres al considerar el tratamiento, o al someterse directamente a él; en la era anterior a internet no había foros en los que compartir temores o investigaciones ganadas con esfuerzo, y los periódicos, aunque informaban de la muerte de sextillizos y septillizos, a menudo sólo daban voz a las madres felices. «Cinco bebés. ¡Qué suerte!», podría haber pensado una mujer estéril al mirar la fotografía de una atractiva y radiante madre de unos quintillizos adorables.

La medicina reproductiva tiene un largo historial de casos de pacientes con conocimientos incompletos o nulos acerca del procedimiento. La primera inseminación artificial por donante de la que se tiene constancia se practicó en 1884 a una mujer rica de Filadelfia a la que anestesiaron y nunca se enteraría de que el padre biológico de su hijo era un guapo y joven estudiante

de medicina y no su marido (con gonorrea). Lesley Brown, una obrera fabril británica y la primera paciente de FIV que dio a luz, tampoco sospechaba que era pionera. «No recuerdo que el señor Steptoe afirmara que su método había dado resultados, y yo no se lo pregunté. Me figuré sin más que ya habían nacido cientos de bebés concebidos fuera del útero de su madre», admitió en un libro de memorias que escribió con su marido en 1979.

A diferencia de las pacientes de Gemzell y de la mayoría de las receptoras de los tratamientos de FIV actuales, el procedimiento de Brown se realizó quirúrgicamente, sin medicación para estimular la producción ovárica. Su médico, Patrick Steptoe, se refirió a él como un *implante*, y a Brown le pareció tan sencilla la explicación que «si el señor Steptoe me hubiera dicho sin preámbulos que, después de años intentándolo, nadie había tenido un hijo de un implante, no lo habría creído». Pero habían transcurrido muchos años —más de veinte— desde que el científico Robert G. Edwards comenzara a estudiar y a realizar experimentos en ratones, ratas, hámsteres, ovejas, vacas, monos *rhesus* y ovocitos humanos, y casi diez desde que se puso a investigar con Steptoe los ovocitos de pacientes voluntarias. Brown tenía veintinueve años en 1977, la fecha en que, sin saberlo, pasó a la historia; una obstrucción en las trompas de Falopio la había dejado estéril y deprimida por su incapacidad para concebir, pero también la convirtió en la candidata perfecta para el ensayo de Steptoe y Edwards.

Los dos médicos llevaban algún tiempo administrando a sus pacientes infértiles gonadotropina, que producía una suave estimulación ovárica y múltiples folículos portadores de óvulos. Steptoe retiraba los ovocitos por medio de una laparoscopia, una delicada técnica que había desarrollado en su consulta ginecológica. A continuación, Edwards fecundaba los óvulos maduros y los dejaba desarrollar en diferentes medios de cultivo; sus descripciones de los embriones resultantes, recogidas en un artículo que escribió décadas después para *Nature Medicine*, todavía suenan ansiosamente satisfechas. «La mayoría tenían núcleos normales, blastómeros de tamaño uniforme y cromosomas aproximadamente diploides, desarrollados según un calendario estricto, compactados a la perfección y secretando líquido blastocélico, y el quinto día se mostraron visiblemente dinámicos como

blastocistos con cien o más núcleos y muchas mitosis. ¡Algunos blastocistos llegaron a crecer hasta los nueve días, y sus discos embrionarios en expansión se llenaron hasta los topes de células madre embrionarias!» Pero cuando en 1972 Steptoe y Edwards se dispusieron a implantar de nuevo los embriones a sus madres, empezaron a detectar en ellas problemas relacionados con el tratamiento hormonal. Eran capaces de fecundar óvulos maduros, observar cómo se desarrollaban hasta convertirse en hermosos embriones e implantarlos de nuevo en el momento adecuado, pero no podían controlar lo que pasaría a continuación dentro del útero de la mujer.

«Debe de haber algo totalmente defectuoso en un sistema de reproducción que sólo permite implantar el 20 % de los embriones, incluso en parejas más jóvenes», se quejaba Edwards casi al final de su vida. En la década de los setenta, la tasa de implantación de embriones humanos, ya baja de por sí, se vio mermada en los ensayos clínicos por la medicación para la estimulación ovárica administrada a las pacientes de Steptoe. Esta medicación adelgazaba el revestimiento uterino o acortaba las fases lúteas, y algunas pacientes menstruaban entre cinco y seis días después de la ovulación. Ninguna se quedó embarazada. Steptoe y Edwards experimentaron con diferentes fármacos y técnicas, entre ellas la extracción de ovocitos por medio de la inseminación tubárica, pero al final se inclinaron por el ciclo natural como la mejor manera de establecer la FIV como tratamiento legítimo de la infertilidad.

Brown no necesitó tratamiento hormonal; producía óvulos sanos por sí misma. Se trataba de un problema mecánico: debido a las trompas obstruidas, los espermatozoides de su marido nunca se reunían con los óvulos. En otoño de 1977, Steptoe la ingresó en un hospital de Oldham y por medio de una laparoscopia le retiró un óvulo que su ovario había producido de forma natural. A continuación, Edwards fecundó el óvulo de Brown en el laboratorio con un espermatozoide de su marido, y dos días después lo devolvió a su útero como un embrión de ocho células perfecto.

Nueve meses más tarde, Brown dio a luz a una niña sana, dando esperanza a parejas infértiles de todo el mundo. Aun así, la insólita naturaleza del nacimiento de su hija también dejó un legado de desconfianza y temor en

torno a su salud y la de la niña.

A Lesley Brown no le administraron supresores hipofisarios ni gonadotropina contaminada, y tuvo un embarazo saludable y un parto por cesárea rutinario. Pero aun después de su muerte (por complicaciones de una infección de la vesícula biliar) en 2012, sigue siendo objeto de curiosidad y especulación.

Si se busca en YouTube «inyección de Follistim o inyección de Lupron», se pueden ver cientos de vídeos, la mayoría grabados por mujeres que están haciendo un tratamiento para la infertilidad. Resultan útiles para pacientes novatas como yo, que nunca nos hemos pinchado a nosotras mismas, y algunos tienen miles de visitas. Las inyecciones se ponen en cocinas, salitas, comedores o frente a espejos de baño, y lo hacen las mismas mujeres o sus parejas. Antes de comenzar el tratamiento de FIV vi decenas de estos vídeos, no tanto para aprender a pincharme como para intentar sentir cierta afinidad con esas mujeres que daban golpecitos a sus jeringas para quitar las burbujas de aire, se desinfectaban el abdomen y sostenían la aguja en un ángulo recto perfecto. En segundo plano se veían signos del desorden de la vida cotidiana —un montón de correspondencia encima de la mesa, un televisor encendido, plantas de interior que crecen hacia una ventana— que uno encuentra en cualquier parte, pero se percibía formalidad en la voz que explicaba muy despacio cada paso. «Tengo aquí mismo todo lo que necesito... Fijaos en cómo limpio la parte superior del frasco... Luego me limpiaré la piel... Uno, dos y tres.» A veces se oía un comentario de la compañera invisible que sostenía la cámara: «Mirad qué valiente y qué fuerte es». Yo tenía la sensación de que estaban documentando algo importante: no el coste ni el dolor, sino la oportunidad que se estaban dando, el deseo, el compromiso total.

Richard me ponía la inyección cada día entre las seis y las siete de la tarde. Prepararla —medir y mezclar la medicación, aspirar las soluciones por la aguja, expulsar las burbujas de aire— llevaba unos veinte minutos, y durante ese tiempo la mesa de la cocina estaba cubierta de papeles, cajas,

frascos y jeringas. Él cada vez desplegaba la hoja de instrucciones de la clínica, veía el tutorial de internet, y revisaba y verificaba dos veces las cantidades antes de preguntarme: «¿Preparada?». Como con la perforación del pozo, había en todo ello un elemento de exceso y rendición que resultaba desconocido y aterrador, pero era demasiado tarde para dar marcha atrás.

Yo volvía la cabeza en cuanto él me limpiaba el abdomen con alcohol, mordiendo un trozo de chocolate negro, un truco que aprendí de una amiga, otra mujer que nunca había imaginado la concepción de ese modo. Las inyecciones no duraban mucho; sentía cómo la aguja me perforaba la piel y a continuación un escozor, y ya había terminado. Cada una dejaba una marca rosa que desaparecía rápidamente, y a veces un morado pálido de tamaño reducido. Después buscaría los pinchazos bajo una luz más potente, aunque era demasiado pronto para saber qué pasaba debajo de la piel.

La fecundación in vitro constituye un desafío porque toma control no sólo de tu cuerpo sino de tu agenda, de tu vida. Las visitas al médico cada dos mañanas, las esperas junto al teléfono para recibir los resultados de los análisis de sangre, la sincronización exacta de las inyecciones, los pedidos de medicamentos nuevos o los tejemanejes para conseguir gratis o con descuento los que les han sobrado a otras mujeres que ya han terminado sus ciclos: todo lleva su tiempo. Aunque Richard me acompañaba a cada cita y me ponía cada inyección, yo sabía que si le surgía algo en el trabajo podía hacerse a un lado. La infertilidad era un problema común, pero era mi cuerpo el que estaba sometido a tratamiento, el que tenía que acudir a cada cita y recibir las inyecciones. Yo entregué mi carnet del seguro. Yo encargué la medicación y cambié la rutina de ejercicios. Era vagamente consciente de que si me quedaba embarazada, ese desequilibrio seguiría existiendo y se haría aún más pronunciado con un recién nacido al que amamantar.

Antes que de mi cuerpo y de mi agenda, la FIV tomó control de mi mente. Siempre estaba pensando en un posible embarazo o buscando trucos supersticiosos para generarlo. Miraba el reloj esperando que fueran las 11.11 h, paseaba hasta que encontraba tréboles de la suerte o rezaba, aunque no creo en Dios. Siempre estaba ansiosa y preocupada, nunca en paz. Si no funcionaba, tendríamos más oportunidades: seis en total, tres con embriones

frescos y tres con congelados, si quedaba alguno de los otros ciclos. Y si ninguno funcionaba, entonces ¿qué?

Intenté no pensar en lo que vendría después.

Pocos estudios han examinado los efectos de la infertilidad no deseada en la paciente tras un tratamiento médico, pero algunos psicólogos han sugerido que la multiplicidad de las opciones hace que les sea difícil saber cuándo parar. Si el Clomid no funciona, tus ovarios podrían responder mejor al Femara. O tal vez necesitas gonadotropina inyectable y parches de estrógeno. Si un protocolo de fecundación in vitro falla, hay otros, y si éstos también fallan, puedes probar con los óvulos de una donante o con una maternidad subrogada, siempre y cuando puedas pagar las facturas cada vez más elevadas. Luego está la elección de la clínica; una mujer de Raleigh puede acudir a cuatro consultas diferentes mientras que una neoyorquina tiene acceso a más de una docena.

Es sabido que la disponibilidad de opciones disminuye nuestra felicidad: informarse debidamente para escoger entre un abanico de posibilidades a veces crea una ansiedad paralizante, y una vez que hemos escogido, somos propensos a cuestionar y a arrepentirnos. La medicina reproductiva supone una vuelta de tuerca con respecto a la paradoja de la elección: mientras la paciente está en tratamiento informa de que se siente esperanzada, incluso emocionada, pero cada ciclo dura unas pocas semanas. Hasta los tratamientos más avanzados y costosos evidencian una tasa de éxito muy baja: una mujer de treinta y cinco años tiene de media un 31 % de posibilidades de concebir en un solo ciclo de FIV. Si no lo consigue, debe decidir si volver a intentarlo o probar algo nuevo. La multiplicidad de opciones también hace más probable que ella se culpabilice, por haber tomado la decisión errónea o haber tardado demasiado en decantarse por una. Aunque he oído a mujeres de mi grupo de apoyo afirmar con rotundidad que después del próximo ciclo tirarán la toalla, los estudios realizados sugieren lo contrario. El deseo de un hijo biológico no se diluye en ambivalencia, ni deviene en prudente aceptación después de un tratamiento; sólo se vuelve más intenso.



A pesar de la atención y los elogios que Steptoe y Edwards recibieron a nivel internacional después del nacimiento de Louise Brown, tardaron dos años y medio en abrir Bourn Hall, la segunda clínica de reproducción asistida del mundo, en una mansión jacobea reformada de Cambridge. A diferencia de Lesley Brown, Steptoe y Edwards eran conscientes de estar haciendo algo extraordinario y querían un lugar impresionante para la labor innovadora que esperaban continuar desempeñando.

Edwards, en particular, tenía grandes planes para su clínica: «La fecundación in vitro debía realizarse a gran escala, en un centro provisto de los servicios de apoyo clínicos necesarios, científicos, consultivos, de enfermería y asesoría, e incluso proporcionar salas y comedores para el elevado número de pacientes que había en la lista de espera de Steptoe». Se jactó de que la clínica, aunque no fuese la primera, era la más bonita. Con su fachada señorial de ladrillo, sus torres almenadas y su lema grabado —*Jour de ma vie*—, Bourn Hall, que hoy en día aún funciona, parece más un internado o una universidad exclusiva que un centro médico. Si John y Lesley Brown, que costearon la primera visita a Steptoe con las ganancias de una quiniela, se habían sentido intimidados entre los elegantes pacientes envueltos en abrigo de pieles de la sala de espera de la anodina clínica de Oldham, ¿qué habrían pensado de Bourn Hall?

Nuestra clínica, recién abierta en la tercera planta de un edificio de ladrillo insulso, parecía más bien un hotel para viajeros, con mobiliario de aspecto cómodo (no lo era, en realidad), papel de pared con relieve estampado con hojas de ginkgo y bambú, y la suave iluminación de unos focos empotrados. Debajo de un televisor sintonizado con la CNN había una cafetera Keurig y una cesta llena de pequeños botes gratuitos de desinfectante para manos. En las placas de la pared se leía que la construcción era respetuosa con el medio ambiente: suelo sostenible, pintura con bajo contenido de compuestos orgánicos volátiles (COV). La voz de la recepcionista cuando nos llamó desde el mostrador para que firmáramos el formulario y presentáramos el carné del seguro (sólo por si acaso) sonó suave

y discreta.

En la vieja clínica esperábamos en unos asientos cubiertos de manchas misteriosas que unos ficus de hoja caída apenas resguardaban del resto del hospital. Era un lugar deprimente y expuesto, pero no insoportable. Uno tenía la sensación de estar allí por un problema médico, lo que no dejaba de ser cierto. La adinerada y acomodada atmósfera de la nueva clínica, en cambio, a duras penas reflejaba mi estado de ánimo, y no lo modificó; nunca me he sentido más vulnerable ni agobiada que en esa sala de espera. Aunque estábamos en un barrio rico de Raleigh —una de las razones que había detrás del traslado de la clínica era que quedaba más cerca de un mayor número de pacientes—, los otros pacientes con los que coincidí podrían fácilmente haber estado en la sala de espera de un ambulatorio o en la terminal de un aeropuerto. Nadie iba con traje; todos parecían cansados. Recuerdo a un hombre con la camiseta de un equipo de hockey y a una mujer con una sudadera de Aéropostale. Richard y yo nos sentamos en el borde de las sillas de aspecto cómodo y esperamos a que nos llamaran.

Cuando era niña, fantaseaba con que caía enferma y recibía un tratamiento. A diferencia de mí, que casi nunca enfermaba, mi hermano pequeño padecía de un asma severa y durante años estuvimos yendo y viniendo de consultas médicas y hospitales. La resignación con que mi hermano toleraba los medicamentos, las vacunas y los tratamientos respiratorios me parecía valiente; nunca lloraba y rara vez se quejaba, mientras que a mí me tuvieron que poner un cabestrillo una vez después de vacunarme. Recuerdo cuando le hicieron las pruebas para ver si era alérgico y le dejaron su delgada y pálida espalda cubierta de marcas de pinchazos; cómo codicié esas marcas (no los pinchazos).

En la clínica de reproducción asistida, las enfermeras eran amables, pero yo tenía las venas pequeñas o vueltas hacia un lado, o la presión arterial demasiado baja. Kim, mi favorita, me siguió la corriente mientras me hacía balancear los brazos para aumentar el ritmo cardíaco, y aun así necesitó varios intentos para tomar una buena muestra. Kim controlaba mis niveles de estradiol, el estrógeno secretado por los folículos ováricos. En un ciclo no medicado, una mujer puede producir entre 200 y 300 pg/ml de estradiol a

partir de un solo folículo maduro. Gracias a esas inyecciones diarias, yo estaba en proceso de superovulación, y contábamos con que mi estradiol se elevara por encima de los 2.000 pg/ml antes de provocar la ovulación. Por las tardes esperaba junto al teléfono a que Kim me llamara con el resultado y me indicara si debía ajustar la dosis de la medicación. Todo lo relacionado con mi ciclo era artificial y controlado, desde las hormonas foliculoestimulantes que me hinchaban los ovarios hasta la inyección de gonadotropina coriónica humana que completaría la maduración y sincronizaría la liberación de óvulos de mis ovarios para que el médico pudiera aspirarlos con una aguja hueca. Incluso la fusión entre el óvulo y el espermatozoide estaría asistida por las seguras manos de un médico: nuestra embrióloga seleccionaría «los nadadores mejores, más rápidos y más fuertes» e inyectaría uno en cada ovocito maduro.

Tendida en la camilla de la sala de exploración, abrí mi cuaderno por una nueva página mientras el médico cubría con un condón el transductor del ultrasonido transvaginal. Una mujer de mi grupo de apoyo comentó que había bautizado a esa varita Simon porque tienes que hacer lo que Simon dice, como en el juego, pero en lo único que podía pensar yo era en la reciente polémica sobre el aborto que se había desatado en Virginia, mi estado natal. Los activistas provida exigían que todas las mujeres que quisieran abortar se hicieran al menos una ecografía transvaginal antes. Esa ecografía era sin duda innecesaria, prohibitivamente cara para muchos y horriblemente invasiva. Los que se oponían a ella también alegaban que era dolorosa, equivalente a «una violación patrocinada por el estado». Tendida de espaldas con los pies en los estribos, me resultaba más incómodo comparar mis circunstancias con las de alguien que quiere practicar un aborto. La ecografía apenas dolía —me siento traidora admitiéndolo—, aunque a esas alturas debía de haberme hecho una docena. No podía imaginar qué sentiría si me palparan por dentro antes de interrumpir un embarazo. Tampoco lo intenté.

«Notarás mi mano —decían todas las enfermeras y algunos de los médicos antes de tocarme—. Una presión», añadían, antes de girar la varita del transductor hacia la derecha o la izquierda. Sin embargo, por delicados y respetuosos que fueran los médicos y las enfermeras, todo estaba cargado de

significado simbólico y tal vez inexacto. La vara era un símbolo de control y poder; tendida de espaldas, con los pies en los estribos, yo era el vivo retrato de la sumisión. Viendo las imágenes en blanco y negro de una máquina de ultrasonido, Richard y yo éramos los futuros padres esperanzados. Anoté el grosor del revestimiento del endometrio (6 mm) y el tamaño aproximado de los seis folículos de mi ovario derecho (11-12,5 mm) y de los cuatro del izquierdo (10-12,7 mm). Los números significaban poco para mí en términos reales, pero sabía por los foros que consultaba hasta que se me irritaban los ojos que eran tranquilizadores.

Cuando Kim me extrajo sangre unos días más tarde para hacerme un último test del nivel de estradiol, se me había formado tejido cicatricial en las venas. Incluso eso era una metáfora, de la adicción en la que temía incurrir una vez que emprendiéramos el camino de la reproducción asistida. Un ciclo más, un tratamiento más, hasta que todos nuestros recursos monetarios y emocionales se hubieran agotado. Yo ya era adicta a los foros de internet, leía cada mañana el de <momtastic.com> para ponerme al día de los ciclos de FIV de mujeres de todo el mundo: Linesmanswife, Worriedone, Everhopeful y Mamali. «Rezando para que la tercera sea la vencida», escribió africaqueen, la mujer de treinta y un años de Liverpool que había iniciado el hilo. Su marido, que había nacido en Nigeria, y ella ya habían agotado con sus dos ciclos fallidos la subvención pública que se da en Inglaterra para financiar la FIV y estaban contando con un préstamo familiar —los ahorros de toda la vida del padre de ella— para costear el último intento. Tenía más de seis mil mensajes en el foro de Momtastic y, a pesar de sus pasados desengaños, se mostraba incansablemente optimista y alentadora. «¿Quién más se está preparando para el correteo de piececitos? ¡Este hilo se va a llenar de AMP!» Tuve que buscar el significado de AMP, «actitud mental positiva», un estado difícil de mantener dados los altibajos que se experimentan en un ciclo promedio de TRA cuando casi todos los días llegan noticias sobre los niveles de estradiol (¿demasiado altos?, ¿demasiado bajos?), el número y el tamaño de los folículos o el grosor del revestimiento uterino. Estas noticias, malas o buenas, son tan técnicas que tienes que haber pasado por la fecundación in vitro para entenderlas. Los «hilos de la suerte» como el que creó africaqueen

permiten a las mujeres experimentar, en los momentos de mayor vulnerabilidad y aislamiento, un sentimiento de comunidad que probablemente no podrían proporcionarles sus amigas, madres o hermanas. En los descansos para comer o en algún rato libre pueden compadecerse, pedir consejo y animarse unas a otras. Se mandan alitas y tréboles para desear que los *folis* sean gruesos y sanos, y los *embris* fuertes y hermosos. Sus mensajes están adornados con emoticonos animados: *smileys* ofreciendo abrazos, bailando o llorando, o pruebas de embarazo con dos líneas rosas parpadeantes. Yo era una fisgona, pues nunca escribía ni tenía un nombre o un icono para identificarme, pero les enviaba tantas alitas de la suerte como podía.

La mañana de nuestra última ecografía programada yo tenía el estradiol a 2.248 pg/ml y una doctora a la que sólo había visto un par de veces, conocida en nuestro grupo de apoyo por sus bruscas maneras de tratar a los pacientes, contó diez folículos grandes. Eso habría sido un triunfo para la mayoría de las mujeres del foro, pero a mí me preocupó que no fuera suficiente. La doctora me dijo que pintaba «bien», pero no entró en detalles. Nos dieron instrucciones precisas por escrito sobre cómo medir la inyección de hCG que maduraría mis óvulos para que pudieran retirarlos. «Presten atención», nos dijo dando golpecitos a la hoja como si estuviéramos en las musarañas.

Dos mañanas más tarde, el día de la punción, llovía y hacía frío. Llegamos a las 7.45 h a la clínica con una bandeja de galletas para el personal y nos condujeron a una zona que nunca habíamos visto y que tenía un aspecto tranquilizadamente aséptico, más parecida a un área quirúrgica que a un hotel. Me dieron una bata para que me cambiara y una enfermera llamada Lenora me conectó a un gotero. Hasta el tercer intento no encontró una vena; volví la cabeza mientras ella buscaba y no me quejé.

A los pocos minutos me dirigía a la sala de punción, agarrándome la bata por detrás mientras empujaba el gotero con ruedas. Era como la imagen que temía desde hacía años, un largo pasillo con todas las puertas cerradas y la sala de FIV al fondo. Pero no estaba ni mucho menos sola, y no parecía rutinario, ni prosaico ni frío. Kim me ayudó a tumbarme en la camilla. El doctor Young estaba allí, y la doctora Ramos, la efusiva embrióloga brasileña

a la que entrevisté cuando consideramos por primera vez la fecundación in vitro, me saludó con un garboso ademán. Richard estaba en la habitación contigua, donde esperaba para ayudarme a vestirme de nuevo y llevarme a casa. Allí tendida, conté hacia atrás y me quedé dormida.

Michelle, nuestra embrióloga, nos llamó a la semana siguiente con noticias: de los trece óvulos que habían retirado, once estaban maduros y, de éstos, diez fecundados. Me informó de que no volverían a comprobar los embriones hasta el tercer día, momento en el que podría escoger entre transferirlos entonces o esperar al quinto día para hacerlo. Lo apunté todo en mi cuaderno y salí a pasear por el río, y encontré cuatro tréboles de cuatro hojas. En el enorme pino que hay frente al sendero con servidumbre de paso vi posarse un águila calva, cerca de su nido. También apunté todo eso en el cuaderno y guardé un trébol entre las páginas para secarlo.

En el hilo de la suerte del foro de Momtastic, Mells54 estaba PUPO (siglas en inglés que significan «embarazada hasta que se demuestre lo contrario»), un término optimista que muchas mujeres utilizan después de una implantación. Ashknowsbest produjo veinticinco óvulos maduros; indeedaseed, que ahora está embarazada, sólo tres. El consenso general era que sólo se necesita uno. ¿Es bueno para la implantación comer el corazón de la piña? ¿Excederse con la comida causa contracciones? LPEAR, que ahora está embarazada, recomendaba los coquitos brasileños. Africaqueen, que seguía luchando para financiar su ciclo, informó de que se sentía «muy desmoralizada», algo nada propio de ella, y que iba a ir al zoológico con su padre para ver las crías de elefante, una cría de suricata y una cría de oso hormiguero. Sunshine24 escribió: «Hoy ha sido un día de trabajo loco y estresante, y están haciendo recortes a diestra y siniestra, y podría perder el empleo en unos meses, pero no puedo concentrarme ni pensar en ello siquiera, no es lo más importante que tengo entre manos, ¡ni de lejos!». A africaqueen se le ocurrió una idea a raíz de su último ciclo: ¿y si organizaba una «cadena secreta de hermanas», una especie de amigo invisible por correo electrónico? «Me parece un gesto encantador para levantar el ánimo y no es

necesario enviar algo caro, puede ser cualquier cosa que haga sonreír, escribió. «Solíamos enviar un artículo de bebé, una tarjeta, dulces, un recuerdo, lo que fuera para ayudarnos en ese viaje.»

Lesley Brown empezó su tratamiento sin estar al corriente de la singular naturaleza de éste y no pudo hacer averiguaciones sobre el procedimiento, ni consultar a otras mujeres en un grupo de apoyo o unirse a alguna hermandad secreta. Aunque se imaginaba a cientos de mujeres dando a luz en secreto a bebés implantados por Steptoe, la infertilidad la hacía sentir como alguien anormal. «¿Cuánto tiempo llevas casada?», le preguntaban los nuevos en la fábrica de quesos donde trabajaba. La siguiente pregunta siempre era: «¿Cuántos hijos tienes?». Brown había llegado a rechazar empleos mejor remunerados para evitar tener que explicar de nuevo que sus trompas de Falopio estaban obstruidas.

Fue, por lo tanto, una revelación para ella compartir la habitación de hospital con otra de las pacientes de Steptoe mientras esperaba la punción, la transferencia y una prueba de embarazo. «Después de haber creído durante tanto tiempo que yo era la única que no podía tener hijos, fue increíble conocer a alguien que se encontraba en mi misma situación», escribió. Las dos mujeres hablaron de cómo las había aislado la infertilidad y quedaron en visitarse cuando cada una tuviera a su bebé. «Al tener la misma edad —dijo Brown—, nuestros hijos seguro que serían amigos.»

