

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.18 - dec. 2014 - pp.41-73 / Ariza, L. / www.sexualidadsaludysociedad.org

La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir

Lucía Ariza

Doctora en Sociología
Grupo de Estudios sobre Sexualidades
Instituto de Investigaciones Gino Germani, Univ. de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

> lucia.ariza@gmail.com

Resumen: Este artículo explora el rol de la narración en el proceso de negociación con la infertilidad, entendida como un quiebre en el curso vital proyectado, y forma parte de una investigación mayor en la que se indagó en Argentina el recurso a la reproducción asistida como respuesta a la infertilidad entre dos grupos de mujeres con dificultades reproductivas (electoras y no electoras de tratamientos procreativos). Recurriendo a una metodología cualitativa exploratoria, el análisis muestra que la narración es central para amortiguar el carácter “inesperado” de la infertilidad, reinscribir a la mujer dentro de los parámetros hegemónicos del género femenino, tramitar los sentimientos de injusticia y negociar una nueva posición frente al entorno. Al mostrar el importante rol de la narración en la construcción social de la infertilidad, este artículo busca realizar un aporte a un terreno escasamente explorado en Argentina.

Palabras clave: narración; infertilidad; reproducción asistida; negociación; Argentina

A construção narrativa da infertilidade. Mulheres que narram a experiência de não poder conceber

Resumo: Este artigo aborda o papel da narração no processo de negociação com a infertilidade, entendida como uma ruptura no curso vital projetado, e faz parte de uma investigação maior em que se indagou na Argentina sobre o recurso à reprodução assistida como resposta à infertilidade entre dois grupos de mulheres com dificuldades reprodutivas (eleitoras e não eleitoras de tratamentos procriativos). Recorrendo a uma metodologia qualitativa exploratória, a análise mostra que a narração é central para amortecer o caráter “inesperado” da infertilidade, reinscrever a mulher nos parâmetros hegemônicos do gênero feminino, tramitar os sentimentos de injustiça e negociar uma nova posição em face do entorno. Ao mostrar o importante papel da narração na construção social da infertilidade, este artigo procura trazer uma contribuição a um terreno escassamente explorado na Argentina.

Palavras-chave: narração; infertilidade; reprodução assistida; negociação; Argentina

The narrative construction of infertility. Women who tell the experience of not being able to conceive

Abstract: As part of a wider project exploring the use of assisted reproductive technologies as an answer to infertility among two groups of women in Argentina (users and not users of reproductive medicine), the paper examines the role of narratives during the process of negotiation with infertility, understood as a major break with the projected life course. Making use of explorative qualitative methodologies, the analysis shows that narratives are central to the task of buffering the unforeseen character of infertility: reinserting the narrating women within the mainstream parameters of gender; managing feelings of unfairness; and negotiating a new position before significant others. By showing the important role of narratives in the social construction of infertility, this article makes a contribution to a field scarcely explored in Argentina.

Keywords: narrative; infertility; assisted reproduction; negotiation; Argentina

La construcción narrativa de la infertilidad.

Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir

Introducción¹

*Toda la historia del sufrimiento
clama venganza y pide narración*
Paul Ricoeur
(apud Irene Klein,
La ficción de la memoria)

Este artículo se desprende de una investigación mayor en la que se propuso indagar en los factores de la decisión respecto de recurrir o no a un tratamiento reproductivo como respuesta a la infertilidad, entre mujeres con dificultades para concebir que habitaban el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en Argentina. En el marco de esa investigación, se entendió por tecnologías reproductivas al conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina y la biología, clínicas y experimentales, proveen alternativas biomédicas a la ausencia involuntaria de descendencia entre individuos o parejas.² Dado que el objetivo inicial de la investigación fue analizar los factores que coadyuvaban en la decisión a favor o en contra de un tratamiento reproductivo, se planteó explorar no sólo las disposiciones hacia la medicina, hacia la maternidad y hacia la tecnología, sino también cuáles habían sido las experiencias con la infertilidad o dificultad para concebir de las mujeres entrevistadas. El artículo se centra en el análisis de aquellas experiencias, examinadas a la luz de lo que resultó ser uno de los hallazgos de la

¹ Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Beca de Postgrado Tipo I [2005-2007]), Argentina.

² En Argentina se utilizan todas las técnicas actualmente disponibles para lograr la concepción sin ayuda médica. Éstas incluyen técnicas de baja complejidad (paradigmáticamente, la inseminación artificial con o sin donante de espermatozoide), y las de alta complejidad (fertilización in vitro [FIV], inyección intracitoplasmática de espermatozoide [ICSI], transferencia intratubaria de gametas [GIFT] y transferencia de ovocitos microinyectados [TOMI]), todas las cuales pueden ser utilizadas tanto con gametas homólogas como con donadas. La enorme mayoría de los tratamientos son, sin embargo, FIV o ICSI; esta última técnica fue utilizada en el 60% a 80% de los casos totales de cada año, en el período 2004-2010 (RAFA - Registro Argentino de Fertilización Asistida, s/f).

investigación, esto es, que el acto de narrar (en este caso, la infertilidad, como experiencia particular, estigmatizante y subjetivamente dolorosa) tiene un lugar central en la negociación con esa misma condición. Así, se propone que la narración no es nunca la mera representación de una experiencia –la infertilidad, que tiene lugar en otro ámbito o espacio vivencial–, sino un mecanismo activamente constitutivo de aquella misma experiencia. La infertilidad es concretamente experimentada a través de las narraciones a que da lugar, ya que es a través de la puesta en discurso que las entrevistadas reconstruyen una nueva “identidad”: la de personas con dificultades reproductivas. En sus conexiones clave con la interpretación y el discurso, la narratividad promueve, entre las entrevistadas, una asociación entre el pasado reproductivo y el acontecimiento disruptivo que se está viviendo; la reinscripción dentro del género del cual se está implícitamente excluida por no poder procrear, así como la tramitación de los sentimientos de injusticia y sinrazón a que da origen la infertilidad; y una re-composición, sobre nuevas bases, de la relación con el entorno.

En Argentina, la reproducción asistida ha sido sólo muy recientemente legislada a nivel nacional (Ley n° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, sancionada y reglamentada en 2013), teniendo un antecedente de legislación provincial en 2010 (Ley n° 14.208 de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires). Hasta la sanción de la ley que otorgó cobertura universal al acceso a tratamientos reproductivos de alta y baja complejidad en 2013, ambos tipos de tratamiento se proveían casi exclusivamente en el ámbito privado, con escasísimas oportunidades de acceso (en general, a través de servicios piloto) a intervenciones de baja complejidad en el ámbito público. Dado el alto costo de los tratamientos (entre otras razones, debido al importante peso de los insumos importados), la reproducción asistida ha sido un servicio utilizado casi únicamente por las clases medias-altas. En un gesto universalista, poco frecuente en América Latina y otras partes del mundo, la Ley nacional de 2013 garantiza el acceso integral a los tratamientos disponibles para toda persona o pareja que los necesite, sin restricción por edad, estado civil u orientación sexual.

Por otro lado, desde 2003, la Argentina cuenta con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aunque su implementación ha sido desigual a lo largo del territorio nacional. Los objetivos del Programa no abordan de forma explícita la prevención ni el tratamiento de la infertilidad a través del sistema público de salud, aunque mencionan la prevención y detección precoz de las enfermedades de transmisión sexual y las patologías genitales que pueden ser causantes de infertilidad. La infertilidad no ha sido abordada como una problemática de salud que requiere intervenciones y tratamientos específicos en Argentina hasta la sanción de la referida Ley de 2013, posterior a la realización del estudio de referencia, y causa de la escasez de investigaciones en esta área de la provisión de salud.

Objetivos y metodología

Dada la importancia que tiene para la investigación la experiencia con la infertilidad, este artículo se ocupa del análisis del pasaje por la condición de infértil (o la cohabitación en una pareja infértil), tal como fuera narrado por un grupo de mujeres entrevistadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina, durante los años 2005 y 2007. Según Greil, Leitko & Porter (1988) y Bartlam & Birch (1998), la infertilidad nunca es un evento aislado sin mayores articulaciones con el pasado o el presente de la persona que la padece, sino que su significación subjetiva está determinada por su relación con el conjunto de las experiencias sociales y psicológicas de las personas que la atraviesan. Siguiendo estos aportes, aquí se propone analizar la infertilidad como una experiencia que adquiere forma de proceso, gracias –en parte– a su figuración en un relato. En éste, la infertilidad deviene un recorrido jalonado por etapas, a través de las cuales las dificultades procreativas se van poniendo en relación con el pasado sexual y reproductivo, con el presente narrativo de persona infértil y el futuro signado por el deseo (a veces ya retrospectivo) de descendencia.

Entre las entrevistadas de este estudio, el relato estructurado en fases cronológicas fue, en efecto, la forma típica que adquirió la referencia a la condición de infertilidad. Esto es, la experiencia de no poder concebir se plasma en un relato organizado en etapas donde las entrevistadas cuentan aspectos de su vida previos a la búsqueda reproductiva, junto con detalles sobre el fracaso en conseguir un embarazo, el inicio de la búsqueda de un diagnóstico, el comienzo de un tratamiento (o el rechazo a realizar uno), y los resultados de estas decisiones. Esta organización narrativa se registró en casi la totalidad de los testimonios y más allá de que la pregunta introductoria de la entrevista apuntara abiertamente a describir el uso o no de una tecnología procreativa, por lo que cabe señalar su sistematicidad. El análisis de la plasmación narrativa de estas fases constituye el núcleo del presente artículo, en tanto ésta se torna accesible a través de la entrevista en profundidad.

En cuanto a los aspectos metodológicos, la investigación se propuso indagar en los repertorios decisorios acerca de la posibilidad de recurrir o no a un tratamiento reproductivo entre mujeres con dificultades para concebir que habían optado (Grupo A) o no habían optado (Grupo B) por la realización de una o más intervenciones médicas como respuesta a la infertilidad. La focalización en los repertorios decisorios de las entrevistadas permitió concentrarse en aspectos clave que emergían en el discurso como conjuntos de disposiciones –hacia la maternidad, hacia la medicina, hacia la formación de una familia, hacia el parentesco– y de experiencias (como los sentimientos de diferencia con el entorno debidos a la infertilidad, o la resistencia a pensarse como una mujer sin descendencia), que en

conjunto proveen una respuesta exploratoria a la pregunta que organizó aquella investigación: por qué sí (y por qué no) recurrir a la técnica médica como forma de dar respuesta a la infertilidad.

