

INFERTILIDAD FEMENINA Y MODOS DE SUBJETIVACIÓN: CUANDO EL YO SE PERCIBE FALLIDO

Karima Oliva Bello

Instituto de Psicología de la UFRJ, Brasil

Yoana Batista

+Vida, Hamburg, Alemania.

Resumen

¿Cómo se perciben a sí mismas, perciben sus vínculos, sus circunstancias de vida y su futuro, mujeres que no pueden procrear, en una sociedad en la que la maternidad es una de las instituciones simbólicas más asidas a lo femenino? La presente investigación se traza como objetivo caracterizar los modos de subjetivación de mujeres infértiles a través de un estudio exploratorio con 50 mujeres que asisten a terapias de reproducción asistida en un Hospital de La Habana. Se aplicó el Instrumento de la Balanza, una adaptación del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith y una adaptación del Completamiento de Frases de Rotter. Además, se realizó un estudio de caso a profundidad. Una visión de sí mismas construida desde la vivencia de la infertilidad como fracaso y frustración de sus principales motivaciones, estereotipos en su concepción de género que constriñen las posibilidades de encontrar nuevos sentidos a la realización personal y, por tanto, la incertidumbre con relación al futuro, son algunas de las singularidades que distinguen la forma como subjetivan su existencia estas mujeres. Perduran dentro de los imaginarios sociales los preceptos de una cultura patriarcal que estigmatiza el sentido de la vida de las mujeres y las fija a roles prescritos, limitando sus posibilidades de reinventarse a sí mismas para un disfrute más pleno de sus vínculos, sus motivaciones, sus proyectos y su realización personal. En este sentido, incluir dentro de los programas educativos desde los niveles primarios una pauta de formación de un pensamiento crítico en torno a la problemática de género resulta indispensable.

Palabras claves: infertilidad femenina, modos de subjetivación, procesos autovalorativos, maternidad, género y salud reproductiva.

Abstract

How do they perceive themselves, perceive their bonds, their life circumstances and their future, women who cannot procreate, in a society in which motherhood is one of the most female-roasted symbolic institutions? This research aims to characterize the modes of subjection of infertile women through an exploratory study with 50 women attending assisted reproductive therapies in a Havana hospital. The Balance Instrument, an adaptation of Coopersmith's Self-Esteem Questionnaire and an adaptation of Rotter's Phrase Completion, was applied. In addition, an in-depth case study was conducted. A vision of self constructed from the experience of infertility as failure and frustration of its main motivations, stereotypes in its conception of gender that constrain the possibilities of finding new senses to personal fulfillment and, for example uncertainty about the future, are some of the singularities that distinguish the way these

women are subjecting their existence. The precepts of a patriarchal culture that stigmatizes women's meaning and sets them to prescribed roles remain within social imaginaries, limiting their chances of reinventing themselves for a fuller enjoyment of their bonds, their motivations, their projects and their personal fulfillment. In this sense, including within educational programmes from the primary levels a pattern of training critical thinking around gender issues is indispensable.

Keywords: *female infertility, modes of subjectivation, auto-valorative processes, motherhood, gender and reproductive health.*

Introducción

Hablar de salud reproductiva es referirse a un tema altamente sensible y atravesado por múltiples aristas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, asociado al sistema reproductivo, sus funciones y procesos, que implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si se desea y cuando se desee. Supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y la oportunidad de tener un hijo sano (OMS, 2019). Desde esta noción, la salud reproductiva se presenta como un concepto sistémico, atravesado por factores de carácter social, biológico y subjetivo, en compleja relación, y abordar las problemáticas asociadas a ella exige poner en práctica una mirada interdisciplinar.

La infertilidad femenina, entendida como la imposibilidad de la mujer de lograr un embarazo después de un año de vida sexual activa, sin uso de anticonceptivos, o también la imposibilidad de lograr un embarazo a término, dando a luz a un niño vivo¹ (Roa, 2008), es un asunto nodal en términos de salud reproductiva.

Cuando hablamos de infertilidad, pareciese que nos referimos a una minoría de personas con un diagnóstico clínico, es decir, a casos excepcionales, pues el sentido común nos lleva a pensar que la capacidad de reproducirse es inherente a estar vivo. Sin embargo, estudios muestran que la infertilidad es una condición que afecta en el mundo, del 15 al 20% de las parejas en edad reproductiva, es decir, una de cada seis parejas tienen problemas para lograr un embarazo (Brugo-Olmedo, Chillik, & Kopelman, 2003), cifras que se asemejan a las de Cuba, en donde, aproximadamente el 20% de las parejas en edad reproductiva vivencian dificultades con su fertilidad, lo que significa que alrededor de doscientas mil parejas cubanas son infértiles (Rubio, 2015).

Las causas² de la infertilidad femenina están asociadas directamente con anomalías del sistema reproductivo que imposibilitan la gestación. En el caso específico de Cuba, los eventos más

¹ La infertilidad se clasifica fundamentalmente en primaria y secundaria. Hablamos de infertilidad primaria cuando una mujer no ha logrado nunca antes un embarazo a término e infertilidad secundaria cuando después de haber podido tener hijos, la mujer pierde la capacidad de embarazarse nuevamente o de llevar un embarazo a término.

² Entre las causas más comunes asociadas a la infertilidad femenina los especialistas sitúan:

frecuentes que afectan la gestación son las enfermedades de transmisión sexual y los abortos invasivos (Sosa, 2009). Según fuentes consultadas, en el año 2016, por ejemplo, se realizaron 85.445 abortos a mujeres y niñas de entre 12 y 49 años, lo que representa, de modo general, un número de 41,9 interrupciones por cada 100 embarazos (IPS, 2017).