Cuando a su compañera de habitación le vino el periodo poco antes de hacerse la prueba de embarazo, Brown volvió a quedarse sola. A las pacientes de Steptoe las habían separado del resto de la sala de maternidad del hospital, pero ella tampoco tenía ganas de hablar con las otras mujeres, muchas de las cuales estaban ocupadas dando a luz, gritando y gimiendo. John le llevó un televisor portátil, que ella apenas miraba. «No podía concentrarme en nada más que no fuera en lo que ocurría dentro de mí», dijo.

Así que comía sola, recibía las visitas diarias del doctor Steptoe y rezaba.

Richard y yo hablamos por teléfono con el doctor Young dos días después de la punción. Dos era el número de embriones que solían transferirse a una

paciente de mi edad, pero, según el doctor Young, yo reunía los requisitos para implantar tres. Le comunicamos nuestra intención de implantar un solo embrión, una decisión que en nuestra clínica sólo tomaba el 3 % de las pacientes de mi edad. Queríamos evitar con ello el riesgo de tener gemelos, no tanto por los dos asientos para el coche, las sillitas dobles y las matrículas escolares dobles, sino por el peligro que podía entrañar para mi cuerpo y para los fetos que llevara dentro.

Esperar al quinto día permitiría ver con más claridad cuál de los embriones era el más «competente» o tenía más probabilidades de desarrollarse con normalidad. No todos los embriones llegan al quinto día: algunos se dividen en mórulas redondas hacia el cuarto y se transforman en complejas blástulas el quinto, pero otros sufren una especie de cortocircuito, se dividen de forma irregular o interrumpen por completo la división. La espera nos permitiría escoger mejor, insistí al doctor Young. Pero él me respondió que mi útero —parte del sistema reproductor sobre el que llevaban semanas tomando el control— era el lugar más idóneo para los embriones, y que por esa razón la mayoría de las mujeres de mi edad se implantaban dos embriones el tercer día. «Su entorno natural», creo que dijo. Richard garabateaba notas en lápiz rojo sobre papel blanco, pero esa parte se la saltó.

El doctor Young tenía una fórmula: si en tres días se desarrollaban con normalidad tres veces el número de embriones que queríamos transferir (para nosotros, eso significaba tres embriones competentes), había esperanza.[\[21\]](#)

Esto es lo que escribí cuando Michelle me telefoneó el tercer día:

- 10 embriones
- 7 de 8 células
- 1 de 9 células
- 1 de 11 células
- 1 de 5 células
- 4 parecen perfectos
- 4 parecen casi perfectos
- 1 tiene 1 célula ligeramente más grande, pero tiene las células apropiadas
- 1 tiene 5 células (podría hacerlo eclosionar el día 6)

Me pregunté cuál de ellos transferirían. Me habría gustado ver



fotografías. Habría preferido que se desarrollaran del todo en el laboratorio, en el que había llegado a confiar más que en mi cuerpo.

«Algún problema serio debo de tener para que mi cuerpo no funcione como fue diseñado para funcionar —me confió una de las mujeres que participó en el estudio llevado a cabo por Marni Rosner—. Tengo la sensación... de que el cuerpo me ha fallado e intento impedir que se apodere de mi modo de pensar, porque no es particularmente saludable, pero me da la impresión... de que, en algunos círculos, no tengo ninguna credibilidad.»

Las pacientes de TRA a menudo recelan de su cuerpo y contemplan la medicación y la cirugía como sustitutos del cuerpo en lugar de como ayudantes. Los médicos que con tanta facilidad afirman que conseguirán que nos quedemos embarazadas o que se harán cargo de nuestros ciclos alimentan esta creencia. Lesley Brown, que durante años rechazó las insinuaciones sexuales de su marido después de que le diagnosticaran su infertilidad, animándolo a que se buscara una mujer «normal», culpó a sus ovarios mientras esperaba a que el doctor Steptoe le retirara su óvulo. A las otras dos mujeres de la sala del hospital ya las habían operado, y a ella le preocupó que se le hubiera pasado su oportunidad. «Pero al final resultó que la culpa la tenía mi cuerpo —escribió—, que tardaba más en llegar a un estado de ovulación que el de las otras chicas.»

«Nuestro cuerpo es un milagro» es un mensaje que suele darse a dos grupos de personas: a los niños que se adentran en la pubertad y a las mujeres que están a punto de dar a luz. Tiene lógica mentir a unos niños que se enfrentan a años de molestias corporales (hemorragia mensual, sueños húmedos, erecciones inesperadas) o a unas mujeres a las que les esperan muchas horas de dolores de parto, pero la biología evolutiva sugiere que nuestro cuerpo no es en realidad el milagro que proclamamos sino un arreglo hecho de cualquier forma. La fisiología humana, como la de todos los seres vivos, ha evolucionado para ser no tanto perfecta como lo suficientemente buena para que los individuos sobrevivamos y transmitamos nuestros genes. «Ni nosotros ni ninguna otra especie hemos estado unidos de forma

permanente y sin fisuras al entorno natural —escribe la bióloga evolutiva Marlene Zuk en *Paleofantasy*, su libro sobre el modo en que idealizamos la naturaleza y la evolución—. Nuestra adaptación es más bien como una cremallera rota, con algunos dientes alineados y otros que se abren.» Nuestro plan de vertebrados parecidos a un pez nos hace propensos al hipo y a las hernias; un parto no asistido presenta una alta tasa de mortalidad debido al tamaño del cerebro de nuestros bebés. Desperdiciamos todo tipo de cosas que cuesta energía producir, como nuestra cuota mensual de óvulos o espermatozoides, y vivimos (o eso esperamos) por encima de nuestras posibilidades reproductivas. Cada uno llevamos dentro un órgano relativamente inútil —el apéndice— que en cualquier momento podría herniarse y poner en riesgo nuestra vida.

Antes del advenimiento de la medicina reproductiva, una mujer estéril no podía esperar transmitir sus genes; su cuerpo no sólo no era perfecto, tampoco era lo bastante bueno según los indicadores de la evolución. Edwards y Steptoe recibieron muchas críticas porque su trabajo no curaba la infertilidad: sus pacientes eran igual de infértiles después de la fecundación in vitro, dieran o no a luz. Edwards, que obtendría el Premio Nobel de Medicina en 2010, restó importancia a las quejas: ¿qué había de las gafas, la dentadura postiza o los trasplantes de corazón?

Culpamos a nuestros cuerpos porque los idealizamos; aplicamos una metáfora —el milagro— que no se corresponde. A la primera niña nacida de una FIV, Louise Brown, también se la llamó *milagro*, además de *monstruo de la naturaleza*, *bebé probeta* y *primer paso hacia una resbaladiza pendiente ética*. De todas partes del mundo llegaron tarjetas de felicitación y regalos para Louise, pero sus vecinos de Bristol a menudo atisbaban con curiosidad dentro del cochecito, como si esperaran que estuviera hecha de vidrio.

*Our Miracle Called Louise: A Parent's Story* es el título completo de las memorias de Lesley y John Brown. Cada uno ofrece su opinión en capítulos alternos, en un estilo coloquial y franco, y se pasan la mayor parte del libro describiendo su relación amorosa pero inestable, que comenzó cuando él se fijó en una joven de dieciséis años en un café de Bristol y se dijo lleno de admiración: «Menudo bombón». Al leerlo me entraron ganas de llegar al

tratamiento de FIV, la parte del milagro, y me decepcionó la falta de detalle, en comparación con los animados capítulos en los que contaban cómo quedaban en cafés y dormían en vagones de tren. Pero para ellos ésa era la historia de cómo llegaron a ser los padres de Louise, una historia que no comienza en la sala de espera de una consulta médica sino con la extraordinaria serie de sucesos fortuitos que nos lleva a cualquiera de nosotros hasta nuestra pareja.

«Louise es especial porque nunca habría nacido de una forma normal — escribe Lesley hacia el final del libro—. Fue un milagro que me eligieran a mí para tenerla.»

Imagino que, de haber podido escoger entre ese nacimiento y uno más convencional, John y Lesley Brown habrían vuelto a pasar con gusto por todo el torbellino —la espera, los apuros económicos, la atención de la prensa amarilla— que culminó en la única e irrepetible Louise. Después de tener a su hijo concebido por FIV y nacido de una maternidad subrogada, Andrew Solomon sintió una conexión aún más profunda con los cientos de padres a los que había entrevistado al escribir *Lejos del árbol: historias de padres e hijos que han aprendido a quererse*, y reflexionó sobre la paternidad, que hacía que lo subjetivo, que pone el énfasis en el destino como alternativa al azar, pudiera ser más real que las verdades subjetivas. Nuestros hijos, según Solomon, «son los que deberíamos tener; no podrían ser otros. Jamás nos parecerá que son fruto de la casualidad; son nuestro destino, por eso los queremos».

«Lo único que realmente importa es que la tenemos a ella —escribió John Brown treinta y cinco años antes, con menos elocuencia pero la misma convicción—. No podría vivir sin Louise ahora.»

El día de la transferencia, el doctor Young nos trajo una fotografía del blastocisto que habíamos escogido, «el más bonito» que había visto en todo el año, nos informó la embrióloga. Esta entrega de la fotografía (o fotografías, para las mujeres a las que les implantan dos o más embriones) forma parte del ritual de las TRA; si has llegado tan lejos, es la prueba de lo

fructífera que ha sido la toma de control, lo más parecido a esas ecografías fetales colgadas en las neveras y en los muros de Facebook. Yo no estaba segura de qué sentiría al mirar esa masa de células en un medio de cultivo: ¿decepcionada?, ¿ambivalente?, ¿maternal? Pero me aferré a las palabras de la embrióloga y las escribí en mi cuaderno antes de mirar siquiera la fotografía.

Había visto suficientes imágenes en internet, en revistas médicas y en la oficina de la doctora Ramos para saber que era un embrión de aspecto sano. La granulada fotografía en blanco y negro mostraba un círculo prácticamente hueco con muchas células en el centro, un planeta ya complejo flotando en el espacio. Llegados a este punto, cada célula de la masa interna podía convertirse en cualquier cosa: corazón, cerebro, pulmón. El embrión estaba eclosionando, empezaba a desprenderse de las lisas paredes de la zona pelúcida para prepararse para la implantación. Al pie de la fotografía, la embrióloga había escrito mi apellido y la fecha.

Algunas clínicas te ofrecen de forma rutinaria la sedación, normalmente con Valium, y te permiten escuchar música suave de tu elección durante la implantación del embrión; se trata de relajar el cuerpo para que esté mejor preparado para recibirlo. Puede parecer un gesto meditado y considerado, como el pequeño puesto de café y té que hay en el vestíbulo, pero a menudo responde a una necesidad real. Para algunas de las mujeres que han llegado hasta allí, ése es su tercer, cuarto o quinto ciclo de FIV. A menudo se les implantan embriones que tienen muy pocas posibilidades de arraigar. Algunas han sufrido abortos espontáneos, tratamientos de dilatación y raspado o embarazos ectópicos traumáticos, y los estribos acolchados y los instrumentos que se utilizan en esa sala están cargados de significado que hay que contrarrestar si quieren continuar.

Richard y yo teníamos la suerte de no llevar auestas esos recuerdos o malas experiencias, sólo los años de espera, y la toma de control había ido mejor de lo que esperábamos. Para entrar en la sala de la transferencia, que días atrás había sido la sala de la punción, no necesité pastillas ni música. Esa primera vez, que confiaba en que fuera la última, no quería que nada quitara brillo a la experiencia.

Había tanto silencio que se oía el zumbido de las máquinas, y noté una formalidad extraña en el modo en que el doctor Young leyó mi nombre, una precaución curiosamente poco sofisticada dadas las circunstancias. Me quedé lo más quieta posible mientras me introducían un catéter delgado por el cérvix. Kim, de pie a mi lado, me presionaba el vientre con una varita de ultrasonido para seleccionar el lugar adecuado. En el monitor se vio un destello.

—¡Ahí está! —exclamó el doctor Young—. ¡El embrión!

Richard y yo nos cogimos la mano con fuerza. Nada de toda esa experiencia había sido como imaginamos cuando decidimos tener un hijo, ni siquiera la primera vez que intuimos que el camino podía ser largo. Había resultado más incómodo y más caro de lo que esperábamos, además de menos íntimo: había otras tres personas en la sala, por no hablar de la familia y los amigos que querrían saber, al cabo de dos semanas, si nuestra FIV había tenido éxito.

Luego, el médico, la enfermera y la embrióloga salieron, y nos quedamos solos: dos personas que podrían no haberse conocido nunca, ni pasado por esa lucha, ni creado ese embrión. Se oía el tictac de un reloj de pared, pero sabíamos que nadie nos metería prisa. Aunque solíamos hablar mucho, incluso en las salas de exploración y estando yo con los pies en los estribos, nos sobrevino cierta reserva tímida mientras considerábamos la gravedad de lo que habíamos hecho. Al cabo de nueve meses podríamos tener un hijo o más decisiones que tomar. Por el momento esperamos, una vez más.

## HISTORIAS DE PARTOS

Todd Jensen le propuso matrimonio a Gabe Faibish una cálida noche de mayo de 2012.<sup>[22]</sup> Estaban en un romántico restaurante panasiático de Chapel Hill llamado Lantern, la clase de establecimiento donde cada brote de guisante y cada chuleta de cerdo tiene un pedigrí local, y la luz es tenue y favorecedora. Fueron andando hasta el restaurante desde su casa recién reformada y, aunque era una feliz ocasión —el noveno aniversario de su primera cita—, Gabe no esperaba una propuesta semejante. «Creía que sólo intentábamos llegar al final de la semana —recordó con cierto arrepentimiento—. Estábamos pasando uno de nuestros “periodos apasionados”.» Gabe, un escritor y actor acostumbrado a reflexionar detenidamente sobre el carácter y la motivación de sus personajes, respondió: «Sí, pero no ahora». Todd, un profesor e investigador en la sanidad pública seguro de sí mismo, oyó: «No». Regresaron a casa en un estado anímico entre nostálgico y abatido, sacaron a pasear a su labrador y se acostaron.

Para Gabe, la conveniencia del matrimonio, y la idea de vivir feliz dentro de esa institución, era algo bastante nuevo. No se declaró abiertamente homosexual hasta los treinta y pocos, cuando hacía el posgrado, y antes de eso había estado muchos años en una relación afectuosa y comprometida con una mujer, luchando todo el tiempo con su sexualidad. Durante años —aun después de conocer a Todd en un pícnic con unos amigos en Central Park— creyó que, al ser gay, le estaban vetadas ciertas clases de estructuras familiares. Él no se casaría ni tendría una casa con un perro, un patio e hijos.

Se pasó los siguientes meses deliberando, sobre todo en su fuero interno, hasta que finalmente tomó una decisión: estaba preparado. Se casaron ese junio en Brooklyn —en Carolina del Norte el matrimonio entre personas del

mismo sexo estaba prohibido por la Constitución—, en el jardín de su restaurante favorito, Carroll Gardens. La ceremonia fue judía con toques budistas: los invitados recitaron la oración budista del amor compasivo después de que Gabe y Todd pisotearan la copa que simbolizaba el comienzo de su nueva vida juntos, y para la *chuppah* utilizaron el talit del abuelo de Gabe y un chal de rezo budista que Todd se pone cuando medita. Meses después empezaron a hablar de hijos, una cuestión más seria e importante que la del matrimonio.

Hablaron sobre ello durante más de un año. Gabe se preguntaba cómo sería su nueva vida, qué representarían los deberes de la crianza de los hijos para su trabajo diario y su vida de escritor, cómo repercutiría la paternidad en su relación. Después de un invierno duro e introspectivo, durante el cual leyó mucho, se apuntó a una clínica de natación y habló largo y tendido con amigos íntimos de sus dudas y deseos de ser padre, Gabe se decidió. Quería criar a un niño, una empresa que sólo podía imaginar con Todd a su lado.

«La historia del matrimonio es una de continuidad y cambio», escribió el juez del Tribunal Supremo Anthony Kennedy dos años después de que Gabe y Todd se casaran en el dictamen mayoritario del caso «Obergefell contra Hodges», la sentencia histórica que legalizó el matrimonio entre personas del mismo sexo en todo el país. El dictamen de Kennedy, al que se sumaron los jueces Ruth Bader Ginsburg, Elena Kagan, Stephen Breyer y Sonia Sotomayor, hacía referencia a cambios como el abandono de la doctrina de *coverture*<sup>[\*]</sup> y el descenso de los matrimonios concertados, pero también a la realidad cada vez mayor y al reconocimiento público de las distintas clases de estructuras familiares, como son las parejas del mismo sexo que no pueden o no quieren tener hijos, y las parejas que adoptan o tienen hijos biológicos. «Entender los cambios del matrimonio es propio de una nación donde las nuevas dimensiones de la libertad se han hecho evidentes para las nuevas generaciones», escribió Kennedy.

Antes de la sentencia, muchos observadores del Tribunal Supremo de Estados Unidos (SCOTUS, por sus siglas en inglés) predijeron que el

razonamiento de éste se apoyaría en la visión procreadora del matrimonio, ya establecida en un caso anterior sobre el acceso a los anticonceptivos, así como en esa definición ampliada de *familia*. La división me parece natural; es lógico que detrás del acceso a algo tan diverso y complejo como el matrimonio haya toda clase de razonamientos. Pero algunos juristas expertos vieron el potencial para otras vías de restricción legal, así como una alianza natural entre las parejas del mismo sexo y las de sexo opuesto que recurren a las técnicas de reproducción asistida para formar una familia.

«A medida que las parejas del mismo sexo han tenido acceso al matrimonio, algunos de los que se oponían han cambiado de parecer y han expresado su apoyo a la igualdad ante el matrimonio al mismo tiempo que intentan limitar su impacto», escribió Douglas NeJaime, profesor de Derecho de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), en un ensayo para la *Yale Law Journal* antes de la sentencia de Obergefell. «En particular, algunos aceptan ahora el matrimonio homosexual mientras mantienen su compromiso con una paternidad/maternidad biológica y diferenciada por género. En otras palabras, han abandonado su oposición a la exclusión de las parejas del mismo sexo al matrimonio sin abandonar el principal argumento que se utiliza para defender dicha exclusión.»

NeJaime advirtió que, si bien la igualdad ante el matrimonio se está convirtiendo en ley de aplicación general, «van surgiendo nuevas áreas de conflicto». Citaba a David Blankenhorn, un prominente socialconservador y el fundador del Institute for American Values, que cambió de parecer acerca del matrimonio entre parejas del mismo sexo —testificó en favor de la Proposición 8 de California, la enmienda a la Constitución aprobada en noviembre de 2008 que prohibía el matrimonio homosexual, pero más tarde salió en defensa de su reconocimiento a nivel federal—, aunque continuó manteniendo que «ninguna pareja del mismo sexo, casada o no, puede bajo ningún concepto reunir las tres dimensiones de la paternidad —biológica, social y legal— en una unión». El ejercicio de la paternidad/maternidad de las parejas del mismo sexo siempre sería inferior debido a la biología, subrayó Blankenhorn. Su instituto financió y publicó un estudio[23] llevado a cabo en adultos jóvenes concebidos por donación de semen que se conoció



como «My Daddy's Name Is Donor», y lucha por restringir las TRA partiendo de la creencia de que los hijos concebidos por donación salen peor parados que el resto y sus derechos no están siendo protegidos.

NeJaime llama a la formación de la familia *la próxima frontera* de la igualdad en razón de la orientación sexual. A un nivel personal, eso es cierto para Gabe y Todd, que se enfrentan a muchas restricciones y oportunidades tanto biológicas como jurídicas mientras consideran cómo tener un hijo.

Gabe y yo pertenecemos al mismo grupo de escritura creativa compuesto por cuatro miembros; nos reunimos una vez al mes en un pequeño café con aire de cabaña en las afueras de Chapel Hill, y a menudo empezamos con cotilleos y poniéndonos al día sobre temas personales. Recuerdo cuando Gabe nos contó que Todd y él estaban planteándose ser padres; al confesar sus reservas, otro miembro del grupo le advirtió que debía estar seguro al cien por cien antes de dar ese paso. Se trataba de una mujer elegante y reflexiva que fue madre bastante joven —sus hijos están ahora en esa edad en que parecen atterradoramente independientes y en paralelo consumen un tiempo imposible—, y debió de pensar: «¿De verdad sabéis en qué os estáis metiendo?».

Sin embargo, en ese momento yo me identifiqué con Gabe a raíz de mis años de indecisión, y a la mañana siguiente le envié lo que esperaba que fuera un correo electrónico alentador. Yo ya había tenido a mi hija y era una especie de evangelista de la paternidad/maternidad. Pero también, espero, de la ambivalencia, y de cómo una complicada valoración del futuro te permite barajar durante un tiempo ambas posibilidades: tener un hijo y abrirte camino tambaleándote durante un año o dos de distracción, falta de sueño y alegría, o continuar con una vida de libertad y romanticismo, pero sin hijos. Adoptar un hijo o recurrir a las tecnologías reproductivas —las únicas maneras en que Gabe y Todd podían ser padres— implican un periodo largo de planificación cuidadosa y espera. No conozco a nadie que se haya embarcado en la adopción o en las TRA sin sufrir cierto grado de ambivalencia o cuestionamiento *a posteriori*.

«La familia surge de forma gradual», escribe la jurista Martha M. Ertman en *Love's Promises*, un libro que pone de relieve el poder de los contratos en la planificación familiar, sobre todo para lo que llama las familias de *Plan B*, que se crean de formas poco corrientes: a través de las técnicas de reproducción asistida, la adopción o la fusión de familias por parte de parejas del mismo sexo o de personas solteras. Con Plan B, dice Ertman, no se refiere a que esa clase de familias sea una elección inferior o de segunda; sólo se propone reemplazar «el desdén y la condescendencia por una [...] reivindicación moralmente neutral de que la sociedad y las personas a nivel individual estarán mejor cuando podamos escoger cuándo, cómo y con quién tener un hijo». La familia de Ertman se creó por medio de la inseminación de un donante y la paternidad contractual: Victor, el padre genético de su hijo, es también amigo íntimo y tiene la custodia compartida. Después de nacer Walter, Ertman y Victor se casaron con sus respectivas parejas del mismo sexo, de modo que Walter tiene ahora dos padrastros en su vida. En *Love's Promises*, al hablar de la creación progresiva de la familia, Ertman se refiere tanto a la manera en que Walter ha obtenido a sus padres como a la naturaleza transformadora de tener hijos: «Cuando nació Walter pasé a ser madre biológica —escribe—, pero sólo al cambiarle, darle de comer, quererlo y preocuparme por él me convertí en madre».

A mayor escala, las opciones que hoy en día están al alcance de las familias LGBT también han surgido de forma gradual. Hace apenas una generación, muchos hombres gais se sentían acerca de la vida familiar «tradicional» como se sintió Gabe en otro tiempo: les parecía inalcanzable, no sólo biológica sino socialmente. El matrimonio homosexual, los avances en la tecnología reproductiva y las leyes de adopción más liberales han abierto puertas que antes estaban cerradas, y las personas que las cruzan ahora a menudo se maravillan de la rápida evolución que han presenciado en el transcurso de su vida. En el último capítulo de *Lejos del árbol*, Andrew Solomon escribe: «Durante mucho tiempo los niños me ponían triste. El origen de mi tristeza se me escapaba, pero creo que provenía sobre todo del hecho de que siempre me señalaran la ausencia de hijos en una vida gay como mi tragedia. Los hijos eran lo más importante en el mundo y, por tanto,

la imagen visible de mi fracaso».

Yo también crecí adoctrinada en un sistema de creencias que ponía a los hijos en el centro de la vida, y cuando pensé que no tendría, quise llevar una vida totalmente diferente, que no me recordara cada dos por tres lo que no tenía. Los hijos de los demás también me entristecían, no los niños en sí sino cómo sus padres (con todo el derecho, pero, a mi entender, con cierta petulancia también) los erigían como el centro de su existencia.

Ahora yo tengo una hija y Solomon tiene cuatro hijos: dos son genéticos de su marido, concebidos con amigas lesbianas; uno lo engendró con una amiga íntima con la que comparte custodia (un acuerdo similar al de Ertman con Victor), y el más pequeño es su hijo genético, nacido de una gestante subrogada que es también la madre de uno de los hijos genéticos de su marido. Todos —mi hija, el de Ertman, el de Solomon y los de su marido— nacieron por medio de alguna técnica de reproducción asistida sin la cual no podríamos haber formado nuestras familias de Plan B. Ertman describe la sensación de «haberse salido con la suya» que experimentó con Victor en la clínica de tratamientos de fertilidad, una sensación «muy diferente de la imagen vergonzosa o inadecuada» que veía proyectada en la mente de las parejas heterosexuales que los rodeaban. «Para los gais —escribe— el solo hecho de estar allí ya era un triunfo.»

Yo necesité más tiempo, pero ahora también me siento empoderada por las TRA no sólo por sus resultados, el asombro de una vida con mi hija y la capacidad para escoger cuándo tener otro hijo si así lo decido, sino de un modo más abstracto, por la determinación que requiere, el compromiso y el modo en que vence las limitaciones del cuerpo humano. El modo en que me empuja a abrazar la misma causa de personas como Solomon y Ertman.

«¿Cómo empezar?», se preguntaron Gabe y Todd una vez tomada la decisión de ser padres. Para las parejas LGBT la pregunta hace tiempo que es más complicada que para las parejas heterosexuales que luchan por tener una familia de Plan B. Después del caso Obergefell, la adopción se volvió más accesible en todos los estados de Estados Unidos menos en Misisipi, donde la

adopción para las parejas del mismo sexo estuvo vetada hasta que un fallo de un tribunal federal levantó la prohibición constitucional. Sin embargo, en varios estados se han presentado proyectos de ley que permiten a las agencias de acogimiento familiar y adopción discriminar por motivos religiosos, y en sólo siete se protegen de forma explícita a las familias LGBT de esta discriminación. Antes de la sentencia del Tribunal Supremo de 2015, algunos estados no permitían una adopción así, y las familias se veían a obligadas a avenirse a soluciones intermedias que no protegían a los padres ni a los niños en casos de urgencia, decisiones educativas, herencias y otros asuntos que los padres adoptivos heterosexuales dan por hecho.

En Carolina del Norte, así como en otros estados, el matrimonio homosexual y los derechos a la paternidad/maternidad del colectivo LGBT han estado estrechamente vinculados, aunque las parejas homosexuales han tenido hijos mucho antes de poder acceder a los mismos derechos y reconocimientos que las heterosexuales. Como se sostenía en un *amicus curiae* para apoyar el caso Obergefell, las parejas del mismo sexo tienen tres veces más probabilidades de adoptar o acoger un niño.

Shawn Long, director de operaciones en Equality NC, una organización sin ánimo de lucro dedicada a la defensa de los derechos del colectivo LGBT, fue padre hace ocho años cuando su pareja y él adoptaron un niño de cinco a través del sistema de acogimiento familiar. «Se llama Isaiah —me dijo, haciendo la misma ligera pausa que yo al pronunciar con orgulloso énfasis el nombre de mi hija—. Es mi vida.»