Las entrevistas fueron realizadas a mujeres heterosexuales, de clase media y media alta (en virtud de su mayor acceso a los tratamientos de reproducción asistida), habitantes del Área Metropolitana de Buenos Aires, y que habían experimentado dificultades reproductivas, solas o con sus parejas.³ Se dividió la muestra en dos sub-grupos, mujeres usuarias (Grupo A) y no usuarias (Grupo B o de control) de tratamientos reproductivos, con el objetivo de poder comparar las respuestas de las electoras con las de las no electoras.⁴ El Grupo A quedó conformado por veinte entrevistadas, mientras que el Grupo B estuvo conformado por cinco participantes.⁵

Todas las entrevistadas de esta investigación firmaron un consentimiento informado donde aceptaron la realización de una entrevista una vez que fueron debidamente notificadas sobre los objetivos, métodos y potencial uso de la información recabada, y cualquier inquietud emergente sobre estos aspectos convenientemente respondida por parte de la investigadora. A su vez, con el objetivo de preservar el anonimato de las entrevistadas, todos los nombres han sido sustituidos por apelativos ficticiales, y toda otra información que pudiera ocasionar la identificación de las entrevistadas (nombres de médicos, centros de tratamiento, localidades, nombres de pareja, etc.), convenientemente sustituidos.

Siguiendo a David & Sutton (2004), dadas las características exploratorias de este estudio –que remedia la ausencia de investigaciones similares en Argenti-

³ El criterio para seleccionar los casos de infertilidad fue su consideración como conflictiva en el marco de los proyectos reproductivos de la pareja o la persona. Esto es, se seleccionaron casos en los cuales una persona o una pareja tenían dificultades reproductivas y éstas eran así definidas en el marco del proyecto procreativo. Por las mismas razones no se contemplan en este trabajo casos de ausencia voluntaria de descendencia.

⁴ Ya que el foco del presente artículo es distinto al de la investigación original, no se realizan comparaciones de las respuestas de ambos grupos en este trabajo.

⁵ La baja cantidad de entrevistas realizadas a no usuarias es una muestra en sí misma de la gran aceptación de las técnicas de reproducción asistida entre las mujeres heterosexuales de clase media y media alta habitantes del AMBA. La mayoría de las mujeres referidas como “no usuarias” a través de los contactos de campo resultó no cumplir, en efecto, los criterios filtro. Por ejemplo, la potencial entrevistada había realizado tratamientos antes de adoptar (y por lo tanto no podía ser considerada una no electora), o era de clase baja. En la fase de contacto de potenciales participantes, quedó claro que la mayoría de las mujeres de clase media y media alta contactadas habían recurrido a la tecnología reproductiva en oposición a otras opciones, como la adopción o la ausencia de hijos/as. En la muestra final de este estudio, el segmento de no usuarias está compuesto sólo por aquellas mujeres con fuertes convicciones contrarias a la técnica médica, que se habían resistido a recurrir a un tratamiento reproductivo como respuesta a la infertilidad.

na- más que proponer una prueba de hipótesis se planteó el seguimiento de una hipótesis de trabajo, que quedó formulada en la siguiente afirmación: las mujeres que recurren a la técnica médica como respuesta a la infertilidad se encuentran diferentemente predispuestas a dicha tecnología y a la maternidad que las mujeres que no recurren a la reproducción asistida como respuesta a la imposibilidad de procrear. El planteamiento de una hipótesis de trabajo supuso explorar las narrativas en torno a la infertilidad, la maternidad y la tecnología en dos grupos distintos de mujeres, teniendo en cuenta la carencia de antecedentes en investigación empírica con mujeres infértiles en Argentina. En este sentido, “experiencia con la infertilidad”, “representaciones sobre la maternidad” y “representaciones sobre la tecnología reproductiva” fueron dimensiones exploradas, ante todo, en su potencial descriptor y en su significación para dar cuenta de las decisiones de las mujeres en torno a la posibilidad de recurrir a la técnica médica, habida cuenta de la inexistencia de antecedentes que mostraran la pertinencia de tales variables en este campo de indagación específico en Argentina.

El marco epistemológico y metodológico a través del cual se condujo la investigación y el análisis de los datos está fundamentado en los presupuestos de la investigación cualitativa, en tanto ésta procede de una forma inductiva, interpretativa (Bryman, 2001; David & Sutton, 2004) y constructivista (Burr, 2003),⁶ dando un lugar central al discurso de las personas estudiadas, y alineándose en última instancia con las premisas de la hermenéutica (David & Sutton, 2004)⁷ y la etnometodología (Bryman, 2001)⁸. Esto es, se parte de la base de que el mundo social está constituido por actores que entran en relación con otros, y que un elemento

⁶ Los debates acerca de qué es constructivismo han sido extensos en el marco de las ciencias sociales. Para una definición operativa se sigue a Burr (2003), quien indica que las visiones constructivistas están permeadas de anti-esencialismo, cuestionamientos al realismo, una idea del lenguaje como pre-condición para el pensamiento y como forma de acción social, un énfasis en la acción y prácticas sociales, y foco en los procesos sociales.

⁷ Por hermenéutica se entiende la perspectiva filosófico-sociológica que pone el énfasis no sólo en la cualidad humana de producir significados, sino prioritariamente de interpretarlos. La interpretación del “sentido común” es, para diversas tradiciones hermenéuticas, una forma de acceder al “mundo de vida” de una persona, cultura o grupo dados.

⁸ Por etnometodología se entiende a la tradición sociológica que estudia la construcción del mundo social a través del lenguaje y las micro-interacciones de la vida cotidiana. Es posible argumentar que la etnometodología no pertenece estrictamente al paradigma interpretativo, en virtud de su énfasis en el estudio de prácticas y “etno-métodos” que exceden el campo estricto de las “interpretaciones” provistas por miembros de una sociedad. Sin embargo, la etnometodología tiene fuertes conexiones con la fenomenología, y como tal se la considera aquí más cercana a un paradigma interpretativo y anti-realista (en el sentido de que no sanciona la existencia de un mundo objetivo más allá de las intervenciones e interpretaciones que las personas tienen en ese mundo), que a uno realista.

clave de tal interacción, así como de sus vínculos con el mundo natural, con su propio cuerpo y con el resto de los objetos artificialmente creados, es la capacidad humana de significar y otorgar sentidos a través del lenguaje y el relato. Para cada una de las corrientes del interpretativismo mencionadas más arriba, los fenómenos a ser estudiados adquieren la forma de una “visión de mundo” o “etno-método”, contruidos a través de la interpretación activa de los miembros de una sociedad dada. Estas interpretaciones cristalizan de maneras contingentes y temporales en narraciones y relatos (en este caso, sobre la infertilidad y el recurso a la reproducción asistida) que, como se argumentará más adelante, tienen una importancia decisiva a la hora de tramitar la experiencia de no poder concebir.

A la perspectiva cualitativa más amplia que enmarca los grandes rasgos de la aproximación epistemológica y metodológica de este estudio, se agregan los aportes de las teorías de la performatividad inaugurados por los estudios de Austin (1962) sobre los efectos de habla, retomados por los conocidos trabajos de Judith Butler sobre la identidad de género (1990; 1997; 2010). En este marco, se parte de considerar que la práctica discursiva (que, dada la perspectiva cualitativa descripta más arriba, es inherentemente interpretativa) permite la presentación de la persona frente al mundo y, en este sentido, es un mecanismo de constitución de la identidad social de la persona. Así, el discurso no sólo *describe* estados internos ya existentes en el sujeto, sino que es una actividad o performance a través de la cual el sujeto mismo actúa constituyéndose. En este sentido, la perspectiva cualitativa y performativa asumida supone que, dadas ciertas condiciones, la interacción lingüística a través de narraciones colectivas e individuales, contribuye a construir –o performatiza– la realidad que transitan las propias interpretantes. Por ello, la perspectiva constructivista, interpretativa y performativa entiende que el acto de poner en discurso y de narrar es una práctica social en sí misma que, antes que re-presentar una “realidad” o “experiencia” previa a su narración, tiene un activo papel en la construcción de esa misma vivencia. La actividad de narrar, comunicar y poner en circulación a través de discursos⁹ no se restringe a una mera consignación de lo existente, sino que las experiencias a nivel subjetivo y colectivo de las personas son posibles al menos parcialmente gracias al rol detentado por esos mismos relatos.

De acuerdo a todo lo anterior, basándose en lo que Pertti Alasuutari denomina una “específica conciencia biográfica”, en este texto se llevan adelante análisis que dan cuenta de la manera en que la experiencia es reflejada en forma de historia o

⁹ En el marco de este trabajo, se opera bajo la hipótesis de que el acto de narrar es una función específica de las más amplias operaciones de poner en discurso e interpretar. En este contexto es de notar, sin embargo, que el dispositivo de la entrevista es altamente propicio para la producción de narratividad.

relato (Alasuutari, 1995; también Kornblit, 2004). El análisis narrativo implementado en este caso pretende iluminar a través de recursos que complementan los más clásicos enfoques temático e interpretativo (Kornblit, 2004) un modo particular de ocurrencia del discurso (esto es, un discurso a través del cual la infertilidad es activamente negociada en tanto experiencia disruptiva presente o pasada). Así, por ejemplo, “la sospecha” narrada por varias mujeres respecto de la infertilidad potencial de la pareja es analizada como contribuyendo a un tipo argumentativo [“plot type”] especial (Alasuutari, 1995:74), donde el diagnóstico no es presentado como si apareciera de la nada, sino que está –en el relato– anticipado por la sospecha. Éste y otros tres núcleos narrativos –que resultaron los más significativos por su aparición sistemática en los relatos de las entrevistadas– son analizados como parte del proyecto de estabilización de la identidad post-diagnóstico de infertilidad. Éste concierne tanto a la restitución o normalización de la identidad de género, como a la identidad de persona con dificultades reproductivas de cara a los otros significativos, a la vez que supone la construcción de una identidad de persona “merecedora” (del embarazo). Estos análisis permiten, por lo tanto, dar cuenta de la construcción de la identidad personal a través del relato, que es narrado a través de la historia de vida y continuamente re-inventado en la narración biográfica (Alasuutari, 1995; también Robin, 1996).