Las estrategias del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) para el tratamiento de la infertilidad dentro del área de la salud reproductiva, se concentran en el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil. Según cifras del parlamento cubano, en el Informe Nacional sobre Infertilidad presentado en julio del 2017, como parte de este programa nacional el país cuenta con cuatro centros territoriales de referencia para la Reproducción Asistida de Alta Tecnología (RAAT); se consolidan los servicios municipales de Atención a la Pareja Infértil (API): de los 169 municipios del país, 168 cuentan con una consulta de este tipo en sus policlínicos, por ejemplo, solo en el año 2016 se ofrecieron **20 mil 271** consultas de infertilidad (206 más que en el 2015) y se atendieron **10 mil 342** parejas (735 más), lo que apunta a un aumento de la demanda respecto a años anteriores; y se fortalece la red centro provincial de reproducción asistida.

Aunque se han alcanzado avances importantes en los diferentes métodos de diagnóstico y tratamiento³, el alcance ha sido menor desde una perspectiva socio-psicológica. Persiste la ideología propia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1984), que dirige los servicios de diagnóstico y atención médica básicamente hacia la enfermedad, dejando fuera del foco de atención a la persona que padece. Aunque los equipos de trabajo en los servicios de atención a parejas infértiles en el país poseen un carácter multidisciplinario, se incluye a los psicólogos y se intenta dar una atención integral, los procedimientos médicos se centran fundamentalmente, en hacer que se produzcan óvulos suficientes, que el semen contenga la necesaria cantidad de espermatozoides de buena calidad, que los gametos funden su núcleo y que el embrión quede implantado en el útero.

En un proceso de despersonalización de los pacientes se hiperbolizan los aspectos biológicos del problema de salud y no se establece un balance entre estos y otros aspectos de índole social o psicológica, sobre lo que han alertado algunos autores cubanos (Rodríguez, Toledo, & Sánchez, 2000). Lo anterior limita los recursos de afrontamiento de las parejas y las coloca en una situación de vulnerabilidad y subordinación en el ejercicio de sus derechos, así como en la toma de decisiones ante el diagnóstico y el curso de los tratamientos (Díaz & García, 2012). A la vez, son escasas las

-
- Defectos en la ovulación debido a fallas endocrinológicas o a ovarios poliquísticos, endometriosis, patologías de las trompas de Falopio, anomalías uterinas, problemas de autoinmunidad o alteraciones genéticas (Brugo-Olmedo, Chillik, & Kopelman, 2003)(Cutié, Figueroa, Almaguer, & Veranes, 2002) (Domínguez, 2010)
 - La edad: se ha comprobado que después de los 35 años y especialmente luego de los 40 años, los óvulos van perdiendo su capacidad de fertilizarse y/o de originar embriones sanos (*Manual de Infertilidad*, 2012).
 - Causas desconocidas, que en ocasiones los especialistas asocian a factores psicológicos, aunque en la actualidad, debido a los avances tecnológicos se han reducido los diagnósticos por este tipo de causas (Domínguez, 2010) .

³ Según datos del Informe Nacional sobre Infertilidad presentado en julio del 2017, entre los tratamientos que se llevan a cabo en el país, dependiendo de las causas de la infertilidad (si se deben a factores masculinos, femeninos o a ambos) y de la edad de la mujer, se encuentran: la fertilización in vitro convencional, la fertilización in vitro por ovodonación, la fertilización in vitro convencional más Inclusión intracitoplasmática (ICSI), fertilización in vitro más biopsia por mapeo testicular o donación de semen y la fertilización in vitro por ovodonación más biopsia por mapeo testicular o donación de semen.

investigaciones que abordan las connotaciones subjetivas de la infertilidad, para producir un conocimiento que sustente estrategias de orientación psicológica o intervención psicoterapéutica, en el acompañamiento a las parejas atravesando el diagnóstico o acudiendo a una TRA.

Sin embargo, la infertilidad, siendo una condición médica, es al mismo tiempo una experiencia psicológica que impacta todos los ámbitos de vida de la persona (Domínguez, 2010). La presente investigación busca precisamente explorar el sentido psicológico que posee esta condición de salud para las mujeres, a través de la caracterización de sus procesos subjetivos de autorreferencia, una de las áreas más afectadas del desarrollo personal producto de la infertilidad, según apuntan las investigaciones sobre el tema (Llavona, 2008). El valor de estudiar la subjetividad de estas mujeres desde la dimensión autovalorativa tiene un carácter dual, si bien los procesos autovalorativos suelen ser los más afectados, al mismo tiempo su desarrollo constituye un recurso de afrontamiento clave. No existen investigaciones antecedentes con estos objetivos u objetivos afines en nuestro contexto.

Pretendemos de esta forma, afianzar la posición de una perspectiva psicológica en el campo de estudio sobre la infertilidad, espacio que históricamente ha sido del dominio de las ciencias médicas y biológicas, con la intención de provocar un diálogo entre diferentes especialistas y disciplinas, que permita un acercamiento más integral a esta problemática, en beneficio de las personas infértiles. Deseamos que esta investigación apoye el diseño de programas de intervención y acompañamiento. La construcción de indicadores que caractericen el impacto que sobre la subjetividad de las mujeres que tienen que vivir con una condición de infertilidad, si bien tiene un valor teórico, está en estrecho compromiso con una salida a la práctica asistencial.

Algunas reflexiones teóricas como punto de partida

La maternidad puesta a debate

La infertilidad no es solo una condición biológica, sino también, una experiencia subjetiva de naturaleza simbólica y emocional, tanto en el plano individual como colectivo. Por mucho tiempo ha estado asociada a la infertilidad una valencia negativa, en tanto limita la realización de uno de los principales mandatos adscritos al “ser mujer” dentro de la cultura patriarcal: la maternidad.

