

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN
DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN**

PATRICIA GÓMEZ YAYA
SARA QUINTANA GARCÍA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ENVIGADO

2016

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN
DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN**

Presentado por:

PATRICIA GÓMEZ YAYA

SARA QUINTANA GARCÍA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de

PSICÓLOGAS

Asesor:

DAVID IGNACIO MOLINA VELÁSQUEZ

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2016

Hoja de aceptación

Firma del jurado

Envigado, mayo de 2016.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo de investigación primero a Dios, por bendecirnos para llegar hasta este punto, por que ha hecho realidad nuestro sueño.

A nuestras familias, quienes fueron el apoyo y sustento para no desfallecer durante este proceso académico, profesional y personal.

A nuestro equipo de trabajo y nuestros profesores.

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-----------|
| RESUMEN | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| 1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO | 14 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 1.3. OBJETIVOS | 26 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 26 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 26 |
| 2. REFERENTE TEÓRICO | 28 |
| 2.1. EL DUELO | 28 |
| 2.1.1. Antecedentes del duelo | 28 |
| 2.1.1.1. El concepto de duelo | 33 |
| 2.1.1.2. El duelo desde la óptica psicosocial | 36 |
| 2.1.1.3. Factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido | 39 |
| 2.1.1.4. Afrontamiento del duelo..... | 42 |
| 2.1.2. Tipos de pérdida..... | 43 |
| 2.1.2.1. Pérdidas no ritualizadas..... | 43 |
| 2.1.2.1.1. Divorcio y separación | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.2.1.2. Pérdida del empleo..... | 44 |
| 2.1.2.1.3. Salud o integridad física..... | 44 |
| 2.1.2.1.4. Síndrome del Nido Vacío (o Síndrome Post-maternal)..... | 45 |
| 2.1.2.2. Pérdidas ritualizadas..... | 45 |
| 2.1.2.2.1. Pérdida de los padres | 45 |
| 2.1.2.2.2. Pérdida del cónyuge..... | 46 |
| 2.1.2.2.3. Pérdida de los hermanos | 46 |
| 2.1.2.2.4. Pérdida de un hijo | 47 |
| 2.2. EL DUELO PERINATAL..... | 47 |
| 2.2.1. Aborto espontáneo | 49 |
| 2.2.2. Aborto voluntario..... | 50 |
| 2.2.3. Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna..... | 50 |
| 2.2.4. Reducción selectiva en embarazos múltiples..... | 50 |
| 2.2.5. Pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato) | 51 |
| 2.2.6. Pérdida en embarazos múltiples..... | 51 |
| 2.2.7. Pérdida del neonato..... | 51 |
| 2.2.8. La pérdida del hijo | 52 |
| 2.3. EL SIGNIFICADO DE SER MADRE ADOPTIVA..... | 54 |
| 2.3.1. Significado de ser madre..... | 54 |
| 2.3.2. Aproximación histórica al concepto de maternidad..... | 59 |
| 2.3.3. Ser madre adoptiva | 62 |
| 2.4. TIPOS DE AFRONTAMIENTO..... | 64 |

| | |
|--|------------|
| 3. DISEÑO METODOLÓGICO | 68 |
| 3.1. PARADIGMA INVESTIGATIVO | 68 |
| 3.2. ENFOQUE | 69 |
| 3.3. METODOLOGÍA | 70 |
| 3.4. REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 71 |
| 3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 72 |
| 3.6. FUENTES | 73 |
| 3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | 73 |
| 3.7.1. Entrevista semiestructurada | 73 |
| 3.7.2. Observación no participante | 74 |
| 3.8. DIFICULTADES EN EL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. | 75 |
| 4. RESULTADOS | 76 |
| 4.1. ENTREVISTA N° 1 | 76 |
| 4.2. ENTREVISTA N° 2 | 86 |
| 4.3. ENTREVISTA N° 3 | 99 |
| 5. DISCUSIÓN | 111 |
| 5.1. LA EXPERIENCIA DEL DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL MADRES ADOPTIVAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN..... | 111 |

| | |
|--|-------------------|
| 5.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN..... | 119 |
| 5.3. EL CONCEPTO DE MATERNIDAD SEGÚN LAS MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN..... | 122 |
| 6. CONCLUSIONES | 126 |
| <i>BIBLIOGRAFÍA.....</i> | <i>131</i> |
| <i>ANEXOS.....</i> | <i>139</i> |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|------|
| Anexo A. Formulario de entrevista semi-estructurada | 139 |
| Anexo B. Consentimiento informado | 140 |

RESUMEN

En este trabajo investigativo se pretenden analizar las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín; para alcanzar dicho propósito, en primer lugar, se identifican en dichas madres adoptivas las vivencias y experiencias sobre su proceso de afrontamiento de duelo perinatal espontáneo; en segundo lugar, se describen las estrategias de afrontamiento de duelo y de planificación de vida en ellas; y, por último, se determinan los elementos que configuran la construcción del concepto de maternidad en la sociedad a partir de las experiencias sobre el afrontamiento de duelo perinatal espontáneo en estas madres. Una de las conclusiones a las que se llega con el trabajo es que cada persona asume y vive el duelo de manera distinta; en el caso de las mujeres que participaron en este estudio, todas ellas madres adoptivas, y que tuvieron la experiencia del aborto espontáneo y que, por tanto, pasaron por una situación de duelo, con sus vivencias y manifestaciones permitieron entender que todas y cada una de ellas tuvo un afrontamiento diferente para su situación de pérdida perinatal, aunque todas lo asumieron de forma positiva.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, madres adoptivas, duelo perinatal, aborto espontáneo, identidad materna, planificación de vida, control emocional, apoyo social.

ABSTRACT

In this research paper is to analyze the coping strategies in adoptive mothers with perinatal mourning situation of spontaneous abortion of the city of Medellin; to achieve that purpose, first identified in these adoptive mothers experiences and experiences on coping process of spontaneous perinatal bereavement; secondly, the coping strategies of mourning and life planning are described therein; and finally, the elements that build the concept of motherhood in society from experiences on coping with perinatal spontaneous mourning in these mothers are determined. One of the conclusions is reached with the work is that each person takes and lives mourning differently; in the case of women who participated in this study, all adoptive mothers, and who had the experience of spontaneous abortion and therefore went through a situation of mourning, with their experiences and demonstrations led to understand that each and every of them he had a different situation for perinatal loss coping, but all assumed it positively.

Keywords: confrontation strategies, foster mothers, perinatal bereavement, spontaneous abortion, maternal identity, life planning, emotional control, social support.

INTRODUCCIÓN

La pérdida del embarazo o la pérdida perinatal es un fenómeno que, muchas veces, se ve envuelto en un círculo de misterio, pues posee ciertas características que lo diferencian de otros tipos de duelo, como por ejemplo lo inesperado del suceso. Hay quienes señalan como López (2011), que tras la pérdida perinatal la persona que está en duelo experimenta ciertos síntomas como inestabilidad, shock, confusión y dificultades para desempeñarse normalmente; siente melancolía, tiene conductas de búsqueda, irritabilidad, debilidad, fragilidad y hasta sentimientos de culpa; hay mujeres que señalan que sienten un llanto de bebé o que sienten movimientos en su vientre; luego aparece la desorientación y desorganización de la vida cotidiana y después la reorganización en donde, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recobra la capacidad de disfrutar.

Esto es precisamente lo que se trata de visualizar en este estudio, en el cual se buscó analizar las estrategias de afrontamiento en tres madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín, y para alcanzar dicho propósito el presente trabajo está dividido en varios acápites o capítulos. En el primero de ellos se hace una presentación de proyecto, es decir, se esboza un planteamiento del problema, se hace una justificación, en donde se exhibe la importancia de realizar este estudio, y se trazan unos objetivos, uno general y tres específicos. En el segundo capítulo se desarrolla todo el marco teórico referente al duelo y al duelo perinatal, sustentado en varios autores como Valencia (2001), Neimeyer (2002), Díaz (2003), Jiménez y Mercado (2006), Trujillo (2007), O'connor (2008), Chica (2009), Oviedo

Urdaneta, Parra y Marquina (2009), Marín y Ríos (2013), Montoya (2013), entre otros. En el tercer capítulo se explica el diseño metodológico escogido para realizar este trabajo investigativo. En el cuarto capítulo se hace una discusión de los resultados, organizada en tres categorías principales: experiencia del duelo materno por muerte perinatal, acercamiento a las estrategias de afrontamiento y construcción del concepto de maternidad en la sociedad en madres adoptivas a partir de sus propias experiencias sobre el afrontamiento de duelo perinatal espontáneo. Y, finalmente, en el quinto capítulo, se presentan las conclusiones del estudio.

1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El duelo es un proceso que hace referencia a la reacción de los individuos ante una pérdida, que bien puede estar relacionada con la muerte, con una partida, una situación de alejamiento, una ruptura, una separación, una ausencia, entre otros; pero ese tipo de eventos no constituyen el duelo, sino la reacción y la manera como se afronta dicho proceso en el individuo. De conformidad con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2015), existen dos posibles etimologías de la palabra duelo. Una deriva del latín tardío *dólus*, que significa “dolor”, y otra del latín *duellum*, que hace referencia al “combate entre dos” y también “guerra”; por lo anterior, el significado que aquí interesa corresponde al primero, por lo que queda claro el sentido: si *dolus* adquiere el significado de dolor, un duelo ha de ser esa etapa caracterizada por el dolor de haber perdido algo o a alguien querido.

De acuerdo con el DSM-V (Asociación Americana de Psicología, 2014), el duelo hace referencia a “la reacción normal ante la muerte de un ser querido” (p. 398); aunque se le defina como una “reacción normal”, lo cierto es que se trata de un proceso que se elabora a través de diferentes etapas; al respecto, O’connor (2008) identifica cinco etapas como son la negación, el enojo, la negociación, la culpa y la aceptación; sin embargo, es de tener en cuenta que cada proceso de duelo puede ser diferente (ya que puede variar según los distintos grupos culturales). En general, se trata de un proceso en donde hay una carga emocional fuerte que hace que las

personas resignifiquen aspectos de su vida, por lo que implica un cambio que puede generar estrés, ansiedad y miedo, entre otras emociones.

Ahora, cuando la muerte se da en el feto durante el embarazo, la madre puede sufrir un tipo de episodio al cual se le suele llamar duelo perinatal, el cual se constituye en una pérdida que puede desencadenar reacciones de duelo, según señala López (2011), en uno o ambos padres, que se pueden complicar dando lugar, inclusive, a trastornos psiquiátricos.

En Colombia, según cifras oficiales del DANE (2014), en el año 2014 se registraron 44.249 casos de muertes fetales registradas; de dicha cifra, 5.897 correspondieron a muertes fetales ocurridas y registradas en el departamento de Antioquia

Según señalan Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina (2009) “hasta hace poco se creía que la muerte de un hijo antes o después del nacimiento, representaba una pérdida que emocionalmente era menos fuerte que el ocasionado por el deceso de un adulto” (p. 216), pues para una madre, luego de nueve meses de gestación, la muerte repentina del hijo genera un dolor y sufrimiento intenso; se trata de reacción muy similar a la de aquellas personas que han sufrido la pérdida de un ser querido con el que existía un vínculo especial.

Las mujeres que han perdido un hijo al nacer presentan similares reacciones de duelo que presentan otras personas al experimentar la muerte de un ser querido, ya que el duelo es una respuesta psicológica normal que sucede por la pérdida de un ser amado y, por ende, implica tanto síntomas físicos como psicológicos y de comportamiento, pues “es una reacción compleja,

constante, identificable e implica un proceso de curso previsible, en el que se desvanecen gradualmente los lazos emocionales que tenía con la persona fallecida” (Oviedo et al., 2009, p. 216).

Para delimitar la línea del presente estudio, el cual versa sobre al figura del duelo perinatal en madres adoptantes, es preciso partir del reconocimiento de algunos antecedentes teóricos, históricos e investigativos sobre esta tipología de duelo, al igual que sobre el tema de la adopción desde la perspectiva psicológica.

En primer lugar, Villena (2010) argumenta que el duelo es considerado un sentimiento individual que se da luego de la pérdida de un ser querido; se trata de un “sentimiento” que también puede darse por otros aspectos relevantes en la vida, como un rol, el trabajo, incluso la separación de los hijos cuando ya se está en una edad adulta. Las reacciones ante la pérdida se manifiestan de una manera particular en cada individuo, por lo que siempre se estará frente a la necesidad de realizar un trabajo psíquico que apunte a la aceptación de la realidad, la expresión de emociones, la adaptación a las nuevas circunstancias y la reubicación emocional del fallecido para afrontar la pérdida y continuar con el curso normal de su vida.

Desde la perspectiva investigativa de la psicología, el duelo perinatal ha sido un tema abordado desde diferentes ópticas. A nivel internacional, llama la atención el trabajo de Mota, Calleja, Aldana, Gómez y Sánchez (2011), en el que se estipula que la pérdida de un hijo al inicio de la vida se convierte en uno de los estresores emocionales más fuertes que puede experimentar una mujer y la valoración de este proceso de duelo necesita contar con

instrumentos confiables y válidos. El objetivo del trabajo de los autores en mención fue determinar las características psicométricas de la Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal, EDP) en una muestra de mujeres mexicanas que habían experimentado pérdidas perinatales. La investigación demostró que la muerte durante el periodo perinatal provoca duelos complejos en las mujeres que lo sufren, debido tanto al vínculo prenatal existente desde las primeras semanas de embarazo como a las expectativas sociales; a lo anterior se suma que la pérdida de un bebé representa una ruptura en el proceso natural de la vida, puesto que rompe con las expectativas respecto de los procesos biológicos.

Oviedo et al. (2009) realizan una revisión bibliográfica focalizada en el duelo materno por muerte perinatal, a fin de comprender un fenómeno para los padres y particularmente para la madre, por la pérdida de un hijo. Se describen, además, los cambios adaptativos emocionales en la mujer durante y después de la gestación y la frustración de la maternidad, que conlleva esta pérdida. El proceso de duelo debe ser comprendido a través de las diferentes etapas que lo caracterizan, y que puede manifestarse de manera lineal o comportarse como proceso dinámico cambiante de una fase a otra. En estas circunstancias, el abordaje de los profesionales de la salud es importante y debe basarse en una relación de empatía con la madre en proceso de duelo, que encierra connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que deben ser tomadas en cuenta en toda gestión de salud. Para las madres en esta situación, es útil contar con grupos de autoayuda o apoyo, a fin de superar esta triste vivencia y a la vez, les permite interactuar y ser apoyadas por otras madres, que han tenido la misma experiencia.

López (2011), por su parte, sostiene que la muerte del feto durante el embarazo, en el parto o pocos días después del nacimiento constituye un tema condicionado por numerosos factores de tipo emocional o físico. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los progenitores y situaciones de difícil manejo para los profesionales de la salud mental. Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos de carácter psiquiátrico. Es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los progenitores ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes.

Laverde (1998) investiga desde el punto de vista médico-psicológico a dos grupos de madres cuyos hijos murieran durante el periodo perinatal (entre 28 semanas de gestación y 28 días de nacido). El primer grupo de estudio lo configuraban 20 pacientes que reaccionaron con un duelo prolongado ante la pérdida de su hijo. El segundo grupo estuvo conformado por 20 pacientes (grupo de comparación) que elaboraron la pérdida de su hijo mediante un duelo no complicado. La hipótesis general que orientó dicho trabajo fue la siguiente: el vínculo establecido entre la madre y su hijo real, en caso de que este muera, facilita la elaboración del duelo. Por otra parte, la insuficiencia o carencia del vínculo con el hijo real, aumenta la relación de la madre con su hijo imaginario, de tal manera que si el niño muere, la relación interna madre-bebe de tipo narcisista tiende a complicar el duelo, prolongándolo y distorsionándolo. Los resultados confirmaron la hipótesis básica, al establecer que las variables indicadoras o facilitadoras del vínculo mostraron una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre los dos grupos. Se hacen algunas recomendaciones prácticas para el personal de los servicios de maternidad y perinatología en el sentido de propiciar y facilitar el contacto entre la madre y su

hijo, lo cual a su vez activa el establecimiento de un vínculo emocional y la elaboración de la pérdida del bebe en caso de que éste fallezca.

Como antecedente investigativo teórico se destaca el trabajo de Londoño (2005), en el cual se establece que en el caso de que el bebé haya fallecido antes de haber nacido, sea esta una pérdida en las primeras semanas o al final del embarazo, las madres se ven en la posible situación de tener que dar a luz a su bebé, momento especialmente difícil más si se tiene en cuenta que el nacimiento es un proceso que asociamos con la vida, y no nos resulta concebible hallar en él la muerte. Cuando se espera el comienzo de una nueva vida, resulta extremadamente difícil llegar a aceptar este desenlace.

Todas las madres (y padres) que experimentan un duelo por muerte perinatal tienen diversas formas de afrontamientos; al respecto, Ewton (1993) señala que la madre, independientemente de la edad gestacional, ante la muerte perinatal de su hijo, puede tener una respuesta severa e intensa que cuando la muerte ocurre en un familiar adulto. Es más, en la mujer suele presentarse tensión física y mental, aumento de la sensación de irrealidad y disminución de la autoestima, especialmente materna, por causa de la incapacidad que ésta percibe para volver a confiar en su cuerpo para un nuevo nacimiento de un hijo vivo y sano.

De otra parte, el tema de las madres adoptantes también ha sido abordado en diferentes contextos desde la literatura psicológica, aunque su estudio no ha sido abundante. Al respecto, Llanos (2001) analiza cuáles son las representaciones sociales acerca de la maternidad que poseen las mujeres que son madres adoptivas; en dicho trabajo en particular, se presentan los

resultados generales del análisis de 11 entrevistas en profundidad alrededor de algunas de las dimensiones tales como el significado del ser madre y aquellas relacionadas con la conceptualización de las mujeres que entregan a niños en adopción y las circunstancias que rodean a la entrega. Por lo anterior, considera la autora que es necesario indagar en las representaciones que existen alrededor de la maternidad, puesto que no todas las mujeres son madres de la misma forma ni su ejercicio del rol materno se vincula a la filiación biológica aun existiendo casos en los que muchas de ellas no desean ejercerlo. Sin embargo a pesar de la multiplicidad de situaciones el vinculo que existe entre la idea de mujer y de madre asociándolo a la capacidad reproductiva parecería seguir estando presente, aunque en forma quizá más sutil.

Cabrera, Huertas, Rodríguez y Sánchez (2005) describen y analizan las Representaciones Sociales sobre la Maternidad y la Entrega en Adopción que tienen mujeres que están considerando dicha opción respecto al hijo que esperan o acaban de tener. Esta investigación se enmarca en el paradigma cualitativo, a través del estudio de casos y empleó la entrevista semiestructurada como herramienta para la recolección de datos. Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional de “ideal típico” que consta de 6 madres inscritas en el programa de la Fundación Los Pisingos, quienes están considerando la opción de dar a su hijo(a) en adopción. Para procesar la información se realizó la transcripción de textos, se emplearon matrices elaboradas de acuerdo con las categorías de análisis definidas y el análisis reflexivo de la información. Finalmente, la discusión giró en torno a la tensión o ambivalencia de la representación social de Maternidad que oscila entre el no deseo de ser madre y el concepto social de una “buena madre” y de la Entrega en Adopción que se constituye como una

oportunidad para el hijo(a) y al mismo tiempo como un rechazo social por optar por dicha opción.

Schramm (2007) indaga acerca de los procedimientos institucionales en el caso de mujeres que deciden entregar a un hijo en adopción y que recurren para ello a la Unidad de Adopción del Servicio Nacional de Menores (SENAME). A partir de una investigación bibliográfica se busca entender cómo se ha conceptualizado teóricamente el fenómeno de la maternidad y cómo se articula con la experiencia concreta en el ámbito institucional. Como resultado, se da cuenta de los aspectos ideológicos que subyacen a dichos procedimientos para discutir acerca de las implicancias de la entrega, en tanto constituye una transgresión que cuestiona las bases biológicas del parentesco. Se abren preguntas acerca de una clínica específica de la adopción, capaz de incluir la dimensión simbólica de la filiación.

González, Díez y Tirado (2010) encontraron en su trabajo que las madres solas por elección presentan una buena autoestima, equiparable a la que presentaban las madres con pareja. Del mismo modo, se encontró también en ellas una alta satisfacción vital, que no presentaba diferencias significativas con quienes fueron madres con pareja. En este sentido, los datos van en línea con los de otros autores, aunque incluso se halló mayor proporción de madres con alta satisfacción vital entre las que adoptaron en solitario que entre quienes lo hicieron en pareja, que equiparaban en proporción a quienes se habían inseminado en solitario. Muy probablemente, la combinación de alta autoestima y buena satisfacción vital sea un buen punto de partida tanto para ellas mismas como para afrontar en solitario la maternidad y para relacionarse con sus hijos. No podemos comparar estos resultados con los hallados en otros estudios porque, que sepamos, no

se ha indagado sobre ello. Aunque, como iremos viendo, sí se ha comprobado que estas dos variables predicen un buen ajuste psicológico.

Arcila (2010) expone de manera general las posiciones y criterios respecto al tema de Técnicas de Reproducción Humana Asistida en Colombia, las razones que han impedido legislar al respecto, mirando en específico el caso de la maternidad subrogada que emerge como una alternativa ideal para las parejas que decidieron constituir una familia, pero que o no quieren o no pueden engendrar directamente y no desean acudir a la adopción, ya que desean un hijo genéticamente propio y no de otro; tras analizar la influencia de criterios jurídicos y éticos se presentan dilemas que han planteado quienes se han ocupado del tema de la maternidad subrogada, nombre dado a una de las técnicas de reproducción humana asistida basada en la fecundación in vitro, cuya práctica hace contrastar el avance científico y la ausencia de regulación legal, no solo en Colombia sino en otras partes del mundo.

Gil y Ricardo (2012) buscan explorar y presentar algunos elementos teóricos y prácticos en torno a la maternidad y adopción por parejas lésbicas. Señalan que el ejercicio de la maternidad en parejas del mismo sexo ha generado diversos señalamientos en la sociedad colombiana. La adopción y crianza de niños por parte de mujeres homosexuales carece de respaldo y reconocimiento social y político debido a las declaraciones estigmatizantes que se han planteado desde siglos atrás acerca de la incapacidad de los homosexuales para establecer vínculos sociales y familiares por su orientación sexual. Asimismo, la consideración de que las mujeres en condición de lesbianas deben renunciar al rol materno, pues se afirma que un niño criado por una pareja del mismo sexo puede presentar dificultades en su desarrollo emocional, psicológico y

sexual; este es un tema que ha causado disconformidad en la población homosexual femenina, puesto que además de los estereotipos hacia su orientación sexual, se les está negando el derecho a adoptar y a conformar una familia aunque cumplan con las medidas establecidas.