Narrando la sorpresa y el quiebre en la “obviedad del futuro”

En la literatura que trata sobre procesos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad desde el punto de vista de las personas que los atraviesan, se ha sugerido que los individuos adquieren mayor conciencia de su ser corporizado cuando su cuerpo tiene un funcionamiento irregular (Nettleton & Watson, 1998). Sin embargo, es importante recordar que la infertilidad es una dolencia con la particularidad de que, a diferencia de muchas otras, no siempre (y más bien pocas veces) causa malestar físico antes de ser diagnosticada.¹⁰ Independientemente del punto de vista clínico, la infer-

¹⁰ Si bien la endometriosis (que puede ser causante de infertilidad) es comúnmente una enfermedad dolorosa, y puede por lo tanto anticipar un diagnóstico de dificultad reproductiva, el dolor físico durante las menstruaciones o las relaciones sexuales no es directamente atribuible a la endometriosis (ya que puede estar causado por otras dolencias), por lo que su mera existencia no es un índice de infertilidad potencial. En los casos de las mujeres entrevistadas para este estudio, la endometriosis fue en general diagnosticada como parte del diagnóstico de la infertilidad, por lo que no antecedió ni anticipó la posibilidad de esta última. Además, los síntomas físicos de enfermedades como la endometriosis pueden estar ausentes incluso en presencia de la enfermedad y son, en consecuencia, signos equívocos para el auto-diagnóstico.

tilidad es, en general, una dolencia imperceptible (e inexistente) hasta que no se presenta el deseo de procrear (Greil, Slauson-Blevins & McQuillan, 2010); la posibilidad de que exista una dificultad reproductiva tanto a nivel individual como de la pareja es una intuición cuyo único “síntoma” es la ausencia de un embarazo buscado. Se trata, por lo tanto, de una dolencia silenciosa y clínicamente irrelevante hasta tanto no se busque la descendencia, pero cuya aparición marca un incremento de la conciencia corporal, así como de la distancia entre los deseos y proyectos de la persona y la respuesta del cuerpo (Clarke, Martin-Matthews & Matthews, 2006).

Los primeros pasos en el largo proceso a través del cual la infertilidad se irá reconociendo como un dato más de la identidad personal comienzan con una sensación de sorpresa frente a lo que se está viviendo. El asombro que genera la ausencia de “naturalidad” en el proceso procreativo (el hecho de que los/as hijos/as “no vengan”) una vez que se ha iniciado la búsqueda reproductiva, se basa en una serie de suposiciones respecto del futuro personal que la infertilidad viene a disputar. Así, muchas de las entrevistadas dijeron haber dado por sentado (antes de encontrar la imposibilidad) que ni ellas ni sus compañeros tendrían problemas físicos para concebir, y que formarían una familia sin mayores dificultades en cuanto se lo propusieran:

Yo igual era como que quería casarme y tener un chico, *jamás se me hubiera ocurrido que no iba a poder tener chicos (...)* Pensé que iba a tener un chico, que iba a tener... Ahora es más común, dicen que el 40% de las parejas tiene problemas para tener chicos por una cosa o por otra, *pero a mí ni se me pasó por la cabeza (...)* Primero no lo podía creer lo que me estaba pasando (...) *No existía, no estaba dentro de mis planes, era como que era casarte y tener chicos...* El médico estaba equivocado decía yo, no puede ser (Alfonsina, factor femenino, las itálicas me pertenecen).¹¹

Mirá, yo siempre fui de, viste, qué se yo, por ahí hay chicas que tienen la fantasía de “podré, no podré”... *A mí nunca se me cruzó por la cabeza que no iba a poder; jamás, jamás* (Bruna, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

Porque era algo que yo no había puesto muy en duda, me di cuenta de que era una expectativa tan grande cuando no funcionó y cuando fue tan duro de asumir para mí, porque no me había dado cuenta de que era algo

¹¹ Los testimonios de las entrevistadas serán referenciados en lo sucesivo siguiendo la lógica de esta breve descripción: nombre ficcional y factor determinante de la infertilidad. Cuando no se señale lo contrario, las citas refieren a entrevistadas electoras (las descripciones de las entrevistadas que hayan sido no electoras lo aclararán pertinentemente). En los casos en los que se ha agregado un énfasis, éste se indica oportunamente.

que yo daba tan por sentado (Esmeralda, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

... no entré en un estado depresivo ni nada, sólo tristeza sobre todo en los momentos, cuando te viene, y sobre todo porque nosotros teníamos un proyecto de vida de una familia muy numerosa (...) *que iba a tener hijos seguro, estaba convencida, no se me cruzó* [la posibilidad de que no iba a tener hijos] porque no viví la infertilidad en mi familia, en ningún lado (Sestilia, sin diagnóstico, no electora, las itálicas me pertenecen).

En conjunto, estos relatos hablan de una suposición respecto de la inevitabilidad de la maternidad, la que antes de la infertilidad aparecía como un objetivo más a cumplir, consumado sin complicaciones y hasta cierto punto ineludible. Como han indicado varios estudios, para la mayoría de las personas (aunque muchas veces de forma diferente para hombres y mujeres), la pater/maternidad es un paso socialmente percibido como natural en la progresión hacia la adultez (Oberman & Josselson, 1996). Cuando existen problemas reproductivos, las personas que los padecen deben transitar hacia la adultez a través de lo que Koropatnick, Daniluk & Pattinson (1993) denominan “transiciones de no-evento”; es decir, a través del pasaje hacia otro estadio vital sin la ocurrencia del evento culturalmente considerado bisagra en la transición, por ejemplo, el tener descendencia. Estas transiciones tienen un impacto cultural distinto en el mundo desarrollado y en el mundo en desarrollo (ver, por ejemplo, Inhorn, 2003), así como entre hombres y mujeres (Clarke, Martin-Matthews & Matthews, 2006; Silva & Machado, 2008). Como han indicado Silvina Ramos (1990) y Florencia Luna (2013), la imposibilidad de cumplir con este evento clave de transición entre la adolescencia y la adultez puede tener consecuencias aún más dolorosas para quienes la experimentan en los países en desarrollo de la región latinoamericana, en los cuales la maternidad sigue detentando un alto estatus moral como forma de posicionar a la mujer frente a la sociedad:

En un contexto social y cultural en el cual la crianza de hijos es vista como necesaria para la realización personal de las mujeres, descubrir que se es infértil es una experiencia devastadora: la experiencia de infertilidad es vista como una crisis vital (...) la infertilidad es para nuestra cultura un estigma social (Ramos, 1990).

(...) hace ya varios años que hay datos respecto de la infertilidad secundaria, la situación de los países en desarrollo y del padecimiento que esto implica en culturas para las cuales la maternidad tiene un peso aún mayor que en países industrializados (téngase en cuenta que si bien la imposibilidad de un embarazo en una mujer profesional con logros económicos y educativos puede resultar muy doloroso, es todavía peor en los casos en los

cuales las mujeres son casi únicamente valoradas por su fertilidad. Esto lamentablemente es muy habitual en muchos de estos países, puede implicar discriminación social, repudio por parte de los maridos, etc.) (Luna, 2013).

En este marco, que el embarazo no llegue fácilmente, tal como se esperaría, lleva a encontrarse con un estado de cosas que trastoca el orden esperado de la trayectoria personal; un “momento bisagra” o “punto de inflexión” que marcan la historia de vida y al que prestan atención los enfoques comprensivos (Kornblit, 2004). La infertilidad es narrada retrospectivamente como una interrupción de la historia vital, pero de una doble manera: por un lado, como ya se indicó, en tanto quiebre en el desarrollo vital a lo largo del cual las entrevistadas esperaban ir asumiendo distintos roles (niño/a, adolescente, joven, adulta, etc.), donde la mater/paternidad es el eje de transición entre la juventud y la adultez. Por otro, la infertilidad *qua* dolencia es caracterizada por los relatos de las entrevistadas como una “experiencia disruptiva”, tal como lo hace Bury (1982) en referencia a las vivencias de personas con enfermedades crónicas. Según Bury, “La enfermedad, y especialmente la enfermedad crónica, es precisamente ese tipo de experiencia en la cual las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento que las sustentan son perturbadas” (Bury, 1982:169. La traducción me pertenece). En tanto situación crítica, la enfermedad supone un tipo de trastorno biográfico (*biographical disruption*) que obliga a reexaminar la misma subjetividad en tanto un ser capaz de tener planes y expectativas. En el caso de las entrevistadas de esta investigación, las experiencias que atravesaron las llevaron a modificar sus propósitos e incluso su modo de pensar acerca del futuro como resultado de la experiencia de la infertilidad:

Viste esas cosas así que vos decís “¿por qué la sociedad está tan pautada en tantas cosas?” No sé, a mi después de todo esto, sobre todo que me pasó de no poder tener hijos, uno a veces proyecta tantas cosas en la vida, y programa tantas otras cosas, que es como que me enseñó a no proyectar ni a programar (Antonia, factor femenino).

El desconcierto que produce “no poder” es una reacción a un acontecimiento extraño en el marco de una vida planificada de otra manera. Aquí, el elemento de planificación es importante porque la maternidad figuraba para la mayoría de las mujeres participantes como una experiencia central esperada para el futuro. “Formar una familia” era un objetivo que esperaba en el horizonte de los planes por venir; muchas entrevistadas asumían que se produciría fácilmente. Por eso, estas mujeres atravesaron un proceso de dar lugar en la vida personal a un acontecimiento inesperado. Tal como se analizará en los próximos párrafos, crucial en este proceso de “dar lugar” es el trabajo de la narración, cuya función principal es la de

mediar, retrospectivamente, en el proceso de aceptación de la infertilidad. Esto es, la asimilación de la perturbación de la historia vital que provoca la infertilidad se da a través de una estrategia central: la puesta en relato. Al narrar (narración que se restituye en la entrevista otorgada para este estudio), el trastorno de los planes biográficos que impone el no poder concebir encuentra otra instancia de sutura. Ésta permite relatar la infertilidad como un evento inesperado –aunque conectado con el pasado previo a su diagnóstico–, a la vez que dar cuenta de las re-conceptualizaciones de los sistemas explicativos y de los replanteos sobre la identidad de la persona y sobre su auto-percepción, que son consecuencia de aquella. En los párrafos que siguen se examinan algunas de las estrategias narrativas implementadas para tramitar aquellas transformaciones subjetivas.

Interpretar lo desconocido: la sospecha como “amortiguador” y performatización del ser mujer

En este apartado se indaga la función narrativa del relato de la sospecha, proponiendo una razonabilidad para la comprensión de su recurrencia en los relatos de las entrevistadas. La sospecha es analizada en una doble función, como un mecanismo que anticipa narrativamente la mala noticia de las dificultades para concebir. Como tal, se sostiene que su importancia radica no sólo en cómo efectivamente la sospecha *puede haber estado antes* que el diagnóstico, sino en cómo, retrospectivamente (es decir, desde el punto de vista privilegiado del presente), es convenientemente situada antes que el diagnóstico en la narración de la entrevista. Es decir, parte de su significado narrativo está en cómo la sospecha funciona como una manera de unir los antecedentes en materia de salud reproductiva previos al diagnóstico con ese mismo diagnóstico una vez que éste ocurre. En esa función, trazando una continuidad entre el antes y el después, la sospecha opera amortiguando el impacto negativo de la noticia de la infertilidad, a la vez que re-sitúa a la narradora en un marco de atención, deseo y responsabilidad por la procreación buscada, contribuyendo a performatizarla/relocalizarla dentro del género femenino del cual está –o estuvo– implícitamente excluida por no poder procrear.