Esto nos coloca frente a la problemática de género. El género, en tanto simbolización cultural construida a partir de la diferencia sexual, rige el orden humano y se manifiesta en la vida social, política y económica (Lamas, 1996). Entender qué es y cómo opera el género, ayuda a vislumbrar cómo el orden cultural produce percepciones específicas sobre las mujeres y los hombres, a modo de prescripciones sociales con las cuales se intenta normar la convivencia social, constituyendo uno de los referentes esenciales desde donde las mujeres se valoran y se producen a sí mismas. Entre estos mandatos “divinos” que marcan una pauta de subjetivación femenina, tal vez uno de los que mayor carga simbólica ostente sea la maternidad, o la equivalencia entre ser mujer y ser esposa, madre, cuidadora. Sin embargo, esta ecuación mujer=madre, a diferencia de como se ha querido mostrar por el patriarcado y sus instituciones, no responde a una esencia inherente a la mujer en correspondencia con una función natural o instinto biológico, sino que, constituye una representación –o conjunto de representaciones– producida por la cultura (Tubert, 2010). Se trata, en esencia, de una construcción social, determinada por intereses políticos, ideológicos, económicos, sustentados por el sistema patriarcal.

Desde este sistema de referentes, la maternidad se ha configurado como un ideal y una meta a alcanzar: tener hijos más que una opción para la mujer, opera como una exigencia. Esas consideraciones han llevado a la sobrevaloración de la fecundidad femenina como el atributo para estar completas, instituyéndose en el imaginario colectivo como la forma suprema de realización para las féminas (Más, 2011). “En una estructura de significado donde la maternidad es la norma, (...) el eje de la identidad sexual femenina, cualquier oposición o imposibilidad es calificada como una disfunción y evaluada en términos de marginalidad, rebeldía o, en el mejor de los casos, de enfermedad (Lozano, 2001, p.128).

Esta estructura de significado que impera en el nivel del imaginario colectivo constituye un organizador importante de la subjetividad en el plano individual. “Vivir en pareja” y “ser madre” son el referente para producirse a sí mismas en el caso de muchas mujeres. Cuando se toma la “capacidad de procrear” como referente de la feminidad, la incapacidad para tener hijos pone en cuestión la identidad personal (Llavona, 2008). Esta es la razón por la cual la infertilidad termina siendo asociada por muchas mujeres a sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación, falla, llevándolas a sentirse desvalorizadas e incompletas (Roa, 2008).

Al mismo tiempo, los modelos de maternidad inscritos en esta misma lógica naturalista que equipara ser mujer a ser madre, también sostienen un tipo de maternidad extremadamente intensiva, de dedicación exclusiva, sostenida en la noción de que solo la mujer sabe proveer los cuidados adecuados a los hijos (as), como si tuviera, incluso, una predisposición innata para esto por el hecho de ser mujer. Este modelo, inscrito en el imaginario social, no solo cobra factura a aquellas mujeres que optan por no tener hijos o no pueden tenerlos, sino también a aquellas que, junto a la maternidad, intentan llevar hacia adelante otros proyectos de vida, como el desarrollo de sus carreras profesionales.

En la actualidad muchos discursos feministas cuestionan el mandato social de la maternidad y la colocan como objeto de una necesaria práctica reflexiva. Este debate se da en un contexto global de reivindicaciones en el cual muchos otros temas cruciales para las mujeres están siendo deliberados, no solo desde un plano discursivo, sino también como parte de agendas de militancia y acciones políticas, tal es el caso del derecho al aborto, el derecho que tienen las personas del mismo sexo al matrimonio y a tener hijos, la denuncia de feminicidios, acosos y otras prácticas de violencia de género que vulneran hoy a un número alarmante de mujeres en todo el orbe.

La noción de la maternidad como destino y mandato social para las mujeres es decodificada a la luz de otras experiencias y formas de vivir la maternidad, o bajo el prisma de la experiencia de quienes deciden no tener hijos y resignificar lo femenino desde otros ejes de sentido. En nuestro país, la maternidad diferida, en las trayectorias de vida de mujeres que, aún en los casos en que desean ser madres, priorizan otras actividades, postergando la maternidad hacia edades más tardías y la disminución del número de hijos, conviven con la inquietud de algunas mujeres ante la posibilidad de que los servicios de reproducción asistida se brinden también para mujeres solteras, o parejas lésbicas, expresándose con claridad la complejidad que ha alcanzado el universo simbólico de lo femenino, la cantidad de matices y derroteros que lo atraviesan. La posibilidad de que mujeres que quieran ser madres en reproducción independiente, o parejas de lesbianas, sean atendidas en los programas de reproducción asistida, es un tema pendiente en nuestro país, ya que en el esquema de

los servicios de salud que se ocupan de las TRA, la atención es concebida para parejas heterosexuales, de hecho, es un requisito que se exige.

La actual discusión popular en torno a la Reforma Constitucional, puso en evidencia una brecha significativa entre los imaginarios de diversos sectores de la sociedad cubana, tendencias que se hicieron evidentes, inclusive, en la propia Asamblea Nacional del Poder Popular. Si bien, por un lado, nunca antes había calado tan hondo una perspectiva crítica en torno a la ideología de género, en defensa de los derechos de las mujeres y los grupos LGTB, a la par de un interesante cuestionamiento sobre la noción tradicional de matrimonio como institución social, los compromisos y derechos de sus miembros, suscitado por amplios sectores de la población, sobre todo, jóvenes, se hizo también evidente una fuerte resistencia y oposición por parte de otros sectores, con base en juicios marcadamente estereotipados y de cuño patriarcal, respecto a estos temas.