Shawn y su pareja, Craig Johnson, fueron los primeros gais que intentaron adoptar un niño a través del sistema de acogimiento familiar del condado de Wake, en Carolina del Norte, y aunque los profesionales de los servicios sociales y las otras parejas del programa los recibieron bien y les brindaron apoyo, fueron la última de su grupo a la que le adjudicaron un niño. Como pareja no casada —el matrimonio entre personas del mismo sexo seguía sin estar reconocido en Carolina del Norte— no podían adoptar un niño juntos, a pesar de que ya llevaban seis meses como familia de acogida. Decidieron que Craig sería el padre adoptivo, y siguieron viviendo como siempre, después de firmar un documento legal que los protegía, pero a

Shawn le dolió pasar «de padre de acogida a un total desconocido legal», dijo. Shawn y Craig se unieron a otros cuantos demandantes en una acción judicial interpuesta por la Unión Americana de Libertades Civiles (ACLU, por sus siglas en inglés) contra la enmienda constitucional de Carolina del Norte que prohibía el matrimonio homosexual.

Y ganaron. El 10 de octubre de 2014, un juez federal dictaminó que la prohibición del matrimonio homosexual en Carolina del Norte era inconstitucional. Shawn y Craig tenían previsto estar entre las primeras parejas que hicieran cola en el juzgado, pero al final la vida de familia se interpuso (Isaiah tenía un torneo de fútbol fuera de la ciudad aquel día). Se casaron el lunes siguiente, en presencia de Isaiah, y ahora tienen los mismos derechos que otros padres del fútbol. «Llevamos juntos veinte años —dijo Shawn—, pero estamos impacientes por celebrar nuestro primer aniversario.»

Como en el caso «Obergefell contra Hodges», la presencia de hijos en la vida de los demandantes de Carolina del Norte fue un factor decisivo a la hora de presentar el caso al público. La Enmienda n.º 1, la propuesta de ley que prohibía el matrimonio entre personas del mismo sexo, fue llevada a votación durante las primarias presidenciales y aprobada por una mayoría abrumadora en 2012. Pero desde entonces las familias LGBT, con sus estructuras de Plan B subyacentes, se han vuelto más abiertas y visibles. «La discriminación es un tema educativo —me dijo Shawn—. Cuando podamos decir: “Éstas son nuestras familias. Somos padres. Éstos son nuestros hijos. Estamos intentando protegerlos”, el corazón de la gente será más abierto.»

Aun así, señaló, las parejas del mismo sexo que intentan adoptar un niño a menudo se topan con discriminación y prejuicios, tanto por parte de asistentes sociales que tal vez piensan que las parejas heterosexuales serán mejores padres, como de agencias privadas que las discriminan adrede. Este panorama potencialmente adverso dio que pensar a Gabe y a Todd. Algunas de las agencias de adopción nacional más grandes de Estados Unidos se niegan a trabajar con parejas y solteros LGBT (la más grande, Bethany Christian Services, se compromete a tomar decisiones «en coherencia con los principios bíblicos» y no trabaja con parejas LGBT); después del caso Obergefell, otros estados podrían aprobar leyes de supuesta libertad religiosa

que permiten que las agencias de adopción se nieguen a adjudicar niños a parejas del mismo sexo (Michigan aprobó una ley así en junio, antes del fallo del Tribunal Supremo). Y según un resumen de la Human Rights Campaign sobre las posibilidades de adoptar del colectivo LGBT, debido a los prejuicios culturales y a leyes internacionales discriminatorias, «es muy difícil acceder a una adopción internacional como pareja abiertamente homosexual o como persona soltera abiertamente LGBT». Muchos de los países más populares entre los padres adoptivos de Estados Unidos (Guatemala, China, Etiopía, Corea del Sur y Rusia) prohíben explícitamente la adopción a las parejas del mismo sexo y a los individuos solteros; ninguno de los dos países que Richard y yo consideramos (Etiopía y Haití) habría permitido que Gabe y Todd adoptaran.

Para Gabe y Todd, tener un hijo genéticamente vinculado a ellos pasaba por contratar una maternidad subrogada, una forma de abordar la concepción tan cara y tan compleja desde el punto de vista jurídico que se ha convertido en la especialidad de más de un bufete de abogados. Una causa importante de esta complejidad jurídica son las divergencias entre las leyes de los diferentes estados, y en el de Carolina del Norte éstas son particularmente confusas: no hay ningún estatuto que regule la gestación subrogada, que consiste en un embrión creado con un óvulo donado y gestado por una madre sustituta vinculada por contrato.

Para Gabe, tener un hijo que esté relacionado genéticamente con él posee un atractivo emocional. Su padre, hijo único, es un superviviente del Holocausto, y su madre también es hija única. Pero, además del deseo de dar continuidad al linaje familiar, me dijo Gabe, lo que Todd y él quieren en realidad es «criar un ser humano a partir de cero». Y la mejor manera de lograr este objetivo, decidieron, era recurrir a una maternidad subrogada. Acordaron que Gabe proporcionaría los gametos masculinos —para Todd era menos importante el vínculo genético— y empezaron el proceso de cribado, haciéndose pruebas en una clínica local para detectar las posibles anomalías genéticas heredables. La selección de revistas pornográficas

de la sala de recogida de muestras de semen de la clínica era «cómicamente heteronormativa», comentó Gabe, y las instrucciones de cómo lavarse resultaban confusas, pero todo salió bien; tenía nadadores fuertes y no era portador genético de ninguna de las enfermedades más comunes en los linajes judíos.

Cómo y dónde encontrar una maternidad subrogada era la gran pregunta. Sus amigas íntimas eran en su mayoría demasiado mayores o estaban demasiado ocupadas para pedírselo o para que se ofrecieran, y en su familia tampoco había buenas candidatas. Conocían a otras parejas que habían recurrido a ese sistema en Estados Unidos, pero había supuesto tener trato con agencias y gestantes subrogadas en otros estados, y era, además, increíblemente caro: alrededor de 150.000 dólares entre los abogados, la agencia, los médicos y la gestante.

La familia de Gabe es estadounidense israelí, y él tiene un amigo en Israel, Doron Mamet, que fundó un servicio de gestación subrogada internacional, Tammuz, que pone en contacto a padres intencionales, sobre todo de Israel pero también de Estados Unidos, muchos de ellos homosexuales, con gestantes subrogadas de Estados Unidos, la India y por aquel entonces Nepal. Gabe y Todd estaban interesados en el programa de Nepal, por el que las mujeres indias (en India está prohibida la gestación subrogada para parejas del mismo sexo) viajan solas o con su familia a Nepal con un visado médico de turista (en aquella época Nepal prohibía la gestación subrogada a sus ciudadanos, pero no a los extranjeros). Las mujeres son fecundadas con embriones creados a partir de óvulos donados procedentes de Sudáfrica (la donación de óvulos es ilegal en Israel) y durante el embarazo viven en apartamentos de Katmandú, donde reciben los mismos cuidados prenatales que una madre occidental. Los desafíos prácticos y emocionales inherentes a este programa —la necesidad de realizar viajes caros y largos, esperar a que se geste un hijo tuyo en un país pobre en el otro extremo del mundo— quedan reflejados en el precio: cerca de la mitad de lo que cuesta la gestación subrogada en Estados Unidos. Tammuz atiende a hombres gays en particular y se fundó en respuesta a las leyes restrictivas en relación con la maternidad subrogada en Israel, donde sólo las parejas heterosexuales están

autorizadas a ello.

«He querido ser padre toda la vida —dice Mamet por Skype a una pareja esperanzada en una escena de *Google Baby*, un documental de 2010 sobre la gestación subrogada internacional—. Que alguien crea que no valgo para ser padre no es razón para que no lo sea. De modo que seguí adelante y me convertí en padre. Y me gustaría ayudar a otros a serlo.»

Cuesta ver *Google Baby* sin sentir cierta incomodidad, y la crítica reprobó el mercado de bebés internacional que pone al descubierto. Aun así, en la página inicial de Tammuz International, Mamet menciona el documental (ganador de un Emmy en 2011) como si la atención que éste generó fuera un signo de calidad, o tal vez como una manera de admitir la naturaleza controvertida de su trabajo. Hablé con él por Skype y me dijo que, aunque *Google Baby* parece consistir en un solo relato, en realidad cuenta tres historias que están interrelacionadas: la de sus encuentros con los clientes, la de los donantes de óvulos estadounidenses que no tienen relación con Tammuz y la de las madres subrogadas indias que nunca han trabajado para Tammuz.

Los críticos que reaccionaron ante el documental —y ante la maternidad subrogada internacional en general— desapruaban la ausencia de normas que regulen el proceso, la falta de capacidad de acción a nivel económico y médico de las madres subrogadas indias (los pagos se efectúan a sus maridos y se les practican cesáreas médicamente innecesarias de forma rutinaria), la actitud alegremente eficiente de una obstreta/clínica de FIV que aparece en el documental (contestando el teléfono mientras cose a una madre subrogada después del parto) y la manera en que todo el proceso se ve como una metáfora de la globalización en su forma más extrema.

Aunque ya se documentan casos de maternidad subrogada en el Antiguo Testamento, cuando Sara le propuso a Abraham que tuviera hijos con su sirvienta, las opiniones contemporáneas acerca de la gestación subrogada contractual suelen hacer hincapié en sus cualidades futuristas y distópicas, así como en la incomodidad que genera cualquier acuerdo que obligue a una madre gestacional o genética/biológica a renunciar a su bebé. Recuerdo que leí *El cuento de la criada*, de Margaret Atwood, cuando estaba en séptimo (se



lo cogí a mi madre, seguramente sin que ella se enterara) y me sentí aterrada por la sociedad que describe: una teocracia cristiana militarista en la que las parejas ricas y poderosas obligan a las mujeres jóvenes y fértiles a vivir bajo su techo, para que tengan relaciones sexuales con los maridos y traigan hijos que crían como suyos.

Atwood admitió su preocupación antes del lanzamiento del libro, pero fue bien recibido por la crítica y no tardó en convertirse en un *best seller*. Se publicó en Estados Unidos en febrero de 1986, casualmente un mes antes del nacimiento de Baby M, el niño que se vio en medio de una batalla legal que atrajo la atención internacional sobre las consideraciones éticas y legales de la maternidad subrogada. Baby M nació de Mary Beth Whitehead, una mujer de la parte costera de Nueva Jersey que firmó un contrato de subrogación tradicional (en contraposición a la gestacional) con William y Elizabeth Stern, una pareja infértil del próspero municipio de Tenafly. Whitehead fue inseminada con el semen de William Stern, pero en el momento del parto decidió que quería disolver el contrato de 10.000 dólares y quedarse con el niño. Para muchos, el caso —que finalmente devolvió a Baby M a los Stern, aunque Whitehead conservó el derecho a visitarlo— sirvió para recordarnos lo que podía ocurrir cuando los ricos explotaban el cuerpo de las mujeres pobres, como en la novela de Atwood. En respuesta, varios estados norteamericanos prohibieron por completo la subrogación por compensación. La maternidad subrogada gestacional, en la que la madre de alquiler no tiene un vínculo genético con el feto, se convirtió en la práctica por defecto en lugares como California, donde sigue siendo legal la subrogación por compensación.

Muchas feministas reaccionaron ante el caso de Baby M tomando partido por la señorita Whitehead, quien, a raíz del tema de la custodia, fue objeto de una discutible evaluación de su aptitud como madre que lo analizaba todo, desde los juguetes que había dado al bebé hasta el color del tinte para el cabello que había escogido. Un grupo de mujeres escritoras de Nueva York redactaron una carta abierta en la que declaraban: «Según estos criterios, todas somos madres inadecuadas». Lo firmaron más de cien mujeres, entre ellas Betty Friedan, Gloria Steinem, Nora Ephron y Meryl Streep.

Yo también habría tomado partido por Mary Beth Whitehead. Todavía lo haría; dudo que pudiera anticipar lo que sentiría al separarse de su bebé cuando renunció a sus derechos antes de concebirlo siquiera, antes de llevarlo en su seno durante nueve largos meses. Eso no significa que no compadezca también a los padres intencionales, sobre todo a Elizabeth Stern, una pediatra cuyo estatus legal como madre fue revocado por los tribunales, que no se lo reconocieron aun cuando crio al bebé en su hogar hasta que se hizo adulto, y a Baby M, cuyos primeros meses de vida causaron un gran revuelo que fue documentado en todo el mundo.

Martha M. Ertman insiste en que es posible concertar una maternidad subrogada que proteja a la gestante, a los padres intencionales y al bebé: asegúrate de que es gestacional y en un estado que reconozca los contratos de subrogación, y no tendrás problemas, porque, «por lo general, la gente cumple lo acordado». Pero cuando el bebé es gestado por una mujer sin estudios de un país subdesarrollado situado a miles de kilómetros de distancia, ¿cómo sabes si la gestante subrogada ha sido bien informada y no está siendo objeto de explotación? ¿Cómo sabes que no sentirá un dolor duradero cuando se lleven al recién nacido de la sala de partos?

Gabe me dijo lo que él quería creer y lo que Mamet le había dicho: que las mujeres de Nepal vivían holgadamente, que tenían la oportunidad de mejorar su vida, comprarse una casa y educar a sus propios hijos. Pero reconoció: «No lo sabes. No puedes saberlo».

Mamet, cuyos dos hijos nacieron de maternidades subrogadas estadounidenses, me dijo que su única preocupación ética a la hora de utilizar a las madres subrogadas indias de Tammuz es la libertad de elección: no está seguro de que sus maridos y sus familias no las presionen para hacerlo. «No puedo saberlo —admitió—. Pero tampoco podría saberlo de una [mujer] estadounidense.»

Tammuz International volvió a ser noticia en abril de 2015 cuando un terremoto de magnitud 7,8 sacudió Nepal, causando 8.800 muertes y dejando más de 23.000 heridos. Ninguna de las gestantes subrogadas ni los miembros

del personal que vivían en Katmandú resultaron heridos, pero unos cuantos bebés nacieron durante las secuelas del terremoto, que consistieron en fuertes réplicas cada quince o veinte minutos. Unos cuantos bebés nacieron prematuramente, pero todos sobrevivieron gracias a las dedicadas enfermeras nepalíes, que los mantuvieron calientes y seguros dentro de coches caldeados en el aparcamiento del hospital. Los días y las semanas anteriores habían nacido varios bebés que ya vivían con sus padres intencionales, en su mayoría parejas israelíes, aunque todavía estaban tramitando los pasaportes y los certificados de nacimiento necesarios para llevarse a los recién nacidos a su país.

Nepal es un destino turístico popular entre los israelíes, que se ven atraídos por el bonito paisaje y por la oportunidad de subir al Everest. Debido a las restrictivas leyes antiguas sobre la subrogación que hay en Israel y al próspero negocio que fundó Doron Mamet, también se ha convertido en el destino obligado para un tipo de turismo médico de gran complejidad ética y práctica. En total sumaban 229 los montañeros israelíes, turistas, padres y recién nacidos que había dentro y alrededor del epicentro del terremoto. El gobierno de Israel mandó equipos de rescate y montó campamentos para atender a las víctimas. Evacuó a sus ciudadanos, entre ellos a los vulnerables recién nacidos, pero dejó allí a las gestantes subrogadas indias: había por lo menos quince de posparto y más de ochenta todavía embarazadas.

¿Qué lectura hay que hacer de esta historia? Para algunos, el puente aéreo israelí que se puso únicamente a disposición de sus ciudadanos es un ejemplo de la crueldad y el chauvinismo occidental, y los hospitales de campaña sólo sirvieron de tapadera de un mercado de explotación infantil. Para otros — sobre todo para los padres de los recién nacidos— fue una oportunidad para sacar a la luz la discriminación que sólo permite a las parejas heterosexuales formar una familia a través de la subrogación en su país. Pero la noticia también se divulgó porque sonaba exótica y extraña: semen de Israel, óvulos de Sudáfrica, gestantes de la India, un terremoto en Nepal. En la página web de la NPR colgaron una foto de dos padres con bata de hospital y su pequeño hijo en brazos con el pie: «Éste sí que es un bebé internacional».

Al enterarse del terremoto, Gabe le preguntó a Todd si quería seguir

adelante con la maternidad subrogada de Nepal, suponiendo que todo volviera a la normalidad. Todd respondió que sí y Gabe estuvo de acuerdo. Pero volver a la normalidad entrañaba algo más que reconstruir los hospitales o superar las secuelas (otra fuerte réplica sacudió Nepal apenas dos semanas después, matando a otras doscientas personas). Para que el programa de subrogación continuara, tendría que superar el examen cada vez más riguroso que habían generado el terremoto y el puente aéreo de los bebés. Tailandia, otro país subdesarrollado y poco reglamentado que en otro tiempo había tenido un próspero mercado de maternidad subrogada, prohibió la subrogación internacional en 2015 a raíz de dos grandes escándalos: el supuesto abandono de un niño con síndrome de Down por parte de una pareja australiana (la madre gestante lo está criando ahora), y el extraño caso de un japonés que resultó ser padre de dieciséis niños.

Seguir adelante con la maternidad subrogada internacional en Nepal dependería de la lectura que se hiciera de la noticia. ¿Necesitaba Nepal mejorar las regulaciones jurídicas del turismo reproductivo? ¿Debería dedicarse al negocio de la subrogación? ¿Necesita Israel cambiar sus propias leyes para que cualquier persona pueda acceder a la gestación subrogada?

Estas cuestiones me recuerdan cuando nosotros consideramos la adopción internacional. Los programas que podíamos permitirnos pagar, y que ofrecían los tiempos de espera más cortos y los niños más pequeños, eran también los menos regulados jurídicamente. ¿Creía que esos países debían suspender o frenar sus programas? Sí. ¿Me sentí decepcionada cuando me enteré de que lo habían hecho? De nuevo, sí.

Casi todas las maneras de formar una familia de Plan B pasan por un contrato de alguna clase. Al comienzo de nuestro ciclo de FIV, Richard y yo firmamos dos: uno con una agencia que establecía nuestra participación en los costes (una cara garantía de reembolso parcial) y otra con la clínica responsable de crear y almacenar nuestros embriones. Entre otras cuestiones, antes de la punción ovárica tuvimos que decidir qué haríamos con cualquiera de los embriones no utilizados y qué haríamos en caso de divorcio. Hace poco

revisé el contrato de participación en los costes y me sorprendió leer cláusulas importantes que no recordaba haber leído y aceptado —por ejemplo, permitíamos que nuestro médico implantara el número de embriones que creyera adecuado— y, sin embargo, mi firma estaba al pie de la hoja, junto a la de Richard.

En comparación con gran parte del mundo, estamos de sobra equipados para evaluar los contratos. Ya sólo saber leer y escribir, y el hecho de que cualquier contrato que se nos da a firmar esté en nuestra lengua materna, nos distingue de muchas de las gestantes subrogadas que firman contratos con agencias como la de Doron Mamet. Y, sin embargo, pasamos por alto cosas, no por despiste o desidia, sino porque nos pareció que no teníamos otra opción.

Una de las paradojas de formar una familia de Plan B es que, pese a la naturaleza no fortuita de la iniciativa, y los meses o años de espera y planificación, las partes que más tienen que perder se enfrentan a menudo con profesionales que muestran un interés económico en acelerar el proceso. A los futuros padres adoptivos se les da un plazo mínimo para decidir si quieren recoger a un bebé de un hospital o un orfanato; en nuestro país, se aconseja adoptar en estados que den a las madres biológicas el menor margen de tiempo para reflexionar sobre el significado de renunciar a sus derechos parentales. A los pacientes de TRA a menudo no se los informa bien al comienzo del proceso sobre todas las decisiones médicas y legales que tendrán que tomar en muy poco tiempo. Para los padres intencionales del colectivo LGBT, las decisiones que les esperan en el camino a la paternidad/maternidad son más complejas debido a un sistema jurídico que no siempre reconoce sus derechos y que puede empujarlos a aceptar cualquier opción que se les ofrezca.

El único comentario directo que hace el director de *Google Baby*, Zippi Brand Frank, llega al inicio en forma de epígrafe: «En los años 60 la píldora anticonceptiva consiguió que el sexo no estuviera ligado a hacer un hijo. Hoy, las nuevas tecnologías han conseguido que hacer hijos no esté ligado al sexo». La ausencia de sexo en la creación de vida —bebés probeta almacenados en cubas de nitrógeno líquido— no suena muy novedosa. El

elemento más perturbador del documental es la sensación de que nada está regulado por leyes y todo es precipitado. Mamet asesora a sus clientes por teléfono o vía Skype, y se sorprende cuando tres parejas distintas aceptan su sugerencia de implantar embriones a dos gestantes a la vez, aumentando así sus probabilidades de concebir. En una clínica de obstetricia/FIV de Delhi, las cesáreas se suceden en la pantalla en cuestión de minutos, y se llevan rápidamente a los bebés después de que la madre subrogada les eche el más breve vistazo. «¿Estás contenta? ¿Estás contenta o no?», le pregunta con brusquedad la obstetra a una mujer sedada que llora en silencio mientras limpian en una camilla cercana al bebé que acaba de gestar. A la madre subrogada no se le permite ni un momento de debilidad.

El desequilibrio de poder inherente al mercado mundial de la maternidad subrogada no es sólo fruto de la situación financiera —el hecho de que la subrogación pueda concertarse en la India, México o Nepal por la mitad del precio que en nuestro país—, sino también de un panorama jurídico confuso y a menudo discriminatorio en los países desarrollados donde viven los clientes. En Israel hay varias leyes favorables al colectivo LGBT y una atmósfera profamilia que a muchas parejas del mismo sexo les parece acogedora, pero la legislación sobre la familia fue dictada por tribunales rabínicos conservadores, y la subrogación para las parejas del mismo sexo no tiene ninguna posibilidad. En Irlanda, donde en 2015 se aprobó por una mayoría abrumadora la legalización del matrimonio homosexual, está prohibida la gestación subrogada y hasta hace poco no se permitía la adopción a las parejas del mismo sexo. En Estados Unidos, la situación estado por estado de las leyes sobre la subrogación es variada y a menudo poco clara. Y el hecho de que personas como Gabe y Todd no puedan contratar a una gestante en su propio estado aumenta sin duda el coste y la incomodidad de la subrogación en California o Illinois.

De ahí que los padres intencionales se vean obligados a acudir a mercados no regulados donde firman contratos con mujeres cuyo principal poder económico radica en lo que puede hacer su cuerpo: aceptar y dejar crecer un embrión de unas pocas células hasta que se convierte en un bebé sano.

«Sería poco honesto afirmar que no interviene aquí el impulso mercantil —me escribió Gabe en un correo electrónico—. Pero también interviene, y de formas mucho menos reguladas e incluso más oscuras, en los demás bienes que los occidentales adquieren a través del mercado globalizado, que es casi literalmente todo.»

Lo mejor que podría pasar sería que una amiga más joven se ofreciera a Gabe y a Todd como gestante subrogada. Yo misma consideré por un instante ser esa mujer heroica, pensando en el regalo que supondría para esas dos personas que me consta que serán unos padres excelentes. Pero luego pienso en si es el momento oportuno (ya estoy rondando los cuarenta), en el carácter absorbente del embarazo y en los riesgos que entraña para la salud, y la situación empieza a parecerme menos bonita y altruista, y más aterradora. Parul Gøtz, que me habló de su decisión de adoptar, se planteó la subrogación cuando su hermana se ofreció a gestar su bebé por ella. «Luego pensé: “No puedo pedirle que haga eso, y si no puedo pedírselo a mi hermana, ¿cómo voy a pedírselo a una desconocida?”», me confesó.

Esa clase de razonamiento, fruto de sus propias experiencias con embarazos múltiples y abortos espontáneos, la llevó a la adopción nacional. Para Gabe y Todd, la adopción de un recién nacido —pedir a una madre biológica que renuncie a un hijo con el que tiene una relación genética— plantea más problemas éticos que la subrogación contractual. No estoy segura de si yo me habría sentido cómoda con alguna de esas dos opciones, pero tenía a mi alcance una solución más fácil. Y como he estado en la situación de Todd y Gabe, y en la de Nate y Parul —en la cúspide del Plan B—, no juzgo lo que ellos han decidido. No puedo.

Hoy en día casi todas las personas con recursos tienen la posibilidad de ser padres o madres, a través de alguna técnica de reproducción asistida o de otras maneras. Las parejas sobrepasadas por años de infertilidad pueden escoger nuevas opciones de tratamiento,<sup>[24]</sup> entre ellas la implantación de selecciones genéticas de embriones o las terapias génicas que reemplazan una mitocondria portadora de enfermedad por el ADN de una tercera persona.

Pueden seleccionar óvulos, semen o embriones de donantes. Las mujeres solteras o lesbianas pueden escoger de una enorme base de datos de donantes u optar por la inseminación de un donante conocido, en una clínica o en su casa, utilizando una jeringa de farmacia. Las parejas o personas solteras que quieren adoptar en su país pueden hacerlo a través de agencias privadas o por el sistema de acogimiento familiar estatal, o pueden colaborar con agencias y orfanatos de todas partes del mundo. Los hombres gays y las mujeres lesbianas o heterosexuales pueden concertar arreglos familiares insólitos por medio de contratos de subrogación o inseminación por donante como hicieron Solomon o Ertman, o pueden combinar el semen de uno con óvulos donados y hacer que el embrión fluya por el mundo para ser gestado por una persona desconocida.

La definición cada vez más amplia de la condición de *progenitor* resulta amenazante para quienes hacen hincapié en el valor de la paternidad/maternidad biológica. Pero hasta la definición de *biológico* ha cambiado.[25] Ahora sabemos que cada uno de los casos descritos más arriba son biológicos, incluso a un nivel genético, ya que las condiciones que creamos al criar a los hijos afectan hasta la misma expresión de su ADN.

«La historia de mi vida está en constante evolución por lo que se refiere a mi identidad —me dijo Gabe hace poco—. Siempre estoy dejando ir (o lo intento) a la persona que creía que iba a ser.»

Ésta es también la historia de la igualdad ante el matrimonio y de la igualdad reproductiva para todos: constante evolución, constante expansión. El uso de las tecnologías reproductivas en la ampliación de la imagen pública de la paternidad/maternidad ha formado parte de esta historia evolutiva. Martha M. Ertman durante mucho tiempo deseó «que dos óvulos hicieran un bebé —escribió—, para que la mujer a la que amo y yo pudiéramos tener un hijo genéticamente vinculado a ambas». Como era imposible, recurrió a las técnicas de reproducción asistida; el de Ertman y su mujer ahora se cuenta entre los casi 122.000 hogares estadounidenses de parejas del mismo sexo que están criando a 210.000 niños estadounidenses.

Aunque una realidad (la paternidad/maternidad de Plan B) soporta la otra (el matrimonio homosexual), y viceversa, las leyes aún no se han puesto al



día, y los padres biológicos, los niños y los padres intencionales están sufriendo. La adopción todavía puede resultar más complicada y más cara para las parejas del mismo sexo, que pueden ser objeto de perjuicios por parte de agencias de adopción y acogimiento familiar, en particular en los estados que permiten excepciones basadas en la libertad religiosa. A las parejas del mismo sexo que contraen matrimonio tal vez con la esperanza de proporcionar estabilidad adicional a sus hijos, o que se disponen a formar una familia a través de la reproducción asistida u otros medios, se les puede despedir de sus trabajos en más de la mitad de Estados Unidos. Las TRA han sido con frecuencia objeto de restricciones, tanto a través de enmiendas sobre la paternidad/maternidad que restringen la FIV para todos, como de intentos de limitar la FIV y las TRA a las parejas heterosexuales.