De conformidad con los anteriores planteamientos, el propósito de la presente investigación se centra en analizar las estrategias de afrontamiento del duelo materno por muerte perinatal en un grupo de mujeres adoptantes de la ciudad de Medellín, para lo cual se hizo necesario identificar y reconocer las emociones que rodean este tipo de eventos, así como los comportamientos que estos generan, lo cual se logra no sólo a través de un rastreo bibliográfico, sino también mediante un trabajo de campo que permita conocer cómo estas mujeres afrontan situaciones caracterizadas por la pérdida del hijo deseado durante el embarazo.

Precisamente, el interés de estudiar las estrategias de afrontamiento de madres adoptantes radica en tener un conocimiento claro de los recursos tanto de tipo cognitivo como conductual, emocional, espiritual y relacional de la mujer que ha perdido a su hijo durante su estado de gestación, de tal manera que se pueden identificar mecanismos que le permitan a esta población afrontar de manera benéfica este tipo de situaciones, las cuales producen cierto grado de estrés o ansiedad; así, la manera en que lo afronte depende también de sus experiencias de la vida.

De esta manera, para realizar un abordaje sobre la significación de las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín, se hace necesario recurrir a una metodología de investigación cualitativa que permita hacer pruebas, evaluaciones y valoraciones sobre el fenómeno objeto de estudio.

Según los postulados establecidos en la anterior descripción del problema, esta investigación gira en torno a la siguiente pregunta problemática: ¿cómo afronta un grupo de madres adoptivas de la ciudad de Medellín su situación de duelo perinatal por aborto espontáneo?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es pertinente en tanto son pocos los estudios que desde la psicología se ocupan de este tema y, entre los existentes, se encuentran grandes divergencias, son heterogéneos sus resultados y se evidencian sesgos en sus planteamientos ya que varios de ellos han sido realizados sólo con el propósito de abordar el tema del duelo en general o incluso sólo se han acercado a la tipología de duelo derivada del aborto, bien sea espontáneo o provocado

Además, el enfoque que se propone en este proyecto es original, pues en los trabajos previos es escaso el reconocimiento del discurso de las mujeres que han atravesado por situaciones de duelo perinatal, en relación con preguntas como: ¿Cómo han vivido esta experiencia? ¿Hay rastros del discurso familiar o cultural en los relatos sobre su vivencia? ¿Han reconocido en la pérdida del hijo gestante una pérdida de algo valioso -tangible o intangible- o ha sido un evento sin consecuencias para ellas? ¿Hay en sus palabras indicios de movimientos particulares de duelo?

En esta línea, la presente investigación pretende darle la palabra a las mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto espontáneo, de tal forma que se pueda identificar su discurso a la luz de planteamientos teóricos propios del ámbito de la psicología.

De igual forma, el presente estudio adquiere un carácter particular en la medida en que se trabaja un concepto práctico de maternidad, en la medida en que la población objeto de estudio, a pesar de haber pasado por procesos de pérdidas espontáneas de sus hijos, aún así optan por adoptar y se reconocen un vínculo simbólico biológico de madres.

De allí, y mediante el análisis cualitativo de relatos particulares, se busca comprender cómo significan el evento y, con ello, aportar a la generación de nuevos conocimientos -y futuras preguntas de investigación- para la disciplina psicológica, especialmente para aquellas áreas concernidas con el estudio de la salud mental de las mujeres, la psicología clínica, la psicología social y la psicología del duelo.

El impacto de este estudio reside, entonces, en que aporta nuevos elementos a la comprensión de esta situación, no en el nivel de los datos ni de las categorías psicopatológicas, sino en el ámbito de lo que la experiencia significa para quienes la viven.

Así las cosas, esta investigación ofrece a los estudiantes de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado, específicamente a aquellos orientados a perspectivas sociales y comunitarias, promover el desarrollo integral de profesionales con formación actualizada y pertinente para intervenir en todas las problemáticas sociales actuales que favorezcan el trabajo

de forma creativa en cualquier campo e intervenir de forma adecuada a través de una formación integral, además de vislumbrar el desarrollo de nuevas rutas para diversos procesos investigativos.

Todo esto implica, el desarrollo de una investigación que aunque con ánimo hermenéutico y cualitativo, se circunscriba como un estudio descriptivo que aplicado con la pertinencia requerida, aporte hallazgos sobre las estrategias de afrontamiento del duelo materno por muerte perinatal en un grupo de mujeres de la ciudad de Medellín.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Analizar las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar en madres adoptivas las vivencias y experiencias sobre su proceso de afrontamiento de duelo perinatal espontáneo.

Describir las estrategias de afrontamiento de duelo y de planificación de vida en madres adoptivas que han sufrido situaciones de duelo perinatal espontáneo.

Determinar los elementos cognitivos y emocionales que configuran el concepto de maternidad en madres adoptivas a partir de sus experiencias sobre el afrontamiento de duelo perinatal espontáneo.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1. EL DUELO

2.1.1. Antecedentes del duelo

La noción de duelo tiene su origen en el latín *duellum*, que significa “combate” o “guerra”; sin embargo, al ámbito psicológico sólo comienza a aplicarse desde principios del siglo XIX. Según Jiménez y Mercado (2006), los primeros hallazgos que dan cuenta de un dolor por la pérdida de algo amado, se reportan en las excavaciones arqueológicas ya que señalan la existencia de prácticas de enterramiento. Esto permite suponer la conciencia de la muerte y el dolor por la pérdida de algo querido.

Por otro lado, se advierte que en la antigüedad la pérdida y la manifestación del dolor era abierta y en ocasiones excedían lo que se considera normal en nuestra época, estas formas dramáticas se ilustran mediante:

el llanto intenso, desvanecimientos, rasgado de vestidos, gemidos de agudos trinos, golpes en la cabeza y en el pecho, arrancamiento de pelos de la barba y la cabeza, heridas en el rostro producto de violentos arañazos, gritos agudos, arrastrarse por el suelo, golpear la tierra con las dos manos, etc. Por otro lado, en los funerales tenían lugar sacrificios humanos y de animales (Jiménez y Mercado, 2006, p. 31).

Son igualmente relevantes los rituales fúnebres inmediatamente después de la muerte de la persona como lo son: Cubrirse con las cenizas del difunto, (La Ilíada siglo XVIII a siglo XII

a.C.) registrar los montones de ceniza de la pila funeraria y retirar los huesos, mostrar un aspecto poco decorado y mancharse los vestidos, derrumbar las antorchas mientras se viste de púrpura el cadáver en la pila funeraria, dar tres vueltas alrededor del cortejo fúnebre, rociar con agua, con una ramita de romero y un ramo de olivo fértil (La Eneida). Ofrendar leche de vaca, miel, aguas de fuentes vírgenes, vino, frutos olorosos, guirnaldas (Esquilo: Los Persas; Sófocles: Electra). Chorrear sangre en las tumbas (Eurípides: Las Troyanas).

El cabello también juega un papel importante en este sentido, y varios son los rituales, ya que éste, según creencias, representaba la parte más noble de la persona, por lo tanto era tradición que los hombres se cortaran un rizo, mientras que las viudas acostumbraban raparse la cabeza, y las demás mujeres durante el cortejo fúnebre, llevaban el cabello suelto. Igualmente se ofrece también un mechón de cabellos de la persona muerta a Perséfone (Proserpina), diosa de los infiernos, para que sea bien acogido por ella. Otro ritual que llama la atención son los juegos fúnebres, que tienen la misma duración de las novenas actuales, ya que eran 9 días los que tardaban las almas de los muertos en llegar a la región de los infiernos; en estos juegos se practicaba la carrera de carros, la lucha, la carrera, el combate, el lanzamiento del peso, el juego del arco y el lanzamiento de jabalina (La Ilíada, canto XXIII: Los funerales de Patroclo).

Posteriormente en la historia de occidente “los griegos empiezan a atribuir la fortuna o la desgracia a los dioses, quienes se alegraban si cumplían sus mandatos pero si no lo hacían eran enviados contra ellos las angustias, las enfermedades, el dolor físico y moral” (Jiménez y Mercado, 2006, p. 32).

La literatura de la antigua Grecia cuenta como los hombres y mujeres, de manera dramática, sufren por la muerte de las personas a quienes amaban; esto se evidencia en los escritos de Platón: en su obra Fedón, o de la inmortalidad del alma. Donde se ha narrado:

Dice Sócrates a Simmias y Cebes en Fedón (Platón: Fedón o de la inmortalidad del alma): (...) Muchos hombres, por haber perdido a sus amigos, sus mujeres y sus hijos, han descendido voluntariamente a los infiernos conducidos por la sola esperanza de volver a ver a los que habían perdido y vivir con ellos (...) (citado por Jiménez et al., 2006, p. 32).

Posteriormente se ingresa en la Edad Media, que presentó dos momentos importantes en la celebración del ritual: en un primer momento que corresponde a la “primera etapa de la edad media, eran los familiares y amigos del difunto quienes tomaban el protagonismo y la iglesia era la encargada absolución de los pecados, (este era su único papel)” (Jiménez y Mercado, 2006, p. 33).

Para Gerlein (2000):

Los rituales ayudan cuando se dan transiciones donde debemos cambiar muchos aspectos en la forma de actuar, de pensar y de sentir. Tras la muerte, hay una etapa de incorporación a una nueva vida, a otra realidad, una etapa para abrirme nuevamente a las relaciones sociales. Durante el duelo, los funerales tienen la función de verificación de la muerte (p. 26).

El rito se dividía en dos momentos el primero era similar al de los antiguos, las manifestaciones eran abiertas y dramáticas. Acto que era interrumpido por un segundo momento en el que se elogiaba al difunto. De tal acto era responsable el guía. En este momento el periodo de duelo debía durar como máximo un mes y las personas se vestían con los trajes más hermosos para honrarlo. En el segundo periodo de la edad media se modificó la expresión del duelo; la tendencia era hacia el autocontrol. Éste rehacía la unidad del grupo, las ceremonias del entierro

se convertían también en una fiesta en las que se estaba en ocasiones alegres, donde la risa hacía que con frecuencia las lágrimas desaparecieran. Esta tradición se empezó a extender, aunque en España aun eran frecuentes las plañideras y el duelo tenía por objeto descargar el sufrimiento de los supervivientes (siglos XIV y XV) en este momento se veía extraño que los españoles se vistieran de negro ante la muerte.

Posteriormente, con el establecimiento de las órdenes mendicantes (carmelitas, agustinos, capuchinos y dominicos), la ceremonia del duelo, el velatorio y el entierro cambió; la familia y los amigos, han dejado de ser los principales actores de una acción desdramatizada. A partir de los siglos XII y XIII los principales papeles estarán reservados a los sacerdotes (órdenes mendicantes especialmente), a personas semejantes a monjes, laicos con funciones religiosas, como las ordenes terceras o los cofrades, es decir, a los nuevos especialistas de la muerte.

Así, el acompañamiento se convierte en una solemne procesión religiosa: los parientes y amigos ya no se perciben tan claramente y los pobres y niños de hospital empiezan a integrar la celebración según la riqueza y generosidad del difunto, al tiempo que intercederían en favor suyo ante la corte celestial. La procesión era la imagen simbólica de la muerte y los funerales; la ubicación de las personas que acompañaban al muerto estaba establecida por el difunto en su testamento, costumbre que se mantiene hasta los siglos XVI-XVIII.

En los siglos XVI, XVII y XVIII el abundante cortejo religioso, así como las representaciones de caridad y pobreza (comunidades mendicantes, hermandades, pobres, etc.) tendieron a volverse

más sencillas, las procesiones se hicieron menos numerosas y las exequias barrocas comienzan a ser mal vistas (Jiménez et al., 2006, p. 33).

Así, las manifestaciones del duelo se relacionaban con la sencillez. A pesar de ello, este acompañado con plañideras subsistía en algunas regiones. La elaboración del dolor se hace breve y las personas deben buscar a alguien quien remplace la persona pérdida (en el caso de la pareja) y si su dolor perdura más allá del tiempo que era ofrecido por la sociedad no tiene otra cosa por hacer que retirarse al convento, al campo, fuera del mundo en que es conocido. Esta modificación de escoger la sobriedad en la elaboración del duelo, se hace inspirada en una causa religiosa, por un ejercicio de humildad cristiana, aunque en ocasiones se confunda y el duelo comienza a perder su significado de "liberación", de expresión de sentimientos. El luto o el uso del negro en el vestuario se hace general a partir del siglo XVI.

Mientras que en los siglos XIX y XX las manifestaciones públicas del duelo, así como una expresión privada demasiado insistente son de naturaleza morbosa: las crisis de lágrimas y las manifestaciones dramáticas se convierten en "crisis de nervios".

Después de la muerte se sitúa en la puerta de la casa del difunto una "esquela de duelo", sustituyendo así a la antigua costumbre de exposición del difunto o del ataúd; el período de duelo se convierte en un "período de visitas": de la familia al cementerio, de los parientes y amigos de la familia, etc. (Jiménez y Mercado, 2006, p. 35).

A lo que se asiste en la actualidad es al abandono del duelo, movimiento que se inicia a partir de finales del siglo XIX; y aunque el sentimiento ante la pérdida de un ser amado no ha cambiado, la coacción de la sociedad ha limitado su expresión. A pesar de esto en diferentes funerarias y hospitales hoy día se trabaja con los familiares del difunto en pos de que expresen aquello que les duele.

2.1.1.1. El concepto de duelo

Según Neimeyer (2002) el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados, es por esto que se considera un proceso activo, un proceso normal por el que las personas pasan al sufrir una pérdida significativa, la más común es la muerte; sin embargo, también existen otros sinnúmero de pérdidas que pueden hacer pasar por este mismo proceso a las personas y vivir las mismas etapas como por ejemplo la pérdida de trabajo, el cambio de país o de residencia, el fracaso escolar, un divorcio, abortos, pérdida de miembros corporales, entre otros. Este proceso no tiene un tiempo determinado para ser superado y considerarse patológico, ya que la recuperación dependerá de diversos factores como la personalidad del sujeto, el significado y el vínculo que tenían, el grupo de apoyo, etc.

El duelo da la oportunidad de reafirmar o reconstruir un mundo personal de significados que ha sido cuestionado por la pérdida. La pérdida puede invalidar la estructura de presuposiciones que orienta nuestras vidas de formas muy variadas, planteándonos el desafío de adaptarnos a una avalancha de experiencias subjetivas y demandas objetivas que exige que volvamos a construir un mundo que «tenga sentido», que vuelva a instaurar una sensación de sentido, dirección y

comprensibilidad a una vida que ha quedado transformada para siempre (Neimeyer, 2002, p 131).

Según Valencia (2001), el duelo es un proceso dinámico que implica un proceso de afrontamiento paulatino con tendencia a la superación; cuando no se establecen estrategias de afrontamiento del duelo, éste tiende a convertirse en un evento patológico, lo que indica la existencia de una tipología de duelo normal y otra patológica o complicada. Al respecto de este último, Chica (2009) establece que:

Se habla de duelo complicado cuando éste se intensifica y desborda a la persona, quien recurre a conductas desadaptativas o permanece en el estado de duelo sin avanzar hacia su resolución. Por lo tanto, la patología no se debe relacionar con la presencia o ausencia de una conducta específica sino con la intensidad o duración de una reacción (p. 54).

Kubler-Ross (1969), citado por O'connor (2008), plantea que en el proceso de elaboración del duelo se pasa por cinco etapas del duelo:

1. Negación: en esta primera etapa las personas sienten una conmoción, la cual causa incertidumbre sobre el hecho que acaba de ocurrir y en ocasiones viene acompañada de culpa debido a no tener los sentimientos "adecuados" para esa ocasión. Este periodo de negación produce el efecto benéfico, pues al movilizar los recursos internos permite que la persona pueda enfrentar su nueva realidad.

2. Enojo: en esta etapa la persona expresa externamente el enojo con rabia, hacia otras personas, ya que el culpar a otros es una forma de evitar el dolor que se siente ante la pérdida; pero también se puede direccionar esa ira internamente en forma de depresión. Este malestar

puede ser manejado de diversas maneras para que ayuden a la persona a pasar por esta etapa más sanamente como hablar con los amigos o familia, además de practicar algún deporte que le permita canalizar todo ese enojo.

3. Negociación: es una etapa en donde se racionaliza que no es posible devolverle la vida a esa persona, por lo que surge la necesidad de llegar a un acuerdo interno para superar la pérdida.

4. Culpa: esta proviene de una idea de algo que hizo o dijo y que desea no haber hecho o al contrario, algo que debió haber hecho y no lo hizo. Esto puede ser infundado o real, pero en cualquiera de los dos casos se debe asumir la responsabilidad y aprender de esto sin culpabilizarse y aceptar lo que ha pasado.

5. Aceptación: es cuando finalmente las personas pueden reconocer que la persona se ha ido y seguir su vida con normalidad, no olvidando, pero si recordando sin sentir dolor.

En resumen, el proceso de duelo, tanto normal como patológico, responde al impacto de una pérdida significativa para la persona. De ahí que es pertinente partir de los fenómenos adaptativos que preceden al sentimiento de pérdida y que, de alguna manera, la condicionan. Ellos son el apego y la vinculación afectiva.

2.1.1.2. El duelo desde la óptica psicosocial

Al realizar el abordaje del concepto de duelo, desde la nuestra cultura colombiana, y en particular, desde la cultura antioqueña, se observan diferentes matices de carácter psicológico, social y religioso.

De acuerdo con Díaz (2003)^{*}, es importante para el psicólogo entender las diferentes representaciones y manifestaciones del duelo frente a la muerte, y la forma como el mismo se ha ritualizado a través de la historia, a lo cual se debe prestar especial atención al desarrollo de esta temática en esta época contemporánea.

Siguiendo a la autora, el duelo puede estructurarse en tres aspectos. En primer lugar, hace referencia a “la muerte del ser amado”, frente a lo cual argumenta que a lo largo de la historia la muerte ha sido entendida como la aniquilación de la vida, y esto es algo que el hombre desde su estado primitivo ha comprendido. Lo más paradójico de la muerte es que el hombre no tiene experiencia previa de la misma, por lo cual no tiene cómo inscribirla en el inconsciente. Díaz (2003) continúa diciendo que el hombre, por tanto, descubre, que si bien el enemigo podía morir, también él mismo, aunque le era imposible imaginarse muerto a sí mismo. Ese deseo de ver aniquilado a su enemigo o al extraño, lo supera el hombre en parte con la invención de los espíritus, sobre los cuales proyecta su hostilidad, y librándose de esta forma de su sentimiento agresivo.

En su desarrollo del texto, la autora toca el tema del “duelo y el ritual”, resalta que, contrario a la creencia general de que el duelo es un afecto que pasa por sí solo y que únicamente necesita

^{*} Psicóloga y profesora del departamento de psicoanálisis de la Universidad de Antioquia.

tiempo para desvanecerse, éste es un trabajo que exige una participación activa del doliente. Díaz (2003), a partir de esta consideración, realiza un corto recorrido sobre el duelo y el ritual a través de la historia, y evidencia el tratamiento que se le ha dado a las expresiones de dolor frente a la muerte desde la edad media hasta el siglo XIX. De igual forma, aborda el tema de los ritos funerarios, y cita las investigaciones de Louis-Vincent Thomas sobre los ritos de duelo en culturas negro-africanas, llegando a la conclusión de que el luto es parte de los ritos del doliente, y que el rito es un proceso simbólico de elaboración del dolor.

En última instancia, Díaz (2003) demuestra argumentativamente, cómo se ha desterrado el tema del duelo de la idiosincrasia del hombre en esta época contemporánea. Según se sostiene, “el destierro del duelo” es un mecanismo para liberar al mundo de los prejuicios que vienen de la antigüedad y de la autoridad; también se deja de lado el mito, pero a su vez, el hombre queda solo ante la muerte, pues la promesa divina de una vida eterna es ya poco creíble. Lo que concluye la autora del texto es que la falta de elaboración del duelo, por carencia de una estructura ritual simbólica que la sociedad contemporánea ha desechado, se ha convertido en el origen de un nuevo malestar del hombre contemporáneo que, inevitablemente, tiene efectos adversos para la cultura.

Por otra parte, Trujillo (2007) aborda la idea Freudiana de Compulsión de Repetición con el interés por una parte, de acercarse a la comprensión del fenómeno que nombra y por otra, de abrir la posibilidad de leerlo no sólo desde la concepción de la teoría psicoanalítica, sino desde otros saberes que utilizan conceptos homólogos al que guía esta reflexión. Saberes como la mitología, la filosofía, la filosofía de las religiones y la ciencia, ofrecen miradas que permiten

ubicar el fenómeno de la Compulsión de Repetición por fuera del campo patológico, haciendo posible pensar este fenómeno como posibilidad para la emergencia del ser.

De otra parte, la investigación de Marín y Ríos (2013) tiene como objetivo general reconocer la significación atribuida por mujeres de la ciudad de Medellín a la experiencia vivida de un aborto decidido. Se basa en una metodología cualitativa, con enfoque fenomenológico hermenéutico. Se trata de una mirada de la experiencia per se del aborto decidido, desde la cual emergieron las categorías de análisis que orientaron el desarrollo de los hallazgos y que contienen: El lugar de lo social, la experiencia de embarazo, la experiencia y la significación del aborto decidido, las pérdidas consecuentes al aborto y las huellas de la experiencia. Con base en una metodología cualitativa, y un enfoque fenomenológico-hermenéutico, se recopilaron los testimonios de siete mujeres adultas quienes narraron sus experiencias en torno al acontecimiento de haber pasado por uno o más abortos decididos. A manera de conclusión, las autoras logran establecer que es de gran importancia la búsqueda de ayuda que puede realizar la mujer antes de pasar por la experiencia de aborto decidido, ya que ésta le puede permitir la obtención de claridad y seguridad antes de la decisión que va a tomar, pues muchas llegan en la mayoría de los casos confundidas a tomar dicha decisión, la cual, con independencia de la decisión que se tome, se trata de una decisión determinante. Esta ayuda la pueden buscar también en caso de haber pasado por el aborto decidido y haber quedado una huella de dolor, lo que puede contribuir con el mejoramiento de un malestar subjetivo que se manifiesta en su silencio, en su culpabilización, entre otras consecuencias psicológicas.

2.1.1.3. Factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido

Para el análisis de los factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido se toma como referente el trabajo que ha desarrollado Montoya (2013), en torno al tema del duelo. En primer lugar, es necesario establecer que no todo el mundo reacciona de la misma manera ante el duelo; ésta es una manifestación que varía gradualmente entre las personas, según la edad y las circunstancias en las que se encuentra el individuo cuando se enfrenta a este tipo de pérdidas; esto explica, al menos en cierta medida, las diferencias que se pueden observar en las reacciones de las personas.

Dentro de los diferentes factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido, Montoya (2013) identifica 8 situaciones en particular, a saber:

1. Nivel de apego al ser querido fallecido.
2. Características de la muerte.
3. La personalidad que uno tenga.
4. Participación en el cuidado del paciente.
5. La duración de la enfermedad.
6. Disponibilidad de Apoyo social-familiar (recursos internos y recursos externos).
7. Nivel de comunicación entre nosotros y nuestros familiares o amigos y viceversa.
8. Crisis concurrentes (problemas que suceden al mismo tiempo).