En los estudios sobre tecnologías procreativas e infertilidad existen algunos registros de la importancia de la sospecha para la experiencia de no poder concebir. Por ejemplo, Greil, Leitko & Porter (1988) han indicado que los participantes de su investigación refirieron tener una sospecha sobre quién tenía la dificultad reproductiva en la pareja, típicamente antes de la consulta con el médico. Los autores afirman por lo tanto que “desde el punto de vista del constructivismo social, las parejas devienen infértiles en el momento en el cual *empiezan a sospechar* que

serán incapaces de tener descendencia” (1988:177. Las *itálicas* y la traducción me pertenecen). Esto es, tal como se señaló más arriba como marco definicional constructivista de la infertilidad, ésta no es consecuencia de la consulta con el médico, sino antes bien consiguiente a la sospecha sobre el problema reproductivo. Por su parte, Silva & Machado (2008) indican que la mayoría de las mujeres entrevistadas para su investigación declararon haber sospechado la infertilidad basándose en su historial de salud, y en ciertas intuiciones acerca de lo que podría estar funcionando mal en la pareja con respecto a la reproducción.

En la presente investigación, la narración retrospectiva también sitúa frecuentemente una sospecha de infertilidad anticipada al diagnóstico. Si en algunos casos la asociación entre la dificultad para concebir y ciertos hechos relativos a la salud reproductiva está ya establecida por el saber médico (por ejemplo, la indicación de un profesional de que las consecuencias de un embarazo ectópico complicarán las oportunidades de concebir), en otros casos tal asociación no tiene nada que ver con una advertencia médica sino que es el producto de una asociación subjetiva, consolidada a través de la narración:

En realidad yo tomé como diez años anticonceptivos y cuando los dejé me costó empezar a menstruar otra vez, o sea tuve que hacer todo un tratamiento para empezar a menstruar; entonces medio como que pensé que por ahí tenía toda una relación [con no poder concebir] (Franca, factor femenino).

Yo por otro lado tenía la experiencia de mi mamá, que después de tenerme a mí no pudo tener más hijos y se hizo algún tratamiento; mi tía tampoco había podido tener hijos y también se había hecho tratamiento (...) Sabía que a mi mamá no le había funcionado (...) no había quedado embarazada (Esmeralda, factor femenino y masculino).

En las citas precedentes, la sospecha narrada hace las veces de vínculo entre la infertilidad como acontecimiento disruptivo y los eventos pasados ligados a la salud personal y familiar. Pero la anticipación se hace presente en los relatos también de otras formas. En efecto, para otras entrevistadas la narración de la sospecha sobre una potencial infertilidad no está vehiculizada siquiera por el conocimiento sobre unos eventos médicos o familiares que la anteceden. En estos casos, el relato de la sospecha aparece fundamentalmente habilitado por el paso del tiempo en una relación de pareja sin que surja la posibilidad (o el miedo) potencial de un embarazo. El hecho de “no tener ni el susto” es narrativamente presentado como la justificación de una anticipación a la confirmación de dificultades procreativas futuras, incluso aunque en el momento reproductivo de la pareja el deseo de procrear no figurara en el horizonte inmediato:

Yo pensaba que sí, o sea con el nivel de poco cuidado que teníamos en casi cinco años me parecía raro... (...) *Y yo sentía, tenía un presentimiento de que había algo invasivo en mi cuerpo*, algo que no estaba bien (Faustina, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

Qué se yo, por ahí también a uno se le cruza (...) nosotros estábamos sabiendo desde los dieciséis años (...) Y en todos esos años nunca ni siquiera la posibilidad de pensar que uno podía estar embarazada. O sea los miedos adolescentes de decir “ay, pucha, por ahí” (...) Tanto tiempo juntos, está bien que uno se re cuidaba, qué se yo, *pero nunca ni siquiera el... susto* (Felicitas, sin diagnóstico, las itálicas me pertenecen).

Como habilitan a pensar las citas precedentes, la sospecha puede analizarse como una forma de conocimiento basado en la intuición. Como tal, representa culturalmente el hecho de estar conectada con el cuerpo propio, el saber interpretarlo y anticiparse a sus problemas. En este sentido, sospechar (y especialmente, *relatar que se había sospechado*), tiene la función de reconciliar a la mujer que tuvo y re-cuenta esta sospecha con el conocimiento de su propio cuerpo o con las prácticas sexuales de la pareja, ubicándola en un lugar de atención y responsabilidad por la procreación conyugal. A la vez, la sospecha sentida y posteriormente narrada tiene la función de reducir la extrañeza de la infertilidad en tanto acontecimiento inesperado. La sospecha narrada opera anudando, en un continuum, dos momentos (el conocimiento sobre la salud reproductiva y las prácticas sexuales de pareja que son previos al diagnóstico, y el propio diagnóstico de infertilidad) que de otra manera hubieran estado más dramáticamente separados; y al hacer esto, reinscribe a quien la pone en discurso como agente de esos mismos acontecimientos. Al proponer la continuidad entre la salud reproductiva y las prácticas sexuales que anteceden al diagnóstico, y el momento del diagnóstico como tal, la sospecha narrada actúa amortiguando el impacto de la noticia sobre la infertilidad y performando un sujeto (mujer) responsable de interpretar los signos y actuar en consecuencia:

En el '96 me casé, en el '97, al año y medio más o menos empecé a buscar embarazo, no quedaba y no sé, *yo tenía una corazonada que no iba a ser fácil* (Jazmín, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

Y, porque pasaba el tiempo y nada, nada y nada y... *Hay una cosa que es instintiva, que yo creo que las mujeres la tienen, vos te das cuenta cuando hay algo que no*, que... si hay algo que está mal [Enfático] así, que hay algo raro (Faustina, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

Y bueno al principio empezamos a buscar y al mes de no quedar fui al médico. El médico me dijo “no seas ridícula, recién empezaste, esto puede

llevar meses”, *pero es como que yo sentía que había algo que no, no funcionaba* (Franca, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

La narración sobre la sospecha puede ser pensada entonces como un mecanismo que permite reinscribir a la mujer que la relata dentro del género femenino del cual está tácitamente apartada por su fracaso en quedar embarazada. Si la maternidad y la fertilidad han sido tradicionalmente significados como “cuestiones de mujeres” (Silva & Machado, 2008), entonces la dificultad para producir un embarazo y convertirse en madre puede ser entendida como un sitio de ruptura potencial (pero involuntaria) con el lugar de mujer. Por esta razón, Silva & Machado (2008) sugieren también que la dificultad para quedar embarazada puede hacer sentir más responsables de ese fracaso a las mujeres que a los hombres. En la presente investigación, los testimonios de las mujeres entrevistadas parecen apoyar una conclusión de este tipo. *Sospechar* que hay un problema implica retrospectivamente, en estos relatos, actuar y responsabilizarse por las posibilidades procreativas propias y conyugales, constituyéndose o performándose en esa agencia a través de la adquisición de cualidades que definen culturalmente qué significa ser mujer: poder leer los signos corporales, no temer hablar de la enfermedad, mantener el control y comprensión del ciclo menstrual femenino, entre otras. Así, como lo ilustra patentemente la segunda cita arriba, pero también las restantes de una forma más solapada, la narración sobre la sospecha intuitiva puede pensarse como una forma de demostrar la conexión entre una cualidad que se percibe como típica del género femenino (como la intuición de la enfermedad, especialmente en el caso de la enfermedad reproductiva) y la mujer que narra haber tenido esa intuición.

Según Ricardo Garay, quien estudió el caso argentino, “para las mujeres, la esterilidad es una amenaza a su femineidad porque les impediría cumplir su vocación natural de madre” (Garay, 2008:35); amenaza que, como se mostró más arriba, parece especialmente relevante en el contexto de Argentina y América Latina, dada la preeminencia social de discursos que asocian “mujer” con “madre”. Pensando desde un marco teórico foucaultiano (Foucault, 1979), la estigmatización del cuerpo infértil de las mujeres (y en consecuencia de las mujeres que no tienen descendencia) es un elemento central del proyecto de la biomedicina moderna, reproducido en el seno de la medicina reproductiva actual que es la heredera de aquella, donde son siempre las mujeres las que atraviesan la mayoría de los estudios diagnósticos y procedimientos del tratamiento.¹² De hecho, las pruebas médicas para determinar la

¹² La estigmatización de las mujeres que no pueden procrear puede pensarse también como un proceso de más amplio alcance histórico que el de la era moderna, e incluso tal vez como un proceso trans-histórico y trans-cultural que afecta y ha afectado el estatus de las mujeres,

causa de la infertilidad son parte de una larga historia de desarrollos tecnológicos diseñados para ser utilizados prioritariamente en mujeres (Silva & Machado, 2008; Garay, 2004). Las asociaciones entre mujer-fertilidad-infertilidad no son por lo tanto un dato del pasado, ni están confinadas a las regiones menos desarrolladas del planeta, sino que se siguen reproduciendo en numerosas sociedades contemporáneas (Daar & Merali, 2002), incluso en aquellas pioneras en promover la igualdad de género y una adquisición plena de derechos ciudadanos por parte de las mujeres. Y en este sentido se orientan los testimonios de las entrevistadas:

Sería como una forma de demostrar tu fracaso como mujer al no poder tener hijos (...) Es como decir “bueno, listo, mirá, tuve que adoptar porque soy una fracasada como mujer porque no pude tener hijos (Manuela, sin diagnóstico, no electora).

Entrevistada: Yo me sentía culpable de no poder quedar embarazada

Entrevistadora: ¿Vos te sentías culpable?

Entrevistada: Claro.

Entrevistadora: ¿Frente a quién por ejemplo?

Entrevistada: Y ante todos: frente a mi amor, frente a mi pareja, frente a mis padres, frente a mis amigos. Yo era culpable (Bruna, factor femenino y masculino).