Cuando me hice profesora me introdujeron en el aprendizaje diferenciado. En cada clase y cada evaluación debía tener en cuenta no sólo a la mayoría del aula sino a todos y cada uno de los alumnos, y su forma de aprender y de expresarse. Al principio me pareció una tarea imposible, inabarcable y antinatural. Tenía que crear múltiples materiales y preparar múltiples deberes y exámenes, y me costaba creer que esa metodología funcionara mejor para los alumnos que la de la vieja escuela. Yo había sido la típica alumna anticuada que se contenta con sentarse ante su pupitre, leer el libro de texto y hacer los exámenes escritos de toda la vida (así fue como se desarrolló el grueso de mi educación escolar), pero intenté hacer lo que me pedían y descubrí que tenían razón: adaptar mi clase no fue tan difícil como temía y dio frutos. Todos aprendían mejor de esa manera. Al ampliar el aprendizaje para atender las necesidades de unos pocos alumnos, mejoraban los resultados de todos. Y otra ventaja: los niños estaban más contentos.

Nuestro sistema jurídico no garantiza la felicidad (sólo su búsqueda, en apariencia), pero legislar la inclusión parece funcionar del mismo modo, al menos por lo que se refiere al matrimonio y a la paternidad/maternidad. «Una regulación pluralista presta un mejor servicio a la legislación sobre la familia», señaló Douglas NeJaime. «¿Cómo es?», pregunté. En parte, me respondió, consiste en «reconocer y apoyar las diversas relaciones de dependencia que forjamos y que a menudo toman forma de relaciones

conyugales y de progenitor-hijo respaldadas hace tiempo por la ley, pero que cada vez más a menudo toman forma de otros acuerdos». Cuando regulamos de manera integradora nos esforzamos por proteger a todo el mundo: a los hijos, a las parejas del mismo sexo y de distinto sexo, a los donantes, a las madres biológicas y a las subrogadas.

Después del caso Obergefell es posible que Carolina del Norte considere la necesidad de proteger a las familias que firman acuerdos de subrogación y las regule de forma acorde. Pero para Gabe y Todd, que están preparados para formar una familia ahora, tal vez llegue demasiado tarde. Incómodos con las incertidumbres éticas y las incógnitas, cambiaron de parecer acerca de contratar a una agencia extranjera; justo a tiempo, afortunadamente, ya que a finales de agosto de 2015 el Tribunal Supremo nepalí suspendió sus programas de subrogación contractual. Antes de que se suspendiera el programa de Nepal, habían consultado a Mamet así como a varias agencias y clínicas establecidas en Estados Unidos. Ahora tienen esperanzas de firmar un contrato con una gestante subrogada estadounidense, alguien con quien podrían formar una relación significativa.

Le pregunté a Gabe si había pensado en lo que Todd y él le dirían a su hijo algún día sobre el modo en que vino al mundo. «Seremos muy francos con él», me respondió. Se imagina contándole toda la historia cuando sea lo bastante mayor para entenderla, y, en un momento determinado, facilitándole también el contacto de la donante de óvulo y de la gestante, si ellas están abiertas a ello. «También le diremos: “Eres nuestro hijo, porque eso es lo que creemos”.»

Gabe y Todd celebraron su segundo aniversario de boda un par de semanas antes de que se anunciara la decisión del Tribunal Supremo. Gabe recordaba las numerosas discusiones que habían tenido con el rabino Shalhevet, el que celebró la ceremonia, sobre la práctica y el significado de los distintos rituales judíos, que ellos adaptaron a sus circunstancias. Abreviaron el baile de *hakafot*, en el que los cónyuges se rodean el uno al otro siete veces, a tres vueltas y una rotación final de los dos rodeándose simultáneamente. Para el ritual de pisotear la copa, que puede simbolizar la duración prevista del matrimonio («tan largo como lo que una persona

tardaría en recoger cada pequeño cristal de la copa e intentar reconstruirla, es decir, una eternidad», me explicó Gabe), utilizaron una bombilla, que era más fácil de romper, como hacen muchas parejas modernas. Algunos rabinos no dan por finalizada la ceremonia hasta que la pareja pasa unos minutos a solas en una habitación privada conocida como *yichud* antes de sumarse a las festividades de la boda. Como en el restaurante donde se casaron no había *yichud*, Gabe y Todd dieron la vuelta a la manzana, «aturdidos, maravillados, emocionados y conmovidos» por lo que habían hecho. Me parece una metáfora no sólo de su matrimonio sino también del que será el relato del nacimiento de su hijo: adaptable y al mismo tiempo enraizado en la tradición, decidido en privado pero fundamentado en un contexto público.

«Cuánto hemos recorrido —dijo Gabe—. Cuánto nos queda por recorrer.»

## ESPERANDO UN HIJO

Llovía y hacía frío el día que implantamos nuestro embrión. Un domingo de finales de febrero, la clase de día que en circunstancias normales habría transcurrido dominado por un agudo síndrome del lunes: exámenes que corregir, clases que preparar. Pero me había tomado la primera mitad de la semana libre, y recuerdo que cuando llegué a casa, me tumbé enseguida, no porque estuviera cansada o dolorida sino porque pensé que la inmovilidad aumentaría las posibilidades. El embrión se había desarrollado bien en el entorno escrupulosamente controlado del laboratorio, las células se habían dividido de modo uniforme y según lo previsto. Intenté hacer las visualizaciones sobre las que había leído —el embrión flotando plácidamente en mi cavidad uterina hasta aferrarse con firmeza—, pero al ver que no lo conseguía, me conformé con la quietud.

Si el enganche de un cuerpo a otro es lo que define un embarazo, yo estaba embarazada desde la madrugada del miércoles. Lo sé porque lo sentí: un dolor agudo, casi un retorcimiento de las entrañas, que me sacó de la cama. Me levanté y di vueltas por la casa. El cielo se había despejado y la luna iluminaba lo suficiente para que me abriera paso sin encender ninguna luz. Caminé hasta que el dolor se disipó y volví a deslizarme bajo el edredón.

A la mañana siguiente, mi cuerpo había cambiado: tenía los pechos más grandes, surcados de venas azules y más blandos. Viví con cautela en ese nuevo cuerpo durante un día antes de preguntar a una amiga que iba por su tercer ciclo de FIV si era posible ver signos de embarazo tan pronto. Lo más probable era que se tratara de los supositorios de progesterona que las dos estábamos tomando, me dijo, con un tono ligeramente de disculpa y quizá también con cierta amargura. Debía de haber sentido o imaginado los mismos

signos en sus anteriores ciclos, ambos frustrados.

Pero a esas alturas yo ya estaba convencida. Todas las mañanas le decía a Richard:

—Creo que estoy embarazada.

Y él me respondía:

—Yo también lo creo.

Compramos una prueba de embarazo y decidimos que me la haría el domingo por la mañana, una semana después de la transferencia. Era tal mi convicción que apenas me puse nerviosa mientras esperaba que la segunda línea se pusiera rosa. Y allí estaba, perfectamente nítida, en unos segundos. Más tarde dimos un paseo tranquilo, sin prisa; era un día de temperaturas suaves, como de primavera, y las orillas del Haw empezaban a reverdecer. Nos sentamos en la hierba fresca y contemplamos cómo un águila pasaba varias veces frente a nosotros antes de posarse en su árbol.

Nuestra embarazosa buena suerte: un solo ciclo de FIV que nos había dado siete embriones, una segunda línea en la prueba de embarazo que al día siguiente era incluso más oscura, temperaturas primaverales a principios de marzo. El primer análisis de sangre que me hice en la clínica fue definitivo y tranquilizador. Regresé dos días después, esperando oír que las cifras se habían doblado. En lugar de ello, mi médico me dio una noticia que sabía que me inquietaría: casi se habían cuadruplicado en dos días, lo que daba a entender la posibilidad de gemelos. No sería la primera vez que un solo embrión se convertía en dos, me dijo; tendríamos que esperar a la ecografía para estar seguros.

Mi talento más fiable es encontrar tréboles de cuatro hojas. He encontrado cientos, a veces una docena a la vez, y en casa muchos de mis libros favoritos tienen entre sus páginas hojas aplanadas y marronáceas. Mi madre también tenía esta habilidad; podría decirse que la heredé de ella, una especie de don especial para descubrir cambios en los diseños, pero creo que con su ejemplo me enseñó a mirar. No creo que los tréboles traigan suerte, pero encontrarlos me tranquiliza, alivia mi ansiedad, y esta confianza tal vez

se traduce en buena suerte (por el contrario, no encontrar tréboles de cuatro hojas cuando los busco me deja alarmada).

Después de recibir la noticia de que podía estar esperando gemelos, me propuse encontrar dos tréboles de cuatro hojas cada vez que paseara hasta el río (la luz del sol que se filtra a lo largo de la orilla pelada al parecer es idónea para la mutación del trébol, como seguramente también lo es el historial de contaminación del Haw). Los prensé en un pequeño cuaderno negro de dos en dos, página tras página, hasta que dejé de hacerlo.

El 25 de marzo, cumpleaños de Richard, sangré. Ya había oscurecido y cenamos en casa, y estábamos a punto de cortar el pastel que yo lo he había hecho cuando ocurrió. Me quedé tan paralizada al ver toda esa sangre brillante que apenas pude registrar lo que significaba; Richard llamó al médico, que nos pidió que fuéramos a verlo a la mañana siguiente para hacerme una ecografía. Yo no estaba ni de seis semanas; él no las tenía todas consigo de si encontraría el pulso. «Haz reposo —me aconsejó—. No podemos hacer nada más.»

Apenas pegamos ojo esa noche y a la mañana siguiente fuimos en silencio a la clínica, subimos en el ascensor y esperamos. Apenas unas semanas antes habíamos llevado galletas al personal para celebrar que dejábamos atrás las inyecciones y la punción ovárica. Pero ahora vi que podíamos volver fácilmente al punto de partida.

Era demasiado pronto para una ecografía corriente de las que muestran en televisión. Puse los pies en los estribos de la camilla y esperé la auscultación transvaginal. El médico, el mismo con el que había hablado la noche anterior, se mostró callado y amable. Yo contuve el aliento. Encontró el embrión — una única y diminuta mota— y el nítido murmullo de sus latidos. También descubrió la causa de la hemorragia: un gran hematoma subcoriónico entre la placenta y el embrión. El hematoma podía aumentar de tamaño, poniendo fin al embarazo, o podía ser absorbido por mi cuerpo, nos dijo el médico. «Tendremos que esperar a ver qué pasa.»

Al mirar la ecografía impresa pensé en mapas meteorológicos y huracanes, el espacio blanco y difuso de las turbulencias atmosféricas. En ese momento caí en la cuenta de que no estaba reaccionando ante la imagen

visual del hematoma, una mancha negra que parecía una cavidad más, pero hecha con tejidos de mi propio cuerpo, y que se veía estática en la pantalla. Era ese hematoma de aspecto inocuo, que no dolía siquiera, lo que amenazaba al embrión. Por casualidad me crucé en el pasillo con nuestro médico, el doctor Young, y le mostré la ecografía. Era un hematoma de tamaño considerable, admitió. Me recordó que tenía suerte de haber congelado los otros embriones.

Pero yo no quería esos otros embriones, quería ése, al que (desoyendo los preocupados consejos de Richard) ya le había leído y cantado, y del que había memorizado la fecha de nacimiento prevista (el 19 de noviembre). Un embrión perfecto, sano y fuerte, con un latido del corazón detectable antes de las seis semanas. Era injusto que mi cuerpo le fallara.

«Siempre me causa extrañeza la noticia de estar, y permanecer, embarazada», me escribió mi amiga la poeta Elaine Bleakney cuando le notifiqué mi embarazo temprano. Le había anunciado que la FIV había sido un éxito y, unas semanas después, que estaba asustada y haciendo una especie de reposo en cama autoprescrito: caminaba despacio de la cama a la sala de estar, donde comía mandarinas, enviaba correos electrónicos e intentaba escribir. Durante ese tiempo me hicieron ecografías semanales y observé cómo el hematoma se reducía, pero sin llegar a desaparecer, mientras el embrión —para entonces ya lo había visto retorcerse como un renacuajo— crecía sin parar.

«Cómo mantenerse embarazada»: hay una razón que explica por qué se suele ocultar la noticia del embarazo hasta el segundo trimestre. Queremos ahorrarnos a nosotros mismos y a nuestros amigos y familiares el disgusto de dar una buena noticia y, acto seguido, una mala. Pero si le comentas a cualquiera que te propones hacer un ciclo de FIV, te preguntarán cómo ha ido; además, estás tan acostumbrada a actualizar y monitorizar constantemente la información que es en lo único en lo que piensas.

Al menos es lo que me pasó mí. Me movía despacio, alerta a los pinchazos sueltos y a los dolores fantasmas, y en cuanto el hematoma desapareció, a finales de mi primer trimestre, volví a dar vigorosos paseos a

diario. No bebí una gota de alcohol; me pasé al café descafeinado. Mandé analizar el agua del grifo y compré agua embotellada después de que los resultados salieran altos en manganeso. Comía carne por primera vez en veinte años, dormía sobre el costado izquierdo y hacía recuentos de las patadas dos veces al día. Llené el resto de mi cuaderno negro de tréboles de cuatro hojas.

Hacia la mitad del embarazo hice una excursión en kayak con Richard y un amigo; estalló una tormenta y detuvimos las embarcaciones en la orilla, donde, sentados bajo una lluvia torrencial, esperamos a que los truenos y relámpagos cesaran. Pero siguió lloviendo, y el río estaba tan lleno que no había posibilidad de volver, de modo que no nos quedó otra salida que ir a remo hasta el siguiente embarcadero. A un kilómetro y medio de nuestro destino nos topamos con unos turbulentos rápidos y volcamos. Mientras caía al agua, una rama suelta me rozó la mejilla arrancándome un pendiente del lóbulo. Regresé a nado al kayak y lo empujé hasta un islote que dividía el río. A cada lado de éste, el agua que solía estar ligeramente rizada parecía alzarse en olas marinas, y me imaginé que caía de nuevo, me golpeaba la cabeza y me hundía rodando hasta que tocaba el fondo y me ahogaba. Cuando por fin salí del río, en lo único que podía pensar era en lo estúpida que había sido, y me sostuve la barriga hasta que noté de nuevo las tranquilizadoras patadas.

Ésos fueron los dos grandes sucesos de mi embarazo: unas pérdidas de sangre y mi caída de un kayak en unos rápidos. Aparte de que ya no volví a ir al cuarto de baño sin temer ver sangre, el resto se convirtió en algo rutinario. Averiguamos el sexo del bebé a las veinte semanas —los dos sentimos una gran alegría al enterarnos de que era una niña— y empezamos a ir a las clases de preparación para el parto que impartían en el mismo hospital en el que recibí el tratamiento de fertilidad. La comadrona que nos daba las clases hablaba mucho de *parto natural* y de la importancia de resistirse al pitocín y a las epidurales durante las contracciones. La idea era que, una vez te rendías a una experiencia de parto medicalizada, nunca recuperabas el control. No podrías salir a dar una vuelta, ni sentarte sobre una pelota de parto, ni hacer cualquiera de los ejercicios que practicábamos en clase.

El concepto que ella tenía de parto natural me pareció alienante, no sólo



porque daba a entender que tendríamos que luchar con los médicos para mantener el control, sino también por la idea de que el embarazo y el parto son normales y naturales. «Vuestros cuerpos saben qué hacer», nos aseguró. Nos enseñó vídeos de partos naturales en el hospital y partos naturales en casa, y de un recién nacido arrastrándose con una lentitud agonizante —no necesitaba ayuda— sobre el vientre de su madre hasta llegar a sus pechos. Cuando en clase alguien le preguntó cómo hacer la respiración rítmica que habíamos visto en las escenas del parto, ella se mofó e hizo una rápida e inquietante pantomima. «¿Quién no sabe respirar?»

¿Quién no es capaz de hacer lo que su cuerpo sabe hacer?  
¿Qué sabe el cuerpo, de todos modos?

Alguien en la habitación está asustado. Kristen y Mara se leen el uno al otro y a Paul y luego soy patética. Luego esperanza. Luego otra ola oscura y repugnante.

No puedo animal le digo a Kristen cuando es un ojo. Sabe que él se ha alojado. No lo sé o déjalo dice la marea. Ella me está leyendo quédate aquí.

Este pasaje es de la colección de prosa poética de Elaine, *For Another Writing Back*, y describe el parto de su hijo, asistido por una comadrona en su apartamento de Fort Greene. Me encanta el libro de Elaine, es asombroso, y lo empecé a escribir unos años después de que hiciéramos el posgrado juntas, pero he leído las escenas de parto una y otra vez. Me encantan sus intensas e íntimas descripciones de la impotencia, de visitar el lugar animal del dolor y de empujar. La oí leer ese poema y observé cómo una sala llena de oyentes contenía la respiración hasta que ella llegaba al parto: «¿Somos esto? Entonces puso sobre mí su boca es tan. Es tan».

Richard y yo entramos en el hospital la madrugada del 23 de noviembre, poco después de que yo rompiera aguas en casa. La primera pregunta que me hizo la enfermera de la sala de maternidad al verme tumbada sobre la mesa de exploración, presa de contracciones, fue si había considerado la clase de anticonceptivos que utilizaría después de que naciera el bebé. «¿La píldora?»,

tanteé.

No estaba asustada, pero, tal como nos advirtió la profesora de las clases de parto sobre cómo ocurriría, el tiempo avanzaba de forma fracturada, dividido por los distintos niveles de intervención médica admitidos. «Lo llaman trabajo de parto, no reposo de parto», me reprendió el interno de voz chillona por la mañana cuando rechacé el pitocín y mis contracciones no fueron a más. Hacia el mediodía, cansada de caminar por pasillos insulsos y preocupada por la insistencia de los médicos, accedí: pitocín, pero en cantidades pequeñas, una petición imposible. Mi enfermera no paraba de aumentar la dosis, pulsando números en la máquina del gotero que había junto a la cama de un modo que me pareció violento y taimado. No recuerdo la sensación que me produjo el aumento de las contracciones inducido por el pitocín, al menos no con la misma precisión que el dolor de una quemadura o un corte. Recuerdo que pensé que parecían metálicas, y que se me quitaron las ganas de andar.

El hospital ofrecía un servicio de comadronas voluntarias y llamamos a una, y la joven que acudió me enseñó por fin cómo se respiraba. Esa chica tuvo que irse, y llamó a otras dos comadronas, que eran nuevas en el programa de voluntarias. Eran amables pero no había color con respecto a la primera, y no pararon de aumentar la dosis de pitocín cada media hora.

Cerca de la medianoche yo ya había tenido suficiente. «Gracias, comadronas, pero necesito una epidural», anuncié. O algo parecido. Nada de heroicidades para mí (nunca llegué tan lejos como Elaine, con las oleadas de dolor cálido o el fallo en el lenguaje). Richard recuerda que mi voz sonó extrañamente serena cuando lo desperté de una breve cabezada. «Es la hora —le dije—. Ya viene.»

La enfermera que había ido aumentando el pitocín me agarró una pierna y Richard la otra. A un médico con botas de cowboy, también recién despertado, lo ayudaron a ponerse rápidamente los guantes y el traje de quirófano. Empujé cuando me lo dijeron, con todas mis fuerzas, aunque apenas notaba lo que hacía, como si al empujar con decisión pudiera compensar el bajo umbral del dolor.

—¿Quiere coger al bebé? —le preguntó el médico a Richard.

Él titubeó y luego respondió que sí.

—Espera —dije yo.

Pero me tocaba empujar de nuevo. ¿Quería verle la cabeza?

Y allí estaba ella, en los brazos asustados de Richard: berreando, rosada, alerta, con las mejillas redondas, los ojos azules, diez dedos en las manos y en los pies, nuestra.

Más tarde escribí una historia abreviada del nacimiento de Beatrice en un cuaderno, donde pegué algunos de los tréboles de cuatro hojas que había encontrado para ella, que se habían vuelto quebradizos y de un verde grisáceo. El escrito tiene el tono de un cuento infantil («Llevó un tiempo», escribí sobre el parto de veintiséis horas. «...»), aunque imagino que ella lo leerá cuando sea mayor, ya adolescente o adulta. Al final del cuaderno guardo todas las ecografías: la primera de todas, antes de la implantación; las que me hicieron después del hematoma. No estoy segura de qué hacer con ellas, con esos primeros vislumbres de su vida antes de que casi nadie tuviera oportunidad de verla. Tal vez no signifiquen gran cosa para ella; tal vez no les eche más que un vistazo pasajero.

Como es natural, ella sabrá cuánto desearon tenerla sus padres, lo esperada que fue, lo querida. Pero confío en que también sepa cuántas personas más estuvieron allí —los médicos, las enfermeras, los embriólogos y los allegados en general— ofreciéndonos su apoyo, a ella y a nosotros. Si se detiene a pensar sobre el azar y la suerte, los temas que tanto preocuparon a su madre, espero que no contemple la fragilidad de la vida sino su prodigalidad.

## PAGAR POR ELLO

«No habría tenido este hijo sin el seguro de Massachusetts», me dijo mi amiga Margaret Monteith por Skype una mañana de diciembre. Hablaba del bebé que esperaba para mayo, un niño saltarín al que había visto hacía poco, al final de su primer trimestre, en una ecografía. Margaret y su marido, Matthew, habían pasado por nueve rondas de FIV y siete abortos naturales, y necesitado una cantidad extraordinaria de paciencia y autodeterminación para lograr ese embarazo. A las dieciséis semanas, Margaret estaba preparando alegremente el nido y acababa de convertir un pequeño dormitorio trasero de su piso de Jamaica Plain en un cuarto de huéspedes para los amigos y familiares que los visitaran. Se había informado sobre guarderías y parvularios; había estado leyendo libros sobre horarios de sueño. Giró la pantalla del ordenador para enseñarme la cuna de anticuario, una herencia familiar que se remontaba a la década del 1800, ya instalada en la esquina de la sala de estar.

Margaret es escritora y profesora de instituto; le encanta correr y estar al aire libre, y a mis ojos aparenta diez años menos de los cuarenta y cinco que tiene. Nos conocimos en 2011 en unas conferencias de verano para escritores, en las que hablamos de libros, cotilleamos, bebimos vino, nadamos y nos quejamos de dar clases en un instituto y de la vida del que escribe; pero no mencionamos ni una sola vez la gran aflicción de nuestra vida: que no podíamos tener hijos sin someternos a un tratamiento médico prohibitivamente caro. En aquel entonces ella vivía en Nueva York con su marido, fotógrafo y profesor universitario; lo que ganaban y no se les iba en el alquiler, la compra, las facturas y las cuotas del préstamo de estudiante lo destinaban a pagar las primas de un seguro médico que no cubría al completo

el programa de fertilidad que necesitaban.

Margaret tenía treinta y siete años cuando intentó quedarse embarazada, y treinta y ocho cuando acudió por primera vez a un endocrinólogo. «Mi ginecólogo nunca me indicó que tuviera algún problema antes de que empezara a intentarlo sin éxito, de modo que, por más que sabía que la infertilidad siempre puede darse, no me preocupó demasiado; sólo era consciente de ella por la experiencia de amigas mías —me comentó—. Tampoco me preocupaba la edad, ya que a mi ginecólogo no parecía preocuparle; además, muchas de mis amigas han sido madres a una edad avanzada.»

Como yo, Margaret empezó con tratamientos menos caros: medicación oral, inseminación intrauterina. Como esos procedimientos son mucho menos efectivos que la FIV, en muchas clínicas ni siquiera hacen un seguimiento minucioso de ellos;<sup>[26]</sup> los médicos parecen hacer conjeturas cuando informan de las tasas de éxito. «¿El 10 %? ¿El 15 %?» Hasta que tuvieron un golpe de suerte —empleos nuevos para ella y para su marido en Boston— no se plantearon optar por un tratamiento más agresivo. Ella ya tenía cuarenta y dos años.

Nueva York, donde Margaret y su marido vivían cuando buscaban tratamiento, es uno de los quince estados que obliga a dar cierta cobertura para el tratamiento de la infertilidad en todos los planes de seguro médico para sus residentes. El problema de las personas como Margaret es que esa cobertura se aplica sólo para «el diagnóstico y el tratamiento de problemas médicos corregibles, y sólo porque pueden ocasionar infertilidad». Lo que significa que a una mujer con una obstrucción de trompas corregible, o a un hombre con un varicocele que repercute en su producción de semen, se les podría operar, aun cuando la cirugía tal vez no sea el tratamiento más efectivo o más rápido, o aunque esos problemas sean menos comunes, por ejemplo, que la disminución de la reserva ovárica o un bajo recuento de espermatozoides. La FIV —a menudo el tratamiento más efectivo y más difícil de financiar— está específicamente excluida de los seguros médicos en Nueva York.

Leer sobre los requisitos de la cobertura mínima obligatoria en los otros

catorce estados[27] es como mirar un mapa de signos arbitrarios de la diversidad regional: en este estado las bebidas con gas se llaman *refrescos*, y en aquel, Coca-Cola. En Arkansas, por ejemplo, cubren el tratamiento de FIV, pero hasta un máximo de 15.000 dólares. Los planes de seguro médico de Maryland cubren la FIV, pero sólo con «los óvulos de la paciente» y «el semen de su marido». Las compañías aseguradoras de Rhode Island dotan de hasta 100.000 dólares a «individuos casados presumiblemente sanos» de hasta cuarenta años. En Hawái subvencionan un único ciclo de FIV, pero sólo después de que una pareja lo haya intentado en serio: los seguros médicos piden cinco años de infertilidad. En Montana y Virginia Oeste los seguros cubren la infertilidad, pero no entran en detalles sobre las condiciones. En cambio, en Illinois parecen bastante generosos, pues requieren que los planes costeen hasta seis punciones, hasta que uno lo analiza con más detenimiento y ve que sólo alguien que ha tenido éxito después de cuatro punciones (pasando por un hijo «nacido vivo») regresaría para las otras dos.

Es fácil reconocer, aun en los estados que han intentado proporcionar cobertura para el tratamiento de la infertilidad, quiénes son los que se quedan excluidos: las personas con diagnósticos complicados o que necesitan tratamientos caros, como Margaret; las personas de cierta edad; las parejas LGBT, las parejas de hecho o las mujeres que han decidido quedarse embarazadas por su cuenta. «Tengo amigas que viven en lugares donde no hay esta clase de cobertura y no ganan suficiente dinero para pagar el tratamiento —me comentó Margaret—. Muchas de las que han podido hacerlo tenían empleos bien remunerados o padres ricos dispuestos a ayudarlas. Es descorazonador, porque parece que tener hijos no debería depender de lo rico que eres.»