Respecto al nivel de apego al ser querido fallecido, éste hace alusión a la intensidad y calidad de la relación que el individuo tenía con la persona fallecida. Esto explica la diferencia existente entre la pérdida de un hermano con el cual se convive a diario, a la pérdida de un amigo o

compañero con el que se compartía en ocasiones esporádicas; sin embargo, aclara Montoya (2013) que la respuesta a la pérdida no es dictada solamente por el nivel o grado de parentesco, ya que la intensidad de la respuesta depende más del nivel de apego que del grado de consanguinidad.

Respecto a las características de la muerte, es bien sabido que las muertes súbitas, a diferencia de las muertes “anticipadas” (que son aquellas que se derivan de un padecimiento físico), trastornan y afectan mucho más a las personas; al respecto, destaca Montoya (2013) que:

A veces es tal el grado de shock, de aturdimiento y de trastorno inicial que puede darse una respuesta temporal “plana”, como “de no sentir nada”, de estar “bloqueado” o “pasmado” como popularmente se le llama a esta anestesia emocional temporal producto del estado de shock inicial y que, como el nombre lo dice, sólo será temporal, de unos días.

Un tercer factor que destaca el recitado autor tiene que ver con la personalidad de quien afronta el duelo, y ello se debe a que todos los individuos poseen personalidades distintas, distintos miedos y distintas formas de reaccionar ante sucesos angustiantes. En este sentido, todo duelo es único y no hay dos duelos iguales; es más, la respuesta puede no ser la misma ante diferentes pérdidas. Inclusive, puede decirse que existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres al momento de exteriorizar el dolor por la muerte de un ser querido, pero esto no debe observarse como una constante.

Un cuarto factor se encuentra relacionado con la participación en el cuidado del paciente; de esta manera:

si la persona estuvo enferma días o meses antes de morir, y nosotros tuvimos la oportunidad de ayudarlo o acompañarlo durante la enfermedad, nuestra reacción ante su muerte (muerte que probablemente ya esperábamos) puede llegar a ser menos intensa de lo que esperábamos (aunque no necesariamente) pues al menos nos queda el sentimiento de “gratitud” (no de felicidad) de haber hecho algo por ella, de haber hecho que sus últimos días fuesen lo menos angustiantes posibles que hubiesen sido sin nuestra presencia; desde luego no pudimos “morirnos por ella” ni “curarles de su muerte”, pero si hicimos que sus últimos días fuesen lo menos angustiantes posibles gracias a nuestra presencia, con todos los errores que hayamos podido cometer en unos cuidados tan exigentes, agotadores y angustiantes (Montoya, 2013).

En cuanto a la duración de la enfermedad, este factor también puede afectar la reacción a la muerte del ser querido: si la enfermedad que condujo a la muerte fue muy larga, es probable que afecte la reacción de duelo en un sentido negativo, es decir, podrá ser más difícil o más lenta la recuperación; esto se debe, al menos en parte, al agotamiento a que condujo un cuidado de enfermedad.

En sexto lugar, la disponibilidad de Apoyo social-familiar juega un papel fundamental para determinar la respuesta a la pérdida de un ser querido; es por ello que se puede recurrir a Recursos Internos (Ri-personalidad, conocimientos, experiencia, edad) y Recursos Externos (Re-otras personas, entidades o grupos). La combinación de ambos recursos disponen la recuperación.

Otro factor determinante tiene que ver con el nivel de comunicación entre el individuo y sus familiares o amigos y viceversa: “una reacción frecuente que tenemos cuando perdemos un ser querido es la de no “mostrarle” a otros nuestra angustia para de esta forma no angustiarles, y los otros hacen lo mismo: no se angustian para no angustiarnos” (Montoya, 2013).

Finalmente, Montoya (2013) destaca el tema de las crisis concurrentes, es decir, problemas que suceden al mismo tiempo; así, un individuo puede sufrir la pérdida de un ser querido y al mismo tiempo verse envuelto en otra situación paradigmática de pérdida o dificultad, como problemas económicos diversos, enfermedad grave en la propia persona o en otro familiar, cirugía pendiente, desplazamiento forzado, etc.

Como puede verse, existen muchos factores que modifican lo que expresamos cuando perdemos un ser querido y que nos ayudan a entender el por qué las personas responden de una manera u otra; por ello, es muy sano y sensato abstenerse de emitir juicios de valor respecto al por qué una persona lo hace de una u otra manera sin antes conocer o entender la complejidad de la respuesta y las múltiples variables que pueden intervenir para explicar su forma de manifestarse ante el dolor.

2.1.1.4. Afrontamiento del duelo

Es cualquier actividad que el individuo se desempeñe, utiliza recursos tanto de tipo cognitivo como conductual, emocional, espiritual y relacional, con el fin de afrontar de manera benéfica una determinada situación que le produzca cierto grado de estrés o ansiedad. Por lo tanto, diferentes estrategias de afrontamiento del individuo son efectivas dependiendo de aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Si bien el duelo es una reacción normal a la pérdida, éste implica un desgaste físico, emocional y psíquico. El adulto trata con franqueza los aspectos relacionados con la muerte y el

duelo, lo que termina facilitándole este trabajo, pero los niños como grupo suelen estar excluidos de la posibilidad de expresarse de un modo determinado. “Se cree que no experimentan el dolor y cuando sufren una privación, se ofrece rápidamente un sustituto, negándoles así la posibilidad de apreciar los beneficios que obtenía del objeto perdido y la expresión, vivencia y afrontamiento de su dolor” (Sánchez y Osorio, 2007, p. 8).

2.1.2. Tipos de pérdida

Es posible identificar dos tipologías de pérdidas que dan lugar a una situación de duelo: las pérdidas ritualizadas, que son aquellas que se constituyen en el objeto de estudio de esta investigación, y las no ritualizadas.

2.1.2.1. Pérdidas no ritualizadas

De otra parte, Gerlein (2000) identifica las denominadas pérdidas no ritualizadas, dentro de las que se incluyen: divorcio y separación, pérdida del empleo, de la salud o de la integridad física, síndrome del nido vacío y las llamadas “pérdidas difíciles o enmascaradas” (p. ej., muerte del compañero homosexual en una relación oculta). Tienen como común denominador la ausencia de rituales establecidos.

2.1.2.1.1. Divorcio y separación

Se trata de una de las más difíciles pérdidas no ritualizadas. Sus características más sobresalientes son: sensación de soledad, de que todo ha terminado, de un mundo nuevo y desconocido. Un final forzado e involuntario y deterioro del estatus social y familiar previo.

Existen sentimientos negativos más arraigados en la parte demandada, así como percepción de abandono, de no ser amado o de no pertenecer a nadie. Se considera que las mujeres se recuperan más rápido que los hombres y que el miembro que queda con los hijos afronta el duelo con más seguridad. El tiempo transcurrido desde la separación, la forma en que se hizo (súbita o anticipada) y el grado de participación en la ruptura, son variables que afectarán la intensidad de la respuesta.

2.1.2.1.2. Pérdida del empleo

Se trata de un duelo semejante al de cualquier otra pérdida. La respuesta inicial incluye incredulidad, negación, aturdimiento y bloqueo mental, con la sensación de ser el ser más desgraciado del mundo. Hay miedo, ansiedad, colapso del futuro, confusión, culpabilidad, coraje, resentimiento contra el empleador, la empresa y contra todo aquello que se considere de algún modo responsable. Puede llegar a ser grave para muchas personas, en particular para aquellas cuya autoestima dependía mayoritariamente de su capacidad laboral.

2.1.2.1.3. Salud o integridad física

Implica el duelo por la afectación del esquema corporal, que representa a la especie y permite reconocer a otros, y de la Imagen Corporal, propia de cada ser y sujeta a la historia de integración cultural. La agresión, amputación o disfunción de una parte del cuerpo implica un menoscabo o modificación real, funcional, socio-cultural y psicológica para esa persona y su entorno. Se produce una fractura en la capacidad de adaptación mental y física. Esta alteración,

de múltiples causas, es vivida como un duelo real que debe evolucionar con sus diversas etapas, en calidad y especialmente en el tiempo.

2.1.2.1.4. Síndrome del Nido Vacío (o Síndrome Post-maternal)

Es el duelo que se origina durante el período de contracción familiar por la partida de los hijos y donde los padres quedan solos, puede presentarse asociado o no a un trastorno adaptativo. Es más frecuente en mujeres que son amas de casa y que no han trabajado fuera del hogar, madres posesivas y sobre-protectoras, excesivamente colaboradoras en todo lo relacionado con sus hijos, personas con problemas en el manejo del tiempo libre, abandono del desarrollo de las capacidades individuales, pérdida de objetos personales, ausencia de vida propia y de las actividades de ocio.

2.1.2.2. Pérdidas ritualizadas

De acuerdo con Gerlein (2000), la expresión fenomenológica de la muerte de un ser querido es el símbolo del duelo y la aflicción.

2.1.2.2.1. Pérdida de los padres

Para Gerlein (2000), se asume que los adultos, quienes usualmente hacen otras uniones y tienen vidas ocupadas, suelen experimentar un duelo más corto. Sin embargo, éste puede ser más pronunciado y traumático de lo que habitualmente se cree, en particular para aquellos hijos que han estado física y emocionalmente muy unidos al muerto. Así, por ejemplo, el fallecimiento de un padre puede significar pérdida de seguridad, del rol de hijo y el verse obligado a asumir un

papel más adulto y responsable miembro de la familia. Por otra parte, el individuo queda ahora expuesto a ser el “siguiente en la línea generacional”, si ambos padres ya no están.

En sociedades muy matriarcales, la muerte de la madre tiene ciertos agravantes: se pierde el sentido de la familia, el amor más incondicional, el respaldo y el pilar de soporte, el centro de la vida, la pertenencia y la identidad, la historia y la relación primigenia, o el modelo en base al cual se construyeron las demás relaciones (Gerlein, 2000, p. 29).

2.1.2.2.2. Pérdida del cónyuge

Debido a que el compañero/a llega a hacer parte y/o absorbe un porcentaje muy significativo del mundo de las personas, su muerte produce un profundo y doloroso duelo. “Una de las características más llamativas que agrava el dolor es la vivencia de pérdida del “sentido hogar”, ese espacio donde el individuo puede libremente ser él mismo, donde es bienvenido y recibido con todos los honores” (Gerlein, 2000, p. 30). Habitualmente, la ausencia del cónyuge suele significar la pérdida de varios roles al mismo tiempo, los cuales pueden aceptarse o no de forma simultánea, generando recuperaciones en “bloque” o en “parche” que modifican y personalizan el trabajo de congoja.

2.1.2.2.3. Pérdida de los hermanos

De acuerdo con Gerlein (2000):

El apego a los hermanos usualmente continúa en la vida adulta, por lo que su muerte puede significar un duelo grave. Esto con frecuencia lleva a un examen de la relación con los otros integrantes de la familia, resultando en una mayor sensibilidad y preocupación por los miembros supervivientes (p. 31).

En cánceres con alta incidencia familiar (p. ej., de recto, colon o mama), la muerte de un hermano puede llegar a ser un estigma que estimule la vulnerabilidad a la ansiedad secundaria en

el superviviente. Ocasionalmente los hermanos viven su duelo como se “segunda clase”, al ver que todos consideran la aflicción de sus padres o sobrinos más que la de ellos.

2.1.2.2.4. Pérdida de un hijo

Según Gerlein (2000), aunque el grado de parentesco no es un buen indicador de la intensidad de la práctica, los seres humanos depositan en sus hijos gran parte de su mundo; son más que familiares, son parte importante de cada uno, de los sueños y proyecciones, y representan el futuro y la continuidad de los padres.

2.2. EL DUELO PERINATAL

Desde el punto de vista epidemiológico, de acuerdo con cifras establecidas por la Organización Mundial de la Salud (2006), el período perinatal se presenta desde las 22 semanas de gestación (es decir, 154 días) hasta una semana de vida independiente; para algunos investigadores como Kowalski (1987), este periodo se extiende desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas y los hijos cedidos en adopción. Pero en términos generales, desde el punto de vista epidemiológico, la mortalidad perinatal resulta de la suma de la mortalidad fetal tardía (marcada por la OMS en 28 semanas de gestación ó 1000 gramos) y la mortalidad neonatal precoz (hasta 7 días de vida), por 1.000 nacidos (vivos o muertos).

El concepto de duelo perinatal ha sido objeto de especial interés por diversos autores; muchos de ellos acuden a una interpretación del duelo que vive la madre por la muerte de un hijo no nato, o incluso, del hijo recién nacido, como un hecho profundamente doloroso, no sólo para la madre, sino también, para todo el núcleo familiar; sin embargo, la atención de casi todas las investigaciones se centra en la manera como la madre afronta el duelo, ya que ésta la que mayor relación tiene con el hijo.

A propósito, Oviedo et al. (2009) se refieren al duelo perinatal acudiendo a las consideraciones hechas por Ewton (1993), para quien la madre en la muerte perinatal de su hijo puede crear una respuesta más severa e intensa que cuando ocurre la muerte de un familiar adulto. Establecen, a su vez, que los aspectos más relevantes en este proceso son: en primer lugar, el incremento de la sensación de irrealidad, debido a que su relación con la persona que fallece no se basa ya en experiencias ni recuerdos de una persona real, sino en los lazos afectivos que se desarrollaron antes de establecer con ella un contacto físico; y en segundo lugar, una disminución evidente de la autoestima materna, como resultado de la incapacidad que percibe la mujer para confiar en su cuerpo para lograr satisfactoriamente el nacimiento de un hijo vivo y sano; en particular cuando la pérdida de éste se debe a anomalías fetales o problemas genéticos.

De manera particular, Oviedo et al. (2009) destacan:

En la muerte perinatal los padres pueden tener sentimientos de culpa, de frustración, de castigo o de injusticia, de acuerdo con sus patrones socioculturales y religiosos. Por eso deben enfrentar conjuntamente el duelo materno con el apoyo del personal de salud para superar esa grave situación en la dinámica familiar. El manejo mal orientado del duelo en la madre puede derivar en enfermedad, por lo que representa un riesgo mayor en los dos primeros años después de la pérdida

de su hijo. Además puede ocasionar alteraciones psicológicas, no sólo en los padres, sino también en otros miembros de la familia (p. 218).

Por su parte, López (2011) considera que las actitudes hacia la pérdida perinatal son variadas, según las expectativas de los padres, las condiciones mismas de la sociedad en que viven, y la cultura a que pertenezcan; pero en general, este tipo de pérdidas provoca un sufrimiento psicológico extenso e intenso y puede complicarse convirtiendo la existencia de los padres sin hijos en una experiencia difícil de sobrellevar. De acuerdo con la clasificación realizada por López (2011), se pueden identificar hasta siete tipos de muertes o pérdidas perinatales a saber:

2.2.1. Aborto espontáneo

López (2011) lo define como la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable. Se considera que entre el 15% y el 25% de los embarazos terminan en aborto, la mayoría de los casos antes de las 12 semanas de gestación y aunque no siempre resulta traumática la pérdida, puede estar acompañada de fenómenos de duelo, de intensidad y duración relacionada con la edad gestacional. El final del embarazo por aborto es una pérdida que no se reconoce ni social ni sanitariamente, pues si no hay vida mucho menos hay muerte, ni tampoco duelo.

Tras la pérdida del embarazo es embarazoso explicar que ya no habrá bebé a quienes recién se publicó el embarazo; también inquieta que quienes no conocen lo ocurrido indaguen por el embarazo aparentemente en curso. Las actitudes sociales y familiares, cuando hay un aborto, muestran una tendencia a disimular como si no hubiese pasado nada; es más, se resta importancia a la pérdida, convirtiendo lo que para los padres era un bebé en un ser a medio hacer, con

pequeña condición humana y se pronostica como cierto que habrá nuevos embarazos en el futuro.

2.2.2. Aborto voluntario

Trata de la decisión voluntaria y libre de la mujer gestante de abortar el hijo.

2.2.3. Interrupción voluntaria de embarazo por problemas del feto o amenaza para la salud materna

Señala López (2011) que cuando los padres tienen conocimiento de que el feto tiene alguna enfermedad, malformación o anomalía se puede dar lugar a una interrupción voluntaria del embarazo.

2.2.4. Reducción selectiva en embarazos múltiples

Por lo general, es el producto de técnicas de fertilidad, lo que significa que las parejas tienen ya con una historia de pérdidas o frustraciones. Si la supervivencia de todos los fetos no es viable, entonces se practica una reducción entre las semanas 10 y 12, por inyección letal.

2.2.5. Pérdida por feto muerto intraútero, intraparto (mortinato)

De acuerdo con López (2011), la muerte fetal, ya sea intraútero o en el parto, desata diversas pérdidas que actúan como estresores: la principal es el bebé deseado, pero hay otras pérdidas colaterales significativas como la esperanza de convertirse en padre o madre, el imaginario que genera la familia, la confianza en la seguridad de otros hijos, entre otros.

2.2.6. Pérdida en embarazos múltiples

Según López (2011), la mortalidad perinatal en embarazos múltiples es de 7 a 8 veces superior a la del embarazo único. Las expectativas de los padres y el interés de los familiares y amigos cercanos hacen de esta gestación algo especial; es por este motivo que cuando uno o más fetos mueren, la pareja no sólo pierde un bebé, sino un gemelo.

2.2.7. Pérdida del neonato

Algunas complicaciones graves del bebé que involucran su supervivencia aparecen repentinamente durante el parto o en las primeras horas o días de vida. En ambos casos, los progenitores y los profesionales se ven enfrentados a una situación que se podría considerar de duelo anticipatorio por la gravedad y riesgo de muerte del bebé; por una parte, elaboran la pérdida del bebé saludable fantaseado y, por la otra, prevén la posible pérdida por muerte del bebé real; hay un debate entre el apego al bebé que está enfermo y el miedo a que no logre

sobrevivir; esta ambigüedad puede manifestarse por la distancia emocional e, inclusive, física del bebé o por una permanente presencia y alerta por todo lo que ocurre con su hijo.

2.2.8. La pérdida del hijo

La importancia de este tipo de pérdida radica en que cualquiera que sea la causa, la muerte del hijo ejerce un profundo efecto emocional sobre la familia como un todo, y en cada uno de sus integrantes. Una respuesta emocional a este tipo de pérdidas se manifiesta a través de sentimientos de culpa y enojo, las cuales son frecuentes, además de hostilidad y agresividad que se desplazan habitualmente.

De acuerdo con García (2010), el proceso del morir y la muerte de los hijos fallecidos no sólo tiene que ver con el proceso biológico que conlleva morir, sino esencialmente con los significados relativos al mismo dados por los padres; y ello se debe a que existe una forma ideal de morir para cada individuo y que debe cumplirse según una serie de reglas de carácter temporal: los primeros seres humanos que van a morir son los ancianos, la muerte se da después de haber visto crecer a los hijos, la muerte ocurre luego de acumular bienes, la muerte sucede cuando se cumplen con todas las metas y objetivos de la vida, la muerte se da después de cientos de experiencias. Otro de los tópicos es la manera de morir: debe ser en la vejez por el agotamiento del organismo o por una enfermedad considerada “normal”.

Precisamente, quienes son padres experimentan un dolor profundo en respuesta a la pérdida de un hijo, aunque se distinguen de las mujeres en cómo experimentan los acontecimientos y

cómo expresan o gestionan las emociones y las cuestiones que les afectan, moviéndose en un marco de control de vínculos con el hijo y la familia y la reflexión de la importancia de la pérdida. Tal como lo señala García (2010), los padres requieren reconocerse como dolientes, su clase de dolor y las actividades físicas y creativas para solucionar el duelo.

Los significados que se asocian con la pérdida, el morir y la muerte, son revisados constantemente por los padres, que lo entienden como un proceso, no como un resultado o logro. Así por ejemplo, los hombres se enfrentan con dos cuestiones a la hora de hacer frente al duelo por la muerte de sus hijos: en primer lugar, se les da poco apoyo social, mientras que se espera que sean una fuente importante de apoyo a sus esposas, al resto de hijos y a los miembros de la familia; en segundo lugar, han de hacer frente a la noción culturalmente idealizada de que el dolor se maneja mejor a través de la expresividad, aunque no lo transmitan.

La pérdida reciente de un hijo se constituye en un periodo y allí se destaca la importancia del dolor como foco de la expresión de emociones y de la vivencia global de los padres y su conexión con la realidad objetiva de sus hijos (sus cuerpos), desde la idea de que cada hombre es como los demás, cada hombre es como algún otro y cada hombre es como ningún otro.

El recorrido a lo largo del dolor busca encontrar significado a lo que sucedió llevando a cabo actividades; otras veces, de dar significados a la experiencia o a través de la conexión con sus hijos. La resolución del duelo parental relaciona un sinnúmero de transformaciones de la representación interna que del niño fallecido tienen los padres, de su mundo interno y social, cuando ocurre el fallecimiento, de la representación que tienen del dolor, la realidad de la muerte

del niño y la continuidad de vínculos con el hijo fallecido. Ésta ha pasado a hacer parte de una realidad individual y social diferente, de manera que las representaciones internas pueden transformar, en algo, la psique de los padres.

Es importante precisar que no todos los miembros de una familia entienden y realizan el proceso de duelo y el luto del mismo modo. Los miembros de la familia llevan el proceso con un ritmo propio y de un modo personal.

2.3. EL SIGNIFICADO DE SER MADRE ADOPTIVA

2.3.1. Significado de ser madre

Hacer referencia al significado de ser madre adoptiva implica partir del abordaje de la condición misma de madre, entendida ésta como una de las etapas de la vida de la mujer con mayores cambios, los cuales se inscriben en el plano físico, psicológico, afectivo y social.

De acuerdo con Eschenbach (1968), la imagen de la mujer contiene el concepto de madre, y lo maternal incumbe a la esencia originaria de la mujer, lo cual es asociado psicológicamente, en muchas ocasiones, con conceptos como parir, alimentar, proteger, etc.

Ser y hacerse madre es una función animal que sigue leyes lógicas. El ser madre tiene como resorte el instinto materno que se desarrolla con máxima intensidad entre los 16 y 25 años. Muchas veces existe un deseo inconsciente y a veces también consciente de tener un hijo(a), pero en general sin conocimiento de la responsabilidad que siempre esta vinculada al nacimiento de un hijo(a) (Eschenbach, 1968, p. 216).

De esta manera, la maternidad es para la mujer una función significativa y tan fundamental a sí misma que puede llegar a aceptar y ejecutar la animalización sobre un objeto de cría para la procreación sana de la especie.

Según Deutsch (1952), citado por Salvatierra (1989), la maternidad hace alusión a la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo. En la mujer maternal, el deseo de ser amada se traslada desde el yo hasta el hijo y se torna capaz de auto sacrificarse sin demandar retribución alguna por parte del objeto.

La maternidad implica, por tanto, entrega, sacrificio y, a cambio, retribución, materializada en un entorno de afectividad; se trata de un cambio asumido con serenidad, esto es, sin recibir nada a cambio, más que un encuentro recíproco propio de la condición y naturaleza de ser madre.