En tanto dolencia con efectos de género (especialmente en sociedades pronatalistas) (Inhorn, 2003), la infertilidad implica en general que son las mujeres las primeras en sospechar una potencial infertilidad en la pareja, así como en encarar acciones para resolverla (Silva & Machado, 2008; Greil, Leitko & Porter, 1988; Webb & Daniluk, 1999). Silva y Machado (2008) asocian este proceso con la representación cultural diferencial de los cuerpos masculinos y femeninos, donde los primeros son culturalmente percibidos como naturalmente fértiles y los segundos como más necesitados de ayuda e intervención, y por lo tanto, más vulnerables a procesos de diagnóstico. En este contexto donde la infertilidad sigue denotando –siquiera implícitamente– una imposibilidad del cuerpo femenino para producir descendencia, y donde tal presunción sigue estando en muchos casos sancionada por la medicina, no es impensado que las mujeres sientan que algo de su identi-

aunque con diferencias según la sociedad que habitan. Algunos análisis han destacado, en una dimensión comparativa, el mayor peso de la infertilidad para las mujeres en el mundo en desarrollo (Inhorn 2003, Daar & Merali, 2002), mientras que otros análisis se han detenido en los aspectos simbólicos y más universales de la infertilidad en relación con el desempeño del rol femenino (Héritier, 1984; Vargas, 1999).

dad femenina es puesta en jaque por la infertilidad. La sospecha narrada de que el embarazo será difícil de lograr funcionaría entonces como la aserción de una identidad femenina que mantiene una estrecha conexión con el cuerpo reproductivo propio y de la pareja; conexión que, tal como indica Butler, fue tempranamente descrita por Simone de Beauvoir (1966):

Esta asociación del cuerpo con lo femenino opera a lo largo de relaciones mágicas de reciprocidad a través de las cuales el sexo femenino es restringido a su cuerpo, y el cuerpo masculino, totalmente renegado, se convierte, paradójicamente, en el instrumento incorpóreo de una libertad radical y ostensible (Butler, 1990:16. La traducción me pertenece).

Los relatos de las participantes de este estudio confirman esa asociación cultural entre mujer y corporalidad, una tal que contribuye a performatizar una identidad de mujer que torna legibles los signos del cuerpo y se anticipa a sus malestares ratificando, en ese sentido, la asociación cultural entre las mujeres y la naturaleza, representada en el cuerpo:

A mi marido le dio una leve disfunción en los espermatozoides, *cosa que yo intuí*, cuando fui a buscar el espermiograma estaba segura que no iba a dar bien (Jazmín, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

Dentro de la puesta en discurso de la dolencia como forma de tramitarla, la *sospecha o anticipación retrospectiva* sobre la infertilidad antes de su confirmación médica funciona entonces amortiguando los efectos más negativos de la desestabilización producida por la noticia. De forma notable, en muchos casos la *anticipación* adquiere un pleno sentido *retrospectivamente*, es decir, al narrarla en el momento de la entrevista. Al mismo tiempo, el efecto amortiguador de la sospecha narrada opera re-actuando la identidad femenina de quien la narra, en la medida de que anticiparse y sospechar que algo no anda bien contribuye a performatizar a quien sospecha como una mujer, esto es, atenta y en conexión con los signos del cuerpo, y responsable por la procreación conyugal.

La sinrazón: injusticia divina y merecimiento

Un tercer aspecto que cabe destacar en el proceso de negociación narrativa con la infertilidad es la remisión –posibilitada por el relato– a sentimientos de injusticia, sinrazón y soledad. En efecto, varias de las participantes de este estudio co-

mentaron que una vez que empezaron a recibir los datos negativos del diagnóstico sobre las causas de infertilidad, atravesaron por un período marcado por la sensación de estar viviendo una tragedia personal de grandes dimensiones, empeorada por sentimientos de injusticia y aislamiento por tratarse de una experiencia poco común. Si el imperativo de la procreación es culturalmente descifrado como una ley natural (en tanto todo organismo vivo pertenece a una serie genealógica posibilitada por la reproducción) y religiosa (dada por ejemplo en la máxima “creced y multiplicaos”), el hecho de que no pueda cumplirse es sentido como un desajuste que excede el ámbito personal, trastocando “el orden (natural) de las cosas”, la sucesión de eventos que son asumidos como el orden de lo normal. En este marco, no son casuales ni incomprensibles las alusiones a sentimientos de iniquidad o arbitrariedad (muchas veces divina), y a la idea de un mal externo infligido sin razón y para el cual no existen explicaciones:

A veces apelaba a cosas *medio extrañas y místicas*, como bueno “alguien me está castigando”; algún hecho de, hay algo *de castigo...* (Bruna, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

...necesitaba, a mí las cosas... a ver, a mi la felicidad ajena no me molesta, que el otro tenga lo que yo quisiera tener no me molesta; simplemente en este punto necesitaba que alguien, *llamalo Dios o quien sea*, me explicara (...) En este tema era algo que no... necesitaba, era así de simple, necesitaba que alguien me explicara *por qué las cosas son tan mal repartidas* (Justina, factor masculino, las itálicas me pertenecen).

...y lo primero que te preguntás es “¿por qué yo que quiero ser mamá, por qué me castigás a mi?”, *uno cuando es creyente* viste lo primero que decís es “¿por qué yo, por qué a mi, por qué me lo hiciste?” (Bernarda, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

Como lo muestran las citas arriba, estos sentimientos de injusticia se manifiestan en los testimonios de las entrevistadas asociados a un marco de creencias respecto de la existencia de un orden o autoridad superior, cuyas disposiciones resultan incomprensibles dada la aparente arbitrariedad que suponen. El tópico de la injusticia divina es a su vez presentado a través de referencias a sentimientos como la culpa, el castigo y la expiación que lo convierten en parte del despliegue narrativo de una lógica sacrificial. En ésta se asocian normativamente la capacidad de procrear con la buena conducta, el cuidado de sí, el merecimiento y la responsabilidad, contribuyendo a la performatización narrativa de la *mujer que merece* ser madre. En este sentido, es precisamente el dispositivo de la entrevista, y la actividad narrativa que ésta posibilita la que, al favorecer la exposición de una lógica de

sacrificio, responsabilidad y merecimiento, coadyuva en la performatización de las entrevistadas como mujeres electoras y por ello merecedoras del ser madre. Parte de esta forma de entender la maternidad como el resultado ideal de un deseo y un propósito materializado a través de la buena conducta se muestra en los dichos normativizantes de las mujeres sobre quién puede y quién no puede legítimamente reclamar el derecho a ser madre:

...sentía ver una madre tirada en la calle pidiendo limosna con cinco chicos, sentía decir “(...) Dios, por qué no hay un equilibrio, por qué tiene que tener cinco chicos muertos de hambre en la calle pidiendo limosna y yo no puedo tener uno”, que son locuras, pero son locuras que en el proceso de la angustia, la depresión, de no sentirte igual a los demás, de no decir “¿(...) por qué yo no tuve esa oportunidad?” (...) Necesitaba entender por qué había mujeres que querían ser madre con todas sus fuerzas y no podían, y había otras mujeres que no les interesaba, y *no hablo de la señora que está en la calle, hablo de gente que uno conoce y tiene hijos porque los tiene, y existía esa otra gente, que Dios les daba hijos y no los cuidaban, no los aprovechaban*. Necesitaba que alguien me lo explicara” (Justina, factor masculino, las itálicas me pertenecen).

Las variantes del tema “Dios da pan a quien no tiene dientes” figuran en los relatos de las entrevistadas como núcleos narrativos a través de los cuales expresan lo que sienten o sintieron al no poder concebir cuando tanto lo desean; en conjunto, el deseo de procreación es construido retrospectivamente como un sinónimo de merecimiento, en tanto la narrativa tácita indica que es injusto que aquellas personas que no lo desean, o que no prevén adecuadamente para el futuro de la descendencia, procreen. Esto es, las entrevistadas deshilan un discurso normativizante donde ciertas mujeres parecieran merecer la posibilidad de descendencia más que otras, aquellas que la han deseado menos o poco, o que no detentan las condiciones (económicas o de otro tipo) para hacerlo:

Aparte me pasa (...) mi hermano (...) el que falleció, tiene cuatro chicos ¿no? (...) los chicos están en que se llevan de los pelos (...) *una situación económica de terror, ¿viste cuando todo mal? Y yo decía “¿por qué nosotros...?”* Sí, no es que tampoco estoy en la gloria, pero *te quiero decir que podíamos, viste, por qué nos pasaba esto ¿entendés?* Y bueno, es la vida y bueno uno lo tiene que aceptar así (Antonia, factor femenino).

...yo me sentía diferente que es lo que te decía hace un rato, esa cosa de “¿por qué ella tiene *veinte* y yo no tengo uno?”, esa cosa de que la sociedad no sea pareja, que la vida no sea pareja (Justina, factor masculino).

La construcción del deseo de descendencia como condición para su merecimiento se especifica en los relatos de las entrevistadas a través del tema del vínculo biológico con la descendencia. Así, algunas pocas entrevistadas elaboran una jerarquización implícita entre mujeres en relación con el deseo de procreación. En la punta de la pirámide (aquella que indica mayor merecimiento) estarían las mujeres que son madres sin poder serlo biológicamente, es decir, el caso de aquellas que adoptan. Ellas son las que *realmente* han deseado a sus hijos/as, yendo más allá de los impedimentos de la biología para tenerlos/as. Desplazándose un poco hacia abajo estarían las mujeres que realizaron tratamiento, porque aun sin renunciar al vínculo biológico se sacrificaron durante el tratamiento para tenerlos/as. A los pies de la pirámide están las mujeres que tienen hijos/as biológicos/as sin recurrir a ninguna técnica, porque no tuvieron que sacrificarse para tenerlos, y por lo tanto, en cierta medida, los desearon menos:

Para mi ser mamá es una, es una elección y debería ser en todas, en las mamás biológicas y en las no biológicas porque *me da la sensación que por ahí en la mamá biológica es como que tiqui, tiqui tiqui y ya está: "uy, hijo" (...)* Tiene el trámite ganado, cincuenta por ciento ganado (Bernarda, factor femenino).

Creo que lo mejor que van a saber los hijos de los tratamientos es que fueron chicos realmente buscados (...) Queridos, no es que hubo, *alguien que hizo tratamiento no es que fue una noche y nació, fue alguien que luchó por tenerlo*, porque no cualquiera hace tratamientos (Alfonsina, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

Así, en estos relatos la injusticia y el deseo aparecen como dos figuras narrativas centrales a través de la que se negocia el estatuto de persona con dificultades reproductivas. La mujer infértil involuntariamente es así constituida como aquella que auténticamente desea, aunque momentáneamente no pueda –o no haya podido en el pasado– procrear y ser madre, en contraste con aquellas mujeres que no tienen –o tuvieron– problemas para concebir. De allí que su condición, sea ésta pasajera o permanente, sea calificada como una injusticia, en tanto la mujer que de forma involuntaria no puede procrear es la más deseante, y por ello, más merecedora de descendencia.