En el grupo de apoyo de RESOLVE al que fui durante más de dos años casi nunca hablábamos de dinero o del precio de los tratamientos. A veces alguien mencionaba que su seguro médico cubría la FIV o la medicación inyectable, o describía un paquete que ofrecía una de las clínicas locales, pero las personas que nos sentábamos alrededor de la mesa del sótano del hospital éramos tan dispares en cuanto al seguro médico que teníamos contratado como arbitraria era la cobertura para la FIV en los diferentes estados. Aún

más, la correspondencia entre nuestras circunstancias económicas y nuestra capacidad para quedarnos embarazadas era demasiado grande y demasiado sensible. Más que cualquier otro factor —la edad, el recuento y la calidad de los espermatozoides, la reserva ovárica medida con pruebas hormonales—, los recursos que invertíamos en el tratamiento parecían determinar los resultados. Empecé a creer que era un juego de cifras mientras veía una y otra vez cómo las mujeres más intrépidas con las inyecciones y los ciclos de FIV e IIU acababan dejando el grupo: por fin estaban embarazadas.

No todas llegaban al embarazo de la misma manera: una mujer de mi grupo se inyectó los restos de la medicación foliculoestimulante de un ciclo anterior sin decírselo a su marido; tuvieron relaciones sexuales y concibió gemelos. Otra, después de fracasar con la FIV y con incontables ciclos de medicación inyectable y sexo cronometrado, volvió a la IIU y concibió a su hija. Una pareja intentó la adopción de embriones y otra la ovodonación, y ambas acabaron con embarazos sanos. Recuerdo que pensé que algunas de esas mujeres deberían rendirse, pasar página —habían sufrido tantos fracasos, tantas intervenciones—, pues nunca se quedarían embarazadas.

Eso hicieron unas cuantas; tras haber agotado sus recursos en uno o dos ciclos de FIV, no podían soportar asistir a esas reuniones que les recordaban sus fracasos. Pero las que podíamos permitirnos afrontar los costes de todas esas tandas de tratamiento médico —el drenaje de los ahorros o el crédito, el torbellino emocional, el tiempo que dejábamos de trabajar— nos quedamos embarazadas, y una a una regresamos al grupo para comunicar la extraordinaria noticia. Al contrario del consejo tan común y poco meditado que la mayoría habíamos oído de boca de familiares o amigos —«En cuanto dejes de intentarlo te quedarás embarazada»—, nuestra experiencia era más bien: «Sigue intentándolo y al final lo conseguirás». Una propuesta cara para casi todas.

Aparte de que la sala de espera y la sala de reconocimiento eran más bonitas, la mayor diferencia que advertí en la nueva consulta de nuestra clínica de fertilidad en las afueras de la ciudad fue la forma de efectuar nuestros pagos.

Si antes extendíamos talones y tramitábamos los pagos del seguro a través de UNC Fertility, ahora todas las transacciones económicas se hacían a través de IntegraMed, una compañía que gestiona centros médicos de pacientes externos altamente especializados («predominante» en clínicas de tratamientos de fertilidad y de venas varicosas, según su página web).

Nosotros ya la conocíamos porque unos días después de regresar de Islandia habíamos pagado a IntegraMed 20.200 dólares. A cambio del elevado cargo bancario, recibimos un contrato de ocho páginas en el que se detallaba un extraño acuerdo económico conocido eufemísticamente como «programa de costes compartidos». Según este contrato, el pago efectuado nos permitía someternos hasta a tres rondas de FIV y tres implantaciones de embriones congelados. No cubría los medicamentos, pero los gastos más caros de la FIV —la punción y la fecundación de los óvulos, el cultivo de los embriones, la implantación— se pagaban con antelación con una cantidad fija que, tal como prometían los folletos, nos permitiría «¡concentrarnos en tener un bebé!».

En el alegre mensaje de IntegraMed —en el apartado de su página web relacionado con la fertilidad se exhorta a los pacientes a «planificar para tener éxito» y hay un blog muy familiar e inspirador—, Richard percibió algo más. Desprovistos de la opción del seguro —nuestro estado no figura siquiera entre los que hacen vagos requerimientos—, habíamos protegido nuestras apuestas comprando algo que tenía más de derivado financiero, como una permuta de cobertura por impago, que de plan de seguro médico.

Las permutas de cobertura por impago funcionan de la siguiente manera: una parte quiere vender un activo con un valor futuro incierto —por ejemplo, un grupo de hipotecas con un bajo interés medio del 7 %— a cambio de un precio fijo en el presente. El comprador afronta el riesgo pidiendo al vendedor una garantía adicional: si las hipotecas no producen el 7 % —si un significativo grupo de propietarios falla y paga sólo el 3 %, por ejemplo—, el vendedor se compromete a cubrir parte de la pérdida del comprador. El producto a menudo no es algo tan específico y tangible como una hipoteca sino un puñado de dinero, una oportunidad, una apuesta.

Si hubiéramos pagado el tratamiento de FIV por ciclos, cada uno nos



habría salido aproximadamente por 11.000 dólares. Era probable que necesitara más de uno para quedarme embarazada; de hecho, podía llegar a necesitar tres, y era presumible que perdería la calma después del primer o segundo fracaso. ¿Y si el tercero o incluso el cuarto o el quinto ciclo fallaba? Con un sistema de pago tradicional perderíamos decenas de miles de dólares, algunos prestados o rescatados de nuestros planes de pensiones. En cambio, con el programa de costes compartidos obteníamos un reembolso del 70 % si no «nos llevábamos un bebé a casa», dinero que imaginábamos que invertiríamos en una adopción.

Estábamos apostando, por tanto, por nuestro propio fracaso; con que fracasara un solo ciclo, el plan ya salía rentable económicamente. IntegraMed apostaba por nuestro éxito. Habían verificado mi edad (treinta y seis cuando empecé el programa), el nivel de las hormonas que indicaba mi reserva ovárica y los resultados del análisis de semen de Richard; habían examinado una hidrosonografía para comprobar la condición de mi útero. Yo estaba sana y mi reserva ovárica me hacía óptima para el programa, aunque, según el contrato que firmé, IntegraMed podía anularlo y ofrecerme un reembolso por «cualquier motivo a su razonable discreción», como que mis ovarios no produjeran suficientes óvulos para extraerlos, los embriones fueran de poca calidad, ganara o perdiera peso de forma repentina, reaccionara mal a un medicamento, desoyera los consejos de los médicos o sobrepasara mi treinta y ocho cumpleaños.

En retrospectiva, es fácil ver que IntegraMed siempre salía ganando. Podía anular nuestro contrato en cualquier momento, siempre que nos reembolsara el 70 % del dinero; tenían muchos clientes y, seguramente, amplias bases de datos actuariales en las que consultar cuándo era el mejor momento para retirarse. Una amiga de mi grupo de apoyo se sorprendió y tuvo un gran disgusto cuando IntegraMed rescindió su contrato después de dos ciclos; contaba con tener al menos tres oportunidades, como los folletos y la página web dan a entender. Aun así, no le pareció un mal trato: con el 70 % del dinero reembolsado podría permitirse empezar de nuevo en otra clínica.

Richard y yo sabíamos que cabía la posibilidad de gastar más dinero del

que habríamos tenido que desembolsar con un sistema de pago tradicional; era la posibilidad que esperábamos, de hecho. Contemplábamos invertir más dinero del necesario, y que nuestra precaución —todos esos ciclos de más, con embriones frescos y congelados— resultara desmedida. La página web de IntegraMed promocionaba nuestro plan como una forma de controlar los costes, manejar el estrés y descartar lo desconocido. En alguna parte de mi cerebro supersticiosa y proclive a la culpabilidad también debí de pensar que el hecho de pagar de más tal vez me haría más merecedora del éxito. Al pagar de más tal vez podría saltarme los abortos espontáneos, los embarazos químicos, los ciclos suspendidos y las cirugías laparoscópicas de mis compañeras: las ofrendas de sufrimiento que había visto hacer a tantas personas en el camino hacia la paternidad/maternidad.

Cuando me quedé embarazada en nuestro primer ciclo, no lamenté el dinero gastado ni me arrepentí de la decisión tomada. Después de pasar por la temida FIV, de detestar las inyecciones nocturnas tanto como creía y de temer desesperada un mal resultado, me sentí aliviada y eufórica, y me hice no una sino tres pruebas de embarazo, sólo para contemplar cómo la segunda línea se volvía rosa de nuevo. No me paré a pensar en los 9.000 dólares que podríamos habernos ahorrado y utilizado para otros gastos: el parto de mi hija, por ejemplo, o los costes relacionados con tener una familia. No se me pasó por la cabeza arrepentirme.

De hecho, durante todo el tiempo que duró el embarazo me negué a pensar en el dinero, temiendo que fuera desagradecido, avaricioso o tentar a la suerte. Cuando ahora pienso en el acuerdo económico que firmamos con IntegraMed, tengo sentimientos encontrados: estoy satisfecha con la decisión que tomamos, pero lamento que tuviéramos tan pocas opciones. Además, me preocupa la idea de que los inversores se estén aprovechando de la falta de cobertura de un procedimiento médico que conlleva tantos riesgos emocionales y económicos para lucrarse.

Mi satisfacción con la decisión se vio reforzada, como es natural, con la concepción y el nacimiento de mi hija: ¿cómo iba a sentirme? Pero me he distanciado lo bastante de la experiencia de la FIV —Beatrice viene gateando hacia mí mientras escribo esto— para saber que habría tenido las mismas

probabilidades de quedarme embarazada si hubiera pagado menos.

Sin embargo, creo que mi embarazo fue más seguro gracias a ese programa de costes compartidos, y ésa es la razón principal por la que tomaría la misma decisión ahora.

Los pacientes que nos sometemos a la FIV esperamos, por lo general, que todo sea a lo grande: queremos retirar tantos óvulos maduros como sea posible, y que esos óvulos se fecunden y originen múltiples embriones. Un mayor número de embriones permite a los médicos seleccionar los mejores y más avanzados para la implantación. El tercer día de desarrollo, los embriólogos quieren ver seis, siete, ocho o nueve células uniformes.

Tuvimos suerte de disponer de varios embriones para la implantación: diez el tercer día, de los cuales siete se desarrollaron hasta la fase de blastocistos el quinto día. Cuando hace años nuestro médico nos sugirió por primera vez la FIV, recuerdo que Richard respondió bromeando: «¡No nos importaría tener gemelos!». El doctor Young nos advirtió, y con razón, de que su objetivo era que sus pacientes tuvieran un bebé sano cada vez, y por el momento nos mostramos de acuerdo. Yo había leído sobre los riesgos para la salud que entrañaba tener gemelos, entre ellos un parto prematuro, el bajo peso del bebé al nacer o mayores probabilidades de que me prescribieran reposo en cama; la mejor manera de evitarlo, lo sabía, era transferir un solo embrión.

No estoy segura de cuántos de los pacientes del doctor Young contratan un plan de costes compartidos como el nuestro —la clínica no anuncia ni publica esta información—, pero creo que el hecho de prever un fracaso económicamente llevadero (nos haríamos cargo de la medicación, pero no del coste de otra implantación o ciclo de FIV) nos infundió la confianza necesaria para decidir implantar un solo embrión. La implantación de un solo embrión (o SET, por sus siglas en inglés) es una práctica común en los países europeos con cobertura obligatoria para la FIV; en Suecia, por ejemplo, en el 70 % de todos los procedimientos de FIV se decantan por implantaciones selectivas de un solo embrión, y el índice de gemelos nacidos a raíz de una FIV es del 5 % (a diferencia de nuestra clínica, donde el índice de gemelos para mi grupo de edad era aproximadamente del 30 %).

Médicos tan responsables como los nuestros mencionan de forma rutinaria los riesgos asociados a los partos de gemelos al tiempo que malinterpretan algunas de las motivaciones económicas que hay detrás de las decisiones de las pacientes. En un blog publicado por su clínica, Reproductive Medicine Associates of New Jersey, el doctor Thomas Molinaro lo atribuía a nuestra cultura impulsada por el éxito: «En Estados Unidos somos consumistas y nos vemos a diario inundados por la mentalidad consumista», escribió.

No hay duda de que todo el mundo busca tener éxito y quiere el mayor número de posibilidades de quedarse embarazado. Pero a veces los pacientes se ven a sí mismos como un cliente que compra un producto en lugar de como un paciente que acude a un médico para recibir un tratamiento. El principal obstáculo al que me enfrento a la hora de implantar un solo embrión es la pareja sentada al otro lado del escritorio que está sopesando el riesgo de un embarazo de gemelos y las mejores perspectivas de éxito. Una y otra vez oigo a los pacientes decir que preferirían que les implantara dos embriones para aumentar así las probabilidades de éxito, porque simplemente no pueden soportar pensar en otra prueba de embarazo negativa.

Nueva Jersey, donde trabaja el doctor Molinaro, tiene una de las coberturas para la fecundación in vitro más generosas, y las compañías aseguradoras están obligadas a pagar hasta cuatro punciones. De hecho, su clínica se jacta de ofrecer un índice de SET del 30 % para mi grupo de edad, tres veces más alto que la media nacional y seis veces más alto que el de mi clínica. Pero los indecisos pacientes del doctor Molinaro tal vez calculan que necesitarán más de cuatro ciclos, o trabajan para una compañía pequeña o para un empleador religioso, condiciones que están excluidas de la cobertura mínima obligatoria de Nueva Jersey.

Como Richard y yo estuvimos dos años ahorrando para la FIV, pudimos fingir que teníamos una cobertura limitada por la compra de un derivado financiero no regulado, con lo que evitamos tomar la clase de decisión arriesgada que es común en la mayoría de las clínicas. El día de la implantación, nuestro médico y embriólogo nos enseñó dos embriones: el que ellos habían escogido, ya en fase de *hatching* o eclosión, y el segundo clasificado, que podría haber acompañado al primero. «Tienen cerca de un 50

% de posibilidades —nos dijo el doctor Young—, un poco más si transfieren dos.» Con la bata del hospital y los calcetines, y el abdomen todavía hinchado y dolorido por la punción de días atrás, sostuve en las manos las fotos de los embriones que podíamos quedarnos si queríamos. Dudamos, sólo por un instante, antes de reafirmarnos en nuestra decisión. Cinco semanas después vimos el latido del corazón.

Sólo uno, tal como habíamos esperado.

En marzo anunciamos el embarazo a los padres de Richard mientras comíamos en un restaurante chino. No les habíamos comentado que estábamos probando la fecundación in vitro, aunque ellos sabían que llevábamos años con tratamientos de la infertilidad. Después de exclamaciones de alegría y rezos en voz alta, la madre de Richard nos hizo la primera pregunta que se le ocurrió:

—¿Lo habéis hecho de forma natural o habéis pagado ochenta mil?

—Ni lo uno ni lo otro —respondió Richard con firmeza.

Explicó el proceso de la FIV a sus padres sin decirles cuánto habíamos gastado ni cómo habíamos ahorrado el dinero.

No estoy segura de si para la madre de Richard 80.000 dólares era una cantidad real que nos creía capaces de gastar, o si con la hipérbole pretendía reflejar el precio exorbitante de la reproducción asistida. Ochenta mil dólares era más de lo que la familia de Richard pagó por su primera casa, más de lo que mis padres pagaron por la casa en la que viven ahora. Era también bastante más de lo que nosotros habíamos pagado por el paquete de FIV y la medicación. Pero no es una cifra disparatada para los casos difíciles; la odisea de tres años de Margaret Monteith habría costado mucho más que eso si hubiera tenido que pagarlo todo de su bolsillo (aun con el plan de seguro comparativamente generoso de Massachusetts, el tratamiento se pulió los ahorros de Margaret y de su marido). Tal vez mi suegra se había enterado de cuánto habían pagado algunas celebridades por un hijo milagro o había leído algún artículo sobre casos como el de Margaret.

Más interesante resulta, en mi opinión, que para mi suegra la gran suma

de dinero representara el rasgo más destacable de mi embarazo antinatural. Lo más antinatural y desorientador de éste no era la forma en que se había logrado —fuera del útero, en un laboratorio—, sino que hubiéramos pagado para que sucediera.

Las cirugías y los tratamientos médicos importantes a menudo cuestan más de lo que nos resulta cómodo imaginar. Le pregunté a mi madre el precio de las operaciones más graves a las que se había sometido mi padre: un triple *bypass*, seguido de una operación para reparar un aneurisma abdominal aórtico. «Uf, un millón de dólares —me respondió—. Como mínimo.» No sabía la cantidad exacta porque el seguro lo cubrió casi todo, y la pasmosa suma se repartió en una serie de facturas que llegaron semanas y meses después y que computaban las cantidades pagadas por el seguro a cada proveedor. Aunque no hubieran tenido un seguro, mi padre podría haberse operado; la necesidad habría estado por encima de cualquier requerimiento monetario. Sin embargo, estoy bastante segura de que nadie le ha preguntado nunca: «¿Ha conservado la vida de forma natural o se ha gastado un millón de dólares?».

La FIV es un procedimiento optativo con una baja tasa de éxito y un objetivo que podría definirse como innecesario. No obstante, también es cierto que la infertilidad es una experiencia que castiga emocionalmente,<sup>[28]</sup> así como una discapacidad que da derecho a los empleados a cierta protección en virtud de la ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act). Cuesta imaginar que el estrés de la infertilidad no se vea agravado por la cuestión de cómo costear el tratamiento, hasta el punto de que, casi contra nuestra voluntad, desbanca otros pensamientos. Como mi suegra, pensamos en contrapartidas: ¿pago la entrada de una casa o tengo un hijo?, ¿exprimo al máximo estas tarjetas de crédito?, ¿rescato este plan de jubilación?, ¿pido una segunda hipoteca?

En su novela semiautobiográfica, *10.04*, Ben Lerner escribe sobre un poeta que se convierte en novelista gracias al sorprendente golpe de suerte de recibir un adelanto «de seis cifras» por escribir una nueva novela, y que, además, se está sometiendo a un tratamiento de reproducción asistida con su mejor amiga. En una cena de celebración con su agente, el narrador de Lerner

se muestra perplejo por el gran adelanto, una cantidad abstracta que al mismo tiempo ya está comprometida, debido a sus inciertas circunstancias personales. «El deseo imitativo de mi novela virtual iba a financiar la inseminación artificial y sus costes asociados [...] —considera—. Me quedarían unos 270.000 dólares. O 54 IIU. O aproximadamente cuatro todoterrenos Hummer H2. O las dos primeras ediciones que había en el mercado de *Hojas de hierba*.»

Aunque en mi grupo de ayuda no hablábamos de los precios específicos de nuestros tratamientos, de vez en cuando salía a colación lo que habíamos sacrificado por ellos: vacaciones que no tomamos, la entrada de una casa que no compramos. Algunos nos quedábamos en empleos que odiábamos sólo para conservar nuestro seguro médico. O, como el narrador de Lerner, invertíamos una ganancia imprevista —si habíamos sido lo bastante afortunados para tener alguna— en tratamientos. Nos planteábamos trasladarnos a lugares donde la cobertura del seguro médico fuera mejor por ley, una perspectiva que una economía precaria y las diversas exigencias de nuestra carrera profesional complicaban. Viajábamos a otros estados para asistir a conferencias sobre adopción y participar en estudios clínicos, investigábamos el coste del «turismo reproductivo» en México o en Europa y comprábamos medicación sobrante o con descuento por internet. Siempre andábamos buscando gangas y sólo pensábamos en dinero, no necesariamente porque fuéramos personas materialistas sino porque no teníamos otra opción.

Dejándose llevar por la emoción de sus nuevos empleos, Margaret y su marido no cayeron en la cuenta de la principal ventaja que suponía trasladarse de Nueva York a Boston hasta que ella habló con una amiga que también había pasado por un tratamiento de reproducción asistida en Nueva York. «Su primera reacción fue: “¡Genial! ¿Sabías que en Massachusetts cubren la FIV?”», me explicó Margaret. Hizo algunas indagaciones y telefoneó a su nueva compañía de seguros sólo para verificar la información en cuanto recibió su póliza. Los gastos que en Nueva York resultaban inasumibles se

convertían en copagos manejables en Boston. «Sentimos un alivio enorme al enterarnos de que podíamos hacerlo porque el seguro cubriría gran parte de los gastos. Es genial vivir en un estado donde, además de estar cubiertos los tratamientos de infertilidad, todo el mundo tiene acceso a un seguro médico básico y a la asistencia sanitaria. Punto.»

Aun así, el tratamiento de Margaret no fue fácil. Había esperado tanto — tenía cuarenta y dos cuando acudió por primera vez a su embriólogo reproductivo y empezó la FIV— que sus médicos creyeron que sus recurrentes abortos naturales se debían a la edad y a la calidad de los óvulos, y le recomendaron con insistencia que utilizara óvulos de una donante. Margaret y su marido siguieron su consejo, lo que implicó más desembolsos y nuevas esperas. Cuando esos ciclos también terminaron en abortos, Margaret persuadió a sus médicos para que estudiaran sus problemas de tiroides y de autoinmunidad. Los médicos le recetaron suplementos medicinales nuevos y caros, entre ellos una inyección que habría costado 7.000 dólares sin seguro (lo cubría), y planificaron un ciclo con esos medicamentos, utilizando embriones anteriormente congelados.

«En la reunión de planificación mi médico no paraba de referirse a los embriones sobrantes —me contó Margaret—. Y yo le dije: “¿Qué hay de mis embriones?”»

A Margaret y a su marido les quedaban dos embriones congelados del ciclo de FIV que habían realizado en Boston, cuando ella tenía cuarenta y dos años, y otros cuantos de un ciclo con una donante. Sobre el papel, sus ciclos siempre habían dado mejor resultado que los de su donante de veintidós años; producía más óvulos, y los embriones resultantes eran más numerosos y de mayor calidad. El médico accedió a comparar los embriones del ciclo de la donante con los de la FIV tradicional de Margaret y les notificó que los de este último habían avanzado más, llegando a ser de siete y nueve células, mientras que los embriones de la donante de óvulos eran todos de cuatro. Aun así se mostró escéptico.

«El médico me dijo que dependía de nosotros —me contó Margaret—. Con franqueza, no creo que pensara que podía funcionar.» Al final decidieron transferir los embriones creados con los óvulos de Margaret; ingresaron en la



clínica una cálida mañana de septiembre y por la noche asistieron a la presentación del libro de un amigo. Durante las dos semanas de espera pasearon por la playa, contemplaron el atardecer, comieron langosta. «Me mostré prudentemente optimista acerca de las posibilidades que teníamos el día de la implantación y durante el periodo de espera, pues me daba la impresión de que por fin habíamos abordado los problemas médicos —me dijo—. Ese día todo fue bien, aunque no recuerdo gran cosa de ése en concreto en comparación con otros. A esas alturas había pasado por muchas implantaciones. Sí recuerdo que me sentí un poco menos nerviosa, tal vez porque ya había pasado muchas veces por eso y el instinto me decía que el protocolo por fin era el acertado.» Su embarazo único fue confirmado algo más adelante ese mes; a las pocas semanas vio al bebé en una ecografía. «¡Él flipó! —recordaba ella—. Fue una de las cosas más emocionantes y alegres que he visto nunca.»

Enterarme de la noticia por Margaret me produjo un gran subidón. Había dejado de escribirle correos electrónicos con regularidad después de anunciarle mi embarazo; ella ya tenía cuarenta y tres años, y su médico acababa de persuadirla para que optara por los óvulos de una donante. En ese momento ella estaba ocupada seleccionando candidatas, lidiando con los honorarios de los abogados y otros quebraderos de cabeza. Margaret parecía realmente feliz, incluso se la veía eufórica, pero cada vez que pensaba en ponerme en contacto con ella titubeaba. La mayoría de las mujeres que conozco en los círculos de infertilidad se animan unas a otras —es alentador ver cómo otras lo consiguen, sobre todo cuando son casos más largos y difíciles—, pero puede ser duro ver cómo ellas avanzan en el embarazo y la crianza mientras tú esperas a que los tratamientos funcionen, a que la endometriosis se resuelva o te extirpen un quiste, a tener los recursos económicos y emocionales para intentarlo de nuevo. Para una mujer preñada, nueve meses pueden ser eternos, pero en un tratamiento de la infertilidad, pasan volando: «Nueve meses más —piensas—; debería estar embarazada a estas alturas. Pensé que tendría un hijo».

En mi grupo de apoyo, cuando una mujer se quedaba embarazada era costumbre ir a una última reunión para dar la noticia —habría exclamaciones,

lágrimas, a veces abrazos— y no volver más. Recuerdo a una mujer amable y graciosa que dejó nuestro grupo desesperada después de dos ciclos de FIV caros y fallidos; me mantuve en contacto con ella por Facebook, pero al cabo de un tiempo desapareció. Otra amiga del grupo me explicó la razón: nos había borrado una a una a medida que nos íbamos quedando embarazadas. «No me extraña. Yo habría hecho lo mismo.»

Sin embargo, Margaret era diferente; ella me escribía cada pocos meses, aun cuando su camino parecía cuesta arriba y el mío, cuesta abajo. Me preguntó por mi salud cuando tuve que hacer reposo y me felicitó el día de mi cumpleaños (yo soy un desastre recordando aniversarios). Tal vez ella sea así, una escritora acostumbrada a pasar largas y solitarias horas trabajando en una novela, una profesora acostumbrada a cuidar de otros, una artista acostumbrada a llevarse muchos chascos antes de lograr un gran éxito. Tal vez se debía a que se cuidaba, corriendo y caminando kilómetros cada día, o a los beneficios de la acupuntura y la meditación. Tal vez era algo genético.

Pero sospecho que en la ecuanimidad y fortaleza de Margaret había algo más, algo relacionado con la protección estructural que brindan las leyes relativas a los seguros médicos en su estado. En Massachusetts prácticamente todo el mundo tiene un seguro médico, y el nivel de cobertura hoy en día es de un 99 %, el más elevado del país. La compañía aseguradora está obligada por ley a subvencionar la inseminación artificial, la FIV y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés), así como la obtención y el procesamiento del semen, los óvulos o los embriones de un donante. La cobertura de medicamentos funciona como para cualquier otro problema de salud. No hay límite en el número de ciclos de tratamiento ni tope en los gastos. En el estado de Margaret, los pacientes de infertilidad no empiezan el tratamiento temerosos de acabar en bancarrota o de cerrarse las puertas a otras opciones (la adopción o el acogimiento, por ejemplo); se comprometen a largo plazo. Tal vez lo más significativo sea que empiezan sabiendo que se les tratará como a cualquier otro paciente enfermo, al menos en lo que se refiere al seguro médico.

Barbara Collura, que en calidad de presidenta y directora ejecutiva de RESOLVE ha pasado más de diez años abogando por mejores coberturas de

seguro obligatorias, lo expresa así: «Los pacientes toman decisiones más acertadas sobre la salud cuando la cuestión económica no se cierne sobre su cabeza».

Ése era nuestro caso, aunque la mayoría de las personas no se habrían permitido pagar la cantidad que gastamos nosotros para tomar esas decisiones, y aunque el yunque financiero sólo sobresalía un poco por el lado, y tal vez no sobre la cabeza sino sobre los hombros, los pies o alguna otra parte importante del cuerpo. IntegraMed y sus inversores se lucraron con nuestra apuesta, pero sigo convencida de que ésa es una de las razones por las que di a luz al cabo de casi cuarenta y una semanas a una niña sana.