Y es que ser madre y dar a luz un ser, según Eschenbach (1968), es un acto que solamente las mujeres pueden lograr entender y la vivencia de la concepción y del desarrollo del niño es algo que no se puede describir para una persona que no lo hubiese experimentado. Es por ello que la maternidad se debe entender como un acto individual, por cuanto la vivencia de la concepción y el crecimiento del niño se experimenta de manera diferente entre unos y otros individuos, siendo cada proceso incluso diferente para una misma mujer entre uno y otro hijo.

Al respecto, Salvatierra (1989) destaca que el “Instinto maternal” y el “amor maternal” son componentes diferenciados del carácter maternal: primero tienen un origen químico-biológico y

está más allá de lo psicológico; el amor maternal es la expresión afectiva de la relación positiva con el niño(a) y su principal característica es la ternura.

Es difícil establecer hasta qué punto el deseo de la mujer de tener hijos está influenciado por circunstancias externas relacionadas con necesidades o ideas masculinas, o por una tendencia primaria compuesta por motivos conscientes e inconscientes. Tampoco es evidente la relación entre erotismo y tendencia maternal: existen mujeres eróticas y no maternas como también se da en el caso contrario (Eschenbach, 1968, p. 218).

Lo que establece Eschenbach (1968) coincide, efectivamente, con lo que antes se establecía, y es la univocidad del proceso que implica la maternidad, univocidad que debe ser entendida en términos de individualidad, esto es, de única vivencia, irrepetible, tanto así en aquellas mujeres que tienen un solo hijo como en aquellas que han pasado por este proceso en dos ó más oportunidades.

La dificultad psicológica que hay detrás de la realización de la maternidad puede tener diferentes causas: la más habitual es el temor de la mujer de perder su personalidad a favor de su hijo, como lo señala Eschenbach (1968), vinculándolo con el miedo a la muerte, como amenaza a los valores eróticos y a la belleza física, como evitación de las dificultades reales o las limitaciones impuestas por el embarazo o como un sentimiento de insuficiencia ante las exigencias emotivas del mismo.

Son muchas las mujeres que ven en la maternidad y en el hijo la garantía del matrimonio y derivan de ello sus derechos de mujer frente al hombre. El hijo se convierte en una posesión y aseguramiento de la existencia del matrimonio. El hombre o la pareja deja de ser el objeto de deseo amoroso y pasa a significar solo protección social en una sociedad construida sobre la base del matrimonio (Eschenbach, 1968, p. 218).

Sin embargo, es de entender que ésta no es una tendencia generalizada y generalizable; por el contrario, este tipo de eventualidades que destaca el mencionado autor corresponde a situaciones en las que se presentan determinado número de circunstancias, puesto que no es posible afirmar que ello se presenta cuando se trata de madres solteras; de igual forma, la práctica evidencia que aún los matrimonios con hijos son susceptibles de separaciones y que por ende los hijos no son impedimento para ello.

En la mujer, el sentimiento de amor al hombre se convierte en el sentimiento pleno, de profunda felicidad de la maternidad. “Este desplazamiento, que ocurre como proceso psíquico mas o menos consciente, termina por desaparecer aunque podría llegar a fijarse por la acción de factores neurotizantes externos e internos” (Eschenbach, 1968, p. 218). Esto se debe a que la maternidad y el embarazo soportan la carga de los viejos sentimientos de culpa, que cuando superan los miedos y augurios normales, el embarazo se puede convertir en una experiencia dolorosa y difícil de admitir. Este instinto maternal, al igual que el sexual, contiene, junto a todos sus aspectos positivos, muchas probabilidades para el mal y la destrucción.

A pesar de ello, las condiciones materiales de vida, el medio social y las viejas y nuevas experiencias generan prototipos de madres distintas. La relación de la mujer con su pareja y con su familia, su realidad económica y la posición del niño o la niña en su existencia, dan un tono personal a la tendencia maternal de cada mujer.

Según lo anterior, la maternidad hace referencia a un conjunto de elementos biológicos y psicológicos, organizados y determinados por prácticas sociales que responden a un contexto en particular. Frente a esto, Palomar (2005) afirma que:

La maternidad no es un hecho natural, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata entonces de un fenómeno compuesto, en principio, por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género (p. 36).

De especial importancia para los intereses de este estudio es la concepción que tiene Badinter (1991) sobre la maternidad y el rol de la mujer; al respecto, el concepto de maternidad alude a un estado fisiológico momentáneo, es decir, el embarazo como a una acción a largo plazo: la crianza y la educación; por lo tanto, la función maternal estaría alcanzada solamente en el instante en que la madre consigue finalmente que su hijo sea adulto.

La madre, en el sentido corriente del término (es decir, una mujer casada y que tiene hijos legítimos), es un personaje relativo y tridimensional. Relativo porque no se concibe sino en relación con el padre y el hijo. Tridimensional porque además de esa relación doble la madre es también una mujer, esto es, un ser específico dotado de aspiraciones propias, que a menudo no tienen nada que ver con las de su marido ni con los deseos del niño. Toda indagación sobre las conductas maternas debe tener en cuenta estas diferentes variables (Badinter, 1991, p. 11).

Todo lo anterior implica que la maternidad, aún la no biológica, requiere de una lectura general que enfatice en sus particularidades, las cuales se identifican según el individuo, esto es, según la experiencia que sobre la misma maternidad tiene cada mujer.

2.3.2. Aproximación histórica al concepto de maternidad

Para realizar una aproximación histórica al fenómeno de la maternidad, es necesario partir de la presunción según la cual ésta se trata de una “construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia” (Palomar, 2005, p. 36); lo anterior implica que la maternidad conlleva un significado específico, según el momento histórico en el cual se le quiera comprender.

Es por tal motivo que se hace necesario reconocer los diferentes momentos de la historia de occidente en los cuales se ha otorgado un significado al concepto mismo de maternidad. Así por ejemplo, siguiendo la investigación de Palomar (2005), en la antigüedad:

la palabra “maternidad” no existía ni en griego ni en latín; aunque la función materna estaba muy presente en las mitologías, no era un objeto de atención serio ni para los médicos ni para los filósofos. En las sociedades rurales y artesanales de la antigüedad y la baja edad media, la prioridad se ubicaba en la renovación de los grupos sociales, de manera que para compensar la elevada mortalidad, se parían muchos hijos. El papel nutricional de la madre era primordial y orientaba todas sus actividades (p. 40).

Durante la edad media, específicamente en el siglo XII, aparecen los términos “*maternitas*” y “*paternitas*”, inventados por los clérigos de la época, quienes lo emplearon para hacer referencia a:

la función de la Iglesia, en el momento mismo en el cual el culto mariano tiene una enorme expansión, como si tuvieran necesidad de reconocer una dimensión espiritual de la maternidad sin dejar de despreciar la maternidad carnal de Eva. El papel educativo de la madre comenzó a tomar forma, estrechamente determinada por la Iglesia (Palomar, 2005, p. 40).

En el periodo conocido como la Ilustración, según Palomar (2005), se produce un acercamiento entre la denominada maternidad espiritual (la cual se predicada de la virgen María) y la carnal, por lo cual se comienza a formular un modelo terrenal materializado en la figura de la:

“buena madre”, siempre sumisa al padre, pero valorizada por la crianza de los hijos. La salud del cuerpo comenzó a ser tan importante como la salud espiritual, y comienza a construirse la idea del amor maternal como un elemento indispensable para el recién nacido y se va perfilando como un valor de la civilización al mismo tiempo que como código de buena conducta (Palomar, 2005, p. 41).

Esta nueva concepción procura una nueva relación afectiva que entra a reemplazar la función nutricia, esto es, la de brindar alimento y protección a los hijos por la función educativa, es decir, la de proveerles formación y educación; es así como en la nueva época:

la función materna absorbe la individualidad de la mujer, al mismo tiempo que se perfila la separación de los roles de la madre y del padre en relación con las tareas de educación y manutención de la prole. Los planteamientos rousseauianos transfiguraron a la madre hablando de la importancia de su amor: la función reproductora, completamente animal, se borraba frente a la afectividad, recurso esencial de la educación maternal, convirtiéndose en el motor fundamental de una nueva cultura. La glorificación del amor materno se desarrolló durante todo el siglo XIX, llegando hasta los años sesenta del siglo XX (Palomar, 2005, p. 41).

Desde finales del siglo XX la autoridad del Estado se impone por encima de la autoridad del padre e interviene de forma tal que comienza a limitar la función maternal, politizándola. Los movimientos demográficos hacen que nazcan las políticas natalistas que definen a la maternidad como deber patriótico y arrojan medidas para impulsar a las mujeres a parir, al mismo tiempo que algunas medidas represivas castigan la anticoncepción y el aborto.

Las mujeres, antes despreciadas como hijas de Eva, comenzaron a encontrar en la idealización de la maternidad una rehabilitación de su diferencia y el reconocimiento de un papel propio. La

modernidad, por medio de la medicalización triunfante y el impacto creciente del poder político, hace entrar a la maternidad en una etapa de turbulencia y confusión de la cual la salida no ha sido sencilla, y que en los años sesenta tiene un giro cuando los primeros planteamientos feministas disocian a la mujer de la madre, permitiendo a cada una afirmarse como sujetos autónomos (Palomar, 2005, p. 42).

Finalmente, en estas primeras décadas del siglo XXI, la maternidad evidencia una tensión entre lo privado y lo público, a tal punto de procurar un constante debate apoyado en una doctrina liberal de reconocimiento de los derechos de los mujeres, enfocadas en defender el carácter privado del cuerpo; este tipo de tendencia ha tenido gran apoyo de grupos feministas participado activamente.

Las feministas de la segunda ola estaban a favor de preservar su privatización, hablando del “sujeto mujer” y clamando por el control de su fecundidad. Denunciaban también la “maternidad-deber” y hablaban de la maternidad como una opción personal. El otro polo del debate que ve a la maternidad como un asunto público señalaba que son las condiciones socioeconómicas generales las que la han empujado a un proceso de desprivatización, resaltando dos factores fundamentales: las distintas ciencias médicas, psicológicas y educativas produjeron en las madres la sensación de incompetencia, y las exigencias del mundo laboral volvieron necesario ocuparse del cuidado de los hijos de una manera institucional (Palomar, 2005, p. 42).

Todo el anterior trasegar histórico confluye en lo ya afirmado, y es que la maternidad es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social determinado y de una época definida de su historia, formando un fenómeno lleno de discursos y de prácticas sociales concentrados en un imaginario complejo, que es, a su vez, origen y efecto del género.

La experiencia de la maternidad parece condensar tanto las objeciones como los ideales del género en la sociedad actual, interviniendo en la elaboración de una experiencia femenina, compuesta por automatismos, tradiciones, costumbres y disposiciones sobre lo que una mujer debe ser; como práctica real o como eventualidad es algo que a toda mujer se le plantea en algún

momento de su vida, aunque si bien de diversas maneras. La maternidad se presenta de tal manera “naturalizada” como manifestación del género, que se vive de forma automática sin que intervenga un proceso de reflexión consciente que permita dar cuenta de las motivaciones que llevan a una mujer a tomar la decisión de tener hijos.

2.3.3. Ser madre adoptiva

Estudiar la noción de “madre adoptiva” conlleva hacer frente a toda una serie de imaginarios matizados por diferentes representaciones sociales sobre la maternidad como tal, la cual se presume que se configura al dar a luz un hijo por medios naturales y por el la condición biológica que ello conlleva; sin embargo, dicha condición biológica queda subrogada cuando la maternidad se configura a través de la adopción, incluso, cuando ésta se presenta a través de medios artificiales.

De acuerdo con Pinto (2007), los estudios sobre género o conjunto de fenómenos sociales, culturales y psicológicos que se asocian a las diferencias de sexo, otorgan un lugar preponderante al lenguaje y en consecuencia al análisis del discurso, porque tal como señalan Caldas y Rojo (1997) “es en las prácticas discursivas donde construimos distintas representaciones de los acontecimientos, de las sociedades, de los grupos y de nosotros mismos, constituyéndonos así en sujetos y estableciendo nuestras identidades” (p. 4).

Los precitados autores, aunque no hacen referencia directa a la maternidad adoptiva, sus indicaciones se convierten en preámbulo para comprender la necesidad de hacer uso de un

discurso específico sobre las representaciones sociales que implica ciertos fenómenos sociales, culturales y psicológicos, como lo es la propia maternidad adoptiva.

Por su parte, Fernández (1994) señala que nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea de que la maternidad es la función de la mujer y de que a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, la maternidad, incluso la adoptiva, da sentido a la feminidad y la esencia de la mujer es ser madre. Es así como funciona en nuestra sociedad el imaginario social instituyente, produciendo y reproduciendo un universo de “significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte de los valores de la sociedad y de la subjetividad de los hombres y mujeres” (Fernández, 1994, p. 61).

Estas producciones de sentido de carácter histórico producen mitos tales como el de Mujer = Madre, que regula y organiza el obrar de los individuos. Al respecto, Fernández (1994) señala expresamente: “Desde la multiplicidad discursiva- discursos populares, científicos, políticos, ideológicos sobre la mujer- se organiza un real Mujer = Madre que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuera” (p. 61).

Como puede verse, lo anterior hace referencia a un imaginario idealizado por la colectividad que representa la sociedad sobre la maternidad adoptiva, colectivo en el cual confluye un ideario según el cual la mujer sólo alcanza su realización al convertirse en madre, ideario que puede coincidir con las representaciones de algunas mujeres que deciden no ser madres biológicas, pero que, de igual manera, no puede extenderse a todo el género.

2.4. TIPOS DE AFRONTAMIENTO

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento es, de acuerdo con la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (2010): afrontamiento activo, afrontamiento pasivo y evitación.

Otra clasificación básica podría ser afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual.

Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es: afrontamiento dirigido a cambiar la situación y afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

Según Martín, Jiménez y Fernández (2010), las siguientes son las estrategias de afrontamiento más comunes:

- **Reevaluación positiva:** consiste en evaluar nuevamente el problema.
- **Reacción depresiva:** consiste en una notable baja del estado de ánimo.
- **Negación:** indica la no aceptación de la situación.
- **Planificación:** está basada en la organización de todas las estrategias que el individuo crea necesarias para resolver el problema.
- **Conformismo:** se basa en acomodarse para quedar a gusto con lo que se está viviendo.

- Desconexión cognitiva: consiste en desconectarse cognitivamente del problema o la solución
- Desarrollo personal: se basa en buscar actividades que permitan un crecimiento personal.
- Control emocional: consiste en no mostrar lo que emocionalmente se está sintiendo ante determinada situación.
- Distanciamiento: es cuando el individuo se torna distraído a causa de la situación.
- Suspensión de actividades distractoras: es cuando el individuo suspende todas las actividades que interfieren con la resolución de su conflicto.
- Refrenar el afrontamiento: consiste en retroceder en el proceso de afrontamiento.
- Evitar el afrontamiento: consiste en evadir enfrentarse al problema y a la solución de éste.
- Resolver el problema: es un método por el cual el individuo se vale de todas sus estrategias para encaminarlas hacia la solución.
- Apoyo social al problema: se refiere a compartir si problema o preocupación con el otro.
- Desconexión comportamental: no encamina sus acciones para resolver el problema.
- Expresión emocional: está encaminada a expresar lo que se siente ante la situación.
- Apoyo social emocional: se refiere a la búsqueda de compartir sentimientos y emociones con otro.

Martín et al. (2010) también destacan los siguientes estilos de afrontamiento:

Según el método:

- Activo: trata de centrarse en la resolución del problema.
- Pasivo: no hace nada para encontrar solución al problema.
- Evitativo: evade el problema y posterga su afrontamiento

Según la focalización:

- Focalización respuesta: consiste en centrarse en lo que causa el problema.
- Focalización problema: se centra en el problema como tal.
- Focalización emoción: consiste en trabajar en lo que se siente a causa del problema

Según la actividad:

- Conductual: acciones en pro de la resolución y afrontamiento del problema.
- Cognitiva: consiste en la utilización de todos los recursos cognitivos a favor del afrontamiento de la situación.

Cada individuo tiene la capacidad de afrontar situaciones en las que sientan cierta cantidad de estrés, y la manera en que lo afronte depende también de sus experiencias de la vida (temores, expectativas, habilidades, deseos). Por lo tanto, la experiencia y el éxito para manejar situaciones de estrés o similares, la confianza en sí mismo y permanecer tranquilo, son aspectos que contribuyen a que una persona pueda valorar e interpretar las situaciones de manera realista. “Estas características hacen parte del desarrollo de la personalidad, el cual está influenciado evidentemente por las relaciones sociales” (Sarason y Sarason, 1996, p. 121).

Las anteriores tipologías de afrontamiento del duelo son sólo un referente que sirve a los intereses de este estudio; sin embargo, para la consecución de los objetivos propuestos, nos acogemos a la propuesta de Martín, Jiménez y Fernández-Abascal (2010), por cuanto concuerda con los lineamientos metodológicos establecidos en este estudio.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. PARADIGMA INVESTIGATIVO

La presente investigación reconoce el paradigma hermenéutico, ya que el interés era hacer un acercamiento a las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín. El paradigma hermenéutico posibilita un acercamiento a la naturaleza del fenómeno e interpretar la realidad; de acuerdo con Packer (1985):

El acercamiento hermenéutico busca elucidar y hacer explícita nuestra comprensión práctica de las acciones humanas al proveer una interpretación de ellas. Es un acercamiento históricamente situado, que considera la explicación, antes que nada, como el dar una versión que sea sensible en la manera como se dirige a los intereses y preocupaciones actuales, no como una búsqueda de leyes eternas y ahistóricas, y de estructuras formales (p. 17).

El paradigma hermenéutico permite al estudio encontrar cada uno de los elementos del texto de las mujeres que han atravesado por situaciones de duelo por muerte perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín. Así, se pretendió comprender las relaciones existentes entre esta clase de duelo y el contexto de significados y sentidos que le otorgan las mujeres. Esto obliga a desprenderse de la propia realidad para realizar un acercamiento juicios personales e intentar lograr una contemporaneidad con el texto de referencia; precisamente, “los juicios teóricos, basados en evaluaciones racionales, subyacen a la acción que simplemente es “llevada a cabo” luego de que su carácter formal haya sido planeado” (Packer, 1985, p. 10).

3.2. ENFOQUE

Por otra parte, este estudio se propuso desde un enfoque cualitativo, el cual, según Galeano (2004), es un enfoque que “hace de lo cotidiano un espacio de la comprensión de la realidad. Desde lo cotidiano y a través de lo cotidiano busca la comprensión de relaciones, visiones, rutinas, temporalidades, sentidos, significados” (Galeano, 2004, p. 16.). En otras palabras, la presente investigación reconoce en primer lugar que la experiencia de duelo por muerte perinatal expresada por las mujeres se constituye en un texto en el que se otorgan significados y sentidos.

Para este ejercicio investigativo se propuso un diseño basado en el análisis del discurso. Es decir, se reconoce la importancia del lenguaje en uso, para este caso, los relatos propios de las mujeres que han atravesado procesos de duelo por muerte perinatal. De esta manera, según explica Núñez (2013), la perspectiva cualitativa sugiere que además de intentar una compenetración con los individuos involucrados en el fenómeno estudiado, también implica una capacidad de penetrar los contextos de significado con los cuales ellos operan. En el análisis del discurso, como investigación cualitativa, es fundamental el estudio de los elementos del contexto para dar explicaciones a la realidad estudiada.

3.3. METODOLOGÍA

La metodología que se emplea para el presente ejercicio investigativo corresponde a un estudio de casos; según Martínez (2006), se trata de una valiosa herramienta de investigación, la cual permite medir y registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno objeto de estudio, que para este caso, corresponden a las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín.

De acuerdo con Scholz y Tietje (2002), los estudios de caso “son usados para propósitos de demostración y aprendizaje, ambos en educación e investigación” (p. 1); mientras Yin (1989) concibe el estudio de casos como una estrategia investigativa en las ciencias sociales y humanas, definiéndolo como “una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo, dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes” (p. 10).

Para los proyectos de investigación a través de estudio de casos, el diseño responde a cuatro tipos principales que son relevantes. Inicialmente pueden ser diseños de un caso sencillo y casos múltiples, en segunda instancia se puede definir entre un diseño holístico (unidad simple de análisis) y un diseño incrustado (unidades múltiples de análisis) (Yin, 1989). El diseño de estudios de casos debe consistir del desarrollo de la teoría y muestra luego que la selección del caso y la definición de las medidas específicas son pasos importantes en el diseño y en el proceso de recolección de datos. Cada estudio de casos individual consiste en un estudio completo, en el cual la evidencia convergente es vista considerando los hechos y las conclusiones para el caso;

cada una de las conclusiones del caso es luego considerada como la información que necesita de réplica por otros casos individuales (Yin, 1989).

3.4. REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Por otra parte, el registro y sistematización de la información recopilada se realizó teniendo en cuenta los siguientes pasos o etapas:

- Selección del tema.
- Documentación inicial.
- Construcción de antecedentes.
- Exploración de terreno.
- Selección de participantes y fuentes.
- Plan de recolección y generación de información.
- Establecimiento de técnicas de recolección de información.
- Teorización.
- Categorización.
- Análisis.
- Relación de informe.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Con respecto a la población objeto de estudio corresponde a mujeres adultas de la ciudad de Medellín que hubiesen atravesado por procesos recientes de duelo por muerte perinatal por aborto espontáneo y que, además, fuesen madres adoptivas. De ahí que, como criterio de inclusión, se tuvieron en cuenta:

- Mujeres.
- Procesos de duelo por muerte perinatal menores a cinco años.
- Que vivan en la ciudad de Medellín.
- Que firmen consentimiento informado* .
- Que hubiesen tenido un aborto espontáneo.
- Mujeres que por su condición física o psicológica hubiesen decidido adoptar.

En todo caso, en la investigación se tuvo especial cuidado en los siguientes aspectos:

- Procesos de duelo materno mayores a seis años.
- Mujeres con trastornos mentales diagnosticados por médico, psiquiatra o psicólogo.
- Mujeres que tuviesen algún trastorno de lenguaje que les impidiera la comunicación.

Se eligió una muestra intencional conformada por tres mujeres que hubiesen atravesado por procesos recientes de duelo por muerte perinatal por aborto espontáneo y que, además hubiesen escogido la adopción como una de las formas de lograr su sueño de ser madres, y quienes firmaron el respectivo consentimiento informado en donde aceptaron participar con el desarrollo

* Ver Anexo B.

de esta investigación; en este sentido, no se emplearon métodos de muestreo de carácter probabilístico, ya que se trató de un estudio de enfoque cualitativo.

3.6. FUENTES

Con respecto a las fuentes de información, y de acuerdo con metodología, se hizo necesario el uso de fuentes primarias y secundarias; las primarias estuvieron comprendidas por la información obtenida en campo, la cual fue proporcionada por un grupo de tres madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín; por su parte, las fuentes secundarias encuentran sustento en la documentación bibliográfica que respalda este estudio, proceso que se llevó a cabo mediante el rastreo documental en las principales bibliotecas de las universidades en donde había facultades de psicología en la ciudad de Medellín.