Comprender la forma como estas cuestiones afectan la vida de mujeres singulares, atrapadas con dolor en la encrucijada de querer ser madre y no poder serlo, es la arista de comprensión del problema que deseamos visualizar compartiendo los resultados de la presente investigación.

Los procesos autovalorativos entre la infertilidad y el mandato social de la procreación

En el campo de la psicología, los estudios sobre infertilidad se han centrado en menor grado, en el análisis de los factores psicológicos disponentes o causantes de la infertilidad (su psicogénesis), y por otro lado, con más profusión, en las consecuencias psicológicas que tiene un diagnóstico de esta naturaleza (Roa, 2008). El impacto que tiene sobre la subjetividad la imposibilidad de procrear posee la connotación de una crisis vital, con implicaciones significativas tanto para la pareja, como para cada uno de sus miembros en lo individual (Van Balen, Trimbos-Kemper, 1993 en Llavona, 2008). Llavona (2008) señala que el carácter inesperado de los diagnósticos, hace que una de las respuestas emocionales más comunes sea el estado de shock o sorpresa.

Los síntomas y manifestaciones que se presentan en la mujer desde el momento del diagnóstico y durante las TRA constituyen procesos complejos. Estudios apuntan que entre las afectaciones más comunes se encuentran: estados emocionales negativos (prevalencia de la angustia, la ansiedad y la depresión); afectaciones de la identidad y los procesos autovalorativos; conflictos en el área de las relaciones interpersonales, matizados por sentimientos de culpa, al sentir que no se puede cumplir con las expectativas de la pareja, la familia, los amigos y la sociedad en sentido general (Roa, 2008 y Domínguez, 2010).

Otras investigaciones muestran que existe una similitud entre las respuestas emocionales características ante la infertilidad y el patrón de respuesta que se reconoce en las etapas siguientes a un duelo (Domínguez, 2010). La autora refiere que los niveles de síntomas ansiosos y depresivos son equivalentes a los de mujeres con patologías tales como, enfermedad coronaria, cáncer, o portadoras del VIH. Es válido señalar que si bien no todas las mujeres que viven con una condición de infertilidad presentan el mismo cuadro de alteraciones psicológicas (no sería correcto “patologizar” la infertilidad), cuando se les compara con mujeres que no presentan dificultades en la reproducción, se hacen evidentes en las primeras mayores desórdenes subjetivos asociados a esta condición.

La dimensión identitaria y de autovaloración resulta especialmente afectada, entre los indicadores más claros los autores señalan la devaluación de la autoestima, la prevalencia de sentimientos de

inferioridad, el miedo a ser abandonada por la pareja si esta no comparte la misma condición de infertilidad y una fuerte inseguridad asociada a este miedo, el empobrecimiento de la autoimagen que se expresa en la vivencia de sentirse incompleta, fallida o defectuosa. Algunas mujeres incluso, mantienen esta valoración negativa de sí mismas después de haber logrado tener un hijo mediante alguna TRA (Llavona, 2008).

No es casual que la dimensión autorreferencial de la subjetividad sea altamente vulnerable ante un diagnóstico de infertilidad. Abordaremos esta dimensión a través del concepto de procesos autovalorativos. Oliva (2010) define los procesos autovalorativos como aquellos procesos subjetivos a través de los cuales la persona se vivencia a sí misma, dando lugar a una representación de sí asociada a fuertes cargas emocionales. Tienen su génesis en el proceso de subjetivación de las normas de valoración social, siendo los vínculos la principal mediación. Tienen un carácter multidimensional al estar atravesados por diferentes aspectos: lo corporal, lo estético, lo genérico, lo racial, lo etario, lo vincular. Están comprometidos con las principales motivaciones y a la par comprometen fuertemente la naturaleza y el potencial regulador de estos contenidos, dándose una relación de interdependencia.

Teniendo en cuenta el concepto anterior abordaremos las siguientes dimensiones para el estudio de los procesos autovalorativos en mujeres con diagnóstico de infertilidad (Batista, 2012):

Autoconcepto y emociones asociadas al sí mismo.

Referentes para autovalorarse construidos a partir de la subjetivación de los roles de género y la significación de la maternidad, como parte de su concepción del mundo.

Vivencias asociadas a la realización de las principales motivaciones.

Proyección temporal.

Los procesos autovalorativos comprendidos desde esta perspectiva se definen en la relación dialéctica entre: **CUERPO-SUBJETIVIDAD INDIVIDUAL-SUBJETIVIDAD SOCIAL**. El cuerpo constituye una realidad que, si bien es material y biológica, tiene una inscripción determinada dentro de la subjetividad social. Esto es, existen un conjunto de significaciones sociales adscritas al cuerpo que lo convierten también en una producción simbólica: el cuerpo es un cuerpo para algo. Cómo las mujeres de nuestra investigación resuelven la contradicción entre las limitaciones de su cuerpo y lo instituido en el imaginario social a través de la representación que se hacen de sí mismas y qué emociones están asociadas a este proceso, son las preguntas que han guiado el presente estudio.

Cuestiones metodológicas

El propósito de la investigación fue caracterizar el desarrollo de los procesos autovalorativos, en tanto modos de subjetivación, en mujeres con infertilidad, a partir de un enfoque cualitativo. La muestra estuvo compuesta por cincuenta mujeres infértiles que se encontraban asistiendo a TRA de baja tecnología, en dos consultas de atención a parejas infértiles, en hospitales diferentes de La Habana. El 56% de estas mujeres estaban casadas y llevaban de 2 a 4 años con su pareja. El nivel de escolaridad predominante era el 12mo grado. El color de la piel prevaeciente fue el blanco. Asimismo, la mayor parte de las mujeres llevaban hasta 1 año en tratamiento, y las edades oscilaban entre los 25 y hasta más de 40 años de edad. Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. *Completamiento de frases* (adaptación del completamiento de frases de Rotter): Permitió obtener información respecto al desarrollo de los procesos autovalorativos en sus diferentes dimensiones, brindándonos incluso información respecto a los referentes para valorarse a sí mismas desde una perspectiva de género. Este instrumento ofreció la posibilidad de detectar áreas de conflicto y áreas de mayor realización personal. Contó con un total de 21 frases a completar.