Aun así, me pregunto cómo habría funcionado mi grupo de apoyo si todas hubiéramos contado con un seguro fiable y con la posibilidad de seguir adelante cuando un tratamiento fallaba. ¿Nos habríamos mostrado más abiertas? ¿Menos temerosas, menos ansiosas o menos llorosas? ¿Se habría deshecho rápidamente a medida que los miembros se embarcaban en tratamientos con más probabilidades de éxito? Libres de la preocupación económica, ¿habríamos ido siquiera a las sesiones?

Margaret, que no acudió a ningún grupo de ayuda en los ocho años de infertilidad, se hace otra pregunta: «¿Y si fueran los hombres los que dieran a luz? ¿Pagaríamos el tratamiento entonces?».

En un estudio llevado a cabo en 2012 sobre la publicidad de las clínicas de reproducción asistida, el profesor Jim Hawkins examinó las páginas webs de las 372 clínicas enumeradas por la Sociedad de Técnicas de Reproducción Asistida, una organización de miembros voluntarios que informa de los índices de éxito del 90 % de las clínicas de FIV de Estados Unidos. Hawkins advirtió que las clínicas hacían más hincapié en el lado emocional del tratamiento de fertilidad que en el práctico: el 79 % de las clínicas presentaba en su página web fotos de bebés, el 30 % utilizaba en la página inicial la palabra *sueño*, y el 8,87 % se refería a *milagro*. Aunque «el precio suele ser uno de los términos más importantes en una transacción», Hawkins descubrió que sólo el 27 % de las páginas webs daba precios para la FIV. Después de

sugerir unas cuantas razones posibles —la aversión que muchos médicos tienen a hablar de dinero con los pacientes, la dificultad de predecir el importe del tratamiento o la suposición de que a los pacientes no les mueve el coste—, Hawkins concluye que «lo más probable es que las clínicas se nieguen de forma deliberada a informar de los precios para que el paciente no se centre en ellos».

Hawkins no establece esta distinción, pero me pregunto si las clínicas también parten de presunciones basadas en un público reducido: mujeres, especialmente cultas, de edad avanzada, blancas y de clase media alta. Aunque sabemos que la infertilidad afecta a hombres y a mujeres en la misma medida (el 30 % de los casos de infertilidad es de origen masculino, otro 30 % es de origen femenino y el 40 % restante es por causas mixtas o desconocidas), lo más probable es que sean las mujeres las que se informen sobre las clínicas y pidan una primera cita. Tal vez las clínicas se imaginan tratando con mujeres que se dejan llevar por la fantasía y la emoción, mujeres sensibles a las tiernas imágenes de madres y bebés, poco interesadas en contemplar la FIV como una transacción consumista incierta. (Al contrario, recuerdo que en mi grupo de apoyo había una profesional impecablemente vestida de unos cuarenta años que, al enfrentarse a un grupo de embriones de aspecto poco atractivo, comentó con toda naturalidad que estaba «jugando con el equipo B».)

La imagen estereotipada de la persona diagnosticada con infertilidad es en sí misma una fantasía. La infertilidad no sólo es un problema masculino y femenino, también es más probable que afecte a las minorías, a los sectores más pobres y menos cultos de la población. Aunque la STRA ha establecido unas directrices para que la publicidad sea más exacta y transparente, Hawkins descubrió entre sus miembros un bajo nivel de cumplimiento. Las clínicas no sólo ocultaban los costes de los tratamientos y las tasas de éxito, sino que solían enfocar su marketing hacia los pacientes blancos. Más del 97 % de las clínicas presentaba fotos de bebés blancos en sus páginas webs, y en el 62 % de los casos sólo fotos de bebés blancos. Hawkins elucubró que la publicidad tendenciosa podía ahuyentar a las minorías al tiempo que atraía a los pacientes blancos. Más inquietante era que «las clínicas podrían estar

utilizando deliberadamente la raza de los bebés para atraer a los pacientes blancos —señaló—, confirmando la acusación de ciertos academicistas que sostienen que los tratamientos de fertilidad consolidan los cánones racistas».

Los mismos médicos son vulnerables a las concepciones erróneas. Un estudio realizado en 2010 sobre la percepción que tenían los médicos de la infertilidad reveló que pocos entendían los principales factores de riesgo: sólo el 16 % de los médicos encuestados identificaba correctamente a los afroamericanos como los más propensos a la infertilidad, y un porcentaje aún menor, el 13 %, reconocía que las mujeres sin el título de secundaria tenían más probabilidades de ser infértiles que las que habían cursado estudios superiores. Por otra parte, la percepción de los médicos encuestados solía ajustarse a los estereotipos de las personas con problemas de fertilidad que nos resultan familiares por las películas, la televisión y la publicidad de la FIV. Incluso los estudios científicos sobre la infertilidad suelen centrarse en ese reducido grupo demográfico.

En Estados Unidos la infertilidad afecta a una de cada ocho parejas, pero sólo la mitad de las afectadas solicitan tratamiento médico; éstas tienden a ser blancas, de edad avanzada, adineradas y con estudios. Estos datos pueden ampliarse cuando la cobertura es económicamente accesible a todos; un estudio canadiense de 2013, realizado después de que el seguro médico de Quebec empezara a cubrir los costes de la FIV, mostraba que al eliminarse las barreras económicas aumentaba la diversidad tanto socioeconómica como racial. Pero en Estados Unidos, varios estudios contradictorios han mostrado que el precio no es la única barrera. El seguro médico obligatorio de Massachusetts, por ejemplo, hizo posible que Margaret concibiera a su hijo, pero las pacientes pertenecientes a minorías, de bajos recursos o con pocos estudios siguen estando infrarrepresentadas en ese estado. Un estudio sobre las mujeres de Massachusetts tratadas con FIV después de que se aprobara la ley de seguro médico obligatorio reveló que el 85 % de éstas tenía como mínimo un título universitario y no había ninguna que no se hubiera sacado el certificado de secundaria.

Algunas barreras son más sutiles. Tal vez la paciente está cubierta por el seguro Medicaid[\*] y el médico no cree que pueda permitirse pagar el

tratamiento necesario, por lo que no la deriva a un especialista. O bien la paciente no se siente cómoda hablando con el médico (¿y si habla otro idioma o no puede leer la bibliografía médica a su alcance?) o no acude a él para recibir atención preventiva. Si logra que la deriven, la clínica del embriólogo reproductor puede parecerle inaccesible por otros motivos: está demasiado lejos de donde vive, el horario es incompatible y en la página web no se menciona el precio, o sólo hay imágenes de personas que no se parecen a ella ni al bebé que se imagina.

«La medicina actúa de filtro», escribe la socióloga Ann V. Bell en un estudio sobre la desigualdad en el acceso. Al centrar la investigación en las mujeres que ya están accediendo al tratamiento e ignorar las diversas experiencias de la vida cotidiana de las mujeres con problemas de fertilidad, la clase médica reafirma las normas racistas y clasistas, afirma Bell, y se corre el riesgo de que decida «quién debe ser madre y quién no».

Bell sostiene que el ascenso de las TRA y la medicalización subsiguiente han convertido la infertilidad en algo anómalo y han vuelto menos deseables las otras vías para llegar a la maternidad. Como parte de su estudio, entrevistó a veintisiete mujeres con bajos ingresos residentes en Michigan que llevaban más de un año intentando concebir. Las mujeres señalaron varias barreras y formas de abordar el tratamiento de FIV que me resultan familiares, aun cuando mis obstáculos fueron más fáciles de sortear. Sin cobertura de seguro médico y sin posibilidad de ausentarse del trabajo para asistir a citas al mediodía, siempre estaban revisando estrategias y haciendo planes: venderían el coche, se mudarían a otro estado, se reconciliarían con sus condiciones. Pero esas estrategias y decisiones las concebían por su cuenta; muchas confesaban que nunca habían tenido la sensación de que un médico quisiera ayudarlas a ser madres. Algunas habían recurrido a la medicina popular, frotándose el vientre para darse suerte o formulando deseos.

Quando tuve en brazos al bebé [de una amiga] por primera vez... pensé..., porque la quise de inmediato, pensé: «Quiero uno igual, quiero uno igual». Era como pedir un deseo a una estrella o algo así, ya sabes.

Hay personas que luchan por derribar estas barreras tanto a nivel institucional como de bases. RESOLVE imparte cursos de formación a

voluntarios que quieren abrir un grupo de apoyo gratuito y dirigido por compañeros; ya hay más de doscientos grupos en 46 estados, además del distrito de Columbia. Las comunidades on-line de mujeres que intentan concebir, aparte de numerosas, son acogedoras e integradoras. Otras organizaciones, como Fertility for Colored Girls o Broken Brown Egg, gestionan foros o comunidades on-line y eventos en vivo y en directo concebidos para concienciar a la población sobre la infertilidad en las minorías. También se ofrecen como un lugar seguro para quien quiera informarse sobre los tratamientos y otros recursos, o simplemente para quien necesite expresar su tristeza o frustración.

«Sólo intento decir lo que me habría gustado que alguien me dijera», me comentó Regina Townsend, una escritora y bibliotecaria de Chicago que fundó la organización Broken Brown Egg como una forma de abordar lo que veía como un silencio problemático en torno a la enfermedad de la infertilidad, sobre todo en la comunidad afroamericana. Sus mensajes pueden ser profundamente personales cuando habla sobre su propia experiencia con la infertilidad, o con el proceso de la adopción y el acogimiento familiar; informales y con sentido del humor cuando habla sobre salir con vida del pasillo de ropa para bebés de Target, o serios e informativos cuando habla de salud y de activismo por los derechos reproductivos. Y aunque su camino no ha concluido —su marido y ella se embarcaron en el tratamiento de FIV en 2015—, lleva seis años escribiendo sin cesar sobre la infertilidad en gran número de plataformas. «A menudo me planteo dejarlo y callar cuando me encuentro en ese espacio mental —me comentó—, pero luego reacciono y sigo adelante, porque sé que alguien necesita oír mi voz o que le diga simplemente: “Lo entiendo, y te veo, y no estás sola”.»

Crear esa comunidad inexistente es una motivación común entre las activistas, pero la cólera también funciona. Candace Trinchieri estaba en mitad de un ciclo de FIV, el noveno, cuando viajó de Los Ángeles a la capital para participar en su primera Jornada de Promoción de RESOLVE, una oportunidad para reunirse con los miembros del Congreso y hablar de los proyectos de ley que afectan a la salud reproductiva y a la formación de una familia. «Estaba cabreada —recordaba—. Quería desahogarme con la gente.

Pero es fácil enfadarte.»

Para Candace y su marido, su largo recorrido reproductivo se vio complicado por la raza. Candace es afroamericana y su marido, italoamericano, y cuando les recomendaron la donación de óvulos, ella se sorprendió al descubrir que sus opciones eran limitadas si querían tener un hijo que se pareciera a ellos. Consultando las listas de posibles donantes que aparecían en las páginas webs, se dio cuenta de que había muchos blancos y asiáticos, pero sólo un puñado de afroamericanos. En su grupo de apoyo de RESOLVE intentó hablar de esa frustración —al final habían tenido que contentarse con una donante de óvulos multirracial o «morena»—, pero descubrió que los otros miembros, que eran en su mayoría blancos, no querían oír su caso.

«Las personas de color por lo general se sienten cómodas al referirse a las diferencias raciales —explicó— porque las viven todos los días. Pero si no eres de color, a lo mejor te pones a la defensiva cuando oyes hablar de ello. Sentí cómo toda esa negatividad volvía a mí. “¿Qué más te da el color?”, querían saber.»

Candace abandonó esa reunión, pero no dejó RESOLVE para siempre. Regresó para participar en su primera Jornada de Promoción en 2013, esperando no sólo abogar por mejores leyes y mayor protección, sino también hacer notar la necesidad de intentar llegar a diversas comunidades que, en su opinión, estaban infrarrepresentadas en los grupos de apoyo y los pabellones de urgencias. «En la sala de espera, todas las caras que ves son blancas. Abres los folletos y todas las caras también son blancas —dijo—. Te sientes increíblemente sola.»

Pasó a convertirse en la vicepresidenta del comité de políticas de la Jornada de Promoción de RESOLVE, aportando su experiencia profesional en la planificación de eventos y el desarrollo de organizaciones sin ánimo de lucro. Empezó a trabajar para preparar mejor a los voluntarios nuevos en la tarea de ejercer presión. Candace y su marido han recaudado más de veinte mil dólares a través de Southern California Walk of Hope, de RESOLVE, extendiéndola a tres ciudades. Con una amiga está empezando un nuevo grupo de apoyo RESOLVE en Los Ángeles, abierto a todo el mundo pero



enfocado en las personas de color, que se topan con un «estigma extra» al tratar con la infertilidad y luchan por encontrar lugares donde se sientan bien acogidas y a gusto para compartir su experiencia.

Y se convirtió en madre, cuando adoptó con su marido un niño que se parece mucho al hijo biológico que podrían haber tenido. La historia de su adopción es casi tan perfecta como la que cualquier pareja infértil pueda soñar: la madre biológica los escogió a las catorce semanas y dejó que Candace y su marido estuvieran presentes en el parto. «Le sujeté la pierna mientras empujaba —recordaba ella—. Tuve que cortar el cordón umbilical.»

Gracias a la experiencia de su lucha personal, Candace se ha convertido en una mejor activista de la igualdad reproductiva. «No quiero que nadie más pase por lo que yo pasé.» De modo que viaja, habla en público de su caso e investiga sobre las leyes que afectan a las parejas y a los individuos infértiles. Entre 2014 y 2015 trabajó sobre todo en la ley sobre el reembolso del crédito tributario por adopción (Adoption Tax Credit Refundability Act), que proporcionaría exención impositiva a todas las familias adoptivas, no sólo a las familias con ingresos más altos, y en la ley para la mejora de la asistencia sanitaria a mujeres veteranas y otros (Women Veterans and Other Health Care Improvements Act), que ampliaría la cobertura para la FIV y otros tratamientos a las mujeres veteranas y gravemente heridas. Candace quiere que la gente entienda que la infertilidad no es algo opcional sino una enfermedad tratable y destructiva que afecta a más de un puñado de personas de todos los extractos sociales. «Comienzo cada Jornada de Promoción preguntando a la gente si sabe qué significa *una de cada ocho* —me explica, refiriéndose a las probabilidades que tiene una pareja de experimentar infertilidad—. *Una de cada ocho* significa que es una pareja que conoces y que tal vez no se está tratando. Es de cajón que esta enfermedad debe estar cubierta por el seguro.»

En 2014 Facebook y Apple se convirtieron en blanco de una ola de críticas no por restringir la cobertura de su seguro médico sino por ampliarla. Ambas compañías anunciaron que cubrirían los costes de la congelación y el

almacenamiento de los óvulos de sus empleados y sus cónyuges,[29] permitiendo a las mujeres «hacer el mejor trabajo de su vida», según un comunicado de prensa de Apple. Algunos afirmaron que esta cobertura era una medida coercitiva, pues obligaba a las mujeres a escoger entre la maternidad y su carrera. A esos críticos les preocupaba que las mujeres temieran escoger el momento «natural» para tener hijos, al menos hasta haber alcanzado cierto umbral profesional, y argüían que las dos compañías prestarían un mejor servicio a las mujeres y a sus familias favoreciendo la conciliación de la vida laboral y la personal. Los médicos especializados en ética advirtieron de que la técnica de congelación de óvulos, catalogada como experimental y recomendada fundamentalmente para las mujeres que se someten a una quimioterapia, no garantiza que las mujeres puedan tener un hijo cuando lo decidan; el éxito depende de la calidad de los óvulos en el momento de la criopreservación y ésta, por lo general, desciende con los años.

Si bien es fácil ver de qué modo se benefician las corporaciones si algunos de sus mejores empleados posponen la crianza de los hijos, y es evidente que la conciliación de la vida familiar y la laboral es un objetivo crucial, suena presuntuoso preocuparse por esas mujeres,[30] que se cuentan entre las más privilegiadas, poderosas y mejor informadas del planeta. Pero durante un par de semanas de octubre, la noticia fue comentada en todos los periódicos y revistas que leí. «No se dejen engañar —rezaban los titulares—. La congelación de óvulos conviene a las corporaciones, no a las mujeres.»

Como a muchas mujeres que se han beneficiado de las técnicas de reproducción asistida, la cobertura de los medios de comunicación me pareció inquietante. En primer lugar, parecía pasar por alto que la creación de una familia de Plan B es una realidad cada vez más común, pero también daba a entender que la medicalización degradaba la experiencia de la concepción. En la página web del *New Yorker*, debajo de una fotografía de un depósito lleno de probetas y nitrógeno líquido, Rebecca Mead comentaba que «presentar la congelación de óvulos como un incentivo para el empleado forma parte de la fantasía tecnoutópica sobre la que subsisten compañías como Facebook y Apple; la convicción de que tiene que haber una solución

para cada problema, una respuesta para cada pregunta, un remedio para cada necesidad, con sólo obtener el algoritmo adecuado». Otros compararon las políticas de la compañía con la atmósfera distópica coercitiva de *Un mundo feliz*, de Aldous Huxley, donde las mujeres son sometidas a ovariectomías para almacenar óvulos «por el bien de la sociedad, por no hablar de que conlleva una bonificación que equivale al sueldo de seis meses». Algunos artículos informaban de que las dos compañías estaban pagando a las mujeres para que congelaran sus óvulos en lugar de presentar la congelación de óvulos como una de las prestaciones médicas cubiertas. La mayoría mencionaban una cantidad de dólares de «hasta 20.000», reforzando la incomodidad que supone para muchos asociar el dinero con la reproducción.

Siete semanas después de que naciera mi hija empecé a trabajar en una universidad organizando talleres de escritura. A ese cargo temporal le siguió otro de todo un año como profesora asistente en otra universidad y, finalmente, el ofrecimiento de una plaza fija. Es en muchos sentidos un empleo de ensueño, que me brinda la oportunidad de trabajar con colegas maravillosos y licenciados y estudiantes de posgrado brillantes, y de dedicar mucho más tiempo a escribir del que me permitía mi puesto de profesora de instituto. El cargo viene con mejores incentivos de lo que he tenido en años, entre ellos ocho semanas de baja de maternidad remuneradas y la garantía de que éstas no se descontarán del periodo de prueba previo a la obtención de la titularidad. Eso no significa que ahora, o incluso dentro de un año, sea el momento adecuado para pensar en ampliar la familia. Pago trimestralmente por guardar mis embriones congelados y a veces tengo pesadillas con que he olvidado pagar o se han derretido por accidente. Tal vez Richard y yo decidamos no tener un segundo hijo, pero agradezco no verme obligada a tomar la decisión enseguida, y poder concentrarme en mi carrera y en mi familia mientras lo pienso. Si nuestros embriones congelados son parte de una tecnoutopía, creo que es de las que empoderan.

Soy afortunada, al igual que las empleadas asalariadas y sin contrato de Facebook y Apple, que además de la congelación de óvulos reciben entre catorce y veintidós semanas de baja de maternidad pagadas, y cobertura para la FIV, la adopción y la gestación subrogada. Menos afortunadas son las que

trabajan para cualquier otra compañía en Estados Unidos, como las mujeres del estudio de Ann V. Bell, que aparte de no contar con recursos económicos ni seguro médico, tienen problemas para que los médicos se interesen por su caso. «La mayoría de los médicos intentan quitarte de la cabeza que te quedes embarazada», explicó una de ellas.

Tal vez lo más problemático, o lo menos sorprendente, del interés suscitado por la noticia de Apple y Facebook es que refuerza los estereotipos: las mujeres ricas y cultas son las que corren mayor riesgo de sufrir infertilidad o de no tener hijos; las mujeres pobres son hiperfértiles, y tienen hijos en la adolescencia o a los veintipocos años. Todas ellas son objeto de cuestionamientos *a posteriori* y de comentarios sobre lo que debería ser una decisión privada.

Y accesible. Cuando el Tribunal Supremo aprobó en 2012 la ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, o PPACA), le compré a mi padre una camiseta negra extragrande en la que se leía, en letras blancas: «Health Reform Still a BFD». La camiseta hacía referencia al momento en que un micrófono escondido sorprendió a Joe Biden diciéndole al presidente que la aprobación de la ley de reforma sanitaria era un *big fucking deal*, «de puta madre». La ley era de puta madre para mi familia y para el país entero, poniendo por fin una asistencia sanitaria pública decente al alcance de millones de personas sin seguro médico o con uno insuficiente. Para mis padres, la ley significaba que no perderían la cobertura después de las operaciones cardíacas de mi padre o por vivir en un condado sin médicos. Significaba que las facturas del hospital no los obligarían a caer en la bancarrota médica.

Mi madre a menudo se pone la camiseta —en su menudo cuerpo parece un vestido— y va con ella a los actos que organizan los demócratas para recaudar fondos en el condado de King and Queen, y a la farmacia local, donde las recetas cuestan menos que antes. A veces pasa un mal rato con los del Tea Party que protestan contra el Obamacare, pero cada vez son más las personas que están a favor. Se van acostumbrando a la idea de que la asistencia es un derecho, no un privilegio.

Y si la asistencia es un derecho que debemos esperar, también lo es la

asistencia reproductiva, que no entraña sólo la ausencia de enfermedad sino también la capacidad para tomar decisiones: cuándo o si (y cómo) tendrás uno o más hijos. Yo estoy con Margaret, con Barbara, con Regina, con Candace. Con Mark y Rachel, con Gabe y Todd, con Nate y Parul y con Willis.

Esperar forma parte de la vida, y puede ayudarte a valorar y agradecer la que al final alcanzas. Pero no deberías esperar eternamente.

## EPÍLOGO

*Jamani*, la gorila del parque zoológico de Carolina del Norte, sólo fue madre durante un periodo muy breve de la cría que llevó en sus entrañas en 2011. Ese nacimiento tan publicitado tuvo un final triste, con una cría a la que los seres humanos no tuvieron tiempo de poner nombre; algo se torció y murió. Los cuidadores de *Jamani* dejaron de mostrarla a los visitantes, y le permitieron coger y llevar en brazos a la cría hasta que aceptó la pérdida. Ella no permitió que *Nkosi* y *Acacia*, los otros gorilas de su grupo, se acercaran a ella, y se pasó el día meciéndola, limpiándola e intentando hacer como que se movía y comía. Al final la dejó en el suelo y se alejó.

Cuando me enteré de que la cría había nacido muerta, pensé en algo que en otro momento afirmé con tristeza en mi grupo de apoyo: «No son más que diferentes caminos a la desdicha». El grupo pasaba por un periodo de inactividad, en el que cada mes había noticias de FIV fallidas, cirugías inesperadas y problemas de comunicación con los médicos. Yo hablaba de los riesgos que todas estábamos corriendo al someternos al tratamiento, para nuestra salud, nuestras economías y nuestra felicidad, pero también de la posibilidad de que el éxito nunca nos proporcionara la vida que llevábamos tanto tiempo imaginando. Nadie me llevó la contraria, tal vez por amabilidad, o porque sospechaban que podía tener razón.

Pero aquí no acabó la historia de *Jamani*. Menos de un año después, la gorila volvía a estar preñada, junto con su nueva compañera de recinto, *Olympia*, una hembra mandona de dieciséis años a la que también la habían cruzado con *Nkosi*. Según las ecografías, ambos embarazos iban bien y las gorilas saldrían de cuentas con unas pocas semanas de diferencia.

«Esta vez nos contuvimos —me comentó Aaron Jesue, que llevaba casi

una década ocupándose de la cambiante población de gorilas del zoológico —. Nos emocionamos mucho la primera vez que *Jamani* se quedó preñada, pero ¿cómo reaccionas si algo se tuerce?»

La planificación del futuro reproductivo de los gorilas constituye una parte importante del trabajo de Jesue e implica frecuentes llamadas de larga distancia a otros zoológicos, consultas al Plan de Supervivencia de las Especies y viajes para asistir a conferencias por todo el país. En el grupo de gorilas mixto del zoológico, a las hembras que no obtuvieron autorización del PSE para cruzarse con *Nkosi*, su solitario macho de lomo plateado, se les administraron anticonceptivos. *Jamani* y *Olympia* enseguida concibieron mientras que *Acacia*, la hembra más vieja, tomó la píldora.

El 4 de agosto de 2012, *Jamani* dio a luz a un macho sano al que los cuidadores llamaron *Bomassa*; menos de un mes después *Olympia* la siguió con *Apollo*, otro macho. Si un solo embarazo es algo insólito entre los gorilas en cautiverio de cualquier zoológico, dos partos exitosos y tan seguidos dentro del mismo grupo rayan en lo inaudito. A pesar de los discretos anuncios del zoológico, corrió la voz —por Twitter, Facebook, móvil y correo electrónico—, y a finales de agosto los cuidadores tenían que vigilar las colas para impedir que cientos de visitantes se apretujaran en el mirador situado frente al recinto de menos de una hectárea. Los que no pudieron acudir en persona tuvieron oportunidad de hojear los álbumes de *Apollo* y *Bomassa* por internet o hacer comentarios sobre su desarrollo en los breves vídeos que se publicaron en la página de Facebook del zoológico.

«Fue muy duro», me comentó Jesue, que es esa clase de persona tan poco común que trabaja exactamente en lo que quería trabajar cuando era niño. Él se sentía más cercano a *Nkosi*, el macho de lomo plateado del zoo —fueron, de hecho, los majestuosos machos adultos los que lo impulsaron a convertirse en un cuidador de gorilas—, pero entendía por qué la gente hacía largas colas al final de un caluroso verano en Carolina del Norte para entrever las pequeñas crías aferradas a sus madres. «A todos nos encantan. Las miramos y vemos en ellas algo de nosotros mismos, de nuestras familias.»

Yo no fui a ver a las crías recién nacidas, pero recuerdo que pensé, egoísta y absurdamente, que el éxito de *Jamani* presagiaba mi futuro

reproductivo y mi dicha. Había hecho seguimiento y escrito sobre su primer embarazo y su pérdida, y tan sólo un año después hojeé el álbum de su nueva cría por internet. Me llamó sobre todo la atención una foto, un primer plano de *Jamani* con su gran barbilla apoyada en la cabeza de *Bomassa* en actitud protectora. Sus grandes ojos brillan dentro de su pequeña cara en forma de corazón; *Jamani* mira hacia arriba con una expresión ensimismada, como si todo en él —su olor de cría, su piel suave, el peso de su cuerpo— le pareciera embriagador. Entré en otras páginas webs e introduje mis cifras más relevantes (edad, número de años intentándolo, fracasos pasados) en bases de datos que calculaban la tasa de éxito de la FIV. Oscilaba entre el 27 y el 24 %, dependiendo de la base de datos. Tal vez algún día todo eso sería un recuerdo para mí.