Hablar con los/as otros/as: la infertilidad puesta en discurso

En este último apartado se explora la función de la narración en la negociación con la infertilidad de cara a la relación con el entorno cercano de las entre-

vistadas. Ya que la procreación tiene un lugar central en la cultura occidental en tanto punto de pasaje entre la juventud y la adultez, la ausencia involuntaria de descendencia suele estar marcada en esta misma cultura como una falta o déficit detentado por la persona o la pareja infértil. Aun más, en países con predominio de discursos pro-natalistas, dentro de los que cabría incluir a la Argentina, las personas (y en especial, las mujeres) son de forma insistente interpeladas en tanto (presentes o futuras) madres; la ausencia de procreación sigue siendo por lo tanto socialmente considerada una excepción respecto de la cual las personas se ven obligadas, en mayor o menor medida y en distintos momentos vitales, a dar una explicación. De allí que en este contexto la infertilidad no constituya nunca un asunto concerniente exclusivamente a la intimidad de la mujer o la pareja que la detenta, sino una experiencia con ramificaciones más allá del núcleo íntimo familiar. En tanto condición que coloca a la mujer infértil en una situación diferente respecto de lo que su entorno espera, la infertilidad es un vacío o falta (o fracaso) que es necesario explicar a través del discurso. En los párrafos que siguen se indaga el rol de la narratividad en relación con las dinámicas de secreto y revelación que son parte del proceso de negociación con la infertilidad por parte de las mujeres entrevistadas.

En la medida en que la infertilidad involuntaria es una dolencia típicamente difícil de esconder socialmente para una mujer o una pareja de la cual se sabe –o intuye– que desea procrear, las entrevistadas refieren la relación con el entorno como uno de los aspectos centrales del proceso de asunción de la condición de persona con dificultades reproductivas. En algunos relatos, el entorno aparece caracterizado como una fuente de presiones y de discursos normativos sobre la maternidad y la paternidad. Así, varias mujeres refieren al conjunto de amigos/as y familiares como un espacio poco comprensivo o receptivo respecto de las personas en condición de infertilidad:

Sí, sí, además para mí la, ya el último tiempo que nosotros no podíamos tener naturalmente, donde ya era casi una certeza de que teníamos que acudir a la reproducción asistida, yo estaba muy enojada (...) tenía otro grupo de amigas de la infancia sobre todo que ya tenían un hijo y estaban pensando como en un segundo, y yo no sentía como la comprensión ¿no? como que el universo (...) Sí, como que el universo se reducía sólo a la maternidad (Bruna, factor femenino y masculino).

Sí, sí, sí, horrible, horrible, además todo, bueno, todo, todo el alrededor, porque mucha gente sabía. Y, trataban no, se hacían los, miraban para otro lado, como que se hacían los que no pasaba nada (Victorina, factor femenino).

Como una condición estigmatizante frecuentemente asociada a temáticas de índole sexual que sitúa al sujeto en los bordes de la sociedad (Bartlam & Birch, 1998), la ausencia involuntaria de descendencia marcó para algunas de las participantes en esta investigación el inicio de una relación con los/as otros/as cercanos caracterizada por el silencio sobre la infertilidad. Varias mujeres relatan en efecto haber sentido el aislamiento social producto de una dolencia sobre la que “nadie se atreve a preguntar”, duplicando las dificultades de quien la padece para comunicarla, y restringiendo las posibilidades del relato como un mecanismo que contribuye a su aceptación. En esta línea, Florencia Luna (2002) ha indicado para el caso latinoamericano que

El secreto es particularmente importante en el caso de la reproducción asistida. A pesar del uso difundido de la reproducción asistida, ésta es frecuentemente asociada con sentimientos de vergüenza. Estos sentimientos llevan muchas veces a los padres que usaron fertilización asistida a evitar una discusión abierta acerca del tratamiento de fertilidad (2002:36. La traducción me pertenece).

En esta lógica, en efecto, algunas informantes (aunque la minoría) ocultaron expresamente las dificultades reproductivas a ciertas personas o círculos:

Es más, mis viejos no lo saben. *Mis viejos no saben nada [Enfático] de eso* (Faustina, factor femenino y masculino, las itálicas me pertenecen).

...vos pensá, mirá yo tengo una madre obstetra, una mamá que yo podría haber consultado muchísimos temas en relación a tratamientos o a estudios, y nunca le consulté nada digamos porque es mi mamá ¿sí? O sea siempre lo manejé por ese lado, es mi mamá y nunca pude consultarle esos temas, y por ahí está esto de estar explicando ¿no?, qué es lo que a uno le están haciendo, qué medicación le están poniendo (...) Yo por eso *siempre fui de mantenerlo bien en secreto...* (Felicitas, sin diagnóstico, las itálicas me pertenecen).

Aunque de carácter minoritario entre las entrevistadas de esta investigación, el silencio o secreto se muestran así como dinámicas firmemente opuestas a la narratividad, o al menos a un tipo específico de narratividad que es la que posibilita la puesta en discurso de la dolencia en relación con los/as otros/as. Pero incluso dentro de esta minoría que no lo cuenta, la decisión de no transmitir información al entorno es limitada a ciertas personas y ciertos círculos. De veinte entrevistadas que realizaron tratamiento, sólo en un caso la entrevistada y su pareja decidieron no comunicar las dificultades reproductivas y la realización de tratamiento a nadie

del entorno. Entre las cinco entrevistadas no electoras, todas habían comunicado a los/as otros/as cercanos sus dificultades reproductivas.

Sin embargo, de forma contra-intuitiva a la percepción generalizada acerca de la infertilidad, el análisis realizado en este trabajo muestra que el secreto no es tan central como otros procesos a la hora de tramitar la comunicación a los/as otros/as sobre las dificultades reproductivas. A diferencia del grupo anterior, la mayor parte de las mujeres que participaron de esta investigación manifestaron transmitir y hablar de la infertilidad con los/as otros/as. En sus testimonios, la revelación de la condición de infértil figura prominentemente en tanto mecanismo que permite gestionar la relación con el entorno (familiares y amigos) a partir de la experiencia de una condición estigmatizante y subjetivamente dolorosa como es la infertilidad.

Por un lado, en efecto, una gran parte de mujeres destaca la “necesidad” de hablar de las dificultades reproductivas con amigas íntimas o con familiares cercanos. En muchos de los casos se percibe que esta incitación a hablar funcionaba, paradójicamente, como una forma de crear un escudo protector alrededor de la pareja, una manera de “poner sobre aviso” a los/as otros/as respecto de la sensibilidad del tema:

Pero yo fui una persona que blanqueó mucho de entrada, para mí no era avergonzante, yo no lo vivía como una vergüenza. No, no al detalle, pero vos a la gente le decís eso y es suficiente para que la gente no pregunte más, porque... hay que ver. Es una presión (Josefina, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

No, es más, yo siempre a las mujeres que se hacen tratamientos y no lo quieren contar les digo: “contalo”, porque es la única forma de que no te estén presionando, porque si no viste que cuando estás recién casado “¿y cuándo van a tener hijos...?”, entonces yo... viste yo las cortaba y decía: “no, no puedo, me tengo que hacer tratamiento”, y nunca más me preguntaban, viste? Es la mejor forma y nadie te pregunta nada. Hay muchas mujeres que no lo quieren contar, y que es más, después de tener hijos no lo cuentan, pero para mí es lo peor... primero porque es algo que tenés guardado adentro y escondiendo y que no tiene sentido, porque no es ninguna vergüenza... y después viste, el tema ese de la presión de que viste que “cuándo van a tener y cuándo”, lo solucionás (Máxima, factor masculino, las itálicas me pertenecen).

En oposición a los análisis que han destacado el secreto como clave de la relación con el entorno en los casos de infertilidad (Bartlam & Birch, 1998; Luna, 2002), el “contalo” y la idea de “blanquear” mencionada en la primera cita operan como funciones claves de la narratividad. Tanto como formas de transmitir cierta

información al entorno cercano, “descomprimiendo” las expectativas e inquietudes de los/as otros/as sobre la reproducción de la pareja, a la vez que como medio de preservar el polo decisorio dentro de la pareja, y con él su intimidad, la narrativa viabilizada en la apelación a la comunicación a los/as otros/as muestra su función en la negociación práctica de la infertilidad en relación con el entorno. A la vez, el relato de las participantes muestra que el “contalo” no funciona nunca irrestrictamente; siempre existen límites para el tipo y cantidad de información que será transmitida al grupo social cercano y, especialmente, a quién y en qué momento. Si bien hay un permanente fluir de información, ésta es constantemente fiscalizada, y lo que se dice –y a quién se dice– es frecuentemente el resultado de un cálculo espontáneo sobre el grado de vinculación y los efectos (positivos y negativos) que esa vinculación puede tener en quien padece la infertilidad:

Por momentos sí y por momentos no. Ponele, este último tratamiento le dije a muy poca gente que me iba a hacer un tratamiento, no por nada pero como que genera esa ansiedad en todo el mundo y que te estén preguntando todo el tiempo “y, y ¿pasó algo?, ¿y cómo te sentís?, ¿y tenés síntomas? ¿y cómo te dio la beta?”. Por ahí antes de que yo sepa ya me estaba llamando todo el mundo, como que eso quería descomprimirlo un poco (Franca, factor femenino).

Entrevistada: ...no, no, [con la familia del marido] no se hablaba mucho, yo tampoco daba lugar, tampoco lo comentaba con ellos porque no me interesaba la opinión de ellos en nada, este...

Entrevistadora: Ok

Entrevistada: Sí, *mis amigas lo sabían todo*

Entrevistadora: Tus amigas lo sabían...

Entrevistada: *Mis amigas lo sabían todo, mi familia lo sabía*

Entrevistadora: Y tu familia también...

Entrevistada: También, *mi vieja lo sabía todo, mi abuela* (Alberta, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

Como muestran las citas precedentes, la comunicación a otros/as siempre está mediada por el cálculo preventivo que se instaura como mecanismo de protección de la pareja (o al menos de la mujer que revela) frente a las presiones sociales del círculo social cercano. Estas presiones son relatadas como algo con lo que es necesario lidiar tanto antes como durante la imposibilidad de concebir y del tratamiento; y la revelación o puesta en discurso funciona, con mayores o menores restricciones, como un mecanismo que permite programar y gestionar aquellas presiones.