2. *Cuestionario de autoestima* (adaptado del cuestionario de autoestima de Coopersmith): Permitió obtener información sobre la vivencia de sentimientos asociados al sí mismo, vinculado además a esferas como la relación de pareja, la proyección futura y las relaciones interpersonales, donde se ponen de manifiesto también la forma en que se vivencian a sí mismas estas mujeres. Contó con un total de 19 ítems.

3. *Instrumento de la balanza*: Utilizado para explorar el desarrollo de los procesos autovalorativos, especialmente el autoconcepto. Este instrumento permitió además hacer una comparación entre los elementos autorreferenciales positivos y negativos.

Con el objetivo de lograr una comprensión más profunda del fenómeno investigado se elaboró además una estrategia de Estudio de Caso. Las técnicas e instrumentos empleados fueron: la entrevista a profundidad, la técnica de los diez deseos, el árbol de la vida, la curva de la vida de las relaciones de pareja, la técnica de exploración múltiple, el IDARE, el IDERE, la asociación libre de palabras y un instrumento para explorar el impacto de la condición de infertilidad, elaborado para los fines de esta investigación. Para el estudio de caso se escogió una mujer de la muestra que constituyó un ejemplo típico de las tendencias prevalecientes por dimensiones.

Para el procesamiento de la información se utilizó el *análisis de contenido de toda la* información registrada y se triangularon los resultados del análisis de la muestra de cincuenta mujeres con los resultados obtenidos en el estudio de caso. En este momento de integración fue posible la definición final de los indicadores que caracterizaban el desarrollo de los procesos autovalorativos en las mujeres estudiadas.

Hallazgos desde la voz de las propias mujeres

¿Qué valores me guían, en qué creo?: Referentes para autovalorarse contruidos a partir de la subjetivación de los roles de género y la significación de la maternidad.

“... lo que le está faltando a mi vida es un hijo, ya tengo esa necesidad, además, yo creo que toda mujer debe ser madre siempre, porque eso es una experiencia bella, no sé, todavía no la he tenido, pero bueno, para sentirme completamente realizada necesito un hijo ... una mujer que no tenga hijos no va a poder ser completa ... creo que ese espacio es necesario, imprescindible...”.

(Mujer entrevistada en el Estudio de Caso)

El conocimiento de uno mismo –siempre una construcción pese a que se considere un descubrimiento– nunca es completamente separable de las exigencias de ser conocido por los otros de modos específicos” (Calhoun, 1994, p.9). La representación que la persona hace de sí misma, siempre es un emergente de la relación compleja entre su subjetividad como realidad individual, singular y las producciones simbólicas colectivas. En el plano de la subjetividad individual la persona resuelve, a través de la representación que se hace de sí, esa relación compleja entre su constitución

biológica y las significaciones culturales adscritas a ella. La representación de sí emerge de la relación entre las condiciones del cuerpo y las simbolizaciones ligadas a él, pero en todo momento es un emergente en tanto construcción de la propia persona. De esta forma, comprender el sentido que reviste la infertilidad para la mujer y cómo se vivencia a sí misma ante esta condición de salud, exige conocer las significaciones sociales con las que tiene que pugnar en el proceso de autovalorarse-producirse a partir del fallo biológico de su sistema reproductivo. En esta pugna se define uno de los rasgos más importantes de sus procesos autovalorativos: ¿hasta qué punto la mujer opera con referentes que le permiten una valoración positiva de sí o referentes que la llevan a devaluarse?

Los referentes desde donde se autovaloran el 82 % de las mujeres de la investigación tienen como uno de sus ejes esenciales la subjetivación sin crítica del mandato socialmente adscrito a lo femenino: la maternidad como vía de legitimación del ser. En la figura 1 mostramos la síntesis de la dinámica subjetiva de naturaleza simbólico-emocional que está marcando como tendencia la forma en que las mujeres investigadas se representan el ser mujer. Esta dinámica subjetiva fundada en una estereotipia, está en la base de la valoración que hacen de sí mismas a partir del diagnóstico de infertilidad como hecho vital concreto.

Los núcleos fundamentales de estereotipia presentes (Figura 1) en la dinámica subjetiva de autorreferencialidad del 82 % de las mujeres son los siguientes:

- Ser mujer y ser madre son equivalentes.
- La “razón de ser” del cuerpo femenino es la procreación: *“el cuerpo de una mujer es sagrado, porque quiere decir que puedes engendrar una vida y ser madre, la cual considero que debe ser la experiencia más bella...”*