3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.7.1. Entrevista semiestructurada

Como instrumento directo de generación de información se realizaron entrevistas semiestructuradas* que contenían preguntas predeterminadas según ciertos ejes temáticos definidos con anterioridad y relacionados con el tema de interés de la investigación. Las preguntas contenían respuestas “abiertas” y pudieron ser expandidas a discreción del

* Ver Anexo A.

entrevistador. La entrevista semiestructurada combina la flexibilidad de una entrevista abierta o en profundidad, con la direccionalidad y agenda de una encuesta estructurada.

Según Nahúm, citado por Hurtado (1998), la entrevista es una situación de conversación de dos o más personas, en la cual ocurre un intercambio de opiniones, de actitudes de informaciones. En esta investigación se implementa la entrevista semiestructurada, ya que fue la que más se ajustó a la dinámica utilizada en el proceso de recolección de la información y a los objetivos que se pretendían alcanzar con el mismo.

Para la investigación propuesta, la entrevista semiestructurada, metodológicamente hablando, fue la que más se ajustó a la dinámica utilizada en el proceso de recolección de la información y a los objetivos de la investigación.

3.7.2. Observación no participante

Como instrumento de generación de información se consideró también la observación no participante, ya que por medio de ésta se recogió la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado. El objetivo de esta técnica fue identificar elementos del recuerdo ideográfico de las estrategias de afrontamiento en mujeres de la ciudad de Medellín que experimentaron duelo por muerte perinatal.

En resumen, los métodos derivados del paradigma cualitativo permitieron el acceso a los motivos, significados, emociones, ligados a la experiencia humana y buscan comprender las

acciones de las personas, sus comportamientos y las condiciones que las acompañan. Por esto, se hizo énfasis en las narraciones de las mujeres, lo que permitió acceder a la comprensión de la significación que atribuyeron a la experiencia del duelo perinatal.

3.8. DIFICULTADES EN EL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso de recolección de información estuvo atravesado por una serie de situaciones y hechos fácticos que limitaron la aplicación de los instrumentos de recolección de información: en primer lugar, el formulario de entrevista semiestructurada tuvo que ser sometido a un proceso de depuración permanente, de tal forma que las preguntas de dicha entrevista estuvieran planteadas con el propósito de responder a los objetivos de la presente investigación.

En segundo lugar, hallar la población para este ejercicio investigativo conllevó importantes retos, ya que en la ciudad no existen instituciones u organismos que tengan por objeto social la atención del duelo perinatal; a su vez, las instituciones prestadoras de servicio de salud no entregan información sobre mujeres que hubiesen atravesado por este tipo de situaciones, lo que llevó a que la identificación de la población se tuviera que realizar a través de contactos personales del grupo investigador.

Finalmente, una vez identificada la población, hubo que convencerla de participar en este ejercicio investigativo, explicando las características del estudio y aclarando que no se iba a publicar información o datos personales de las entrevistadas.

4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, tal y como fueron expresados verbalmente por las tres madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín que participaron en el presente estudio.

4.1. ENTREVISTA N° 1

A los 28 años de edad me embaracé por primera vez después de llevar cuatro años de estar buscando embarazarme; con un diagnóstico de endometriosis grado cuatro, con dificultades para poder quedar embarazada habiéndome hecho ya tratamientos de fertilidad, de estimulación ovárica e inseminación y quedamos a los cuatro años de estar casada en embarazo, sin ningún tipo de tratamiento.

Pasamos un embarazo muy tranquilo, sin ningún síntoma. Nos dimos cuenta muy rápido de este y al mes, aproximadamente, siete semanas, logramos ver el embrión con vida.

Llevando once semanas y cinco días, amanecí con un sangrado. Lo único que atiné fue decirle a mi esposo que estuviera tranquilo, que seguro era una amenaza de aborto y que nos iban a mandar reposo absoluto y solamente iré al baño cuando tenga que hacer chichi y nada más.

Cuando llegamos allá nos hacen la revisión y nos piden que se haga otra ecografía y ahí nos damos cuenta. Ésta situación es un poco más traumático porque fue en un Hospital de la EPS y mi esposo no pudo acompañarme durante el proceso de revisarme, de que hicieran otra ecografía.

Ya en esta ecografía, yo iba muy emocionada, porque pensaba que lo iba a volver a ver, era la segunda ecografía que me hacían, pero resulta que ese embrioncito se había quedado a las nueve semanas; ya tenía el tamaño de un embrión de nueve semanas. En ese momento el doctor me dice que no hay nada que hacer, que tienen que hacer un legrado y que pues lo mejor es que yo lo expulse por mí misma.

Ya logro salir para decirle a mi esposo, mejor dicho, no le dije, lo hice entrar a que el médico le dijera porque yo no contenía las lágrimas.

Me mandan a tomarme tres pastillas de misoprostol y me dicen que esté muy tranquila que de aquí a las cuatro usted ya iba a estar lista.

Volvimos a las cuatro y nada, volvimos a las siete de la noche y nada, el dolor de cabeza era impresionante y yo supuestamente no podía comer nada, eso fue un viernes, ya al sábado en la mañana me dijeron que vuelva a las nueve, volvimos a las nueve, tampoco, me pusieron otra vez el misoprostol pero ya en el cuello del útero, y nada, a las once, doce del día una amiga me visita que es médica, me revisa, me dice que las pastillas se han movido, vuelve y las acomoda y le dice a Mauro (esposo), que si de aquí a las seis o siete pues yo no he podido por sí sola, tocaba alumbrarlo, o no sé cómo se dirá eso, pero expulsar el embrión.

Volvimos. Todas las veces me revisaron estudiantes en práctica, médicos pues así haciendo su post grado; ya ahí mi esposo dice que no, que no me lleva para la casa, que el riesgo es mucho, que me dejen allá hospitalizada. Llega un ginecólogo, me revisa, y digamos que gracias a él que abrió un poquito el cuello del útero empieza ya todo el proceso, pero mi esposo dice que no me lleva entonces que ahí me deja para hacerme el egrama. Me hacen el egrama y me mandan para mi casa, digamos que me incapacitan por quince días o veinte días, ya no recuerdo, fue muy doloroso, porque era como perder la ilusión de un hijo que no, de un imaginario, ya tenía rostro, cuerpo, vida, ya tenía toda una ilusión, digamos que en ese afán de que ya se llevaban años de no poderse quedar embarazada.

Entonces se le contó ya a todo el mundo, pienso que, desde mi experiencia ahora a cualquier mujer que se embarazara le diría que se espere por lo menos los tres primeros meses para contar, porque es mucha la expectativa que uno genera en los demás, y que ya después te pregunten que te paso, como vas, es muy verraco.

Después de eso vamos donde el ginecólogo, me encuentran que otra vez tengo quistes en los ovarios, me hacen evaluaciones para descartar incompatibilidad entre la sangre mía y la de Mauricio o de que yo esté generando coágulos; todo eso se descarta, solamente defienden la teoría de que de pronto por la misma endometriosis me haya habido una baja de progesterona, una baja de progesterona.

Al volver a ir al ginecólogo descubren que otra vez hay quistes, que hay que volver a hacer otra cirugía, otra laparoscopia en enero.

Al siguiente año, o sea, dos años después de haber perdido mi embarazo vuelvo y me embarazo, sin ningún tipo de tratamiento pero ya este era un embarazo no embrionado, digamos que yo ya ahí no me hago ilusiones, el que se hace las ilusiones es mi esposo, digamos el que tiene que aprender en ese proceso es el.

I: Pero tú viviste esa pérdida inicial, pues alguna experiencia como tal de duelo y afrontar. ¿Cómo afrontaste esa pérdida del prime embrión o ese primer hijo que estabas esperando? ¿Cómo fue? ¿Cómo lo afrontaste para seguir adelante? Llegaste a pasar por algún tipo de desapego o algún tipo de duelo o fue llamémoslo normal.

E: No Patricia, normal no es, porque de todas maneras es la ilusión, es todo, yo te digo, puedo decir que, no yo lloré, jum mucho tiempo, yo creo que yo llevaba un año de la pérdida y me montaba en un bus y lo único que hacía era recordar ese momento donde el ginecólogo me volteaba el ecógrafo y me decía mire es, que ya no hay latido. Eso perduró por mucho tiempo, lo que pasa es que el tiempo, y la idea de uno irse dando cuenta que hay otras opciones, y que hay otras maneras de ser madre, no solamente desde el hecho de ser la madre biológica, uno va empezando a tener tranquilidad, y a darse cuenta de que los hijos son un don que Dios nos da, y a todos no nos da ese don de tenerlos biológico, yo pienso que hizo parte Dios, hizo parte la gente que me rodeó, hizo parte la madurez que uno va adquiriendo, entender todas las cosas.

Empecé a entender que todo no dependía de mí, que a pesar de que era mi cuerpo, ese ser, y esa personita no dependía solamente de lo que yo quisiera sino de lo que la vida y Dios quisiera con el; si se llama desapego si, uno aprende a que nada es de uno, es que ni la propia vida, entonces tiene que ir dejando que pasen las cosas como tienen que pasar.

Fuera de eso, se hizo trabajo con psicología, desde el psicoanálisis, para aprender cual era mi imaginario, porque todavía mi imaginario continuaba, yo seguía hablando de mi embarazo y hable de mi embarazo hasta Diciembre, como si lo hubiera continuado, aprender a convivir con las otras mujeres que estaban en embarazo del mismo lugar donde yo trabajaba, de las vecinas que habían, ver ya esos hijos.

I: ¿Cómo aprendiste esa convivencia, a convivir con esas otras personas que estaban en embarazo y que tu no?

E: No Patri, yo pienso que es que no es ni siquiera de aprender sino de dejar que los sentimientos fluyan, osea habían momentos en que yo me encerraba en un baño a llorar, me invitaron al baby shower del de la oficina y fui, tranquila, calmada, todo lo demás, pero duro igual.

Fue duro con una prima de Mauro, su segundo hijo, que ya el primero había sido a los quince años, la segunda, pues casi como un accidente.

El día del baby shower me puse a chillar en el baño, o sea como todas esas cosas claro, no era lo mismo, pero es entender que la vida le va dando a uno lo que necesita y en el momento que lo necesita, entonces va uno como sobrellevándolo, pero yo decir entonces que si hice como una terapia, o una cosa distinta a la de todo el mundo, no, seguir viviendo y seguir agradeciendo y viviendo feliz con lo que se tiene, bueno o malo.

Pienso que uno también se llena de esperanzas de volverse a embarazar, volverse a sentir igual, entonces se empieza una búsqueda frenética también de tratar de reemplazar ese embarazo anterior por uno nuevo, pero resulta que la cosa no es así, uno se va dando cuenta con el tiempo que no, de que pasa, pasa, y nada, cuando menos piensa paso lo otro que volvimos y nos embarazamos.

En ese momento si buscamos ayuda, pues ginecólogos. Muy juiciosos, fuimos hasta donde un médico bio-energético y esa fue una experiencia muy bonita, porque de alguna manera digamos que yo me despedí de ese embarazo, porque era casi inviiable pues, por el hecho de que no había subido, ósea, era un saco sin embrión, entonces, yo me despedí de ese embarazo y recuerdo que lo único que el señor me dijo, pues que el bio-energetico me dijo fue “estas en paz contigo y con el embarazo” yo le dije si, estas tranquila ,y yo sí, muy tranquila, eso fue un viernes y al sábado fuimos donde el ginecólogo y nos dijo no, no hay nada que hacer, pues ya, ya se está resolviendo, te va a venir el periodo común y corriente. Ya lo interesante de todo este cuento es que el bio-energético termina llamando a mi esposo; yo ya lo había visitado a él anteriormente, en parte también por mi primer embarazo y lo único que él me decía era: yo lo único que veo es

que ese embarazo te trajo una cantidad de luz morada, que significa amor, el vino a darte amor y ya Dios te dio permiso para ser mamá.

Cuando él me llama y me dice “necesito hablar con su esposo”, me dijo tu proceso no era para ti, ya el proceso tú lo viviste, el proceso es para tu esposo, y efectivamente cuando vamos con Mauricio, él hace toda una catarsis, llora, pues, porque la ilusión y el deseo era de él mas no mío.

I:¿ El deseo del hijo era más de él que tuyo?

E: Claro, yo ya de alguna manera lo había vivido, al cien, ya este segundo yo lo estaba viviendo con miedo, entonces yo ya no era la misma, no era como la misma fe, no era como hay si entonces este si este sí, no, sencillamente si es, es, si no es digamos que ya había aprendido a desapegarme del cuento, lo que el no, porque él era volverlo a vivir. Entonces a él le tocan varias sesiones con el señor, para aprender a desapegarse de eso.

Yo pienso y miro en retrospectiva lo que me pasó, digamos que es muy charro porque si yo veo a una mujer embarazada y está empezando un embarazo y sufre de endometriosis inmediatamente le recomiendo que valla y se mida la progesterona y como que hagan las cosas que no hicieron conmigo los médicos cierto, mas no lo veo con dolor, lo veo pues como con miedo, si de alguna manera se puede decir.

Pensar para mí en un embarazo ahorita ya no es como mi prioridad, ni mi deseo, porque de alguna manera entendí que la maternidad no era solamente llevar un embarazo, llevar un niño en el vientre, era llevar un niño en la vida de uno.

I: ¿Cómo lograste eso?

E: No, no te sabría explicar, pienso que siempre ha estado ahí, yo pienso que hay dos cosas en las mujeres, el deseo de estar embarazadas y de llevar todo un embarazo que debe ser un proceso muy lindo, y hay mujeres que no conciben la maternidad si no viven ese proceso y hay otras mujeres que consideramos que la maternidad es tener un hijo y llevar un hijo por la vida, hasta cuando ellos se dejen pues, entonces hay mamás que quieren el biológico, lo quieren biológico, y termina ahí y no hay vinculo, ni hay nada, porque ellos no querían sino esa parte biológica, y se desvinculan del cuento y hay otras mamás que al contrario si viven eso biológico y siguen ya la vida, osea ya llevárselo en el corazón y cargar con su hijo por toda una vida, y tenemos otras pues que no podemos desde lo biológico, pero que somos conscientes que lo que queremos es ser mamás, tener un ser, que en sus primeros años de vida dependan cien por ciento de uno, que uno pueda hacer de ella una personita buena y que de ahí en adelante sigan su propia vida y hagan su propia familia, sus propias cosas.

I: ¿Y cómo llegaste entonces a la, a la decisión de seguir, optar por esa, por otra opción de ser madre a través de la adopción?

E: Patricia, yo creo que toda la vida esa opción estaba abierta, dentro de mí, porque digamos que yo siempre quise ser mamá, pero no era solamente el hecho de llevarlo ahí en el vientre sino que yo siempre fui mamá chiquita, ósea, yo siempre me gustó andar con niños, los hijos de mis amigas, los hijos de las amigas de mi mamá, o de personas mayores, yo era la que andaba pa' todos lados con ellos y me encantaba, si me decían hay eres mamá, no pero, ósea, me gustaba, el hecho de que me dijeran que el niño que llevaba era mi hijo.

I: ¿Qué significado tiene para ti ser mamá?

E: Es que yo creo que yo no me hubiera realizado como nada si yo no hubiera sido mamá, a pesar de que soy profesional, para mi ser mamá es todo, a diferencia de otras personas que su realización es lo profesional, mi realización es mi familia, mi hijo y mi esposo, di con muy buena suerte que tengo un esposo excelente, y considero que hasta el momento tengo un hijo muy bueno, y que con la ayuda de Dios va a seguir siendo un niño muy bueno, con la guía que uno le pueda dar y con la libertad también, como hasta cierto punto, porque soy una mamá muy exigente.

Pienso que estaba abierta a eso, a que hubiera esa posibilidad. Fuera de eso, cuando yo pierdo a Samuel, ¿Samuel?, oigamen a mí, cuando yo pierdo ese primer hijo, ese primer embarazo, no hijo, embarazo, llega a mi vida otra personita, que eso también me ayudo de alguna manera a llevar ese duelo, que fue que llega mi sobrina, y yo la acojo como una hija, porque yo asumí muchas de las responsabilidades de mi hermano que era muy joven, y muy irresponsable, entonces yo empiezo a velar por ella desde lo económico pero también desde las saliditas de fin

de semana, a estar mucho tiempo con Sara, tanto es así que por ejemplo, en el lugar donde yo hice la adopción, a Sara la consideran otra hija mía, entonces yo no hablo de que yo tengo un hijo, yo tengo dos, y Sara de alguna manera, ósea Sara antes de que llegara Samuel se quedaba fines de semana, hoy en día todavía se queda, pero ella también ha sentido un poquito el distanciamiento entre nosotros, porque ya si Samuel quiere dormir con mamá pues Viviana se tiene que ir a dormir con mamá, así Sara quiera dormir también conmigo, al segundo día de estar Samuel en la casa, Sara llega y me dice, dile al tío que duerma con Samuel que yo quiero dormir contigo, estaba buscando a su mamá, a su tía, a su madrina y mamá, porque en ocasiones ejercí ese rol con el entonces digamos que ya entro a apaciguar un poquito ese tema, tranquilizarme en el hecho de haber perdido ese embarazo.

I: Volviendo a retomar, ese tema de que ella te ayudo, la llegada de tu sobrina, ¿cómo fue de pronto el apoyo o la relación con tus demás familiares, para con esa primera perdida del embarazo, buscaste apoyo en ellos, te lo brindaron o más bien estuviste alejada?

E: si, si, si me lo brindaron, no más que hubo un conflicto entre mi mamá y yo, y un conflicto desde la fe, por qué, porque yo renegaba de Dios en ese momento, decía como haces esto, como me das esta ilusión y luego me lo quitas, pues ósea, y como le da esa ilusión a otra cantidad de mujeres, que lo quieren entregar, que lo abortan, tuve esa disyuntiva con él, y mi mamá al contrario era no dale gracias a Dios, yo que le voy a dar gracias a Dios, ese señor me quito mi ilusión, he, entonces ahí hubo como cierto distanciamiento, aunque mi mamá siempre me apoyó y estuvo conmigo en todo ese proceso.

I: Y ella te decía dale gracias a Dios.

E: Pues, me decía, de pronto hubiera venido con un problema, lo que las mamás dicen en esos momentos, porque ellas no piensan sino en tratar de tranquilizarlo a uno pero no lo hacen de la manera correcta, a diferencia mi suegra, que ya había tenido una pérdida, no de un embarazo sino de una hija de 18 años, luego, me abrazó y me escuchó, lloro conmigo lo que mi mamá no hizo, mi mamá no fue capaz de abrazarme sino que, era regañándome por el sufrimiento, que no había como razón, para ella no había razón de que estuviera así, pienso que también desde la ignorancia, el deseo de ver a sus hijos tranquilos, mi mamá actuó de esa manera digámoslo así, pues yo no tengo como ningún resentimiento con esa situación, lo entiendo así como con ella.

4.2. ENTREVISTA N° 2

Hola Verónica, ¿Cómo estás?

E: Muy bien Sara, gracias a Dios

I: Que bueno, Verónica ¿Está usted de acuerdo con esta entrevista?

E: Si, claro.

I: ¿Se encuentra usted bajo voluntad propia y está dispuesta a contarnos toda su experiencia?

E: Totalmente.

I: Perfecto, demos inicio entonces, que tiene para contarnos el día de hoy.

Bueno Sara, voy a contarte mi experiencia.

Tuve una relación más o menos hace 6 o 7 años, con un hombre maravilloso llamado Andrés. Empezamos la relación, yo lo conocí en mi trabajo.

Empezamos la relación, como te digo un hombre maravilloso entregado a mí, a la relación. Transcurrieron dos años estables y decidimos buscar un bebé, un bebe que yo siempre había soñado, ser mamá.

Me crié en una familia muy unida donde siempre hubo un padre, una madre, dos hermanos y siempre me gustaron mucho los niños. Me gustaba mucho jugar con muñecas, cambiar pañales, jugar a las mamacitasy entonces la ilusión era mucha.

Por lo tanto, buscamos inicialmente la ayuda de un ginecólogo y médico que nos guiaran en el proceso y la planeación de nuestro bebé. Buscamos pues al ginecólogo y me mando una serie de exámenes, unas pastas para irme preparando y ps efectivamente yo deje de planificar y cuando los resultados de los exámenes salieron, el ginecólogo, me dice que mi útero no es completamente fuerte para sostener al bebé.

Fue una noticia muy dura y desgarradora para ambos porque lo estábamos planeando con mucha madurez y ya teníamos todo, ósea las ganas para poderlo tener, mi familia estuvo apoyándome mucho.

De igual manera el médico me dijo que lo intentara, que mi útero era débil pero q lo intentara, entonces hice el proceso con pastillas, con todo.

Después de ocho meses de estarlo buscando, quedé en embarazo. Esa fue una de las noticias más deliciosas, la que más me trajo felicidad, la que más me unió a mi pareja, a mi familia y era una noticia q yo en el fondo pensaba que no lo iba a tener y q no iba a poder quedar embarazada y le agradecía a Dios por cada cosa que me daba día a día y comenzamos a comprar cosas de bebé.

Eh, llevaba cuatro meses en un embarazo, dentro de comillas normal; todo iba normal y después de esto me dio un dolor bajito y muy fuerte, a mí me incapacitaban mucho por unos dolores bajitos; y una noche, antes de acostarnos, me dio un dolor muy fuerte y le dije a Andrés que me dolía mucho. Él me dijo que estuviera tranquila que me tomara una acetaminofén que es pues lo único que uno puede tomar y me acosté.

Cuando a media noche siento como si estuviera orinando y me miro y estaba bañada en sangre. Es un momento muy duro porque se te viene a la cabeza lo peor.

I: ¿A qué te refieres cuando dices que se te viene a la cabeza lo peor?

E: ¿Lo peor?. Que yo ya pensé que todas mis ilusiones se estaban viniendo al piso, que ese bebé que con tanto esmero y amor estábamos planeando ya no existía.

Continuando con la historia, me voy para urgencias, me hicieron todo para pararme la sangre y en una ecografía, es donde me doy cuenta pues de que he perdido a mi bebé.

No, yo q te digo lo único que yo hacía era llorar, es algo, muy, muy doloroso, saber que ya hay una persona que amo si verla, que sin verla la siento, yo sentía que la acariciaba sin tenerla en mis brazos y ¿Saber que ya no hay nada? ¿Qué todo se me vino al piso, que lo construido se derrumbó?, es algo muy difícil de describir desde ese dolor.

Me hicieron todo el curetaje y lo único que yo hacía era llorar no tanto por el dolor físico, sino también por el emocional y yo miraba a mi esposo que estaba peor que yo, estaba derrumbado, de verdad esto es enterrar a una persona como si estuviera viva.

Eh me dieron de alta y a los días volví donde el ginecólogo y me reiteró lo de los exámenes, el útero débil y yo lo único que seguía haciendo era llorar. Yo iba a mi trabajo y lloraba, yo contaba la historia y lloraba, eh me acostaba a dormir y lloraba, yo no hice más sino llorar, incluso en el trabajo me dieron licencia no remunerada porque no me veían en la capacidad de yo seguir en el puesto eh y mis esposo fue una persona fundamental para yo no sentirme sola, me dio como moral; a él también le daba muy duro y lloraba conmigo pero era esa compañía que siempre

estuvo ahí, apoyándome, guiándome, dándome ánimos; mi familia, también mi mamá, todos me daban mucho ánimo pero igual el dolor era como si hubiera partido un ser que lo había tenido toda la vida, porque toda la vida yo había querido ser mamá.

