

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México



LA ADOPCION: UN ANHELO DE TRASCENDENCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
BELLA MICHA SAADIA

DIRECTOR DE TESIS : ING. CUAUHEMOC CARRASCO RIVERA

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Quiero agradecer a mis padres su entrega, su
respeto y su comprensión de siempre, porque son
éstas las cualidades que me han permitido
avanzar en el sendero de la realización personal

A mis hijos Daniela y Marcos , que son mi luz y
sentido de mi propia existencia , les ofrezco con todo
mi amor mi gratitud más honda pues son ellos los que,
día a día, hacen posible que mi sueño más
íntimo se vuelva realidad.

Con especial cariño , le agradezco al doctor
Manuel Isaías López haberme ayudado a
descorrer los velos de mi propio universo
interior.

Al ingeniero Cuauhtémoc Carrasco , a la
doctora Rosa Campos y al maestro Hugo Rojas
les agradezco el apoyo y los conocimientos que
de modo tan generoso compartieron conmigo.

A Sandra Montenegro, su valiosa ayuda.

Por último , mi agradecimiento sincero a todos
aquellos que me acompañaron con su
entusiasmo, su orientación y su solidaridad en la
realización de esta tesis.

Í N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I. Antecedentes históricos de la adopción	8
1.1 Las prácticas de la adopción en la Antigüedad	
1.2 Adopción en países europeos	
1.3 Adopción en Estados Unidos	
1.4 Adopción en México	
1.4.1 Aspectos legales de la adopción	
1.5 Diferentes tipos de adopción	
1.5.1 Adopción transracial	
1.5.2 Niños atípicos	
1.5.3 Adopción por padres solteros	
1.6 El mito de Superman	
Capítulo II. Infertilidad	33
2.1 Embarazo	
2.2 Esterilidad y sociedad	
2.3 Clasificación	
2.3.1 Esterilidad primaria	
2.3.2 Esterilidad secundaria	
2.3.3 Infertilidad	
2.4 Esterilidad: factor femenino	
2.5 Esterilidad: factor masculino	

- 2.6 Esterilidad en tratamiento
- 2.7 Esterilidad definitiva
- 2.8 Esterilidad de causa no determinada
- 2.9 El impacto psicológico de la infertilidad

Capítulo III. Proceso para realizar una adopción . . 56

- 3.1 Duelo
 - 3.1.1 Secuencia de sentimientos
 - 3.1.2 Pérdidas
- 3.2 La pareja
- 3.3 Los padres adoptivos
 - 3.3.1 Aspectos legales
 - 3.3.2 Embarazo emocional
 - 3.3.3 Fantasía en torno al hijo por nacer
 - 3.3.4 Identidad como padres adoptivos
 - 3.3.5 Fantasías en torno a los padres biológicos
 - 3.3.6 El temor de los padres adoptivos

Capítulo IV. Aspectos psicológicos normales y anormales del comportamiento del niño adoptivo 89

Capítulo V. Método 107

Capítulo VI. Resultados 118

Capítulo VII. Conclusiones y sugerencias 198

Bibliografía 204

Anexo I 221

INTRODUCCION

El objetivo del presente estudio es conocer el funcionamiento psicológico de las madres adoptivas durante el periodo de espera del nacimiento del bebé. Se pretende contribuir al encuentro de un marco referencial que nos ayude a reflexionar sobre las principales vivencias, dudas y consideraciones relacionadas con la infertilidad de estas mujeres y con el vínculo que establecen desde ese momento con el hijo adoptivo.

Lo primero que llama la atención cuando se comienza a investigar sobre este tema es el silencio y el rechazo que hay hacia el mismo. La adopción es un tema de las ciencias humanas que, por falta de bibliografía, de experiencia en ese campo y de estudio sistemático, constituye un área que se podría denominar "tabú" en la investigación científica.

Por medio de la adopción, la sociedad ha establecido un tipo de familia que se basa en la paternidad (la relación de tutelaje por parte de un hombre y una mujer). El proceso de integración de la familia adoptiva se extiende a lo largo de las etapas sucesivas del ciclo de vida de cada uno de los participantes, quienes se influyen mutuamente. De la dinámica de la adopción se deriva un poderoso material para el estudio de la psicología preventiva, cuyo fin es lograr una buena relación entre padres adoptivos e hijos adoptivos, y

establecer una familia con las menores dificultades posibles en torno a la adopción. En particular, los niños adoptivos que se encuentran en proceso de desarrollo son los que con facilidad pueden resultar dañados.