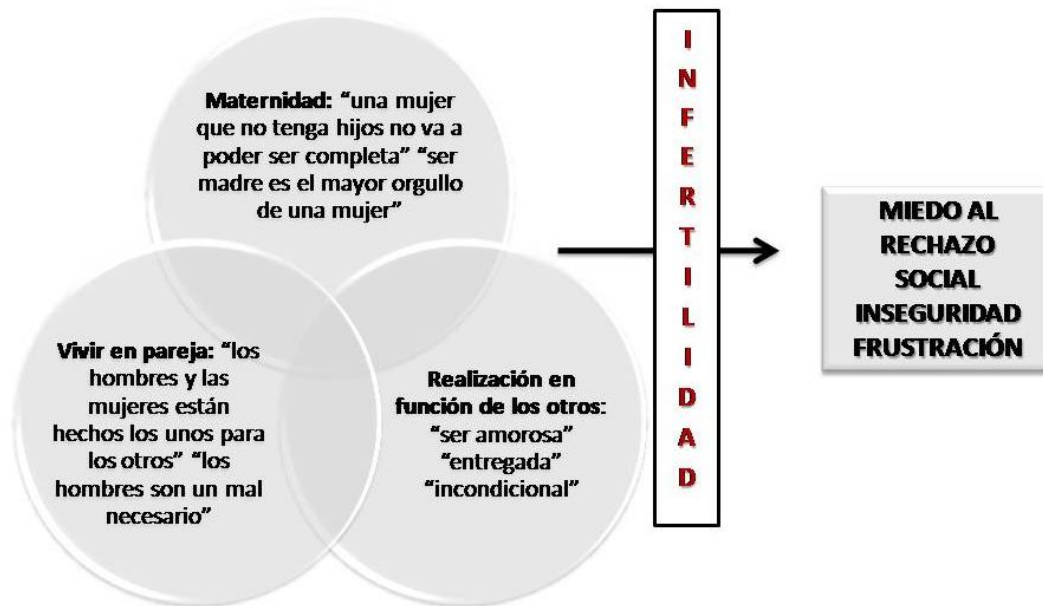


Fig. 1 Dinámica subjetiva de naturaleza simbólico-emocional presente como tendencia en el 82 % de las mujeres de la investigación.

En relación con esto, para el 98% de las mujeres de la investigación la pareja es el complemento necesario para que una mujer pueda sentirse realizada, completa y satisfecha consigo misma, por lo que vivir en pareja es imprescindible. Este dato se corresponde con el hecho de que las TRA están concebidas en Cuba como tratamientos exclusivos para parejas y no para mujeres que deseen procrear sin intimar sexualmente con un hombre.

Los vínculos funcionan como mediadores importantes en los procesos de subjetivación y en el caso de nuestra investigación, estos procesos se dan directamente ligados a la necesidad que vivencia la mujer de cumplir con la demanda social de ser madre, la necesidad de recibir el reconocimiento y la aceptación de los Otros en general, y, en particular, de responder a las expectativas de las personas con las que sostiene un vínculo afectivo significativo: *“sobre las mujeres que no pueden tener hijos he oído comentarios de personas que han dicho que son frustradas... Yo la verdad... no me gustaría que se refirieran a mí de esa manera”*.

¿Qué es lo que más deseo en la vida?

Si la maternidad funciona como la vía de legitimarse a sí mismas ante los demás, es comprensible que la principal motivación de ellas se relacione con el logro de un embarazo. Tal como muestra la Figura 2 la principal motivación en sus vidas es poder tener un hijo en el 82 % de los casos. Para 41 mujeres de la muestra ser madres es la prioridad, aunque el resto también expresa una fuerte necesidad en este sentido. El querer tener hijos, no haberlo logrado aún y tener incertidumbre sobre la posibilidad de lograrlo genera frustración e insatisfacción consigo mismas.



Fig. 2. Motivaciones.

Otro grupo de mujeres que representan el 6 %, pues refleja la respuesta de tres casos, manifiestan como principal motivación evitar la soledad, evidenciando el temor a quedar solas al no poder construir una familia propia, no poder transitar por la vejez acompañadas de hijos y nietos o no poder conservar su relación de pareja más allá de la imposibilidad del proyecto de tener descendencia. El temor a la soledad reviste un doble sentido para ellas, si bien apunta a que el no ser madre, conlleva al castigo más fuerte, la soledad, el quedarse sin los otros, literalmente, más allá de

lo simbólico, no construir una familia hace más proclive que la persona no cuente con redes de apoyo invaluable en la vida. Claro, podríamos preguntarnos que se escapa del terreno de lo simbólico en el caso de las necesidades humanas. Pero en todo caso, las significaciones puestas en juego aquí, estarían ligadas a adscripciones más allá de lo que concierne particularmente al género, estarían sujetas a otras zonas de significación importantes como pueden ser la noción de familia, de enfermedad e incluso, de vejez.

El 8 % de las mujeres desean tener casa propia como la motivación más importante y el 4% evidencia una total incertidumbre con relación a su futuro sin expresar claridad en lo referente a sus motivaciones mostrando cómo sus vidas están detenidas en el empeño de procrear.

¿Cómo me veo a mí misma?

El grupo de mujeres participantes en la investigación se caracteriza por hablar de sí mismas y su situación a través de estereotipos o frases clichés, lo que ciertamente nos habla de un pobre desarrollo del autoconocimiento. Manifiestan resistencia a la autoindagación o el autoanálisis, cuando alegan que *“las personas que me conocen te pueden decir mejor como soy yo, a uno mismo le cuesta trabajo decir como es”*.

En la representación de sí las cualidades positivas con las que se describen son: *la sinceridad, responsabilidad, ser disciplinadas, persistentes, amorosas, humanas, fieles, comprensivas, sensibles, detallistas y confiables*. Llama la atención cómo estas cualidades refieren estereotipias clásicas dentro del imaginario social en torno al género, su uso frecuente por parte de las mujeres enuncia su necesidad de reafirmarse y legitimarse en su condición de mujer, puesta en entredicho por la infertilidad, y la vía que encuentran para hacerlo es la identificación acrítica con los preceptos de género. Por ejemplo, se describen como *buenas hijas, buenas esposas y buenas madres “futuras”*. Igualmente, en cuanto a las cualidades negativas con las que más se identifican las mujeres estudiadas se encuentran el *ser celosas, irritables e inseguras*. Estas otras cualidades, por su parte, están señalando una dinámica afectiva típicamente asociada a la pobreza del autoconcepto, pero lo demás, también se encuentran dentro del universo semántico de lo que se legitima socialmente de forma estereotipada como cualidad de las mujeres.