I: Cuéntanos a q te refieres o que nos quieres expresar cuando nos dices que toda la vida habías querido ser mamá.

E: Toda la vida había querido ser mamá, eh, como te digo, cuando vos tienes un sueño de ser alguien profesionalmente, deportista o algo, es un anhelo y cuando llegó mi pareja, cuando comencé la relación con Andrés, me di cuenta que él iba a ser el papá y el esposo ideal para poder formar mi familia.

I: ¿A qué te refieres con ideal?

E: Mi esposo ideal, tenía que ver con la persona que tiene las características que yo siempre busqué en un hombre. Ideal no me refiero a perfecto sino que tiene muchas cualidades para poder estar feliz en una relación.

Bueno, que te cuento del duelo...

No es que fue mucho tiempo, es más como te parece que en la empresa, compañeras quedaron en embarazo después de haber perdido a mi bebé, y yo las veía y yo lloraba, ósea yo no sabía si felicitar, si estar feliz por ellas, la verdad no, no sé si se pueda llamar envidia, egoísmo, pero en

el fondo sentía rabia, rabia de ver que las personas podían concebir un bebé tan fácilmente, otras qué por error o sin planearlo tuvieron y yo que tanto lo había querido y planeado con tanta delicadeza no había podido.

Eh yo, yo creo que a mí lo que más me ayudó fue Dios y todas las personas que estaban a mi alrededor.

I: ¿Qué tan importante fue para ti toda esa red de apoyo espiritual y familiar? ¿Qué papel jugaron en ese momento? Amplíame más eso por favor.

E: Eh, ellos fueron, me refiero a Dios y a mi familia, fueron todo. Todo es todo!

Yo, a mí no me importaba si trabajaba, si me llegaba dinero, a mí no me importaba eso, ellos me llamaban y con solo decirme: “hola, como estas?” Yo sentía un alivio al poderlos escuchar, sentía que habían personas que sentían lo mismo que yo y que sentían mi dolor y espiritualmente, me pegué mucho de Dios, yo le decía que era en el momento que lo quisiera, como él lo quisiera y cuando él lo quisiera.

Eh yo creo que él, ha hecho milagros en mí y hizo muchos milagros y a hechos muchos milagros conmigo y Dios ha sido una parte fundamental para mi poder realizarme como mamá.

I: Ahí vuelve y entra mucho el papel o concepto de ser mamá, definitivamente si era algo en lo que te visualizabas.

E: Toda la vida me visualicé con ser mamá, más que visualizarme con ser profesional, como esposa, quería ser mamá, ser mamá, tener a esa persona en los brazos, poderla amamantar, acariciarla, guiarla criarla y tener ese amor diferente inexplicable porque desde que te dicen que estas en embarazo, lo sientes y es un amor que a nadie, a nadie le vas a poder explicar.

Al tiempo, a ver que te cuento, pues yo comencé con la ayude de mi familia y de Dios comencé a ir saliendo, a ver que la vida no se tenía que quedar, sino que yo tenía que seguir y no solo luchando por mí, sino para que no estancarme, ni derrumbarme , la vida es muy linda y Dios es muy lindo con uno y cada día, él nos muestra muchas señales, por lo tanto, seguir trabajando y como te dije que tenía compañeras del trabajo y me encantaba acompañarlas en todo, me daba duro recordarlo y todo pero yo las acompañaba a las citas, les daba cositas, yo veía algo de bebé y se los daba y decidí seguir mi vida con mi esposo de la mano que fue una persona a la que amé mucho y a la que recuerdo mucho porque fue una persona que estuvo a mi lado.

I: ¿La recuerdas mucho?

E: Si, la recuerdo mucho porque desafortunadamente, él se marchó de mi vida.

Se marchó de mi vida y en ese momento yo pensaba que me había abandonado y ahora pienso que las cosas tenían q ser así y que Dios le tiene a uno los caminos plateados y pactados y que las cosas tenían q haber sucedido así.

Yo sé que él en este momento está bien y es papá y es algo que en este momento me pone muy feliz porque él siempre lo había deseado.

Fue muy buen esposo y compañía para mí pero él decidió marcharse de mi vida porque primero él veía muy difícil la posibilidad de que yo pudiera tener un hijo y segundo porque yo le planteé la posibilidad de que adoptáramos un hijo y él, se negó rotundamente porque él quería hacer su hijo biológico de sangre y yo pensaba que de igual manera si yo no lo podía concebir podía darle todo mi amor a otro hijo que yo no podía concebir, a otro niño que lo necesitara, pero no él siempre se negó y decidió marcharse y como te digo en ese momento yo sentí que me estaba abandonando. Gracias a Dios como te digo tuve a mi familia a mi lado pero me sentí abandonada y como te digo, yo creo que en este momento fue lo mejor que Dios pudo haber puesto en mi camino fue lo mejor tanto para él como para mí.

I: Después de esa situación en la que te sientes abandonada, ¿qué hiciste? ósea ¿Cómo continuó tu vida y tu cotidianidad?

E: Después de que él se marchó, fue otro duelo. (Risas). Ahora lo cuento con gracia porque uno mira las cosas del pasado y gracias a Dios ahora es pasado pero fue otro duelo, no tan grande como la pérdida de mi bebé pero sí otro duelo porque yo contaba con él para todo y nunca pensé que me fuera a dejar y mucho menos por eso, es más pensé que antes la relación se iba a afianzar más, a fortalecer con esta pérdida, pero vi que al contrario, él solamente quería tener un bebé sin importarle con quien, pero tenerlo.

Yo regresé a vivir a la casa de mis papas, porque con lo que ganaba en realidad no me daba para pagar todo lo que tenía con él, me regresé para la casa de mis papas, y comencé a buscar

estrategias para no volverme a quedar estancada porque fueron muchos meses después de la pérdida de mi bebé que me quede estancada, que era llorando, que era encerrada , que no quería ver a nadie ni hacer nada, no quería volver a lo mismo , porque si él decidió irse y abandonarme y seguir su vida yo porque me iba a quedar entonces encerrada pensando en que él me abandono, entonces ahí comencé a buscar, comencé a estudiar inglés en las noches, salía a trabajar iba para el gimnasio, me iba para inglés, comencé a meditar aprendí a meditar, entonces llegaba y meditaba y los fines de semana trataba de hacer algo con mi familia, con mis amigos, salir a distraerme para no quedarme pensando en el dolor aunque en el fondo lo seguía sintiendo, porque no es fácil decir saliste y ya lo olvide y ya paso, no, seguía pensando y más que yo lo llamaba y él no me contestaba, yo lo llamaba y me decía que por favor no le hiciera daño y me tiraba el teléfono, y eso que yo solamente lo llamaba para saludarlo para saber de él.

Que más te cuento de este dolor....de ya con Andrés...ya decidí no volverlo a llamar, no volverlo buscar y rehacer mi vida entre comillas porque no buscaba, no pensaba buscar otra persona, yo tuve un novio muy joven esto es como otra historia, pero se enlaza a toda una historia que termina siendo una, yo tuve un novio en mi adolescencia 15-16 años una relación pues muy bonita muy tranquila un hombre muy paciente , muy entregado al todo por mí, a la relación , él es de descendientes japonés y pues la mamá le propuso que se fuera para el Japón, pues a trabajar duro para ahorrar para devolverse, efectivamente así lo planeo, decidimos seguir la relación a distancia, nos llamábamos, hablábamos y no todos los días por el cambio de horario, eran 14 horas de diferencia, pero si tratábamos de hablar mucho y yo con mucha ilusión de viajar porque esos eran los planes, como al año de estar hablándonos me dijo no pues ya comienza a realizar tus vueltas para la visa, y comencé a hacer todas las vueltas para la visa japonesa, fui a

Bogotá y me la negaron, la visa fue negada entonces, yo le dije a él entonces que se devolviera, que se devolviera porque yo no estaba para tener una relación a distancia y más como yo te digo por los planes que yo tenía , yo seguía con mis planes pidiéndole mucho a Dios que en el momento que él quisiera me diera mi bebe.

Nosotros nos dejamos de hablar no es que hayamos terminado la relación, no , él no me volvió a llamar , yo tampoco, yo seguí aquí trabajando y al tiempo por ahí al otro año, paso un tsunami en el Japón, entonces yo me comencé mucho a preocupar por él , le escribí correos electrónicos le pregunte que como estaba el cómo estaba la familia, no me contesto. Él vive en un pueblo en el cauca, pues la familia de él vive en un pueblo en el cauca y tenemos amigos en común allá, y una amiga me comento que Juan José, él se llamaba Juan José, había regresado de Japón y que estaba allá en el cauca; entonces yo decidí irme, irme a buscarlo a hablar con él, viaje al cauca, y efectivamente lo vi de lejos y oh sorpresa la mía, estaba con una muchacha y con una bebe.

Averiguando con las personas de allá, efectivamente era pues ya la novia la esposa no sé, la que estaba en ese momento con él y era la bebe de él , otro dolor en mi vida , porque yo siempre tuve la esperanza de volver con él , de regresar con él, de continuar mi vida con él, yo me visualizaba con él y ya tampoco estaba él , entonces de igual manera yo hice todo para verlo y hablar con él y así fue, con la ayuda de unos amigos, nos encontramos, hablamos y él me prometía cielo y tierra, que me amaba, que me adoraba y yo también lo amaba, él tenía la bebe y Sumi la niña, y que él venía con muchos problemas con la mama de la niña, yo me regrese para Medellín a continuar mi vida laboral, no habíamos quedado en nada, él a los días me llama y me

dice que la mama de la niña la señora Perla, se iba a marchar para Perú que porque pues la relación iba muy mal, y veía que él no tenía nada con ella. Ella se marcha para Perú dejándole la niña de tres mesecitos a él y a la mama de él.

A los pocos días con sinceridad, decidimos comenzar nuevamente la relación y comenzamos a planear inmediatamente el matrimonio y el afán de nosotros de casarnos era irnos nuevamente para Japón, nos debíamos casar rápido para poder que me dieran la visa para Japón, nos casamos muy rápido por ahí al mes, él se vino ya a vivir acá conmigo y con mi familia a Medellín y yo le propuse que nos trajéramos la niña, que la estaba cuidando la mama de él, la niña tenía 6 meses cuando llego a mi vida.

I: Amplíame eso de la niña llego a tu vida, o sea, ahí lograste verte visualizada como mamá? viste en ella la posibilidad de serlo? o siempre estabas con la barrera de que de pronto no te iba a aceptar, que no te iba a aceptar porque no era de sangre? o como lo ibas haciendo? Como imaginabas ese momento? Como transcurre cuando le propones eso a Juan José?

E: no, yo le propongo eso a él pero pensando y planeando no en ya tomarla como mi hija mama por qué no lo era, y tenía una mamá que la quería y que estaba viva. Más bien para quietarle esa responsabilidad a la mamá de él, y yo que era la esposa irme haciendo cargo porque la idea era viajar a Japón y entregarle la niña a su mamá. Entonces no es que ella me vea como mamá, no, yo lo que quise fue hacer una ayuda, mientras hacíamos nuestro viaje para Japón. Lo tomé más como una ayuda para él y para la mamá.

La mamá se marcha para Japón y no volvió a llamar, llamaba muy esporádicamente a la niña, nunca le mandó nada. Cuando nosotros nos trajimos la niña para Medellín a la niña le dio muy duro; Lloraba mucho, había noches que lloraba por ahí dos o tres horas, demás que extrañando a su mamá y extrañando a su abuela paterna. Lloraba mucho pero yo tuve toda la paciencia de mujer y de madre que siempre quise ser para irla criando, porque lo que hice yo, fue entregarme a la niña. Aunque yo sabía que no era mía y que la mamá la estaba esperando, de igual manera yo quise hacer todo mi papel y hacerlo bien, para que ella estuviera bien.

Yo me le entregué a la niña, me entregue a criarla, darle su tetero, cambiarle los pañales. Ahí fue cuando yo sentí que era una hija adoptiva. Como lo que yo le había planteado anteriormente a Andrés.

La niña fue creciendo, la mamá no aparecía, la mamá aparecía muy esporádicamente con un correo electrónico, pero nunca le vimos como ganas de tener a la niña. La niña fue creciendo y yo haciendo mi papel de mama Juan Jose pues de padre obviamente y toda mi familia alrededor haciendo el papel que le correspondía: mi mama de abuela, mi papa de abuelo, mis hermanos de tíos, así la niña fue creciendo y me comenzó llamando como lo que yo era, como lo que yo me sentía , mamá. Este es el momento que la niña tiene 4 años y medio, ya tiene y afortunadamente y con la ayuda de Dios la tengo todavía; es una niña llena de amor, de felicidad, la hemos criado con mucho con mucho amor y ella sabe que tiene una mama de vientre y una mama de corazón.

Yo la verdad nunca pensé que ella me fuera a llamar a mi mamá, pues no sé por qué no lo pensé porque igual siempre me vio como mamá pero, yo nunca , es más, de pronto era yo la que

no estaba preparada para que me dijeran mamá, con tantas cosas que me habían pasado , tanto dolor que yo había sufrido, de enterrar a un hijo, que alguien me diga mamá para mí , nooo. Ese día de la felicidad llore, porque yo lloraba por todo me volví muy sensible, después de tantas pérdidas, entonces yo de la felicidad lo abrazaba, le daba besos, yo no lo podía creer que me hubiera dicho mamá y a todo el mundo yo llamaba y le contaba que ella me había dicho mamá y bueno, han transcurrido ya cuatro años desde que yo tengo a mi hija Isuni, porque así la llamo mi hija porque es mi hija y como se lo he hecho entender a ella tú tienes una mama de vientre, y tienes una mama de corazón.

La mama de corazón que te ama y que va a estar conectada a ti y una mamá de vientre que también te ama, nunca la hago ver como la mala, sino una mamá que la ama y que esta también pendiente de ella porque yo lo que busco es que la niña este feliz, yo no busco la felicidad de los adultos, sino la felicidad de la niña y no le puedo decir cosas a la niña que la hagan sufrir o hacerle cosas a la niña que la hagan sentir menos persona.

Entramos en un proceso judicial o bueno Juan José el papá de la niña, entré en un proceso judicial para paliar la niña y ya tenerla del todo y bueno yo siempre le doy gracias a Dios porque todo es Gracias a Dios, todos los procesos judiciales han sido a favor de nosotros, y ya estamos acabando esos procesos y la niña está con nosotros, y es una niña totalmente feliz, tengo un matrimonio muy bonito y una familia hermosa que con la ayuda de Dios siempre va a ser así y siempre voy a tener todo para darle a mi hija.

I: Hay algo que nos quieras contar más verónica?

E: Nooo, les conté y fue un resumen de mi vida y de todo mi dolor mi alegrías y todas mis emociones, todo lo que yo he sentido en mi vida por ahora solo me queda darle gracias a ti por escucharme, y a Dios por darme una hija de crianza pero es mía y la siento yo creo que no importa, no importa la sangre lo que importa es el amor que uno le pueda dar a sus hijos, gracias Sara.

I: bueno verónica gracias por el tiempo por compartiros tu experiencia te agradecemos enormemente, que tengas muy bonita tarde

E: a ti que estés muy bien.

I: hasta luego

4.3. ENTREVISTA N° 3

E: Mi esposo y yo tenemos en este momento 16 años de casados, duramos mucho tiempo procurando tener bebés y nada, a los cinco años tuve un cáncer, entonces en ese momento detuvimos, habíamos hecho inseminación, habíamos hecho todo lo que nos decían, nos decían párense de cabeza y nosotros lo hacíamos, todo lo intentamos y nada, terminamos ese proceso duro del cáncer, entonces dijimos no busquemos más embarazo y justo en ese momento quede en embarazo, estuvimos muy alegres, a los cuatro meses de embarazo supimos que el niño venía

con problemas, nosotros no nos sentimos como en condiciones de hacerle caso a los médicos que nos decían que interrumpiéramos en el embarazo, entonces continuamos con él, venía con un problema renal, y pues la historia para hacerla corta es que el niño nació en contra de todo, el nació en Bogotá, yo vivía en Venezuela pero como no tenía cobertura por la prepagada entonces me acogí a la eps y en Venezuela no iba a recibir atención, entonces en la reina Sofía tengo SANITAS Y EN Reina Sofía en Bogotá me brindaron todo el apoyo. El niño nació muy lindo, nos dijeron que no había posibilidad de nada, que era cuestión de días, nos lo entregaron, el niño duró un año y vinimos a Bogotá mírenlo que aquí esta, que no era candidato ni para diálisis ni para el trasplante entonces vallase, cuando ya lo vimos muy malito mi esposo consiguió una cita en el San Vicente de Paul, hicimos todo el proceso de diálisis, todo se hizo hasta donde se pudo, finalmente cuando le hicieron el trasplante tuvo una reacción alérgica a un medicamento y se nos fue, eso fue muy duro, en mi corazón dándole gracias a Dios porque por lo menos lo habíamos tenido, teníamos la expectativa de que él podría quedarse con nosotros, uno siempre se coge de la vida aunque sea de un hilito, yo siempre desde niña había visto viable la opción de la adopción, inclusive antes de que quedáramos en embarazo había iniciado un proceso en Venezuela, cuando quedamos en embarazo lo suspendimos, al saber lo del bebe quisimos retomararlo y nos dijeron que no, que teníamos que pasar el proceso de duelo, cuando se dieran las cosas, nos permitimos entonces vivir esa experiencia tan hermosa que para nosotros es ser papás, entonces lo vivimos y nos quedó gustando pero con un hueco muy grande, yo venía de un proceso muy duro, tuve a los 23 años un primer matrimonio, un primer embarazo de gemelas que a los seis meses las perdí, a los cinco meses de perderlas a ellas perdí a mi esposo, tuve unas vivencias que de alguna manera no es que uno se prepare y diga que es más fuerte, pero le dan a uno herramientas para enfrentar las cosas, pero a mi esposo si le dio más duro, nos desequilibramos un tanto, nos mantuvimos

unidos y nos unimos más, pero si tuvimos una situación que sumado al hecho de que teníamos una vida en Venezuela, lo dejamos todo por él, la situación de Venezuela tampoco era la mejor, mi esposo afortunadamente tuvo la idea de quedarnos y decidimos quedarnos, pasamos tres años más o menos viviendo ese proceso.

I: ¿Eso fue hace cuánto aproximadamente?

E: Mira eso fue en el 2008, y después de eso como en el 2010-2011 fue que iniciamos el proceso de adopción, fue un amigo, estuvimos averiguando, lo primero que uno conoce es el instituto Colombiano de Bienestar Familiar, pero teníamos un amigo que comulga las mismas convicciones religiosas que nosotros, y nos comparte que en la casita de Nicolás el proceso era más depurado, se manejaba a los niños con más cuidado, que si bien es cierto de repente podría implicar un poco más de costo, que tampoco es que sea tanto, como hicieron esos programas que después satanizaron todo el proceso, pero para nosotros era como más llevadero, nos condujeron muy bien, entonces metimos los papeles.

I: ¿E que momento dijeron definitivamente esta es la opción, ya no vamos a tratar de otra manera?

E: Como te decía, venia de pasar estas situaciones, jamás he planificado, jamás, el volvernos a encaminar dentro del proceso como tal, teníamos como todavía muy viva la pérdida del niño, en la casa todavía conservábamos algunas cosas, entonces un día equis sacamos algunas cosas, lloramos mucho, dijimos esto fue duro pero nosotros necesitamos alguien, queremos alguien a

quien cuidar y amar, entonces llamamos a nuestro amigo, la experiencia que tuvimos nos encantó, entonces dijimos lo queremos, lo sentimos, lo hacemos.

I: ¿Siempre ha sido algo pactado entre los dos?

E: si, mi esposo y yo siempre hemos sido así, somos una pareja muy unida, de repente inclusive mucho antes de que yo me casara con el yo ya tenía esa visión, mi hermano menor es adoptado, ya habíamos vivido esa experiencia, no siento ninguna diferencia en el afecto si lo miro desde ese ángulo con mi hermana biológica que con mi hermano, absolutamente ninguna, los dos son igual de importantes para mí, pues y el inclusive es una persona que lo manejo de tal manera que una vez estábamos en una cita médica, me dijo hermana acompáñeme, ya mi madre se había ido, mi madre se fue cuando yo estaba en embarazo, la doctora le pregunta entonces su mamá murió de tal cosa, los dos nos miramos y le dijimos a la doctora , no lo que pasa es que no somos hermanos biológicos, la doctora siguió como sin nada, ahí tuvimos que decirlo porque no tenía ninguna implicación el historial, porque no iba a aportar nada, pero pensamos que las personas que llegan a nuestra vida no son las que nosotros escojamos, sino las que Dios dispusiera que tenía que llegar, entonces con ese duelo que teníamos y ese dolor que sentíamos dijimos, lo amamos a él, lo queremos, lo extrañamos a él pero que rico volver a ser papás, y como biológicamente intentamos volver a ser pero el pasar por volver a hacer todo el proceso de la carga hormonal y con el desconcierto que si fuera a funcionar y con el temor de que naciera el niño otra vez con problemas entonces dijimos no, vámonos por aquí, entonces así fue pues como decidimos hacerlo, y realizamos el proceso.

I: ¿Y cómo se vivencio el proceso?

E: Lento, empezamos, hay una serie de cursos, de talleres.

I: ¿Ese proceso ya fue acá en Colombia?

E: Claro, claro, mira que te estoy hablando de más o menos 2008, y nosotros decidimos finalmente quedarnos y ya toda nuestra vida, hasta nuestra familia la trajimos de Venezuela. Nos quedamos, compramos nuestro apartamento, nos proyectamos profesionalmente, empezamos con los talleres, nos dijeron que demoraban un año más o menos, los hicimos, estuvimos en el grupo, unos muy difíciles, hubo uno que nos marcó más, porque era una actividad en donde nos daban una vivencia de vida que era el origen de la personita que nos iban a dar, éramos cinco parejas, entonces había una que decía que lo habían dejado botado en una caja, otro producto de una violación, casos así, y justo a nosotros nos cae un niño que venía con problemas de salud, entonces.

I: Les hizo figura esa situación.

E: Es muy difícil, queda la marca, yo le decía que, desarrollamos una forma de como visualizábamos nosotros que íbamos a manejar la situación, que igual lo íbamos a aceptar, que ya habíamos tenido la experiencia, que independientemente de lo que venga, un hijo uno lo ama, y era como esa posición de cómo manejar un rechazo, y manejar la aceptación, todos salimos con un rango de exigencia muy alto, incluso nos dijeron que en esa sala todos teníamos un rango de

exigencia demasiado alto, que éramos muy perfeccionistas y cuadrículados, particularmente a nosotros nos ha tocado subsistir con pocos recursos y demás, entonces la capacidad es muy grande, entonces ese quizá fue el taller que más nos costó y nos puso como a pensar un montón de cosas.