Es evidente que los niños que carecen de padres y de familia se encuentran en mayor desventaja con respecto a su maduración que los demás niños; y que la adopción es el plan de elección para prevenir o mitigar los efectos destructivos de dicha circunstancia. Desde la perspectiva de la prevención de la salud mental, existe una relación recíproca entre adopción y psicología. La adopción puede contribuir al éxito psicológico de sus principales participantes y la psicología contribuye al éxito psicológico de la adopción. Cada uno de estos factores participará previniendo o reduciendo los obstáculos que impiden el bienestar emocional de una población específica constituida por adultos y niños.

Como se enfatizó antes, la adopción tiene una influencia significativa en la salud mental; diferentes factores determinan en cada caso si la influencia es positiva o negativa. Se considera que la adopción tiene un alto potencial de impacto positivo, ya que puede ser el instrumento de apoyo del desarrollo estable del niño (al suplir la carencia de padres); posibilitar la realización de la vida familiar de parejas incapaces de tener hijos y cuyo anhelo y potencial de

paternidad estarían, de otra manera, frustrados; y solucionar un conflicto al aliviar las tensiones patógenas.

La fase de espera, en especial durante el primer embarazo, se ha considerado como el periodo de mayor desarrollo para la madre, tanto en el ámbito individual como en el de la pareja. Es un periodo crucial dentro del ciclo de vida de la mujer, descrito en términos de: crisis, ajuste progresivo y crecimiento personal.

Investigaciones en torno al tema (Levy-Schiff, R. *et al.*, 1990) han demostrado la existencia de lazos causales entre la experiencia y las sensaciones de la madre (por un lado) y la buena relación de pareja (por el otro), al realizar las tareas necesarias de adaptación durante la fase de espera (o embarazo), las cuales cristalizarán posteriormente en la relación madre-hijo. Por lo que se considera que un resultado desfavorable, en términos de dificultades o problemas psicológicos durante la espera, tendrá repercusiones en el papel que juega la madre.

La mujer que espera convertirse en madre adoptiva enfrenta un sinnúmero de obstáculos que se consideran como factores agravantes en su transición hacia la maternidad.

Se han identificado situaciones de desventaja que, por lo general, están presentes durante todo este periodo. Casi siempre, los padres adoptivos son parejas infértiles que se deciden por la adopción después de muchos años de desilusiones y heridas en la autoestima,

relacionadas con tratamientos médicos muy prolongados, a los que se suma la incapacidad para procrear. Para muchas de estas parejas, esta fase deja huellas psicológicas significativas que se relacionan con la autoimagen, con el sentido básico de la masculinidad y la feminidad, y con la adaptación de la pareja entre sí. Cuando estos problemas no se manejan en forma adecuada o cuando la adopción se utiliza inconscientemente como una forma de evadir el asunto, pueden aparecer conflictos en torno al futuro bebé. Éstos se manifiestan como autodevaluación, desacuerdos conyugales, hijo con problemas de conducta, etcétera.

Durante el embarazo, los padres biológicos se preparan gradualmente al nacimiento de la criatura y esto les concede un periodo predecible para su adaptación; mientras que el lapso de espera para los padres adoptivos se asocia con incertidumbre, tanto respecto de la adopción misma como de la llegada del bebé.

La mayoría de los padres biológicos logran convertirse en padres con expectativas razonables sobre su conducta futura; mientras que otros prospectos de padres adoptivos tienen pocos modelos de identificación.

Durante la fase de espera, los padres adoptivos reciben poco apoyo de la gente a su alrededor. Debido a la incertidumbre que se asocia con los planes adoptivos y al estigma social relacionado con el tema, los padres adoptivos están más renuentes a hacer pública su

decisión de adoptar un niño. Cuando lo hacen, con frecuencia representa una manera de justificarse a sí mismos y un proceso que facilita la canalización de la ansiedad paterna y los resentimientos, lo que contribuye a acentuar las diferencias existentes.

A la luz de estas dificultades y desventajas, se puede esperar que psicológicamente las futuras madres adoptivas estén menos adaptadas a la maternidad durante esta fase de espera.