Lo que probablemente se perdieron los visitantes del parque zoológico de Carolina del Norte, y lo que omitieron los periódicos, es algo que ocurrió a los pocos días de que naciera el segundo gorila, cuando nadie, ni siquiera el cuidador, miraba. *Olympia*, todavía de posparto y socialmente dominante, secuestró una noche a la cría de tres semanas de *Jamani*, *Bomassa*, y empezó a cuidarla, amamantándola, estrechándola contra el pecho y protegiéndola junto a su propia cría. Más grande que *Olympia* pero en la última posición en la jerarquía de las tres hembras, *Jamani* gimió penosamente, dio vueltas y corrió de un extremo al otro del recinto; los cuidadores, que la habían visto mecer a su cría sin vida menos de un año atrás, esperaron angustiados a ver si recuperaba a *Bomassa*, pero todo lo que consiguió *Jamani* fue abalanzarse con poca convicción en dirección a *Olympia* y resoplar.

El secuestro de crías no es raro entre los primates, que se las llevan por varias razones: como una forma de infanticidio, despejando el camino para su propio éxito genético; para ascender de posición social; para obtener experiencia como cuidadores, o a veces porque les fascinan sin más. *Olympia* tenía una cría sana que no se veía amenazada por el nacimiento de *Bomassa*, y ya no podía ascender más socialmente. ¿Por qué querría cargarse de más trabajo —las gorilas espacian al menos cuatro años los partos— para adoptar



una segunda cría?

Después de hablar por teléfono con los zoológicos donde *Olympia* y *Jamani* habían vivido anteriormente, Jesue y sus colegas decidieron que en ambas gorilas había influido el comportamiento maternal que habían observado de jóvenes. *Olympia* había vivido en el parque zoológico de Atlanta con una madre de gemelos y debía de pensar que dos crías era lo idóneo. En San Diego, donde *Jamani* creció, compartir una cría era una práctica común y tolerada. Las dos gorilas estaban sacando a relucir pautas de conducta que habían observado, imágenes que no se hallaban inscritas en su código genético sino en el recuerdo limitado por el cautiverio que conservaban de la maternidad y la vida familiar. «Así es como se comporta una gorila adulta», nos imaginamos a *Olympia* diciendo para sí mientras da vueltas por el recinto con dos crías colgadas del pecho. «Seguro que me la devuelve», nos imaginamos a *Jamani* pensando con las mamas dolorosamente hinchadas de leche para *Bomassa*. «Esto es lo que hacen las madres gorilas.»

Después de cinco días observando a la gorila, los cuidadores decidieron que ya habían esperado bastante; sedaron a *Olympia* y le devolvieron su cría a *Jamani*.<sup>[31]</sup> Pudo amamantarla porque los cuidadores le habían succionado dolorosamente los pechos con un sacaleches para humanos todos los días que había permanecido separada de ella (la sumisión a la succión es parte de su capacitación como madre) y respondió a su regreso casi como si no hubiera ocurrido nada.

«Es una madre excelente», me dijo Jesue, elogiando la paciencia de *Jamani* con su cría, su suave disciplina. Estábamos junto al mirador del recinto viendo cómo *Bomassa* y *Apollo*, que entonces tenían dos años, se peleaban y se perseguían por la hierba alta. «*Olympia* también lo es», añadió, aunque reconoció que era bastante permisiva.

Habían pasado tantas cosas desde los partos de *Apollo* y *Bomassa* que Jesue admitió que se sentía aturdido cuando pensaba en la historia reproductiva de ese grupo. «Ha sido como un viaje en montaña rusa.» En 2012 permitieron que la tercera hembra, *Acacia*, se cruzara con *Nkosi*; como *Jamani* y *Olympia*, ella también concibió enseguida. Pero, a diferencia de

ellas, tuvo un parto difícil, que duró más de veinticuatro horas, y los cuidadores y los veterinarios del zoo decidieron practicarle una cesárea de urgencia. Aunque la operación fue bien y la cría salió sana —«No podía ser más bonita y fuerte», comentó otro cuidador—, murió de forma repentina en brazos de su madre, y los cuidadores, por segunda vez en dos años, observaron con impotencia cómo una nueva madre aceptaba su pérdida. Más tarde ese año *Nkosi* murió de encefalitis.

Jesue lo pasó mal con la pérdida de *Nkosi*, al que los cuidadores llamaban afectuosamente *Nik*. Había sido un padre paciente y afable, que participaba en la crianza de las crías más allá de lo que cabía esperar de un padre gorila.

Le pregunté qué pasaría ahora con *Acacia*, que sin duda era también una buena cuidadora, y jugaba a menudo con *Bomassa* y *Apollo*, pero casi nunca se acercaba a la ladrona de crías y socialmente dominante *Olympia*. Los cuidadores esperaban la llegada al grupo de otro macho de lomo plateado que fuera un modelo de conducta para los dos machos jóvenes. ¿Volvería a concebir *Acacia*?

«No», respondió Jesue. Era demasiado peligroso. Tenían previsto trasladarla a otro zoológico —el tercero—, donde esperaban que hiciera de *alomadre* o cuidadora amorosa, o incluso de madre sustituta en caso de que otra gorila rechazara a su cría. «Eso sucede más a menudo de lo que te imaginas», me dijo antes de despedirse para ir a dar el almuerzo.

Me quedé un rato más y observé, prestando especial atención a *Acacia*, que estaba recostada sobre una pila de heno cerca de la cristalera, comiendo las ricas semillas, pero sin apartar la vista de la hembra dominante y exitosa reproductivamente, *Olympia*, que hurgaba entre los restos de la lechuga y el apio que les habían echado a la hora de comer.

En el mirador se apiñaban colegiales y familias. Sin Jesue para corregirlos, unos cuantos confundieron a *Jamani*, que se erguía en el otro extremo del recinto mientras *Bomassa* corría alrededor de ella, por *Nkosi*. «Ése es el papá. ¿Lo ves?»

«Son como tú —dijeron más de un adulto a un niño de cuatro o cinco años—. Siempre están tramando algo.»

La gente se congregaba, seguía andando, se congregaba de nuevo.

«Apuesto a que los gorilas se creen que son como nosotros —comentó una niña de siete u ocho años—. Ni siquiera saben que se llaman *gorilas*.»

Es fácil e incluso tentador proyectar nuestra propia historia sobre otras más públicas. Vemos nuestras luchas, experiencias y personalidades reflejadas en los gorilas del zoológico, en los personajes de los libros o las películas. Miro a *Acacia* y veo trazos de mi «yo» estéril, una intrusa agazapada que, de haber podido, habría sido una buena madre. O vuelvo a ver *Arizona Baby* y advierto cómo a todos se les suaviza el carácter en presencia del niño sonriente que balbucea. Los fugitivos de la prisión que secuestran (¡de nuevo!) a Nathan junior por el dinero del rescate también roban juguetes para entretenerlo; el materialista y temperamental Nathan Arizona, aliviado cuando Hi y Ed le devuelven a su niño, los perdona. Se nos previene contra esa tentación de proyectar, pues nada en nuestra compleja vida es tan sencillo como un gorila antropomorfizado o una comedia de intriga de Hollywood.

Los gorilas no saben cómo los llamamos, eso es cierto; observando a *Acacia*, a *Jamani* y a *Olympia*, he tenido la sensación de que apenas nos tienen en cuenta. Se concentran en cosas de gorilas, que son más inmediatas: «¿dónde tirarán más restos de lechuga?», «¿cuánto puedo permitirme alejarme de mi cría mientras busco la lechuga?». Viven el presente, ajenos al paso del tiempo, a lo que les falta. No podemos saber lo que piensan, pero parecen satisfechos.

Sin embargo, la mente humana tiene una bonita ventaja: la habilidad para viajar hacia el pasado o el futuro a fuerza de voluntad. Al final de *Arizona Baby*, Hi y Ed confiesan a Nathan Arizona que van a separarse; los dos son demasiado egoístas y poco realistas para funcionar como pareja. El hurraño Nathan les dice que lo consulten con la almohada, «al menos una noche», y la película termina con una imagen de la cara vendada de Hi durmiendo y escenas de su sueño. Hi describe su «yo» del sueño como «un espíritu flotante que visitaba el futuro» y veía al joven Nathan junior abriendo un regalo de Navidad, un balón de fútbol, que le enviaba «una pareja bondadosa que prefería permanecer en el anonimato», y, más tarde, marcando el tanto ganador en un partido de béisbol de la universidad. Luego Hi ve un futuro

aún más lejano, a años de distancia: una pareja de ancianos a la que visitan unos hijos y unos nietos sonrientes, toda la familia sentada en un comedor revestido de paneles de madera, alrededor de una mesa inacabable en su abundancia.

«¿Era sólo un sueño? ¿Estoy huyendo de la realidad, como sé que suelo hacer? —pregunta Hi—. Parecía real. Parecíamos nosotros. Y parecía... nuestro hogar.» A la pareja de ancianos no se les ve la cara, pero vemos lo mismo que ellos: hijos guapos y ya adultos, nietos endomingados y con buenos modales. Y una pancarta en la que se lee: Bienvenidos a casa, niños.

Imaginar el futuro no sólo es una forma de huir de la realidad sino también de cortejarla. Es un bálsamo y un regalo, así como la fuerza que hay detrás de todas las cosas que uno quiere que sucedan, no por un golpe de suerte sino por esfuerzo; el mejor empleo, un cuento o un libro publicado, una jubilación holgada, una familia de dos, tres o cuatro miembros. «Tenéis que seguir intentándolo —les dice Nathan Arizona a Hi y a Ed— y esperar que la medicina os alcance.» Si no funcionaba, añadió, al menos se tendrían el uno al otro.

«Seguid intentándolo. Estad contentos.» ¿Cómo se reconcilian estos dos mensajes? ¿Cómo conseguir ambas cosas a la vez? Durante mucho tiempo di vueltas a esas preguntas: no estaba del todo contenta y no estaba intentándolo de forma activa mientras a mi alrededor otras personas se esforzaban más. Nate y Parul, y el largo viaje que los llevaría hasta su hijo. Margaret y su odisea médica. Candace y Regina y su activismo y su mensaje de integración. La doctora Ramos y su determinación a innovar en nombre de los esperanzados pacientes.

Alrededor de la época en que me quedé embarazada se esperaba una nueva aparición de cigarras, las cigarras de diecisiete años, que estaba previsto que fueran aún más numerosas y ruidosas que el grupo de trece años que acompañó con su constante zumbido mis primeras rondas fallidas de TRA. Según los informes, esas cigarras, la generación II, podrían superar en número a los seres humanos en una proporción de seiscientos contra uno.

Sin embargo, la aparición de 2013 fue un desastre, al menos donde yo vivo: no se oyó un canto ondulante ni se formó una alfombra exoesquelética

sobre el suelo del bosque. En mayo, que era cuando las esperábamos, yo había pasado un primer trimestre preocupada y daba paseos con regularidad por el bosque y a lo largo del río. Escuchaba a ver si oía a las cigarras, pero se me iba la mente. Al pasado..., no a la última vez que hubo una aparición masiva, cuando la abundancia de cigarras fue abrumadora, sino a una raza de Virginia que había aparecido años atrás, cuando yo iba a primaria. Durante un mes todos los senderos que llevaban al lago donde mi madre y yo pasábamos casi todas las tardes quedaron cubiertos de sus cáscaras. Las recogíamos con delicadeza y nos prendíamos sus cuerpos fantasmales a la ropa hasta quedar envueltas, como los troncos que rodeaban el lago. Fue nuestra madre quien nos enseñó a juntar cigarras sin aplastarlas.

Y, como Hi, pensé en el futuro. Podía imaginarme un día —tal vez al cabo de nueve años, cuando las cigarras de trece años regresaran— reviviendo la experiencia con mi propia hija. Pero la imaginación tiene sus límites; lo que veía era de una calidad opaca, y no tenía sonido. Había distancia entre el «yo» que imaginaba y el imaginado.

Para mí, tener y criar a una hija, que da la casualidad que ha sido concebida por FIV, ha sido más mágico de lo que jamás haya podido imaginar.

Me alegro de no haberlo sabido hasta que la tuve. No creo que hubiera podido soportarlo.

En los meses que siguieron al nacimiento de mi hija, envalentonados por el riesgo que estábamos asumiendo, Richard y yo empezamos a construir un anexo en nuestra casa de una habitación. A menudo me cruzaba con los contratistas en el camino del garaje, con Beatrice envuelta en uno de los portabebés que recrean la cálida intimidad con que las gorilas estrechan a sus crías contra el pecho, y, aunque ellos sólo alcanzaban a verle la parte superior de la cabeza, siempre elogiaban solícitos lo encantadora y dulce que era.

—Imagínese que sólo hubiera un bebé en el mundo —empezó a decir el señor Cheek, el albañil que contratamos para que construyera los cimientos.

Señaló a Beatrice, que dormía contra mi pecho, como si ella fuera ese

único bebé imaginado.

—Estuviera donde estuviese el bebé, lo dejaríamos todo para ir a verlo. Si ese bebé estuviera en California, iríamos todos a California.

El señor Cheek, que es padre y abuelo, no sabía nada de nuestra larga espera; no se trataba de eso. Sabía algo más importante y más profundo: un bebé no nace sólo para sus padres, sino para el mundo que lo rodea. Para los vecinos, los amigos, los maestros, los compañeros de recinto. Para los exatracadores, las alomadres, los primos y los abuelos, que querrán echar un vistazo y que influirán de alguna manera en él.

En mi aturdimiento insomne me imaginé junto a Richard y a Bea en una especie de recinto al borde de un acantilado sobre el Pacífico, con una serpenteante cola de curiosos bien intencionados que se abrían paso hacia el desierto. Teniendo en cuenta el tiempo que habíamos tardado en tenerla y la cantidad de personas que se habían involucrado en el proceso, la imagen parecía encajar de una forma extraña. Ahora tengo muchas amigas que han tenido hijos por medio de una intervención médica, a través de inseminación intrauterina, FIV o ciclos medicados, con la ayuda de óvulos o embriones donados, pastillas o fármacos inyectables. En nuestro círculo es común llamar a los niños *milagros*, ver nuestra propia experiencia como algo singular y exclusivo, pensar en lo poco que nos faltó para no tenerlos. Pero eso es cierto en cada bebé, en cada pareja, en cada relación que se da en el mundo; todos estamos atterradoramente sujetos al riesgo, al miedo y a la suerte, a anhelos que llegan según lo previsto o que emergen de algún pozo profundo y sorprendente que no sabíamos que teníamos.

El señor Cheek repitió sus palabras como para ponerme a prueba.

—Probablemente tiene usted razón —respondí—. Yo iría.

## AGRADECIMIENTOS

Estoy muy agradecida a los periódicos que publicaron por primera vez estos ensayos, a veces en distintos formatos: «El arte de esperar» y «La fiebre del bebé» aparecieron en *Orion* («El arte de esperar» fue reimpresso en *Harper's* y en la edición de los premios William Hazlitt de 2013); «Hijos imaginarios» se publicó en *Ecotone*; «Vida visible», en *Slate*, y «Toda la casa», en *The Sun*.

Gracias a Katie Dublinski, mi editora, por su gran paciencia y sabiduría; a Maria Massie, mi agente, por su aliento y apoyo; a Michael Taeckens, mi publicista, por su talento y dedicación, y a todo el maravilloso equipo de Graywolf, en particular a Fiona McCrae, Marisa Atkinson, Erin Kottke y Caroline Nitz. Me considero afortunada por haber publicado mis libros junto con otros títulos de Graywolf.

Gracias al North Carolina Arts Council y al National Endowment for the Arts, por la ayuda económica que recibí de ellos mientras escribía este libro, y al Durham Arts Council, por su apoyo durante toda la gira de promoción del libro. Gracias asimismo a las instituciones que me ofrecieron alojamiento mientras escribía, uno temporal en la Lenoir-Rhyne University, donde estuve de profesora visitante, y otro más duradero en la North Carolina State University (NCSU), donde hoy en día imparto clases. Estoy muy agradecida a mis numerosos e inspiradores alumnos y a mis brillantes colegas, en particular a Rand Brandes, de la Lenoir-Rhyne, y a Wilton Barnhardt, Jill McCorkle, John Kessel, Cat Warren y Dorianne Laux, de la NCSU.

Gracias a mis amigos y colegas escritores que me alentaron y ayudaron con el manuscrito: Meaghan Mulholland, Jon Mozes, Krista Bremer, Duncan Murrell, Dan Kois, Andrew Park, Jonathan Farmer, Catey Christiansen,

Emily L. Smith, Anna Lena Phillips, Hannah Fries, Andrew Blechman, Michelle Latiolais, Margaret Zamos-Monteith, Sophie Shaw, Courtney Fitzpatrick, John Railey, David Potorti y Banu Valladares. Gracias también a las canguros que me permitieron seguir con mis clases y escribir después de que Bea naciera, en particular a Buttons Boggs, Laura Denning, Sophie Shaw, Kaela Self y Sylvia Grant.

Y a las numerosas personas que accedisteis a que os entrevistara para escribir este libro: agradezco profundamente vuestra generosidad, reflexión, aplomo y perspicacia. Gracias asimismo a los científicos, médicos e investigadores que respondieron con paciencia mis preguntas y revisaron los borradores, en particular a Leslie Digby, Anna Rotkirch, Aaron Jesue, Marni Rosner, Stephen Young y Silvia Ramos. Gracias al doctor Young y a la doctora Ramos, por ayudarme no sólo con el libro sino en el plano personal. Y a RESOLVE, fuente vital de apoyo, información y amistades duraderas.

Gracias a mi familia, por permitirme reproducir aquí partes de nuestra vida; a mis padres, Button y Terry, en especial, que me apoyan sin cesar.

Y a Richard Allen, por ser siempre mi primer y mejor lector. Gracias por todos los borradores leídos, las conversaciones y la ayuda para recabar información; este libro no existiría sin ti.

Y a Beatrice, la mejor persona que conozco.



## NOTAS

Entre las personas a las que he entrevistado hay algunas que prefieren aparecer con otro nombre. En las notas señalo el uso de seudónimos.

[1] Al comienzo de mi tratamiento de FIV, mi médico calculó que tenía entre un 15 y un 18 % de posibilidades de éxito, aunque dada la combinación de factores que contribuían a nuestra infertilidad es poco probable —o, al menos, no está muy claro— que fueran tan altas.

En el transcurso de mi tratamiento de fertilidad he probado tres protocolos diferentes: letrozol (de la marca Femara), un inhibidor de aromatasas de uso *off label* para estimular la respuesta ovárica; letrozol más inseminación intrauterina, y, por último, la fecundación in vitro. Aunque los tres tenían el mismo objetivo, fue interesante observar la mejora de la atención conforme incrementaba el coste. Por ejemplo, durante los ocho meses que tomé letrozol (me lo recetó mi ginecóloga), nunca me hicieron una ecografía para controlar su eficacia (ni siquiera después de que me aumentaran la dosis al ver que no me quedaba embarazada). En cambio, cuando comencé el tratamiento de IIU en una clínica de endocrinología reproductiva, averiguamos por medio de una ecografía que la dosis prescrita producía entre cuatro y cinco folículos maduros por ciclo, lo que en potencia es peligroso (me suspendieron el ciclo de IIU para evitar el riesgo de embarazo múltiple). Durante los ciclos de IIU utilicé un predictor de ovulación de venta sin receta, pero la fecundación in vitro implicaba un equipo de médicos y un programa de extracciones de sangre, llamadas telefónicas y ecografías.

[2] Recientemente, cuando la población de rinocerontes blancos norteros se redujo a una quinta parte debido a la caza furtiva y a la pérdida de su hábitat natural, los científicos contemplaron la fecundación in vitro como un posible método para evitar la extinción de la especie. Sólo una rinoceronte, que llevaba treinta años en un zoológico checo infestada de quistes uterinos, estaba en edad de reproducirse. Murió en julio de 2015 por la rotura de un quiste; los científicos le extrajeron el ovario sano con la esperanza de que los óvulos maduraran con el tiempo y ellos pudieran usar su material genético. Si son capaces de utilizar con éxito la fecundación in vitro, es probable que el embrión resultante se geste en una subespecie estrechamente emparentada.

[3] Me inicié en el viejo debate sobre el supuesto instinto de procrear (frente al impulso sexual) a raíz de la fascinante obra de Anna Rotkirch, una especialista en sociología de la familia. Su estudio «All That She Wants Is A(nother) Baby?» fue la primera referencia que encontré a las causas biológicas del anhelo de procrear. «What Is “Baby Fever”?», también de Rotkirch, publicado en *The New Evolutionary Social Science: Human Nature, Social Behavior, and Social Change* (editado por Heinz-Jürgen Niedenzu, Tamás Meleghy y Peter Meyer), ha sido fuente de inspiración para este capítulo, sobre todo el debate sobre la función de la fiebre del bebé en quienes se enfrentan a barreras como la infertilidad o la ausencia de una relación. Rotkirch también me escribió extensamente por correo electrónico en relación con su obra.

[4] Estos porcentajes provienen de estudios llevados a cabo en los últimos diez años. El dato de los métodos anticonceptivos, de «Current Contraceptive Use in the United States, 2006-2010, and Changes in Patterns of Use Since 1995», de J. Jones, W. D. Mosher y K. Daniels, publicado en *National Health Statistics Reports*, n.º 60, 2012. Y el dato de los abortos, de «Changes in Abortion Rates between 2000 and 2008 and Lifetime Incidence of Abortion», un artículo de R. K. Jones y M. L. Kavanaugh, publicado en *Obstetrics and Gynecology*, vol. 117, n.º 6, 2011.

[5] Esta cita se ha extraído de «What Is “Baby Fever”?», de Rotkirch, que ofrece un resumen de su investigación sobre el anhelo de procrear.

[6] Utilizo el término *proceptivo* como lo define Rotkirch: «comportamiento partidario de procrear y contrario a la anticoncepción». Ella cita un estudio de 1999, publicado en *Population and Development Review* y realizado por Hans-Peter Kohler, Joseph L. Rodgers y Kaare Christensen («Is Fertility Behavior in Our Genes? Findings from a Danish Twin Study»), que examinaba el primer intento de embarazo entre gemelos daneses nacidos de 1870 a 1910 (un periodo de alta fertilidad) y de 1953 a 1964 (una época de baja fertilidad). Las hembras del primer grupo presentaron poca influencia genética en su comportamiento proceptivo, mientras que en el segundo grupo esta influencia aumentaba. De esto se infiere que la fiebre del bebé puede ser algo que heredamos de nuestras madres y abuelas, un argumento más de que el deseo de procrear es algo innato. Este término también lo ha utilizado un demógrafo estadounidense llamado Warren B. Miller.

[7] Mi teoría sobre el impacto que tuvieron las políticas pronatalistas en las mujeres estériles está influenciada por la tesis doctoral de Marni Rosner, «Recovery from Traumatic Loss: A Study of Women Living without Children after Infertility» (2012). Los datos sobre la historia del pronatalismo en Estados Unidos se han extraído de *Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness* (Harvard University Press, 1995), de Elaine Tyler May.

[8] El plan de seguro médico que tenía cuando empecé mi tratamiento de IIU y FIV era el BlueCross BlueShield de Carolina del Norte para maestros y funcionarios. Aunque cubría las pruebas de diagnóstico e incluso procedimientos caros (y a veces menos eficaces) para tratar las causas estructurales de la infertilidad, como la obstrucción de las trompas de Falopio, excluía específicamente los «métodos de concepción artificiales». Me recordó lo que había leído de la doctrina católica sobre la fecundación in vitro, lo cual me desconcertó, pues la compañía aseguradora no era una organización religiosa. Si el tratamiento de FIV era menos caro y más eficaz para superar la infertilidad que ciertas cirugías (tanto para hombres como para mujeres), ¿por qué no lo cubría el seguro? También me pregunté por qué se suele cargar el tratamiento en el seguro de la mujer si sirve para tratar factores de infertilidad masculinos y femeninos. Si se considera que la mujer es la paciente (porque es su cuerpo el que recibe el tratamiento de IIU o FIV), ¿no es discriminatorio excluirlo de la cobertura? En 2012 hablé por teléfono sobre estas cuestiones con Barbara Collura, presidenta y directora de RESOLVE, que lleva más de una década trabajando por la ampliación de la cobertura obligatoria del seguro médico para incluir los tratamientos de fertilidad. Collura me dio a entender que los partidarios de una cobertura más amplia se enfrentan fundamentalmente con dos obstáculos: la falta de conocimientos médicos por parte de ciertas compañías de seguros y la deficitaria recaudación de fondos entre las organizaciones en defensa de la infertilidad como RESOLVE. En el transcurso de nuestra entrevista, Collura lamentó que RESOLVE tuviera un presupuesto anual de 1,2 millones de dólares; esto es, alrededor de veinte centavos por cada uno de los 7,3 millones de estadounidenses que luchan contra la enfermedad.



[9] Las reacciones de la crítica a la obra de teatro de Albee, la correspondencia que éste mantuvo con Leonard Woolf y la tesis de que tuvo una infancia infeliz provienen sobre todo de la excelente obra de Mel Gussow, *Edward Albee: A Singular Journey*.

[10] Las señoritas Anne y Deirdre, las dos vecinas, aparecen bajo seudónimo.

[\*] «Banco de Mierda.» Se pronuncia de forma similar a City Bank. (*N. de la t.*)

[11] Mis primeras nociones sobre embriones y fetos provienen de *Icons of Life: A Cultural History of Human Embryos*, de Lynn M. Morgan. Este libro también orientó parte de mi reflexión sobre los desafíos políticos, sociales y emocionales que entraña la conceptualización de la vida embrionaria.

[12] Kate, el nombre de la madre biológica, es un seudónimo. La familia de Alexander también aparece citada y descrita bajo seudónimo.

[13] La descripción de la dependencia de las crías de los primates, y de su accidental y puntual intercambio (por ejemplo, un caso observado en Brasil, en el que dos experimentadas monas muriqui cambiaron sin querer sus crías y las criaron con éxito hasta la edad adulta), se ha extraído de *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*, de Sarah Hrdy.

[14] Aunque la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva se inclina por el término *donación* y por un proceso anónimo y no discriminatorio, algunos padres intencionales y biológicos prefieren el proceso de cribado y las implicaciones de la adopción, que pueden incluir desde un estudio del hogar hasta el requisito de que los padres intencionales sean parejas heterosexuales y casadas. Nightlight Christian Adoptions, que comenzó ofreciendo embriones criopreservados a las parejas infértiles en 1997, describe en su página web (<[www.nightlight.org](http://www.nightlight.org)>), su misión en unos términos que hacen pensar en el carácter de persona de un embrión: «Nuestros *snowflakes* [“copos de nieve”] son tan únicos y frágiles como cada copo de nieve que se congela. Esperamos ayudar a cada embrión donado a crecer, desarrollarse y vivir una vida plena». Nightlight incluso ofrece «embriones en espera» con factores de riesgo identificados, tales como problemas de salud descubiertos en la familia genética, o de un nivel inferior del asignado por un embriólogo.