I: ¿Identificaste entonces características similares en el grupo?

E: Si, todos teníamos en común muchas cosas, a otros le salieron por ejemplo que si eran producto de una violación como harían y dijeron que no serían capaces, que no podían, cada quien tiene una vivencia y una forma, mi esposo y yo consideramos que aun cuando sea difícil si a uno de toca siempre va a haber cómo salir al frente de. Manejo un concepto muy diferente del al que nos trataron de hacer ver allí, por ejemplo nos decían que a nuestro bebé siempre íbamos a tener desde un principio que decirle la verdad, y no he dicho mentiras, pero las cosas se canaliza, por ejemplo mi mamá.

I: ¿Cómo han tomado ustedes ese aspecto tan importante?

E: Mi mamá, yo tomo como referencia que fue muy exitoso en mi familia, mi mamá fue una mujer muy sabia, nosotros siempre quisimos tener un hermano, mi mamá biológicamente no podía y duramos años diciéndole a mi papá que nos dejara adoptar, imagínate que vinimos a tener a mi hermano cuando yo tenía 16 años, para mucha gente él era mi hijo, pero a mí no me importaba, pero nos llegó por fin y lo recibimos y lo amamos igualito, nos lo dieron de un año de edad, y mi mamá siempre le dijo que tenía tres mamás, la mamá que lo había tenido en el

estómago, la mamá que lo tuvo en el corazón y la virgen, así se lo planteo, entonces así lo fue llevando hasta que un día ella se lo dijo y él lo manejo bien, como nos decían a nosotros, decirles quien es el niño adoptado más lindo del mundo, yo no soy capaz de hacer eso, no soy capaz, no lo voy a hacer, porque es que para mí no hay diferencia entre el hijo biológico y el hijo que llevo del corazón, es más cuando voy al médico, cuando tengo que expresar de su origen, yo digo que nació del corazón, yo no digo otra cosa, es que no me hallo, es mi forma de ser y es la de mi esposo, y nosotros somos adorados con esta muchacha, ella es nuestra hija, la cuidamos, la consentimos, tratamos de brindarle todo el amor posible y toda la familia es igualita, en mi casa afortunadamente también, en este momento somos una familia disfuncional, estamos nosotros tres, esta mi hermana con sus hijos, mi papá con mi hermano, porque todos se vinieron para acá.

I: ¿Y entonces esa decisión que ustedes tomaron de no decirle de esa manera en la que les aconsejaron en los cursos y demás como la han manejado con la familia?

E: Natural, porque es que esa es la manera de ser de nosotros, mira que con mi hermano el mismo dice que porque le vamos a decir de esa manera, porque si dios nos permitió estar en una familia donde nos regala el amor, porque hacerlo así, y lo dice el, además yo sé que es difícil y no me cuadra decírselo tan pequeña, una compañera del grupo, que no se esperó, esa es otra cosa, el día de la última reunión nos dijeron, a ustedes no les vamos a dar un niño, que porque si nos daban un niño, nosotros inconscientemente íbamos a seguir en ese niño el proceso que habíamos manejado con él, y que eso lo afectaría a él, por eso nos dijeron que a nosotros nos darían una niña, y a la otra pareja, la que te voy a contar, ella también tuvo una perdida, la niña nació con un problema en el corazón, pero ella si duro solamente como ocho días, pero ella si

insistió en que quería una niña, se salió del proceso en casita y utilizo sus influencias en otro hogar para realizar el proceso, entonces la última vez que nos reunimos, ella, nos contó que ya le había dicho a la niña, ella tiene seis meses más que Malca, tres años y medio, entonces nos dice que la niña ya le empezó a hacer preguntas, ella cuenta que estaba con una sobrina, alguien que estaba en embarazo, y la niña preguntaba, ella le dijo todo, ella misma cuenta que en el colegio la niña se empezó a manejar retraída, y es que es muy duro, manejar y decir estos no son mis papás, yo pienso que ellos deben de tener un poquito más de fortaleza para poder afrontar, que se sientan más seguros del amor que nosotros le brindamos, tan es así que yo o se porque esta culi cagada a veces sale diciendo “mami no me vallas a abandonar”, yo no sé de dónde saca ella eso, uno no sabe si es por el colegio, por la televisión, o porque en su corazón ella lo sabe.

I: ¿Y qué respuesta hay para esa pregunta?

E: como la voy a dejar, si yo le digo que es el ser más anhelado, esperado, el regalo de Dios que tanto queríamos, como la voy a dejar, y la abrazo, la consiento, y bueno, yo siento que la respuesta concreta tiene su momento, fuimos como hace veinte días a un baby shower, ella no había tenido contacto cercano así con una persona embarazada, entonces le sobamos la barriga a la amiguita, y no me ha preguntado nada, solamente me dijo que si yo tenía un bebé en la barriga, y yo le dije no mami, la mami esta gordita pero no tiene bebé, pero no me ha hecho preguntas más allá, me da miedo y le pido a Dios que me de las palabras apropiadas para ella, yo pienso que no todas las personas somos iguales, uno no puede manejar con un patrón matemático las situaciones de una personas, porque son muy diferentes.

I: ¿Y su esposo como ha contribuido ahí en el proceso, que rol ha hecho el en todo el proceso?

E: Él es un varón proveedor, amoroso, la figura ideal de papá la tiene el, mi esposo es el sueño que yo tenía de esposo, porque tuve un buen padre, un hogar muy organizado, uno desarrolla la figura de esposo a partir de la figura paterna, con todas las cosas que yo hubiera querido que mi papá tuviera las tiene mi esposo.

Anécdota, tres años después de yo haber perdido mi primer pareja, un día yo me sentía terrible, y me senté y le pedía a Dios, yo decía yo quiero un esposo que sea trabajador, alegre, un montón de cosas, y lo único que dije como banal fue que sea altico, le dije un hombre de tu ley, me lo mando, él es judío, muy trabajador, muy alegre, muy juicioso y hogareño, todo lo que yo pedí me lo dio, y así como nosotros nos manejamos ella ha tenido esa figura de hombre protector, amoroso, fuerte, porque él es muy amoroso pero también le habla durito entonces a veces ella como que se timbra, pero es porque a ella no le gusta que le alcen la voz, pero hace parte de su proceso de formación, mi esposo y yo somos muy unidos y tratamos de manejar las cosas juntos para que no nos contradigamos.

I: ¿Dentro de la emocionalidad, que puedes decir que es lo más relevante de todo el proceso hasta ahora, que tienen a la niña, que están viviendo este rol de padres?

E: La alegría, nuestro niño fue muy alegre, y lo mantenemos en toda la familia, él siempre fue alegre hasta el día en que se fue, nosotros tenemos una foto, la más linda que tenemos ahí, le mostramos al hermanito, le hablamos de él, era muy alegre, y ella también, el papá y yo tratamos

de mantenernos regulados, en un buen ambiente, y por eso también el hecho de que no le gusta que le griten, porque siempre procuramos la calma, manejamos el dialogo, a veces se le reprende pues lo normal, que si el doctor palito que es una barita disciplinadora, que no es por el golpe, sino por lo que uno les puede ir ayudando a encausar sin generar violencia, cuando hay que discutir no nos exaltamos, nuestras emociones más que todo van encausadas siempre a la alegría, al estar con ternura y con una caricia, es como la característica de toda mi familia, si te entendí la pregunta creo que eso sería lo que resalta más para nosotros, la alegría, esa es la característica de nosotros.

I: ¿Y de qué manera cree que la familia ahora que justamente se unió cuando estaban acá, ayudo en ese proceso?

E: Mucho, muchísimo, porque nosotros estábamos los tres solos, y aunque tenemos amistades, nosotros no somos de estar metidos en la casa de nadie, vivimos nuestro núcleo, los niños, que no son chiquitos, ya son bien grandes, este muñeco tiene 14 años y el otro ya tiene 16, son grandes pero son muy tiernos, míralos como están siempre pendientes de ella, y para ella son sus hermanitos, entonces nos ayuda también en ese proceso de que siendo única no se nos trasgiverse con aquello de que se vuelva egoísta, ella comparte, ella se maneja bien, y eso nos ha ayudado entonces a canalizar un poquito, y de que son alegres, son músicos todos, entonces el ambiente en mi casa se maneja mucho esa alegría y ha ayudado mucho el que estén con la figura del abuelito, ha sido valiosa, es la figura de solides, ellos con el consintiéndolo, él es mayor, todo ha servido para las situaciones que todos vivimos, a los niños les sirve la ternura de ella, vienen de pasar por un divorcio, algo difícil, y ella se fortalece con ellos.

I: ¿Y ahora como relaciona usted el duelo con el proceso de vida que ha tenido?

E: Pues yo soy de las personas que ven el vaso medio lleno, yo principalmente tuve ya unas experiencias muy duras, pero pienso que fue alguien que vino a nuestras vidas, que nos sacó, mi esposo quiso que nos fuéramos de Venezuela y yo no quise, y gracias a Dios él nos sacó, ahora la situación es madura de lo que uno puede ver, el niño fue esa personita fue la que Dios nos mandó para que nos sacara, el dolor nos e ira, siempre va a estar, pero uno lo aprende a llevar, a manejar, mi primer esposo lo seguiré amando toda la vida porque fue un hombre maravilloso, mi esposo hoy en día es un hombre tan inteligente que sabe manejar eso, pienso que eso ha nivelado mucho, el duelo, pienso que hay una parte infinita que no se quita, pero la parte más dolorosa uno la quema, la acepta, porque no hay nada que hacer, mi esposo sabe que fue una relación muy bonita y se terminó porque se fue, es cuestión de entender la vida, seguir viviendo, si estoy aquí es porque tengo que estar aquí, entonces tengo que hacer lo mejor para mí y para los demás, yo no puedo amargarle la vida a los demás, al pensar que soy la única que está pasando por el proceso, pero a mi esposo le costó más, igual el afortunadamente como es una persona tan alegre ha sabido manejar las cosas.

I: ¿Por qué le costó más a él?

E: Él no había perdido a nadie nunca, el embarazo como lo tuve, la última parte la tuve que vivir sola, él estuvo en Venezuela y yo me tuve que venir para Bogotá, a él le costó también mucho el hecho de que el niño viniera con problemas, cuando ya nos vinimos los tres solos, que

pasamos por el proceso de diálisis y el trasplante, tuvo la oportunidad de compartir más con él, de acostarlo, jugar con él, tuvo la oportunidad de vivirlo todo completo, venció el temor a que sabíamos que él no iba a durar mucho tiempo, a estar conscientes de que él se iba a ir, se iba a romper el proceso natural de que los padres se van primero que los hijos, lo tuvimos muy presente siempre, pero él se resistía a aceptarlo, más cuando paso, decayó mucho, se deprimió, tuvo tiempos en los que se encerró mucho, sabiendo que él era muy activo, alegre y no era capaz de quedarse en la casa quieto, nosotros somos asesores de sistemas, yo soy contadora y vendemos un software, nos mantuvimos ese tiempo manejando asesoría a Venezuela pero estando acá, la asesoría que yo manejaba era más fácil hacerla estando quieta que él, el sí tenía que ir al punto, hacer configuraciones y demás, a pesar de eso él prefería estar en la casa y demás, se aisló, eso le duro como siete meses, hubo situaciones que se nos escaparon, y siendo problemas, fueron causantes de que eso pasara al segundo plano, se fueron desencadenando, nos tuvimos que mudar, otra cantidad de cosas que fueron pasando y nos abrieron un poco más la mente, y ya como te digo el dolor siempre va existir, el recuerdo siempre va a estar, una persona no sustituye a otra, jamás, pero uno aprende a vivir con eso.

I: Esta bien Adriana, le agradezco mucho el haberme permitido conocer su historia.

5. DISCUSIÓN

A continuación se presenta la discusión de los resultados producto de las entrevistas realizadas a tres madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín. La información obtenida en cada una de las entrevistas fue sometida a un proceso de clasificación en torno a tres categorías específicas: duelo, estrategias de afrontamiento y maternidad. A partir de cada noción se procedió a identificar las expresiones relacionadas con cada una de ellas, según las propias manifestaciones verbales de las entrevistadas.

5.1. LA EXPERIENCIA DEL DUELO MATERNO POR MUERTE PERINATAL MADRES ADOPTIVAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

El duelo es un proceso con el cual, según señalan Meza, García, Torres, Castillo, Sauri y Martínez (2008), las personas manejan las pérdidas emocionales y se manifiesta en forma de sufrimiento, angustia, desconsuelo y aflicción, especialmente cuando el vínculo afectivo se rompe.

Principalmente para la madre, la muerte de un hijo en etapa prenatal es un acontecimiento estresante de grandes dimensiones, sobretodo porque se convierte en una experiencia traumática que limita la capacidad de reflexión emocional. Es una situación única de luto en donde las

expectativas y los planes de una nueva vida cambian, máxime porque es un proceso donde hay desesperación y dolor, además de otros sentimientos como la ira, la negación, la depresión, el choque, la frustración y, finalmente, la aceptación.

Fue muy doloroso, porque era como perder la ilusión de un hijo que no, de un imaginario, ya tenía rostro, cuerpo, vida, ya tenía toda una ilusión; digamos que en ese afán de que ya se llevaban años de no poderse quedar embarazada” (M1).

En el proceso de duelo perinatal aparece un sentimiento de dolor frente a la pérdida del hijo, dolor que se sufre por lo que “pudo ser”; se evidencia por tanto una pérdida física, que es la del hijo, y una pérdida simbólica, la cual corresponde a todas aquellas situaciones que se pudieron haber concretado, y que por ende se encontraban en el imaginario de la madre, las cuales, en últimas, no podrán materializarse. El hecho de haberse generado una situación de muerte perinatal se ocasiona un choque que da lugar a un gran sentimiento de pérdida, dolor y frustración.

Lo único que yo hacía era llorar, es algo, muy, muy doloroso, saber que ya hay una persona que amo si verla, que sin verla la siento, yo sentía que la acariciaba sin tenerla en mis brazos y ¿saber que ya no hay nada? ¿Qué todo se me vino al piso, que lo construido se derrumbó?, es algo muy difícil de describir desde ese dolor (M2).

La ruptura de ese vínculo que se ha creado entre la madre y el hijo aún no nato lleva a que la madre, quien lo tuvo en su vientre, sienta y enfrente una situación y una sensación de haberlo tenido todo a no tener nada; básicamente, se trata de un proceso en donde al final de cuentas no se podrá obtener nada a cambio a causa de la pérdida y ello genera una sensación de vacío que se refleja en un sentimiento de frustración.

“El dolor era como si hubiera partido un ser que lo había tenido toda la vida”

(M2).

No se trata de una simple pérdida, se trata de la pérdida de un ser humano, al cual se le considera un complemento importante para la vida de la madre adoptiva, un referente fundamental dador de sentido y completud, pues el hijo es esperado para que ocupe un lugar en el mundo, en la sociedad y en la familia, y el hecho de que el plan no logre cumplirse genera ese sentimiento de dolor, el cual genera una ruptura en los planes de la madre.

“A mi esposo si le dio más duro, nos desequilibramos un tanto (...) él se resistía a aceptarlo (M3).

El duelo es una respuesta normal que se produce en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de un ser amado o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquella. Por tratarse de un proceso normal, no es una situación ajena al padre: éste también se siente desequilibrado, afectado por la situación, demuestra resistencia a aceptar una situación que resulta ineludible y real. Para el padre todo este proceso puede ser tan devastador

como en el caso de la madre, aunque expertos en el tema como Fernández, Cruz, Pérez y Robles (2012) señalan que pueden mostrar menos ansiedad que ella, no llorar tanto y hablar menos al respecto.

No se puede decir con exactitud en qué momento se termina el duelo, aunque se considera que es necesario haber completado una serie de etapas para llegar al restablecimiento emocional; hay quienes señalan que después de doce meses el duelo ya sería patológico, por lo que si persiste, y la persona no es capaz de superarlo, entonces habrá que intervenir para alcanzar su resolución.

“Yo llevaba un año de la pérdida y me montaba en un bus y lo único que hacía era recordar ese momento donde el ginecólogo me volteaba el ecógrafo y me decía: mire es que ya no hay latido. Eso perduró por mucho tiempo” (M1).

Ante este tipo de situación que trascienden hacia lo patológico es fundamental el acompañamiento no sólo del núcleo familiar, sino también profesional, acompañamiento que debe servir para afrontar y hacer el respectivo duelo, pero que a su vez procure las herramientas necesarias para que la madre concluya el proceso y encuentre un significado que procure la superación del proceso.

Uno de los procesos de duelo más intensos, según señala Gómez (2004), es el que tiene que ver con la finitud de la vida y de los seres queridos.

“Teníamos la expectativa de que él podría quedarse con nosotros, uno siempre se coge de la vida aunque sea de un hilito” (M3).

A medida que la vida transcurre se tiene un contacto más directo y, por ende, más cercano con la muerte, ya que cada vez está más próxima. Cuando mueren amigos y familiares, especialmente si son contemporáneos, su pérdida hace que se enfrente la propia realidad y el futuro inexorable.

De acuerdo con Meza et al. (2008), no toda muerte supone un duelo, pues para ello es necesario que la persona objeto de la pérdida tenga importancia y significado para quien la pierde y que se tengan, además, lazos de unión estrechos.

“Lo único que yo hacía era llorar, no tanto por el dolor físico, sino también por el emocional, y yo miraba a mi esposo que estaba peor que yo, estaba derrumbado, de verdad esto es enterrar a una persona como si estuviera viva” (M2).

La muerte le confiere al duelo un carácter peculiar, especialmente por su radicalidad, su irreversibilidad, su implacabilidad, pues ésta nunca deja abierta la esperanza del reencuentro, según señala Gómez (2004).

“No hay nada que hacer” (M3).

No hay que desestimar que otras pérdidas puedan desencadenar respuestas intensas e impredecibles, aunque la muerte de un ser querido es la manera más paradigmática de pérdida.

“La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye” (Gómez, 2004, p. 29).

“Después de que él se marchó, fue otro duelo. No tan grande como la pérdida de mi bebé pero sí otro duelo porque yo contaba con él para todo y nunca pensé que me fuera dejar y mucho menos por eso” (M2).

“El duelo tiene su propio conjunto de elementos” (López, 2011, p. 56), en donde se destacan tanto síntomas psicológicos como afectivos, los cuales se pueden confundir o esconderse con una depresión mayor, aunque ambos cuadros se diferencian por unos criterios sintomáticos y de duración del episodio.

Para López (2011) las manifestaciones del duelo se pueden ser físicas como vacío en el estómago, opresión en el pecho y en la garganta, ahogo, palpitaciones, suspiros, alteraciones del sueño, pesadillas, anergia, desgana sexual, poco o escaso apetito o, por el contrario, ansioso, pérdida ponderal, boca seca, indigestión, cefaleas, sensibilidad al ruido y quejas somáticas.

También están las manifestaciones emocionales como insensibilidad, aturdimiento, tristeza, culpa, reproche, rabia, desesperación, hostilidad, irritabilidad, anhedonia (pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades), soledad, vacío, desamparo, añoranza, alivio.

“En la empresa, compañeras quedaron en embarazo después de haber perdido a mi bebé, y yo las veía y yo lloraba, o sea, yo no sabía si felicitar, si estar feliz por ellas, la verdad no, no sé si se pueda llamar envidia, egoísmo, pero en el fondo sentía rabia, rabia de ver que las personas podían concebir un bebé tan fácilmente, otras que por error o sin planearlo tuvieron y yo que tanto lo había querido y planeado con tanta delicadeza no había podido” (M2).

Aparecen las conductuales como funcionamiento automático, mente ausente, aislamiento social, crisis de llanto, conducta de búsqueda o evitación, objetos de apego, consumos tóxicos, hiperactividad, momificación.

“A mí no me importaba si trabajaba, si me llegaba dinero, a mí no me importaba eso” (M2).

Están las psicológicas, como incredulidad, negación, confusión, irrealidad, ideas de suicidio/sustitución, sensación de presencia, idealización/envilecimiento, alucinaciones e ilusiones, falta de concentración/memoria.

Y además están las espirituales, pues muchas personas que atraviesan por un proceso de duelo comienzan a buscarle sentido a la vida, a tener conciencia de la propia mortalidad y a replantear sus creencias.

“Yo renegaba de Dios en ese momento, decía: cómo haces esto, cómo me das esta ilusión y luego me lo quitas, pues o sea, y cómo le da esa ilusión a otra cantidad de mujeres, que lo quieren entregar, que lo abortan, tuve esa disyuntiva con él, y mi mamá, al contrario, era: “no, dale gracias a Dios”. Yo qué le voy a dar gracias a Dios, ese señor me quitó mi ilusión, entonces ahí hubo como cierto distanciamiento, aunque mi mamá siempre me apoyó y estuvo conmigo en todo ese proceso” (M1).

El duelo por muerte perinatal es un fenómeno devastador para los padres, sobre todo para la madre, quien tiene que sufrir una serie de cambios adaptativos y emociones, además de enfrentar la frustración de la maternidad. Muchas veces la madre, ante la muerte perinatal de un hijo, puede crear una respuesta mucho más severa e intensa que cuando acontece la muerte de un familiar adulto, pues en ella se ha desarrollado sentimientos de ilusión, esperanza y alegría proyectados hacia el futuro, además de que siempre imagina que habrá un final feliz. Es por ello que la pérdida perinatal es particularmente dolorosa, intimidante y, además, angustiante, pues hay quienes señalan como Oviedo et al. (2009), que se puede percibir como una amputación, como una castración o como un desmembramiento corporal.

5.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LAS MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

De acuerdo con López (2011), el control emocional es una de las situaciones más difíciles de afrontar en situaciones de duelo perinatal por pérdida espontánea, ya que, al igual que sucede en otras eventualidades relacionadas con el duelo, la pérdida del hijo en estado de gestación, muchas veces, es un desenlace inesperado, aun cuando este tipo de situaciones se perciba como una posibilidad. Aun así, la pérdida es una situación de choque que conlleva enfrentar una difícil realidad en la que se trata de buscar, muchas veces, “chivos expiatorios.

Las estrategias de afrontamiento frente a la pérdida perinatal varían según las expectativas de los padres, el entorno social en el que viven y de la cultura de la que hagan parte. Por ello, el duelo es una experiencia única que cada persona afronta con sus propios recursos y con su propio estilo, de acuerdo con López (2011). Muchas mujeres, según señala López (2011), por ejemplo, afrontan su desconsuelo hablando y comentando reiterada y de manera detallada lo que pasó.

“Yo seguía hablando de mi embarazo y hablé de mi embarazo hasta diciembre, como si lo hubiera continuado. Se le contó ya a todo el mundo” (M1).

La exteriorización del duelo permite generar una válvula de escape a ese sentimiento de frustración; el hecho de comunicar la situación a otras personas (familiares, amigos, personas

allegadas, profesionales de la salud, etc.), conlleva a que la madre adoptiva, a través de su propio estilo, afronte su proceso.