Las mujeres se ven afectadas, en particular, por la privación que provoca la infertilidad. Si el deseo de tener hijos no puede ser satisfecho en la vida adulta, causa dolor a la pareja y produce tensiones en la relación. La incapacidad de una mujer para concebir puede tener sus raíces en una relación temprana, insatisfactoria, con la madre. Como menciona Pines, D. (1990), un gran número de mujeres infértiles tienen una relación difícil, conflictiva y frustrante con la madre.

Por consiguiente, este trabajo intenta abordar los problemas que surgen en relación con la infertilidad de la pareja y las consecuencias generales que esto trae a su integridad.

En el capítulo I se presenta una revisión amplia de la trayectoria cultural del tema con el fin de comprender el papel de la adopción, así como los mitos y tabúes asociados a ésta.

Los conceptos sustantivos que definen la infertilidad ocupan el espacio correspondiente al capítulo II, en donde también se menciona

su clasificación y el impacto psicológico que el proceso de reconocimiento-aceptación de la infertilidad ocasiona; para luego concentrar la investigación en los problemas más relevantes que vive la pareja estéril.

El capítulo III aborda el proceso de adopción y analiza las fases psicológicas que la pareja infértil atraviesa antes de realizar la adopción. Dicho proceso está revestido de afectos, valores y actitudes que evidencian que la pareja está en condiciones óptimas para adoptar. Sin embargo, esto se vislumbra como un modelo idealizado que permitirá, en el futuro, hacer recomendaciones de salud previas a la adopción.

Más adelante se dan a conocer las características del niño adoptado (capítulo IV) para identificar los principales problemas que surgen en la relación con los padres. El niño adoptivo se enfrenta a una serie de acontecimientos difíciles cuando no se cumple satisfactoriamente el proceso idealizado que se cita en el capítulo III.

El capítulo V se refiere al método de investigación que se siguió para llevar a cabo este estudio y describe, también, el trabajo de campo. Informa sobre los momentos que vivieron un grupo de madres durante el proceso de adopción. De dicha población se rescataron los resultados que dan pie al capítulo VI.

Por último, en el capítulo VII no sólo se presentan reflexiones y conclusiones de este trabajo, sino que también se hacen propuestas que fortalezcan un trabajo preventivo.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ADOPCIÓN

1.1 Las prácticas de la adopción en la Antigüedad

Gilman, L. (1984) comenta que los orígenes de la adopción son tan antiguos como el hombre mismo. Los hombres de las cavernas adoptaban familias completas cuando los padres no regresaban a unirse con el grupo después de las cacerías.

Palacios, L.A. y Cossoff, D. L. (1983) señalan cómo algunos animales, como los chimpancés, dan cuidado temporal o permanente a cachorros desprotegidos, los cuales, de no recibir la protección de madres sustitutas, morirían. Existe también el caso de las hembras *macacus rhesus* que, en cautiverio, segregaban leche cuando se las inducía a adoptar (MacDonell, M. I., 1981).

Entre las leyendas y los mitos mesopotámicos, los estudiosos han encontrado referencias a la adopción. La primera registrada en las tabletas cuñeiformes se refiere a Sargón I, fundador de Babilonia, en el ca. 2800 a. C. (Clothier, F., 1939). La mitología griega muestra el ejemplo de Hércules, hijo adoptivo de Hera. Su padre era Zeus y la madre biológica fue Alcmena, quien abandonó a su hijo por temor a los celos de Hera. La mitología refleja la necesidad de los padres adoptivos de aparentar que el niño adoptado ha nacido de ellos.

Frazer, J. (1980), en su libro *La rama dorada*, describe

detalladamente la conducta de Hera, al adoptar a Hércules:

"Los dioses se introdujeron en la cama y hacían movimientos semejantes a los que haría un niño al momento de nacer; luego jalaron al niño de dentro de la madre para imitar con más realidad la situación de un 'parto verdadero'."

Las sociedades tribales y muchos grupos, aun en la actualidad, continúan realizando la práctica de darle al momento de la adopción el mayor sentido de realidad posible, principalmente en el aspecto emocional. Se observa cómo se intenta manejarla como un ritual para que llegue a simbolizar, de la mejor manera posible, el momento del nacimiento humano.