¿Cómo la infertilidad me hace sentir?

“Cuando no sale la inseminación por cualquier razón me pongo muy triste, es como una frustración, y pienso ¡ahora hasta el otro mes! Además, la inseminación es una cosa que puede ser o no, y si no sale lo que te cae es un cubo de agua fría”.

(L, Mujer entrevistada)

El autoconcepto se encuentra enlazado orgánicamente a las emociones. La representación de sí mismos supone la existencia de emociones con valencias negativas y positivas que se generan en el marco de interacción con los demás y que expresan de forma nítida y accesible a la conciencia, estados de satisfacción o insatisfacción consigo mismo. Representación y emoción, a los efectos de comprender los procesos autovalorativos, funcionan como dos caras de una misma moneda. En las mujeres de la muestra la tendencia fundamental es a vivenciar emociones negativas. Esta tendencia se expresa en indicadores como la insatisfacción consigo mismas, asociada a una mala opinión sobre sí; el deseo de ser otra persona o cambiar muchas cosas de sí mismas; la vivencia frecuente de

tristeza e irritación; la dificultad para asumir nuevos retos; el miedo a ser criticadas y la tendencia a pensar en los otros más que en sí mismas cuando se toman decisiones.

El indicador que emerge con mayor fuerza dentro de esta dimensión es la vivencia frecuente de estados de tristeza e irritación en las mujeres estudiadas. Ellas refieren que muchas veces guardan para sí la vivencia de sentimientos de tristeza para no desanimar a su pareja y a su familia: *“la infertilidad me da muchas tristezas, la verdad, pero si me pongo triste lo trato de disimular para hacerme creer a mí misma que no ha pasado nada, que todo está bien, y principalmente para no desanimar a los demás”*.

Con relación al cuerpo existen dos tendencias diferentes en el grupo estudiado. En un 48% de la muestra se evidencia insatisfacción con la imagen corporal. Este grupo muestra una tendencia a vivenciar sentimientos negativos de rechazo, insatisfacción e inconformidad con su propio cuerpo. Se caracterizan por no sentirse mujeres atractivas y por sentir que su cuerpo *“siempre tiene algo”* o es *“desagradecido”*. Muchas manifiestan sentimientos negativos hacia su cuerpo relacionado con el deseo de ser más delgadas o ser más jóvenes. La condición de infertilidad, en tanto disfuncionalidad del cuerpo matiza la manera en que se sienten respecto al mismo. Se pudo constatar, sin embargo, que en el resto de la muestra la tendencia es a vivenciar sentimientos positivos hacia su cuerpo, expresando satisfacción con su imagen corporal. Las mujeres dentro de este grupo se sienten mujeres atractivas y ven su cuerpo no como un obstáculo sino como la posibilidad de poder ser madre en un futuro.

¿Cómo miro al pasado y me planteo el futuro?

*“Si no me hubiese sometido a ese aborto tan jovencita, nada de esto estaría ocurriendo”
(S, mujer entrevistada de 45 años).*

En la muestra estudiada el 58% de las mujeres prevalecen sentimientos negativos respecto al futuro. Se evidencia en este grupo de forma general la prevalencia de poca capacidad para reestructurar intereses y proyectos ante la imposibilidad de procrear, la inseguridad y poca confianza en el logro de sus metas y el miedo que genera pensar en un futuro sin hijos, en sentido general. Como vimos anteriormente, en las mujeres estudiadas la maternidad tiende a ser el principal proyecto de vida, priorizado por encima de otros. La estrategia para realizarlo consiste en asistir sistemáticamente a las consultas médicas y ser disciplinada y constante durante los tratamientos. Sin embargo, las TRA poseen probabilidades de éxito conservadoras. Esto genera grandes incertidumbres sobre la posibilidad de lograr un embarazo y, por tanto, objetivamente se pone en dudas para las mujeres investigadas el proyecto de maternidad. Ellas se representan a sí mismas como el principal obstáculo para la realización de dicho proyecto, lo cual les genera cierta carga de insatisfacción y frustración.

En una dimensión temporal resulta interesante considerar la percepción que las mujeres de la muestra tienen sobre su pasado. En el 62% de los casos identificamos como principal tendencia una percepción del pasado en términos de fracaso personal. Esta percepción se asocia a la sensación de *“haber perdido el tiempo”*, por no haber intentado con anterioridad quedar embarazadas o al menos asistir a consulta en busca de ayuda; al autorreproche por haberse interrumpido embarazos anteriores, lo cual constituye la vivencia de *“haber perdido oportunidades”*, que ahora les resulta difícil recuperar. Esta tendencia se agudiza en las mujeres que se interrumpieron embarazos

anteriores. En resumen, los sentimientos de culpa constituyen otro indicador importante de quiebre en sus procesos autovalorativos.

Consideraciones finales y recomendaciones

Comprender la subjetividad en tanto procesos nos ha permitido acercarnos a la dinámica compleja a través de la cual un grupo de mujeres en condición de infertilidad se representan a sí mismas, a sus vínculos, y se producen a través de ellos, lo que intentamos esbozar en la Figura 3. Las categorías a las que arribamos para comprender a las mujeres entrevistadas son tan solo esquemas interpretativos con un valor orientador que nos dan la posibilidad de abarcar en el análisis la complejidad de sus experiencias con una condición de infertilidad.