Lo que interesa destacar es que el proceso de transmisión y comunicación

de la dolencia a otros/as aparece en los testimonios de las entrevistadas caracterizado por figuras (como el “contalo” o el “blanquear”) que enfáticamente contrarrestan la lógica del secreto, que ha sido un tópico frecuente en los estudios sociales de la infertilidad (Bartlam & Birch, 1998; Luna, 2002). Esta aparición en la narración sobre la experiencia de la infertilidad posee un significado cultural, en tanto da cuenta de formas de negociación con la enfermedad que difieren de los hallazgos más frecuentes, y que bien podrían estar hablando de un modo particularmente local de tramitación de la infertilidad. Prosiguiendo los análisis de Foucault en *Historia de la Sexualidad* (1979), más que sugerir la hipótesis (represiva) de que la infertilidad es un “tema tabú”, difícil de comunicar y frecuentemente sobrellevada en silencio y en aislamiento, es posible pensar que los testimonios de las entrevistadas apuntan también en otra dirección. Esto es, que si bien en muchos casos existe una regulación sobre qué tipo de información contar, a quiénes y en qué momento, lo que también está presente es una voluntad de poner la dolencia en diálogo con los/as otros/as, de hablar sobre ella, de narrarla, de explicarla a los/as otros/as, de interpretarla personal y colectivamente. Esta proliferación del discurso sobre la infertilidad en las entrevistadas, así como en los medios de comunicación y en otras instituciones culturales, se construye explícitamente contra la opción (renegada) de silenciar el tema y constituirlo como tema prohibido:

En mi familia lo comentaba, lo contaba. Yo en ese momento estaba, te digo, hasta lo comentaba, yo estaba haciendo el Profesorado Superior en Educación, yo creo que todo el curso lo sabía (...) Para mucha gente es como que es tabú, viste? Yo no, para nada, es más, delante de hombres, mujeres y de lo que sea, o sea no me afecta en lo mas mínimo, no me siento ni más ni menos por haber recurrido a una técnica (Alberta, factor femenino, las itálicas me pertenecen).

... porque hay mucho silencio con el tema de los tratamientos de fertilización, a veces ni las familias [enfático] se enteran que un integrante de la familia se esta haciendo un tratamiento... (Alberta, factor femenino).

... por un lado de parte de la familia de mi marido tenían una negación (...) Son negadores, fundamentalmente son negadores con todo, entonces con esto era una negación de que, como que no querían asumir de que era su hijo (Jazmín, factor femenino y masculino).

Es decir, si bien muchas entrevistadas trajeron a colación espontáneamente el tema de cuánta información y qué tipo de información transmitían, y algunas plantearon incluso ambivalencias respecto de qué decir, cómo, a quiénes y en qué

momento,¹³ lo que también se muestra en estos testimonios es la incitación a situar la infertilidad como un tema de diálogo con los/as otros/as, esto es, ponerla en discurso y narrarla. Esta incitación encuentra en la entrevista otra forma de plasmación, y se racionaliza explícitamente a través de la renegación de la posibilidad del secreto. Si la infertilidad marca negativamente al sujeto que la padece, y si tal marca sitúa paralelamente la posibilidad de la auto-exclusión y aislamiento social de la persona infértil (Bartlam & Birch, 1998; Bury, 1982), el rechazo al secreto y la incitación a contar funcionan como espacios de recuperación de la agencia personal que, de forma significativa para el argumento de este artículo, halla en el relato una condición de posibilidad.

Comunicar las dificultades reproductivas a los/as otros/as cercanos –comunicación de la que también participa la entrevista– puede entonces ser entendida como una forma de contrarrestar la mirada estigmatizante del entorno a través de la resistencia a la auto-exclusión y al aislamiento social. Esto implica doblemente poner la dolencia en diálogo con los/as otros/as, acercándolos/as y haciéndolos/as partícipes, al tiempo que sensibilizar frente al entorno la cuestión de la procreación, sugiriéndole los aspectos emocionalmente difíciles de la experiencia. Más que una visión restrictiva, en la que el silenciamiento de la vivencia de la infertilidad sería sinónimo del malestar que genera en la persona que la atraviesa, una perspectiva foucaultiana sugiere en cambio que la significación cultural de la procreación (y de la estigmatización de su imposibilidad) se muestra en la insistencia con la que ésta es puesta en discurso. Estos testimonios indican que hablar con los/as otros/as sobre las dificultades reproductivas, aunque maniobrando cautelosamente respecto de cuánto, cómo, y qué transmitir, es una forma de contrarrestar la mirada victimizadora de los/as otros/as:

... hay gente que no lo habla el tema, a mí la verdad que me sirvió muchísimo hablarlo y creo que por ahí que a otros les sirvió que yo les hable... (Alfonsina, factor femenino).

... porque yo era de hablar de esto, todo el trabajo lo sabía, son más de mil personas, porque no me molestaba decirlo, o sea no me sentía que tuviera SIDA o una cosa contagiosa... (Justina, factor masculino).

O sea yo esto tenía la teoría de que si no lo podía compartir ni con mi familia ni con mis amigos, la verdad que era una mierda, con perdón de

¹³ El tema de la relación con el círculo social a propósito de la infertilidad no estaba incluido en la guía de pautas original. La espontaneidad y recurrencia con la que el tema surgió durante las primeras entrevistas mostró la necesidad de incluirlo.

la palabra. O sea la idea mía era que esto es lo que me estaba pasando, y que yo estaba tratando de buscar la manera de ser mamá y que, este, me parecía... no te digo que yo contaba en todos los lados lo que me hacían y cómo me lo hacían ni nada. Pero con mis amigas sí les contaba, que estaba haciendo un tratamiento y que me sentía mal (Dominica, sin diagnóstico).

Como dice a continuación una de las entrevistadas, resulta más doloroso el silencio del entorno que la posibilidad de que éste participe en un tema sentido como demasiado íntimo y personal. El silencio y la falta de interés de las personas cercanas operan como un mecanismo de estigmatización antes que como una señal social de respeto y discreción; las entrevistadas critican mucho más el “de eso no se habla” como mecanismo represivo que un entorno con voluntad de dialogar:¹⁴

Entrevistada: A mí lo que me afectó en la parte social fue, por ejemplo mi familia que ni tocaba el tema.

Entrevistadora: O sea no te preguntaban, por ejemplo.

Entrevistada: Ni me preguntaban, y para mí eso fue terrible (...) Y después era como que nadie me preguntaba nada, ni mis amigos, era como que era un tema viste tabú, como que “¿cómo nos iban a preguntar?”, y yo creo que lo importante era poder conversarlo también con alguien, porque creo que el desahogo o el poder compartirlo con las personas que querés era más que importante (...) Sabés que me daba la sensación de que cuando nosotros no estábamos se re hablaba el tema, y cuando nosotros estábamos nada (Antonia, factor femenino).

...pero no lo sabían, y es como que “de eso no se habla“, o sea en la familia de él de eso no se habla (Alberta, factor femenino).

Entrevistada: ... aparte nadie, cuando vos no podés tener hijos, nadie viene y te pregunta

Entrevistadora: Nadie te pregunta, ¿esa es tu experiencia?

Entrevistada: Sí, nadie te pregunta, no te dicen porque tienen miedo porque no saben por dónde entrar sin que te lastimen, porque aparte es tan, te sensibilizas tanto... (Bernarda, factor femenino).

Por lo tanto, la puesta en discurso de la infertilidad, que se extiende a la entrevista, funciona como mecanismo de control (dominar las expectativas del

¹⁴ Vale destacar que la crítica de las entrevistadas al silencio y a la aparente falta de acompañamiento de la familia y los amigos es distinta de la reseñada por Vargas (1999), quien mostró la ubicuidad de la pregunta (experimentada a veces como “presión”) por la (falta de) descendencia en las clases populares brasileñas. Esta diferencia en el tratamiento que el entorno da a la infertilidad puede deberse al recorte de esta investigación en las clases medias, entre las que sería más común una perspectiva individualista de respeto por la privacidad.

entorno respecto de la reproducción propia, alertar a los/as otros/as sobre la sensibilidad del tema para la pareja), y como forma de contrarrestar un potencial aislamiento social dado a través de la estigmatización o victimización por parte de los/as otros/as. En estas funciones, la puesta en relato está cargada de sentido cultural: la proliferación del habla sobre la infertilidad es una forma de negociar la dolencia a nivel personal y a nivel intersubjetivo. Hablar sobre la infertilidad es una manera de aceptarla como una parte más de la persona que la atraviesa, a la vez que una estrategia para generar una imagen de sí distinta ante los/as otros/as (es decir, dinamizar la imagen que los/as otros/as tienen de uno como un ser reproductivo antes del diagnóstico). La puesta en discurso de la infertilidad es una manera de viabilizar una respuesta, de manifestar cierta agencia subjetiva en la búsqueda de una solución.

Interpretar así la puesta en discurso de la dolencia es alinear la exploración de la experiencia de la infertilidad con los análisis foucaultianos respecto del surgimiento del dispositivo de la sexualidad. Como una experiencia cultural marcada por ese dispositivo, la infertilidad (patologizada y por lo tanto necesitada de normalización) no es tanto aquello que hay que esconder, sino aquello sobre lo que hay que hablar:

Por el contrario, el verdadero hecho involucrado era la misma producción de sexualidad. La sexualidad no debe ser pensada como un tipo de dado natural [natural given] que el poder trata de contener, o como un dominio oscuro que el conocimiento trata gradualmente de descubrir. [Por el contrario] es el nombre que puede dársele a un constructo histórico: no una realidad furtiva que es difícil de captar, sino una gran red superficial en la cual la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de saberes especiales, y el fortalecimiento de los controles y las resistencias, están asociados unos a otros, en concordancia con algunas estrategias mayores de saber y poder (Foucault, 1979:105. La traducción me pertenece).

El discurso sobre la dolencia es entonces ese medio crucial a través del cual la infertilidad es identificada como problema y tornada objeto de intervención. Esto es, al igual que el dispositivo de la sexualidad que la hace posible, la infertilidad debe ser producida como tal, y la narración es el medio a través del cual esto tiene lugar. Esta operación es contra-intuitiva, en tanto ubica a la infertilidad no como esa experiencia tabú que es necesario silenciar, sino como aquella dolencia que es necesario verbalizar para mejor intervenir. En la base de esas operaciones está lo mismo que Foucault analizaba para el dispositivo de la sexualidad.