[15] La serie de cinco partes «Against Their Will», publicada en el *Winston-Salem Journal*, ofrece un trasfondo histórico excelente del programa de esterilización eugenésica de Carolina del Norte, y el periódico ha hecho desde entonces un seguimiento de las cuestiones relacionadas con la compensación. John Railey, que escribió muchos de los artículos de «Against Their Will» y es redactor del *Winston-Salem Journal*, publicó en 2014 *Rage to Redemption in the Sterilization Age*. En él analiza concretamente las acciones coercitivas que el estado ejerció en la esterilización de Nial Cox Ramirez, una de las primeras víctimas que presentó una demanda civil.



[16] «Uno no puede reescribir la historia. Fue un momento lamentable para este país — declaró el entonces senador Don East en una entrevista para la Associated Press en 2012—. Siento que sucediera, pero dar dinero no cambiará nada ni hará que desaparezca. Lo que pasó, pasado está».

[17] La información sobre la infertilidad como pérdida traumática se ha extraído del estudio de Rosner, así como de las entrevistas por teléfono y correo electrónico que le realicé.

[\*] Por la expresión «frío como el culo de un pocero». (*N. de la t.*)

[18] Mi seguro médico no cubría la medicación del tratamiento in vitro, pero, por alguna razón, costeó parte de los medicamentos que me recetó el médico, con lo que pagué bastante menos de lo que me habían pedido en la farmacia on-line. Otra amiga, que se estaba sometiendo a la FIV al mismo tiempo que yo con el mismo seguro médico, no fue tan afortunada. Di por hecho que se trataba de un error administrativo y que lo descubrirían en cualquier momento, y estaba tan asustada que opté por no presionar para obtener otro medicamento, Crinone, que deberían haberme cubierto una vez confirmado el embarazo.

El precio de los medicamentos de un tratamiento de FIV es un factor impredecible; uno no sabe, hasta que empieza el ciclo, cuánta gonadotropina inyectable necesitará para estimular la respuesta ovárica. Los planes de seguro médico de «costes compartidos» como el que nosotros contratamos no suelen cubrir la medicación del tratamiento, y las compañías aseguradoras pueden aprobarla o rechazarla según el protocolo (por ejemplo, los mismos fármacos inyectables pueden estar cubiertos para el coito programado, pero no para la FIV).

También es habitual que sobren medicamentos, que las pacientes con frecuencia regalan o venden a un precio reducido. Durante mi ciclo, una amiga me dio el Follistim que le había sobrado, por si lo necesitaba, y cuando terminó mi ciclo se lo pasé a otra amiga junto con el que me sobró a mí. Los médicos y las organizaciones médicas recomiendan no aceptar medicación sobrante, pues no es posible saber si se ha guardado en las condiciones adecuadas, por ejemplo, sobre todo si se adquiere de un desconocido. Pero como es una de las pocas formas que existen para reducir el coste de un ciclo, no hay visos de que esta práctica termine.

[19] La información acerca de los casos adversos autodenunciados proviene de <[www.lupronvictimshub.com](http://www.lupronvictimshub.com)>, que divulga las cifras a partir de una solicitud a la FDA conforme a la ley de libertad de información (Freedom of Information Act), y de un artículo titulado «Lupron: Do the Risks Outweigh the Benefits?», que encontré en <[www.lawyersandsettlements.com](http://www.lawyersandsettlements.com)>. Cualquier persona puede notificar un evento o una reacción adversa asociada a una prescripción o medicación sin receta a través de MedWatch, el sistema on-line de notificación voluntaria de incidentes de la FDA. Más alarmante que cualquiera de estos informes es una frase que encontré en internet de *Lejos del árbol: historias de padres e hijos que han aprendido a quererse*, de Andrew Solomon, que describía el Lupron (indicado también como tratamiento experimental para el autismo severo) como un «medicamento para la castración que cambia el cuerpo tan radicalmente como puede hacerlo un fármaco».

[20] Hablamos sobre los protocolos de los distintos tratamientos con nuestro médico, que siempre se mostraba paciente con nuestra necesidad de comparar. Aunque algunos estudios («Efficacy and Safety of Ganirelix Acetate versus Leuprolide Acetate in Women Undergoing Controlled Ovarian Hyperstimulation», *Fertility and Sterility*, vol. 75, n.º 1, 2001) parecen indicar que el protocolo antagonista tiene casi los mismos resultados que un protocolo de Lupron de regulación a la baja, este último hace más tiempo que se utiliza.

[21] Steven Young me dijo más tarde: «Curiosamente, nuestro nuevo laboratorio es tan bueno fabricando blastocistos que el tercer día sólo necesitamos doblar ese número. Estamos simplificando mucho las transferencias de embriones por esta razón; alrededor de tres cuartas partes de las mujeres menores de treinta y cinco años y es probable que la mitad entre treinta y cinco y treinta y siete». Aunque estos datos aún no habían sido publicados por la STRA, me informó de que la tasa de embarazo en 2013-2014 de las pacientes menores de treinta y cinco años mediante la implantación de un solo embrión era del 79 %.

[22] Los nombres Todd Jensen y Gabe Faibish son seudónimos.



[\*] Doctrina jurídica según la cual una mujer casada no tiene personalidad jurídica independiente de su marido. (*N. de la t.*)

[23] La primera noticia que tuve de este estudio fue a partir de un artículo de NeJaime publicado en la *Yale Law Journal*. En «My Daddy's Name Is Donor» fueron encuestados 485 individuos adultos concebidos por donación de semen, e informa de quince resultados, entre ellos: sensación de confusión y pérdida, índices más altos de delincuencia y abuso de sustancias, así como tasas de divorcio más elevadas.

Antes de leer este estudio, yo conocía los derechos de las personas concebidas por donación por el Anonymous Us Project, de Alana Newman, una colección on-line de testimonios de personas que han sido concebidas por medio de la reproducción por subrogación. Muchos de los relatos anónimos colgados en esta página web expresan ira contra sus padres genéticos/biológicos (particularmente los donantes) y malestar ante el hecho de que su concepción fuera el resultado de un intercambio económico. En la base de datos de las historias <[www.anonymousus.org](http://www.anonymousus.org)> también hay mensajes de padres que han utilizado o considerado la reproducción subrogada.

El Institute for American Values, que publicó «My Daddy's Name Is Donor», y muchos de los colaboradores de Anonymous Us Project se muestran contrarios al anonimato en la donación de gametos, que es legal en Estados Unidos pero está prohibida en Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Países Bajos y Suiza. En su sección «Room for Debates», el *New York Times* publicó el 13 de septiembre de 2011 un debate sobre el anonimato de los donantes y la cuestión de su regulación. Me conmovieron mucho dos de los artículos. Robert G. Brzyski, presidente del comité ético de la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva, sostenía que los embriones y los gametos de los donantes ya estaban sujetos a una investigación genética y médica, y que la ampliación de los requisitos podría hacer más costoso el proceso de la donación y restringir el acceso a él. Por su parte, Sujatha Jesudason, directora ejecutiva de Generations Ahead, un grupo centrado en las implicaciones de las tecnologías genéticas en la justicia social, expresaba su preocupación por que, con la reglamentación adicional de las TRA, se sentara un precedente para ampliar las restricciones al aborto, así como su temor a que el reglamento privara de derechos a las poblaciones más vulnerables. «La regulación de la reproducción asistida podría significar precios más elevados y menor acceso económico para algunos, o podría ser una oportunidad política para legislar en el ámbito de la moral y negar el acceso a los gays y las lesbianas —escribió—. Esto no quiere decir que no debemos regular, pero hay que ser muy cuidadoso a la hora de evaluar los costes y los beneficios de los que se verían más afectados por las restricciones en la industria de la fertilidad y, por extensión, en los servicios abortivos.»

[24] En 1990 se publicó el primer informe de un cribado genético de preimplantación que produjo un embarazo sano. La técnica de «cribado», llevada a cabo sobre todo en pacientes con un pronóstico desfavorable o antecedentes de abortos o de un tratamiento de FIV fallido, sigue siendo polémica y a menudo es a lo que se refiere la gente cuando habla de *bebés de diseñador*, en parte porque también puede utilizarse para seleccionar el sexo. Además, en 2015 muchas personas se alarmaron ante la noticia de que el Reino Unido iba a convertirse en el primer país en permitir que la fecundación in vitro reemplazara las mitocondrias maternas portadoras de enfermedad por las mitocondrias de un óvulo de donante.

[25] «Está claro que los genes no son titiriteros que dirigen el comportamiento — escribe la antropóloga Sarah Hrdy en *Mother Nature*, su libro sobre biología y el instinto maternal—. Una serie de factores no genéticos, tales como la condición física o el estatus social de la madre, la estación en que concibió, la dieta que llevó ella o la que proporcionó a su bebé, y la presencia o ausencia de un padre, contribuyen a la individualización.» Por esta razón Hrdy denuncia el mal uso que se da comúnmente al concepto *madre biológica* al aplicarlo a la madre genética o gestacional, y la lógica binaria que hay detrás de «naturaleza frente a crianza». El campo cambiante de la epigenética ha demostrado, además, multitud de formas en que los desequilibrios ambientales (la dieta o la temperatura, por ejemplo) pueden afectar la expresión de los genes, activándolos o desactivándolos.

[26] La ley de certificación y tasa de éxito de las clínicas de fertilidad (Fertility Clinic Success Rate and Certification Act) de 1992 exige que todas las clínicas entreguen las estadísticas y las tasas de éxito del tratamiento de fecundación in vitro a los Centros de Prevención y Control de Enfermedades. Este informe obligatorio, según sugirió Steven Young, afecta al registro de datos.

[27] RESOLVE publica una guía útil de la cobertura del seguro médico obligatoria en quince estados <[www.resolve.org/family-building-options/insurance\\_coverage/state-coverage.html](http://www.resolve.org/family-building-options/insurance_coverage/state-coverage.html)>.

[28] En 1998, el Tribunal Supremo estableció en el caso «Bragdon contra Abbott» que la reproducción era «una de las principales actividades de la vida cotidiana», lo que daba derecho a las personas infértiles a algún tipo de protección. Según la ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act), prohibir a una persona infértil realizar un tratamiento de fertilidad puede constituir una discriminación por discapacidad. La exclusión de un tratamiento como la FIV del plan de seguro médico provisto por un empleador no se considera discriminatorio de acuerdo con dicha ley porque la exclusión se aplica a todos los empleados y no sólo a los estériles. Sin embargo, los defensores de los pacientes infértiles replican que al excluir de la cobertura unos cuidados médicos determinados que sólo utilizarían los empleados que sufrieran una determinada condición médica, los empleadores están discriminando.

[\*] Programa de seguro médico patrocinado por el gobierno para las familias de bajos ingresos. (*N. de la t.*)



[29] Esta cobertura no se hizo extensiva a los empleados contratados como las recepcionistas, los vigilantes de seguridad y los trabajadores del servicio de comidas y el mantenimiento de las instalaciones.

[30] Apple, Facebook y otras muchas compañías tecnológicas han sido criticadas, y con razón, por las grandes brechas en equidad de género y diversidad que existen en ellas. En el año 2015, el 69 % de los trabajadores de Apple eran hombres y, según un informe de Igualdad de Oportunidades en el Empleo presentado en 2014, de los ochenta y tres puestos de dirección de Apple, sesenta los ocupaban hombres blancos. En Facebook, el 32 % de los trabajadores eran mujeres, y éstas ocupaban sólo el 16 % de los puestos tecnológicos y el 23 % de los puestos de dirección. Muchos han sugerido que la disparidad entre géneros está causada en parte porque se espera que los empleados trabajen muchas horas al día y los fines de semana, y que la congelación de óvulos pone de relieve y pospone un problema más amplio, a saber: un puesto de trabajo que no deja margen para tener y criar hijos. Me parecen argumentos interesantes, aunque, como paciente con una cobertura de seguro médico muy limitada cuando me sometí a la fecundación in vitro, me cuesta no ver con buenos ojos cualquier ampliación de las opciones reproductivas.

Si tuviera una hermana pequeña y ésta estuviera planteándose congelar sus óvulos mientras espera encontrar la pareja adecuada o el momento oportuno en su vida y en su carrera, le sugeriría que acudiera antes a su ginecólogo o a un endocrinólogo reproductivo para un chequeo de fertilidad. Un simple análisis de sangre puede ofrecer a las mujeres y a sus médicos información valiosa sobre su reserva ovárica.

[31] Aaron Jesue hace hincapié en que se necesita un entrenamiento intenso para infundir confianza en los gorilas durante los procedimientos médicos y de urgencias. E informa de que *Olympia* cooperó activamente cuando le tuvieron que administrar una inyección manual durante el proceso de sedación.

## BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS QUE PUEDEN AYUDARTE

ALBEE, Edward: *¿Quién teme a Virginia Woolf?*, Cátedra, Madrid, 2013.

ASSOCIATION OF ZOOS AND AQUARIUMS: «Species Survival Plan (SSP) Programs», web visitada y accesible el 13 de septiembre de 2015, <<https://www.aza.org/species-survival-plan-program/>>.

ATWOOD, Margaret: «Haunted by *The Handmaid's Tale*», *The Guardian*, 20 de enero de 2012, <<http://www.theguardian.com/books/2012/jan/20/handmaids-tale-margaret-atwood>>.

«Baby M Grew Up, but Surrogacy Remains Controversial»: *The New York Times*, 24 de marzo de 2014, <<http://parenting.blogs.nytimes.com/2014/03/24/baby-m-grew-up-but-surrogacy-remains-controversial/>>.

BEGOS, Kevin y Danielle Deaver: *Against Their Will: North Carolina's Sterilization Program*, Gray Oak, Apalachicola (Florida), 2012.

BELL, Ann V.: «Beyond (Financial) Accessibility: Inequalities within the Medicalisation of Infertility», *Sociology of Health & Illness*, 32, n.º 4, 2010, pp. 631-646.

BLANKENHORN, David: «How My View on Gay Marriage Changed», *The New York Times*, 22 de junio de 2012.

BLEAKNEY, Elaine: *For Another Writing Back*, Sidebrow, Portland (Oregón), 2014.

BROCKWELL, Holly: «Why Can't I Get Sterilised in My 20s?», *The Guardian*, 28 de enero de 2015,

<<http://www.theguardian.com/commentisfree/2015/jan/28/why-wont-nhs-let-me-be-sterilised>>.

BROWN, Lesley y John Brown: *Our Miracle Called Louise: A Parents' Story*, Paddington, Nueva York, 1979.

CASE, Neko: «Hold On, Hold On», en *Fox Confessor Brings the Flood*, ANTI-Records, 2006.

CEBALLO, Rosario, Antonia Abbey y Deborah Schooler: «Perceptions of Women's Infertility: What Do Physicians See?», *Fertility and Sterility*, 93, n.º 4, 2009, pp. 1066-1073.

CLARKE, Edward H.: *Sex in Education; or, A Fair Chance for the Girls*, J. R. Osgood, Boston, 1874.

DICKENS, Charles: *Grandes esperanzas*, Debolsillo, Barcelona, 2006.

DIDION, Joan: «El álbum blanco», en *Los que sueñan el sueño dorado*.

—: *Noches azules*, Literatura Random House, Barcelona, 2012.

DIGBY, Leslie: «Infant Care, Infanticide, and Female Reproductive Strategies in Polygynous Groups of Common Marmosets (*Callithrix jacchus*)», *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 37, n.º 1, 1995, pp. 51-61.

— y Stephen F. Ferrari: «Multiple Breeding Females in Free-Ranging Groups of *Callithrix jacchus*», *International Journal of Primatology*, 15, n.º 3, 1994.

DINKIN, Roxane Head y Robert J. Dinkin: *Infertility and the Creative Spirit*, iUniverse, Bloomington (Indiana), 2011.

*Donum Vitae: Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, Congregación para la Doctrina de la Fe, Ciudad del Vaticano, 1987.

EDWARDS, Robert G.: «The Bumpy Road to Human In Vitro Fertilization», *Nature Medicine*, 7, n.º 10, 2001, pp. 1091-1094, <<http://www.nature.com/nm/journal/v7/n10/full/nm1001-1091.html>>.

EHRlich, Paul R.: *La explosión demográfica*, Salvat Editores, Barcelona, 1994.

ERTMAN, Martha M.: *Love's Promises: How Formal and Informal Contracts Shape All Kinds of Families*, Beacon, Boston, 2015.

- FAMILY EQUALITY COUNCIL: «Non-Discrimination Laws», web visitada y accesible el 13 de septiembre de 2015, <[http://www.familyequality.org/get\\_informed/equality\\_maps/non-discrimination\\_laws/](http://www.familyequality.org/get_informed/equality_maps/non-discrimination_laws/)>.
- FLINN, Susan K.: «Lupron-What Does It Do to Women's Health?», *National Women's Health Network Newsletter*, 1 de septiembre de 2008.
- Google Baby*: dirección de Zippi Brand Frank, Brandcom Productions y HBO Documentary Films, 2009.
- Governor's Task Force to Determine the Method of Compensation for Victims of North Carolina's Eugenics Board: «Preliminary Report to the Governor of the State of North Carolina», 1 de agosto de 2011, <[http://www.sterilizationvictims.nc.gov/documents/preliminary\\_report.pdf](http://www.sterilizationvictims.nc.gov/documents/preliminary_report.pdf)>
- GREENFIELD, Rebecca: «Sex-Crazed Cicadas Will Soon Outnumber Humans 600-to-1», *The Wire*, 6 de mayo de 2013, <<http://www.thewire.com/national/2013/05/cicada-to-human-ratio-2013/64933/>>.
- GUSSOW, Mel: *Edward Albee: A Singular Journey, A Biography*, Simon & Schuster, Nueva York, 1999.
- HABERMAN, Clyde: «Baby M and the Question of Surrogate Motherhood», *The New York Times*, 23 de marzo de 2014, <<http://www.nytimes.com/2014/03/24/us/baby-m-and-the-question-of-surrogate-motherhood.html>>.
- HARRIS, Emily: «Israeli Dads Welcome Surrogate-Born Baby in Nepal On Earthquake Day», *All Things Considered*, NPR, 29 de abril de 2015.
- HAWKINS, Jim: «Selling ART: An Empirical Assessment of Advertising on Fertility Clinics' Websites», *Indiana Law Journal*, 88, 2013, pp. 1147-1179.
- HEAD, Jonathan: «Thailand Bans Commercial Surrogacy for Foreigners», *BBC News*, 20 de febrero de 2015, <<http://www.bbc.com/news/world-asia-31546717>>.
- HRDY, Sarah: *Mother Nature: A History of Mothers, Infants, and Natural Selection*, Pantheon, Nueva York, 1999.

- : *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*, Belknap, Cambridge (Massachusetts), 2009.
- Informe de Gary J. Gates en calidad de *amicus curiae* sobre las cuestiones de fondo del caso «Estados Unidos contra Windsor», 570 U.S. 12-307, 2013, <<http://www.glad.org/uploads/docs/cases/windsor-v-united-states/amicus-brief-of-gary-gates.pdf>>.
- KAMIN, Debra: «Israel Evacuates Surrogate Babies from Nepal but Leaves the Mothers Behind», *Time*, 28 de abril de 2015.
- KELLY, Mike: «25 Years after Baby M, Surrogacy Questions Remain Unanswered», *Bergen County Record*, 30 de marzo de 2012, <<http://www.northjersey.com/news/kelly-25-years-after-baby-m-surrogacy-questions-remain-unanswered-1.745725>>.
- KOPSA, Andy: «State-Sanctioned Rape: Trans-Vaginal Ultrasound Laws in Virginia, Texas, and Iowa», *RH Reality Check*, 15 de febrero de 2012, <<http://rhrealitycheck.org/article/2012/02/15/government-sanctioned-rape-in-state-virginia-and-texas/>>.
- LERNER, Ben: *10.04*, Reservoir Books, Barcelona, 2015.
- LUNENFELD, Bruno: «Historical Perspectives in Gonadotropin Therapy», *Human Reproduction Update*, 10, n.º 6, 2004, pp. 453-467.
- MAXWELL, William: *Adiós, hasta mañana*, Libros del Asteroide, Barcelona, 1998.
- MAY, Elaine Tyler: *Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness*, Basic Books, Nueva York, 1995.
- MEAD, Rebecca: «Cold Comfort: Tech Jobs and Egg Freezing», *New Yorker*, 17 de octubre de 2014, <<http://www.newyorker.com/news/daily-comment/facebook-apple-egg-freezing-benefits>>.
- MOLINARO, Thomas: «One or Two? The Debate on Single Embryo Transfer», *Reproductive Medicine Associates of New Jersey*, 3 de enero de 2014, <<http://www.rmanj.com/2014/01/one-two-debate-single-embryo-transfer/>>.
- MORGAN, Lynn M.: *Icons of Life: A Cultural History of Human Embryos*, University of California Press, Oakland (California), 2009.

- MORRISON, Toni: *Sula*, Debolsillo, Barcelona, 2001.
- : *Beloved*, Debolsillo, Barcelona, 2001.
- NEJAIME, Douglas: «Griswold's Progeny: Assisted Reproduction, Procreative Liberty, and Sexual Orientation Equality», foro, *Yale Law Journal*, 124, 2015, p. 340, <[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2579409](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2579409)>.
- OBERGEFELL CONTRA HODGES: 576 U.S. 14-556, 2015.
- OLSEN, Tillie: *Silences*, 1st Feminist Press (ed.), Feminist Press at the City University of New York, Nueva York, 2003.
- OMBELET, Willem y Johan Van Robays: «History of Human Artificial Insemination», en *Artificial Insemination: An Update*, monografía, Willem Ombélet y Herman Tournaye (eds.), *Facts, Views and Vision in Obstetrics and Gynaecology*, 2010, pp. 1-5, <[http://www.researchgate.net/publication/228363363\\_History\\_of\\_human\\_insemination](http://www.researchgate.net/publication/228363363_History_of_human_insemination)>.
- PARQUE ZOOLOGICO DE CAROLINA DEL NORTE: «Zoo Loses Male Gorilla "Nkosi."», 3 de septiembre de 2013, <<http://www.nczoo.org/Newsroom.aspx?pageID=12643&CNM=undefined&contentPage=true&desc=false&listing>>.
- PARSONS, Sabrina: «Female Tech CEO: Egg-Freezing "Benefit" Sends the Wrong Message to Women», *Business Insider*, 20 de octubre de 2014, <<http://www.businessinsider.com/apple-facebook-egg-freezing-benefit-is-bad-for-women-2014-10#ixzz3k1iuI5mm>>.
- PETERSEN, Melody: «2 Drug Makers to Pay \$875 Million to Settle Fraud Case», *The New York Times*, 4 de octubre de 2001.
- PETERSON, Iver: «Fitness Test for Baby M's Mother Unfair, Feminists Say», *The New York Times*, 20 de marzo de 1987, <<http://www.nytimes.com/1987/03/20/nyregion/fitness-test-for-baby-m-s-mother-unfair-feminists-say.html>>.
- RAILEY, John: *Rage to Redemption in the Sterilization Age: A Confrontation with American Genocide*, Cascade Books, Eugene (Oregón), 2015.
- Arizona Baby*: dirección de Joel y Ethan Coen, Circle Films, 1987.
- RICH, Adrienne: *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*,



- Norton, Nueva York, 1976.
- ROE CONTRA WADE: 410 U.S. 113, 1973.
- ROSNER, Marni: «Recovery from Traumatic Loss: A Study of Women Living without Children after Infertility», tesis doctoral en trabajo social (DSW), University of Pennsylvania, 2012, folio 20, <[http://repository.upenn.edu/edissertations\\_sp2/20](http://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/20)>.
- ROTKIRCH, Anna: «“All That She Wants Is A(nother) Baby”? Longing for Children as a Fertility Incentive of Growing Importance», *Journal of Evolutionary Psychology*, 5, n.º 1, 2007, pp. 89-104.
- : «What Is “Baby Fever”? Contrasting Evolutionary Explanations of Proceptive Behavior», en *The New Evolutionary Social Science: Human Nature, Social Behavior, and Social Change*, Heinz-Jürgen Niedenzu, Tamás Meleghy y Peter Meyer (eds.), Paradigm, Boulder (Colorado), 2008.
- SARTIN, Jeffrey S.: «J. Marion Sims, the Father of Gynecology: Hero or Villain?», *Southern Medical Journal*, 97, n.º 5, 2004, pp. 500-505.
- SCHWARTZ, Barry: *Por qué más es menos*, Taurus, Barcelona, 2001.
- SENIOR, Jennifer: *All Joy and No Fun: The Paradox of Modern Parenthood*, Ecco/HarperCollins, Nueva York, 2014.
- SHAKESPEARE, William: *Macbeth*, Cátedra, Madrid, 2015.
- SOLOMON, Andrew: «Love, No Matter What», filmado en abril de 2013. Vídeo de TEDMED, 23:27, <[http://www.ted.com/talks/andrew\\_solomon\\_love\\_no\\_matter\\_what](http://www.ted.com/talks/andrew_solomon_love_no_matter_what)>.
- : *Lejos del árbol: historias de padres e hijos que han aprendido a quererse*, Debate, Barcelona, 2014.
- STEINBOCK, Bonnie: *Life before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses*, Oxford University Press, Nueva York, 1992.
- SULLIVAN, Mecca Jamilah: «A Magic of Bags», *Blue Talk & Love: Stories*, Riverdale Avenue Books, Nueva York, 2015.
- THORTON, Mary: «They Call Him... Saint», *Australian Women's Weekly*, 9 de marzo de 1966.
- «Timeline: The History of In Vitro Fertilization», *American Experience* on-

- line. PBS, web visitada y accesible el 12 de septiembre de 2015, <<http://www.pbs.org/wgbh/americanexperience/features/timeline/babies/>>
- TRAN, Mark: «Apple and Facebook Offer to Freeze Eggs for Female Employees», *The Guardian*, 15 de octubre de 2014, <<http://www.theguardian.com/technology/2014/oct/15/apple-facebook-offer-freeze-eggs-female-employees>>.
- TULANDI, Togas, Leonora King y Phyllis Zelkowitz: «Public Funding of and Access to In Vitro Fertilization», *New England Journal of Medicine*, 368, n.º 20, 2013, pp. 1948-1949.
- WOOLF, Virginia: *Momentos de vida*, Lumen, Barcelona, 2014.
- : «Lappin y Lapinova», en *La dama en el espejo y otros relatos*, Losada, Buenos Aires, 2013.
- ZUK, Marlene: *Paleofantasy: What Evolution Really Tells Us about Sex, Diet, and How We Live*, W. W. Norton, Nueva York, 2014.

*El arte de no desesperar cuando no estás esperando*  
Belle Boggs

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Título original: *The Art of Waiting*

Diseño de la portada, Planeta Arte & Diseño

© Belle Boggs, 2016

© de la traducción, Aurora Echevarría, 2018

© Editorial Planeta, S. A., 2018

Seix Barral, un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

[www.seix-barral.es](http://www.seix-barral.es)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

Primera edición en libro electrónico (epub): enero de 2018

ISBN: 978-84-322-3347-0 (epub)

Conversión a libro electrónico: El Taller del Llibre, S. L.  
[www.eltalldellibre.com](http://www.eltalldellibre.com)

**Belle Boggs**

**El arte  
de no  
desesperar  
cuando  
**no**  
estás  
esperando**

«El milagro de la vida como nunca lo habías visto»  
*The New York Times*

**Seix Barral**