“Empecé a entender que todo no dependía de mí” (M1).

El cambio de perspectiva implica librarse de un determinado sentimiento de culpa, pues muchas veces en estos procesos existe la concepción de lo que se hubiera podido hacer mejor para que la pérdida del hijo no se hubiera dado; librarse de esa culpa y entender que se trata muchas veces de un hecho fortuito, producto del azar y no de la voluntad de la madre o el padre, es un primer paso para hacer frente a una situación de duelo.

“Comencé a buscar, comencé a estudiar inglés en las noches, salía de trabajar y me iba para el gimnasio, comencé a meditar, aprendí a meditar, entonces llegaba y meditaba y los fines de semana trataba de hacer algo con mi familia, con mis amigos, salir, a distraerme para no quedarme pensando en el dolor” (M2).

Y es que parte del proceso de duelo conlleva a entender que la vida siga su curso, y que por ende se deben seguir realizando todas las actividades cotidianas para que el dolor no entre a hacer parte de esa cotidianidad; al diario vivir hay que seguirle dando curso a través de diferentes actividades, incluso otras tantas que antes no se realizaban.

“Tuve unas vivencias que de alguna manera no es que uno se prepare y diga que es más fuerte, pero le dan a uno herramientas para enfrentar las cosas” (M3).

El duelo también implica que hay que recurrir a la experiencia, a situaciones vivenciadas en el pasado, al aprendizaje propio del ensayo y error, de tal forma que ante nuevas experiencias y situaciones, como puede ser la muerte perinatal, se pueda hacer frente y afrontar con vehemencia el proceso.

“Un día equis sacamos algunas cosas que aún teníamos del bebé, lloramos mucho, dijimos: esto fue duro pero nosotros necesitamos alguien, queremos alguien a quien cuidar y amar” (M3).

Ciertas normas sociales guían sobre quién puede y debe hacer el duelo, por quién, cómo y durante cuánto tiempo, y salirse de dichos parámetros, de acuerdo con López (2011), hace que algunas personas que han tenido una pérdida la sufran en soledad y sin ningún tipo de apoyo al no sentirse autorizados para decir lo que sienten, ni tampoco encontrar una voz que los escuche ante su malestar.

“Habían momentos en que yo me encerraba en un baño a llorar” (M1).

Las diferentes manifestaciones de dolor esporádicas son parte del proceso de afrontamiento del duelo; de hecho, según expertos, en terapia es común que las personas, incluso las parejas, lloren, se abracen y se den ánimo, ya que estos eventos son necesarios en el proceso.

“Era llorando, era encerrada, no quería ver a nadie, ni hacer nada” (M2).

Pero de igual forma es importante que las manifestaciones de dolor encuentren límites y se vayan superando de manera paulatina con el tiempo, a medida que se encuentren recursos e instrumentos necesarios para ello.

5.3. EL CONCEPTO DE MATERNIDAD SEGÚN LAS MADRES ADOPTIVAS EN SITUACIÓN DE DUELO PERINATAL POR ABORTO ESPONTÁNEO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Las características sexuales y anatómicas de las mujeres las definen a estas como productoras de vida, así como agentes a través de los cuales se reproduce la humanidad y como escudo de ciertos valores que garantizan el orden simbólico que ha sido heredado. De esta forma, el término “mujer”, según señala Molina (2014), se relacionará obligatoriamente con el de “madre”, cosa que hará de ésta una relación indisoluble.

“Yo siempre quise ser mamá, pero no era solamente el hecho de llevarlo ahí en el vientre, sino que yo siempre fui mamá chiquita” (M1).

Las mujeres pueden optar por repetir los modelos instaurados en sus experiencias vividas o contraponerse a ellos para la realización de una nueva vida desarrollando proyectos que no se alejan de su perfil femenino, bien sea como madres adoptivas o como no madres.

“Toda la vida me visualicé con ser mamá, más que visualizarme con ser profesional, como esposa, quería ser mamá, ser mamá, tener a esa persona en los brazos, poderla amamantar, acariciarla, guiarla, criarla y tener ese amor diferente, inexplicable, porque desde que te dicen que estas en embarazo, lo sientes y es un amor que a nadie, a nadie, le vas a poder explicar” (M2).

“Pienso que uno también se llena de esperanzas de volverse a embarazar, volverse a sentir igual, entonces se empieza una búsqueda frenética también de tratar de reemplazar ese embarazo anterior por uno nuevo” (M1).

Frente a la maternidad, en la actualidad todavía existen ciertos aspectos que aún permanecen, pero al mismo tiempo otros que han cambiado con el devenir del tiempo y que se viven de distinta forma en el campo o en la ciudad. Pero también existen aspectos que han cambiado, en los últimos años, entre ellos el ejercicio de la sexualidad, el sexo no sólo para procrear, sino también como fuente de placer y de allí se derivan otros como la planificación en el número de hijos deseados y el intercambio de algunas funciones y roles tanto del hombre como de la mujer.

“Yo pienso que hay dos cosas en las mujeres, el deseo de estar embarazadas y de llevar todo un embarazo que debe ser un proceso muy lindo, y hay mujeres que no conciben la maternidad si no viven ese proceso y hay otras mujeres que consideramos que la maternidad es tener un hijo y llevar un hijo por la vida, hasta cuando ellos se dejen pues, entonces hay mamás que quieren el biológico, lo quieren biológico, y termina ahí y no hay vinculo, ni hay nada, porque ellos no querían sino

esa parte biológica, y se desvinculan del cuento y hay otras mamás que al contrario si viven eso biológico y siguen ya la vida, o sea, ya llevárselo en el corazón y cargar con su hijo por toda una vida, y hay otras pues que no podemos desde lo biológico, pero que somos conscientes que lo que queremos es ser mamás, tener un ser, que en sus primeros años de vida dependan cien por ciento de uno, que uno pueda hacer de ella una personita buena y que de ahí en adelante sigan su propia vida y hagan su propia familia, sus propias cosas” (M1).

“Yo creo que yo no me hubiera realizado como nada si yo no hubiera sido mamá, a pesar de que soy profesional, para mi ser mamá es todo, a diferencia de otras personas que su realización es lo profesional, mi realización es mi familia, mi hijo y mi esposo” (M1).

“Toda la vida yo había querido ser mamá” (M2).

La identidad materna conlleva toda una serie de revaluaciones positivas asociadas que resultan indisolubles e inevitables, aún a pesar de haber pasado por procesos de pérdida y de duelo dolorosos para la mujer y su entorno.

“El tiempo, y la idea de uno irse dando cuenta que hay otras opciones, y que hay otras maneras de ser madre, no solamente desde el hecho de ser la madre biológica” (M1).

Aunque la maternidad da sentido a la feminidad, es necesario apartarse de lo que Fernández (1994) establecía, ya que la esencia de la mujer no es ser madre, pues tal afirmación daría como resultado que aquellas mujeres que han optado por no ser madres tienen una feminidad sin sentido. Las decisiones tomadas frente a la maternidad, afectan el desarrollo de la sociedad de manera transversal en diversos aspectos como el perfil sociodemográfico, las prácticas de socialización y la libre opción por la maternidad como derecho individual. Sin embargo, la maternidad aún está cargada de parámetros tradicionales que encasillan a la mujer en el rol de procreadora, encargada de la crianza de los hijos y el cuidado de la familia. La identificación de las mujeres con la maternidad es pues, algo que depende, en gran medida, de un conjunto de interacciones sociales y de intercambios simbólicos que tienen lugar en el escenario cultural.

Para muchas mujeres ser madres constituye su realización personal y social y no concretar ese deseo por culpa de una pérdida, en este caso por la muerte de un hijo en etapa perinatal, puede vulnerar su condición emocional hasta el punto de que ello puede llegar a ser patológico.

6. CONCLUSIONES

Como ha quedado en evidencia a lo largo de esta investigación, el propósito de la misma se centró en analizar las estrategias de afrontamiento en madres adoptivas en situación de duelo perinatal por aborto espontáneo de la ciudad de Medellín; para llevar a cabo dicho análisis, se partió de la identificación de las vivencias y experiencias de dichas madres sobre su proceso de afrontamiento del duelo; allí se pudo establecer que las diferentes vivencias y experiencias de estas mujeres, aun a pesar de tratarse de situaciones diferentes, se pudieron encontrar elementos comunes, ya que la muerte del hijo tanto nato como nonato ejerce un fuerte efecto emocional sobre la familia como un todo, pero con ciertas particularidades en las madres, evidenciándose emociones comunes entre las madres como la culpa, el enojo, la rabia y la frustración, que en ciertas situaciones y momentos se transformaban en irascibilidad y agresividad como mecanismos de respuesta.

En este estudio también se indagó por estrategias de afrontamiento de duelo y de planificación de vida en madres adoptivas que han sufrido situaciones de duelo perinatal espontáneo; así se pudo establecer que las madres experimentan un dolor profundo en respuesta a la pérdida de su hijo; de esto resultan la manera como la madre afronta dicha pérdida y cómo expresa y gestiona las emociones y las cuestiones que la afectan; aunque el dolor por la pérdida, en últimas se focaliza en la expresión de emociones y de la vivencia global, existe una representación interna del niño fallecido generalizada en casi todas las madres pero afrontada con un ritmo propio y de un modo personal; es decir, las estrategias de afrontamiento del duelo pueden ser similares, pero

el ritmo de afrontamiento es diferente en cada madre. De acuerdo con dicho ritmo de afrontamiento, cada madre planifica de manera diferente su futuro: volver a intentar un embarazo, descartar la idea de un hijo biológico, someterse a un proceso de fecundación asistida, considerar la posibilidad de iniciar un proceso de adopción o simplemente, negarse a la posibilidad de ser madre.

Esta investigación también se adentró en los elementos cognitivos y emocionales que configuran el concepto de maternidad en madres adoptivas a partir de sus experiencias sobre el afrontamiento de duelo perinatal espontáneo; en este proceso se pudo establecer que dichas madres deben reconfigurar sus representaciones sobre lo que significa ser madre, estado que no sólo comporta la procreación de hijos biológicos, sino también estar abierta a un amplio abanico de posibilidades dentro de las que cabe la adopción. Precisamente, la adopción es el resultado de la pérdida del hijo por aborto espontáneo, y ello requiere también de una serie de estrategias de afrontamiento, no sólo del duelo, sino también de la adopción, lo cual exige, al igual que un embarazo, reconocer múltiples posibilidades y hacer frente a la ansiedad que genera integrar a un nuevo miembro a la familia.

Partiendo de todo lo identificado en la consecución de los tres objetivos específicos de este estudio, se trajo a colación la pregunta guía de esta investigación: ¿cómo afronta un grupo de madres adoptivas de la ciudad de Medellín su situación de duelo perinatal por aborto espontáneo?

Como pudo entenderse, sobre todo con la realización de las entrevistas, cada persona asume y afronta el duelo de manera distinta, a través de diversas estrategias de afrontamiento; en el caso de las tres mujeres, todas ellas madres adoptivas, que tuvieron la experiencia del aborto espontáneo y que, por tanto, pasaron por una situación de duelo, con sus vivencias y manifestaciones, permitieron entender que todas y cada una de ellas tuvo un afrontamiento diferente para su situación de pérdida perinatal por aborto espontáneo, aunque todas ellas lo asumieron de forma positiva.

Una cosa que se pudo vislumbrar es que en todos los casos los padres, quienes también sufrieron la pérdida, vivenciaron un duelo con unas manifestaciones mucho más agudas, es decir, en ellos se evidenció la pérdida en un grado más alto de sufrimiento, angustia, desconsuelo y aflicción, especialmente cuando el vínculo afectivo con el bebé recién nacido o el no nacido se rompió por causa de su muerte, teniendo así una depresión mucho mayor que las madres, con unos criterios sintomáticos y de duración de episodios más largos.

Se pudo determinar, además, que sólo en uno de los tres casos hubo ayuda profesional, aunque dicha intervención fue realmente corta, por lo que se podría llamar que sólo el tiempo dio para prestar unos “primeros auxilios psicológicos”, tal y como lo llama López (2011), lo cual no ayuda a eliminar del todo el dolor de la pérdida, aunque sí facilita el comienzo del proceso del duelo.

Vale la pena mencionar que los tres casos de duelo por pérdida perinatal por aborto espontáneo aquí analizados fueron “normales”, ya que en estos se vivieron las tres etapas o fases

de las que hablan la mayoría de las investigaciones (etapa inicial, etapa central y etapa final). En la primera etapa todas las madres adoptivas tuvieron casi que la misma sintomatología: estado de choque, rechazo, incredulidad, afectación del aspecto físico, etc.; en la segunda etapa un estado perdurable de depresión, momentos de recuerdos dolorosos, sentimientos de gran soledad, etc., y en la tercera etapa se dio un periodo de restablecimiento, en donde se comenzó a mirar hacia el futuro, concibiendo la adopción como una opción, y a volverse a pensar y ser capaz de sentir nuevos deseos y de expresarlos.

Finalmente, es importante destacar, desde este proceso investigativo, que aunque el duelo ante la pérdida perinatal es una respuesta normal que implica diversos síntomas como tristeza, depresión, irritabilidad, sentimientos de angustia y de nostalgia, trastornos del sueño, entre otros, no existe una preparación biológica, ni tampoco psicológica, para afrontar este tipo de sucesos. Las madres adoptivas que pasan por esta clase de eventos, seguramente, piensan que es una de las experiencias más dolorosas y duras que han podido experimentar; sin embargo, es necesario, desde el contexto sanitario, que busquen ayuda profesional, para que así puedan comprender que la muerte de un hijo, inevitablemente, es un proceso de la vida. Sentir dolor ante la pérdida de un ser querido, sobre todo si es un hijo deseado, anhelado, querido, es una respuesta completamente esperable, saludable y adaptativa, y los sentimientos que lo acompañan permiten que se sea consciente de la pérdida, se acepte y se pueda dar una readaptación a la nueva situación.

Y aunque el tiempo para superar el duelo por muerte perinatal no se puede establecer con certeza, lo que sí se puede señalar es que éste depende de cada persona, de las circunstancias que rodearon la muerte del hijo, de los recursos personales y sociales, y aunque existe una gran

presión por parte de la familia y de los amigos cercanos para ver a los padres recuperados de este episodio, es dable señalar que ello no es ni saludable, ni mucho menos posible, pues hay que vivir el duelo y experimentar el dolor; darse un tiempo para la recuperación; buscar apoyo emocional, sobre todo de la pareja; hablar de las emociones, de los sentimientos y pensamientos; hablar del hijo, pues negar su existencia sólo añadirá más pena y sufrimiento; y, por último, buscar ayuda profesional.

BIBLIOGRAFÍA

Arcila D., D. (2010). *Discursos y dilemas sobre la maternidad subrogada en Colombia*.

Medellín: Universidad de Antioquia.

Asociación Americana de Psicología. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del*

DSM-V. Washington – London: el autor.

Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal (S. XVII-XX)*.

Madrid: Paidós Ibérica.

Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdidas*. Madrid: Morata.

Cabrera F., E., Huertas H., A., Rodríguez M., A., & Sánchez P., A. (2005). *Representaciones*

Sociales sobre la Maternidad y la Entrega en Adopción en mujeres que están considerando esta opción respecto al hijo(a) que esperan o acaban de tener. Bogotá: Pontificia

Universidad Javeriana.

Caldas C., R. y Rojo, L. (1997). Las revistas femeninas y la construcción de la feminidad.

Revista Iberoamericana Discurso y Sociedad, 1(1), 3-9.

Chica P., L. (2009). *Estado del arte de las investigaciones sobre el duelo en las Facultades de Psicología de la ciudad de Medellín años 1997 – 2007*. Medellín: Universidad de Antioquia.

DANE. (2014). *Defunciones fetales por área y sexo, según departamento de ocurrencia -Total Nacional*. Recuperado en marzo de 2015 de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/defunciones/defun_fetales_14/Cuadro1_mar31.xls

Díaz F., V. (2003). Del duelo ritualizado al destierro del dolor. *Revista Utopía Siglo XXI*, 1(5), 25-39.

Eschenbach, U. (1968). *La mujer, un ser desconcertante*. Salamanca: Sígueme.

Ewton, D. S. (1993). A perinatal loss follow-up guide for primary care. *Nurse Practitioner*, 18(12), 30-36.

Feeney, J. y Noller, P. (2001). Apegos en la infancia y más adelante, *Apego adulto* (pp. 17-34). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández, A. (1994). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós.

- Fernández A., M., Cruz Q., F., Pérez M., N. y Robles O., H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.
- Galeano M., M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García H., A. (2010). *El significado de perder un hijo: la construcción discursiva del duelo de padres y madres*. Tenerife (España): Universidad de La Laguna.
- Gerlein, C. (2000). *El lugar del ritual en la elaboración del duelo*. Memorias II Encuentro de atención en duelo, Cátedra Fernando Zambrano.
- Gil U., J., & Ricardo H., D. (2012). *Adopción y maternidad en mujeres lesbianas*. Puerto Berrío: Universidad de Antioquia.
- Gómez S., M. (2004). *La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto*. Madrid: Arán.
- Gómez de S., G. (2003). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, M., Díez B., M., & Tirado, M. (2010). *Nuevas familias monoparentales, madres solas por elección*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

- Hurtado de B., J. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: Sypal.
- Jiménez M., A., L. y Mercado Q., P. A. (2006). *El proceso de duelo en niños de 6 a 7 años por muerte del padre o madre*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Kowalski, K. (1987). Perinatal loss and bereavement. En Sonstegard, L., Kowalski, K. y Jennings, B. (Eds.). *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, (pp. 25-42). New York: Grune and Stratton.
- Laverde R., E. (1998). Mortalidad perinatal y duelo materno. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 46(2), 75-81.
- Londoño G., H. (2005). *Elaboración del duelo en padres a causa de la pérdida perinatal*. Carmen de Viboral: Universidad de Antioquia.
- López G., A. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación de Especialistas de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70.
- Llanos P., M. (2001). *La maternidad y las madres adoptivas*. Washington: Latin American Studies Association.
- Marín O., L. y Ríos G., J. (2013). *Significación de la experiencia de aborto decidido en mujeres de la ciudad de Medellín*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Martín, M., Jiménez, M. y Fernández-Abascal, E. (2010). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4).
Recuperado en abril de 2015, de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Martínez C., P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, (20), 165-193.
- Meza D., E. G., García, S., Torres G., A. Castillo, L., Sauri S., S. y Martínez S., B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
- Montoya C., J. (2013). *Factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido*.
Recuperado en septiembre de 2015, de <http://medicalia.ning.com/profiles/blogs/factores-que-determinan-la-respuesta-a-la-p-rdida-de-un-ser>
- Molina T., S. (2014). *El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres*. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay.
- Mota G., C., Calleja B., N., Aldana C., E., Gómez L., M. y Sánchez P., M. (2011). Escala de duelo perinatal: validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 419-428.

- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Núñez A., A. (2013). *Investigación Cualitativa y Análisis del Discurso (Convergencias y encuentros)*. Recuperado en abril de 2015 de <http://ajnunezdiscurso.blogspot.com/2013/07/investigacion-cualitativa-y-analisis.html>
- O'Connor, N. (2008). *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Ginebra:WHO.
- Oviedo S., S., Urdaneta C., E., Parra F., F. y Marquina V., M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 215-219.
- Packer, M. (1985). La investigación hermenéutica en el estudio de la conducta humana. *American Psychologist*, 40(10), 1-25.
- Palomar V., C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de estudio de género. La ventana*, 3(22), 35-67.
- Pinto, V. (2007). Madres e hijos en los 90: Las representaciones sociales de la maternidad en la revista "Para Ti". *Opción*, 23(53), 22-37.

Real Academia de la Lengua Española – RAE. (2015). *Diccionario etimológico*. Madrid: Espasa.

Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Sánchez M., M. y Osorio G., E. (2007). *Duelo Infantil: Conceptualización y Elementos para la Investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Sarason, I. y Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Inadaptada*. México: Prentice Hall Inc.

Scholz, R.W. y Tietje, O. (2001). *Embedded case study methods: integrating quantitative and qualitative knowledge*. Thousands Oaks: Sage.

Schramm, N. (2007). ¿Mujeres en conflicto con la maternidad? La entrega de un hijo en adopción o la transgresión de un ideal materno. *Revista de Psicología*, 16(1), 147-169.

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (SEAS). (2010). *¿Qué es el afrontamiento?* Recuperado en abril de 2015, de:
<http://www.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>

Trujillo M., A. (2007). *Goce y feminidad*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Valencia, S. (2001). *La muerte, esa sabia alquimista*. Bogotá: Colina.

Vernengo, M. (2011). *Apego. Psicoanálisis: Ayer y hoy*. 4 Recuperado en abril de 2015 de
<http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero4/resenaapego4.htm>

Villena A., J. (2010). *El duelo*. Recuperado en marzo de 2015 de
<http://www.herrerros.com.ar/melanco/aragon.htm>

Yin, R.K. (1989). *Case study research*. London: Sage.

ANEXOS

Anexo A. Formulario de entrevista semi-estructurada

Población objetivo: mujeres adultas de la ciudad de Medellín que hayan atravesado por procesos recientes de duelo por muerte perinatal.

Propósito de la entrevista: Analizar la significación de las estrategias de afrontamiento por experiencias de duelo por muerte perinatal en mujeres de la ciudad de Medellín.

- 1) ¿Cómo fue la experiencia de pérdida de tu hijo?
- 2) ¿Qué sentimientos tuviste ante la pérdida?
- 3) ¿Cómo enfrentaste la pérdida?
- 4) ¿Le diste un nombre a tu hijo o conservas algún recuerdo de él?
- 5) ¿Qué tipo de apoyo u orientación te ofrecieron en la clínica?
- 6) ¿Buscaste ayuda profesional?
- 7) ¿Tomaste algún tipo de medicamento?
- 8) ¿En qué se transforma ese dolor que se siente por la pérdida?
- 9) ¿Crees que la pérdida de un hijo se puede compensar con la llegada de otro u otros?
- 10) ¿Has pensado en quedar embarazada nuevamente?
- 11) ¿Cómo ha sido el apoyo que has recibido de tu pareja?
- 12) ¿Cómo ha sido el apoyo que has recibido de tu familia?

Anexo B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INVESTIGATIVO

Fecha: _____

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Estudio sobre la significación de las estrategias de afrontamiento por experiencias de duelo por muerte perinatal en mujeres de la ciudad de Medellín”.

OBJETIVO GENERAL: Analizar la significación de las estrategias de afrontamiento por experiencias de duelo por muerte perinatal en mujeres de la ciudad de Medellín.

ESTUDIANTES:

- Patricia Gómez Yaya

- Sara Quintana García

Yo, _____ con documento de identidad C.C.
_____ certifico que he sido informada con la claridad y la veracidad
debida respecto al ejercicio académico que el estudiante _____
me ha invitado a participar; que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora,
contribuyendo a este procedimiento de forma activa.

Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio
académico cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no se trata
de una intervención con fines de tratamiento psicológico. Que se respetará la confiabilidad y la
intimidad de la información por mi suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Estudiante: _____

Entrevistado: _____