Edipo Rey, otro célebre adoptado, señaló: "Debo seguir este rastro hasta el final, hasta que haya aclarado el misterio de mi nacimiento" (Sófocles, 1988). Este ejemplo de la Antigüedad pone de manifiesto lo que sucede hoy en relación con el hijo adoptivo, quien en un intento de consolidar su identidad, siente una necesidad innata de conocer sus raíces primarias (padres biológicos).

Hace cuatro mil años, si un hijo adoptado se atrevía a decir abiertamente que no era hijo de sus padres, se le cortaba la lengua y,

si iba más lejos, si salía en busca de su familia biológica, se le castigaba dejándolo ciego (Sorosky, A., Baran, A., Pannor, R., 1984).

Las amonestaciones de antaño a este respecto eran muy severas y el tema, en general, se consideraba tabú. Sin embargo, ya existía en el niño adoptado la idea de encontrar a sus padres biológicos y por ello se le imponían esas fuertes reprimendas; el fin era impedir la búsqueda. Así se pretendía que hubiera una absoluta fidelidad hacia la nueva familia.

Gilman L. (1984), al analizar el *Código de Hamurabi* (parte de la Ley Babilónica y primer código legal conocido) se sorprendió al ver que éste le concedía a la adopción un *status* legal, vigente en Asiria y Babilonia, primero, luego en Egipto. En dicho tratado se señala lo siguiente:

"Si un hombre toma a un niño bajo su nombre y lo adopta, lo trata como a un hijo, cuando éste crezca podrá devolverlo a los padres. Si un hombre adopta a un niño como su hijo y después de que lo ha aceptado, éste transgrede las normas establecidas por su padre adoptivo, deberá regresar a la casa de su propio padre".

Lo anterior describe la situación en que se encontraba un hijo adoptivo, quien al parecer no era considerado de la misma manera que un hijo biológico. La fantasía de "regresarlo" era una idea latente (ya

que existía esta posibilidad) si el hijo adoptado no actuaba como se esperaba.

Gilman L. (1984) menciona que la familia nuclear (padre, madre e hijos) era la unidad básica en la sociedad primitiva; y que los grupos de parentesco se unían para formar unidades más complejas, tales como la tribu, la jefatura y otras, que formaban familias extensas. Para esas sociedades, el lazo de la sangre era tan importante que el único modo aceptable de admitir dentro del clan a quienes no tenían ningún parentesco era convirtiéndolos, de manera artificial, en parientes consanguíneos, por medio de la adopción. Por lo tanto, la aceptación dentro del grupo significaba una ruptura completa con su familia o grupo original, con la promesa de manifestar lealtad y una total fidelidad a la nueva familia. Buscar su origen o preguntar sobre su identidad verdadera era considerado entonces, igual que ahora, algo peligroso, ingrato y desleal. Si se acepta que los pecados de la gente pueden verse a través de las leyes de su sociedad, se puede asumir que las leyes de Babilonia reflejaban tanto el miedo de los que adoptaban como los sentimientos de los adoptados (Sorosky, A., Baran, A., Pannor, R., 1984).

Los egipcios y los hebreos practicaban la adopción y dejaron para la humanidad el ejemplo más famoso de todos los tiempos: el rescate de Moisés, de las aguas del río Nilo, por parte de la hija del faraón.

En la India (Petit, E., 1972), la manera de comportarse respecto a la adopción fue transmitida a otras culturas principalmente por medio de la religión; estos conceptos llegaron a Grecia y a Roma, donde se difundieron con bases distintas; es decir, de tipo político.

La adopción fue una costumbre bien establecida entre los hindúes desde la más remota Antigüedad. Para ellos, el grado de cercanía entre el adoptante y el adoptado tenía gran importancia.

Sorosky A.*et al.* (1984) señalan que se recurrió al artificio de la adopción debido a las guerras devastadoras del pasado, que acababan por completo con las familias y, por lo mismo, con la posibilidad de trascendencia. Gracias a esto, se permitía que una persona extraña y sin lazos sanguíneos comenzara a ser parte integrante de una familia, pero con base en factores políticos o psicológicos.

Practicaron la adopción ciertas civilizaciones patriarcales, como la romana, en la cual el jefe de familia ejercía un dominio absoluto sobre ésta y tenía el poder de excluir a los hijos consanguíneos y ofrecer su paternidad a extraños que poseyeran las características que el padre anhelaba. La finalidad de esta práctica era de tipo político. Los romanos se valían de la adopción para suplir a la naturaleza y le ofrecían a una familia sin hijos un heredero de su nombre y su fortuna (Petit, E., 1972).