La figura solo esboza una tendencia, no todas las mujeres que participaron en el estudio vivencian exactamente así la infertilidad, condición que se encuentra matizando toda la dinámica del funcionamiento psicológico en ellas. Ser infértiles las sitúa en conflicto con uno de los referentes claves para autovalorarse y producirse en su condición de ser mujer, la maternidad como vía de legitimación de lo femenino. El deseo de lograr un embarazo, principal motivación, se asocia a la inseguridad y el miedo. En definitiva, ser madre se convierte en un proyecto futuro imposible de ubicarse temporalmente, por la limitación del propio cuerpo, lo que genera insatisfacción consigo mismas, a la vez que el pasado se percibe asociado a sentimientos de culpa. Estos sentimientos prevaletentes se conjugan con un pobre desarrollo del autoconcepto.



Figura 3. Tendencia en la dinámica del funcionamiento psicológico de las mujeres infértiles de la muestra estudiada tomando los procesos autovalorativos como eje en el análisis.

Sin embargo, existen elementos que matizan este cuadro general. Las mujeres en su mayoría cuentan con importantes redes de apoyo en el plano familiar y de vida de pareja. La fuerte motivación que poseen por la maternidad hace que tengan una adherencia adecuada a las TRA y esto es favorable de cara al tratamiento. No podemos hablar tampoco de una patologización, aunque

evidentemente la infecundidad es una prueba de riesgo para los procesos autovalorativos, lo corrobora los resultados de estudios anteriores que tienen un carácter más descriptivo. Lo anterior se expresa en indicadores de estados emocionales negativos como la tristeza, la ansiedad o la irritación, que pudieran incluso llegar a aumentar de intensidad si continúan los fracasos en las TRA o si no se estimula el desarrollo autovalorativo.

A continuación, compartimos algunos derroteros que se vislumbran como directrices de trabajo interesantes:

1. Se hace evidente cómo perduran dentro de los imaginarios sociales los preceptos de una cultura patriarcal que estigmatiza el sentido de la vida de las mujeres y las fija a roles prescritos, limitando sus posibilidades de reinventarse a sí mismas para un disfrute más pleno de sus vínculos, sus motivaciones, sus proyectos, y la realización personal. En este sentido, incluir dentro de los programas educativos desde los niveles primarios una pauta de formación de valores y de un pensamiento crítico en torno a la problemática de género resulta indispensable.
2. Los resultados de la presente investigación, avalan la necesidad de apostar por modelos interdisciplinarios en el estudio y tratamiento de la infertilidad femenina, que pongan en el foco de atención el bienestar psicológico de las mujeres y todos los procesos subjetivos comprometidos con ese bienestar. Recomendamos que las estrategias y los planes de acción de los Programas Nacionales de Atención a la Pareja Infértil se sustenten en investigaciones interdisciplinarias que trasciendan el Modelo Médico Hegemónico y permitan la articulación de programas de orientación y acompañamiento psicológico a las parejas desde el momento inicial del diagnóstico y durante las TRA.
3. Recomendamos también el despliegue de acciones educativas y de prevención en términos de salud reproductiva, que permita la sensibilización de la mujer ante la problemática de la infertilidad, promoviendo la conciencia sobre los riesgos que se asumen con una vida sexual irresponsable y el uso inadecuado de los métodos de anticoncepción.

Referencias bibliográficas

La Habana: Tesis en opción al Grado de Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.

Borrego, N. G. (2011). La salud reproductiva de los jóvenes. En C. d. autores, *Lecturas de la realidad juvenil cubana a principios del siglo XXI* (págs. 73-91). La Habana: Molinos Trade.

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 227-248.

Cutié, M., Figueroa, M., Almaguer, J., & Veranes, M. (2002). Estudio del factor uterino como causa de infertilidad femenina. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 11-16.

Díaz, Z., & García, D. (2012). Percepción sobre la gestión y prestación de servicios de atención a la infertilidad en Cuba: una aproximación antropológica. La Habana: Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud. La Habana.

- Domínguez, L. (2010). Qué sabemos hoy de la relación entre estrés e infertilidad. *Revista de Medicina Reproductiva*, 463-468.
- Lagarde, M. (s/f). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. Versión electrónica.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría género. Versión electrónica.
- Llavona, L. (2008). El impacto psicológica de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 158-166.
- Lozano, M. (2001). La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de reproducción. Barcelona: Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona.
- (2012). *Manual de Infertilidad*. [http:// www.fertilidadclinicadelamujer.com](http://www.fertilidadclinicadelamujer.com).
- Más, L. (2011). Concepciones y vivencias sobre la maternidad. Su lugar en la identidad de género de jóvenes cubanas. La Habana: Tesis en opción al grado de Máster. Centro de Estudios sobre la Mujer.
- Menéndez, E. (1984). El modelo Médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D' Etnografía de Catalunya*, 35-118.
- Oliva, K. (2010). Una propuesta metodológica de grupo de aprendizaje para el desarrollo de los procesos autovalorativos. La Habana: Tesis en opción al Grado de Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS, publicada por la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://extranet.who.int/rhl/es>
- Roa, Y. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y Salud*, 129-135.
- Rodríguez, F., Toledo, M., & Sánchez, E. (2000). La globalización y el modelo de Medicina General Integral en Cuba. Retos y oportunidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 73-79.
- Rubio, V. (2015). Infertilidad en Cuba: cuando la cigüeña no llega. Cuba sí. cu. Obtenido en: <http://cubasi.cu/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/41682-infertilidad-en-cuba-cuando-la-cig%C3%BCena-no-llega>. Publicado el 28 de julio de 2015. Visto el 12 de abril del 2019.
- Sosa, M. (27 de mayo de 2009). Presentan estrategia cubana para la atención a la infertilidad. *Juventud Rebelde*, p. 1.
- Tubert, S. (2010). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: Mujeres Editoras.
- Velasco, A., Fiallo, N., Hernández, M., Fragas, R., Padrón, R., & Farramola, L. (2007). *Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil*. La Habana: Cuadernos del Ministerio de Salud Pública de Cuba.