Conclusiones

Este artículo se propuso explorar el rol de la narración en el proceso de negociación con la infertilidad atravesado por mujeres confrontadas con la imposibilidad de concebir. El artículo argumenta que un mecanismo clave en la negociación de la infertilidad es la narración o puesta en relato, la que tiene en la entrevista otra instancia de ocurrencia. En efecto, al relatar la experiencia (presente o pasada) de no poder concebir, las mujeres entrevistadas ponen en juego una agencia que se hace viable a través del discurso. Pero dado que esta agencia narrativa ocurre en (y por) el relato, éste último adquiere relevancia como mecanismo de negociación con la infertilidad y, por ello, de performatización de un ser mujer con dificultades reproductivas. Esta constitución se indagó a lo largo de cuatro núcleos narrativos, cuyo análisis demuestra, no que el relato es una instancia de representación de una realidad que es previa a ella, sino que es un dispositivo a través del cual emerge un ser mujer infértil de un tipo particular: atenta a los signos del cuerpo y vinculada a los aspectos reproductivos propios y del compañero; responsable y merecedora de la procreación; resistente de la estigmatización, la victimización y el silenciamiento como dimensiones fundamentales de la experiencia de la infertilidad. El análisis de los cuatro núcleos narrativos descritos se resume a continuación.

El primer apartado de este artículo mostró que la infertilidad se presenta en la mayoría de los casos como un acontecimiento disruptivo totalmente inesperado, que trastoca la planificación vital de las entrevistadas en lo relativo a la procreación. Como tal, la infertilidad debe ser negociada prácticamente en la vida del sujeto, permitiendo la emergencia de una nueva identidad, la de persona con dificultades reproductivas, operación que es facilitada por el dispositivo narrativo.

En el segundo apartado se indagó cómo algunas mujeres demostraron poner en acto una lógica de la sospecha que unía narrativamente los datos sobre la salud reproductiva propia o del compañero previos al diagnóstico, con la confirmación de éste, amortiguando el impacto de la noticia. A través de este análisis se argumentó que la puesta en relato de la sospecha funciona como una manera de re-inscribir a la mujer que la narra dentro del género femenino del que está –o estuvo– implícitamente excluida por no poder procrear, en tanto el relato contribuye a performatizar algunas de las características socialmente asociadas con el ser mujer: atención a la enfermedad, control de los procesos corporales propios y conyugales, intuición respecto del mal funcionamiento biológico, entre otras.

En tercer lugar, este artículo expuso cómo, asociada con los sentimientos atravesados por las entrevistadas en relación con la infertilidad, la narrativa de la injusticia divina, contextualizada por sentimientos místicos asociados a la culpa, el castigo y la expiación, es parte del despliegue de una lógica sacrificial más amplia

que asocia la capacidad de procrear a la buena conducta, el cuidado de sí, el merecimiento y la responsabilidad. Esta narrativa contribuye a performatizar a la mujer que está atravesando –o atravesó– una condición de infertilidad como un sujeto auténticamente deseante de descendencia, y por lo tanto merecedora (incluso más que otras mujeres) de la procreación.

Por último, los datos de esta investigación indican que el grupo de pares y el entorno cercano también juegan un papel importante en las narrativas de las entrevistadas sobre la infertilidad, y que es en referencia a éstos cómo el relato se convierte en otra instancia de negociación con la dolencia. Los testimonios sobre la relación con los/as otros/as indican cómo las dificultades reproductivas suponen una marca del sujeto en su existencia social: se trata de algo que es necesario explicar y para lo que hay que proveer respuestas, las que son facilitadas a través del discurso. Esta conclusión apoya la idea de que la infertilidad no es nunca un evento absolutamente privado e íntimo, sino que su experiencia está mediada por la relación discursiva entablada con el entorno. Si bien para algunas mujeres puede ser difícil hablar y transmitir a los/as otros/as las dificultades reproductivas (dificultades de comunicación que suelen estar basadas en una percepción del entorno como un eje de presiones acerca de la reproducción), muchas otras mujeres optaron por comunicar y explicar a los/as otros/as las dificultades reproductivas que encontraron; comunicación que se actualiza en el relato de la entrevista. Esta transmisión, viabilizada a través de la narración y ejemplificada en el imperativo “contalo”, fue analizada en este trabajo como una estrategia de protección contra potenciales estigmatizaciones de la persona o pareja infértil por parte del entorno. Al contar, la persona ejercita cierta agencia subjetiva, ya que elige a quién, por qué y en qué circunstancias hacerlo, resistiendo de hecho la construcción de la infertilidad como un tema “tabú” y de la imposibilidad de la maternidad como un estigma del que no se puede escapar.

Agradecimientos

Deseo agradecer el apoyo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET - Argentina) para la realización de esta investigación; así como el invaluable aporte de las mujeres que aceptaron ser entrevistadas, y de los/as revisores/as anónimos/as cuyos comentarios contribuyeron a mejorar el análisis aquí ofrecido.

Recibido: 05/07/2014
Aceptado para publicación: 17/11/2014

Referencias bibliográficas

- ALASUUTARI, Pertti. 1995. *Researching Culture: Qualitative Method and Cultural Studies*. 1ª ed. Londres: Sage. 208 p.
- BARTLAM, Bernadette y BIRCH, Susan. 1998. "Review: A right to parenthood". *Journal of Child Health Care*. Vol. 2, n° 1, p.36-40.
- BRYMAN, Alan. 2001. *Social Research Methods*. 1ª ed. Oxford; Nueva York: Oxford University Press. 540 p.
- BURR, Vivien. 2003. *Social Constructionism*. 2ª ed. Londres; Nueva York: Routledge. 229 p.
- BURY, Michael. 1982. "Chronic Illness as Biographical Disruption". *Sociology of Health & Illness*. Vol. 4, n° 2, p.167-182.
- BUTLER, Judith. 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. 1ª ed. Nueva York; Londres: Routledge.
- CLARKE, Laura Hurd, MARTIN-MATTHEWS, Anne & MATTHEWS, Ralph. 2006. "The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility". *Canadian Review of Sociology/ Revue Canadienne de Sociologie*. Vol. 43, n° 1, p.95-113.
- DAAR, Abdallah S., & MERALI, Zara. 2002. "Infertility and Social Suffering: the Case of ART in Developing Countries". En: VAYENA, E., ROWE P. J. y GRIFFIN, P. D. (eds.). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001*. 1ª ed. Geneva: World Health Organization.
- DAVID, Matthew & SUTTON, Carole. D. 2004. "The Qualitative and the Quantitative in Social Research". En: DAVID, M. y SUTTON, C. D. (eds.). *Social Research, the Basics*. 1ª ed. Londres: Sage. 387 p.
- DE BEAUVOIR, Simone. 1966. *The Second Sex*. 1ª ed. Londres: New English Library.
- FOUCAULT, Michel. 1979. *The History of Sexuality, Vol. I*. 1ª ed. Londres: Allen Lane. 168 p.
- GARAY, R. 2004. *Tecnologías Reproductivas: Fecundación in vitro, construcciones de sentido e implicaciones sociales en Argentina*. Tesis de Licenciatura en Antropología, Universidad de Buenos Aires.
- GARAY, R. 2008. "El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas". En: TARDUCCI, M. (ed.). *Maternidades en el siglo XXI*. 1ª ed. Buenos Aires: Espacio Editorial. 192 p.
- GREIL, Arthur L., LEITKO, Thomas A., & PORTER, Karen L. 1988. "Infertility: His and Hers". *Gender & Society*. Vol. 2, n° 2, p.172-199.
- GREIL, Arthur L., SLAUSON-BLEVINS, Kathleen & MCQUILLAN, Julia. 2010. "The experience of infertility: a review of recent literature". *Sociology of Health & Illness*. Vol. 32, n° 1, p.140-162.

- HÉRITIER, Françoise. 1984. "Sterilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique". En: AUGÉ, M. y ERZLICH, C. (eds.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. p.123-154. 1ª ed. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.
- INHORN, Marcia C. 2003. "The Worms Are Weak': Male Infertility and Patriarchal Paradoxes in Egypt". *Men and Masculinities*. Vol. 5, nº 3, p.236-256.
- KORNBLIT, Ana L. 2004. "Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas". En: KORNBLIT, A. L. (ed.). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. 1ª ed. Buenos Aires: Biblos.
- KOROPATNIK, Stephanie, DANILUK, Judith & PATTINSON, Howard A. 1993. "Infertility: a non-event transition". *Fertility and Sterility*. Vol. 59, nº 1, p. 163-71.
- LORBER, Judith & BANDLAMUDI, Lakshmi. 1993. "The Dynamics of Marital Bargaining in Male Infertility". *Gender & Society*. Vol. 7, nº 1, p.32-49.
- LUNA, Florencia. 2002. "Assisted Reproductive Technology in Latin America: Some Ethical and Sociocultural Issues". En: VAYENA, E., ROWE P. J. y GRIFFIN, P. D. (eds.). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a Meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 17-21 September 2001*. 1ª ed. Geneva: World Health Organization.
- LUNA, Florencia. 2013. "Infertilidad en Latinoamérica. En busca de un nuevo modelo". *Revista de Bioética y Derecho*. Mayo de 2013. Vol. 28, p.33-47.
- NETTLETON, Sarah & WATSON, Jonathan. 1998. *The Body in Everyday Life*. 1ª ed. Londres: Routledge.
- OBERMAN, Yael & JOSSELSO, Ruthellen. 1996. "Matrix of Tensions. A Model of Motherhood". *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 20, nº 3, p. 341-359.
- RAMOS, Silvina. 1990. *La visión sociológica*. Buenos Aires: Jornadas Públicas sobre la Problemática de la Fertilización Asistida, Congreso de la Nación Argentina (sin publicar).
- ROBIN, Régine. 1996. *Identidad, memoria y relato. La imposible narración de sí mismo*. 1ª ed. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC, UBA. 108 p.
- SAMER. (s/f). *Registro Argentino de Fertilización Asistida. Resultados 2004-2010* [online]. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Disponible en: www.samer.org.ar/docs/RAFA_resultados_2004-2010.pdf. [Última consulta: 11.06.2013].
- SILVA, Susana & MACHADO, Helena. 2008. "The Diagnosis of Infertility: Patients' Classification Processes and Feelings". *Medical Sociology Online*. Vol. 3, nº 1, p.4-14.
- VARGAS, E. P. 1999. "A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina". *Estudos Feministas*, Vol. 7, nº 1-2, p.89-108.
- WEBB, Russell E. D. & DANILUK, Judith C. 1999. "The End of the Line. Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child". *Men and Masculinities*. Vol. 2, nº 1, p.6-25.