Aunque se hace referencia a la adopción en casi toda ley antigua, no fue sino hasta el surgimiento del Imperio Romano, con sus instituciones altamente organizadas, cuando se introdujo ésta, como tal, dentro de su sociedad. Las leyes romanas de adopción se semejan en cierta medida a las leyes que norman actualmente este asunto en Estados Unidos, porque muestran los cambios graduales que reflejan las transformaciones en la estructura social. La familia era la unidad básica en el Imperio Romano y los derechos individuales estaban controlados de modo muy estricto por el jefe de familia, quien exigía lealtad absoluta. En relación con esto, Chemin (1974) precisa lo siguiente:

"Es el romano, pueblo de juristas, el que instauró la filiación adoptiva, en primer lugar para asegurar el culto de los ancestros, y después con un objetivo social: transmitir el patrimonio y elevar al adoptado a un nivel civil superior (de patricio o ciudadano)."

Un ejemplo de ello fue Augusto, adoptado por Julio César. A este respecto, Amoros Marti, P. (1987) señala que en el Derecho Romano existieron dos formas de adopción: La *adoptio* y la *arrogatio*. La primera, en sentido estricto, es la incorporación de un *alieni iuris* (sometido a la autoridad de otro) en calidad de hijo o descendiente de

ulterior grado. El procedimiento por el cual se llevaba a cabo era complicado; sin embargo, el Derecho Justiniano simplificó los procesos, sustituyéndolos por una declaración del padre ante el magistrado, en presencia del adoptado y del adoptante. Bastaba con que éstos no se opusieran. Se consideraba que se estaba realizando una *adoptio* plena si el adoptante era un ascendiente del adoptado; y menos plena si el adoptante era un extraño. La *arrogatio* permitía que se adoptara a los hombres libres *sui iuris* (libres de toda autoridad). La continuidad de la familia de los adoptantes era el propósito principal en ambos casos.

Cuando la adopción se acompañaba de ritos religiosos altamente desarrollados simbolizaba la ruptura de viejos lazos familiares y el compromiso de unirse a los nuevos. La adopción de un hijo por parejas estériles era más aceptada. La adopción de adultos causaba gran controversia y la veían como antinatural e injusta.

En China (Gilman, L., 1984), a fines del siglo pasado, se practicaba la adopción de la siguiente manera: a un hombre sin hijos se le permitía legalmente apropiarse del primogénito de cualquiera de sus hermanos menores, porque "no podía morir sin dejar a la posteridad un hombre que cuidara sus cenizas y decorara su tumba para pacificar su alma en el purgatorio". Así que no tener descendencia era una de las tragedias más grandes que podían

sucedarle a un ser humano, y trataba de impedirse por medio de la adopción.

Como se puede notar, cada cultura ha reaccionado de diversas maneras ante la adopción. Las ideas al respecto varían de un país a otro, dependiendo de las creencias religiosas y/o políticas.

1.2 Adopción en países europeos

Sorosky A. *et al.* (1984) observan cómo después de la segunda Guerra Mundial, los procedimientos de adopción en Europa cambiaron y se vio la posibilidad de proporcionarle al niño privado de un hogar estable y feliz uno que le diera eso y un *status* similar al del hijo biológico. En ese continente la adopción se realiza de distintas maneras, dependiendo de los diferentes enfoques sociales: capitalistas, socialistas, protestantes o católicos. Prevalecen dos tendencias: la primera establece que la adopción es sólo una relación padre-hijo. La segunda considera que el Estado debe influir para proteger al menor. En Inglaterra, los hijos consanguíneos eran tan importantes que la adopción no fue aceptada sino hasta 1926. En la literatura de la época victoriana abundan los cuentos románticos de niñas abandonadas, criadas en la vil miseria, comprometidas con nobles jóvenes y que final y triunfalmente encuentran a un familiar y acaban siendo las hijas

perdidas y encontradas después de un largo tiempo por la aristocracia.

La carencia de posibilidades de adopción legal en Gran Bretaña complicó las necesidades emocionales de las parejas sin hijos.

Las leyes europeas relacionadas con la adopción, principalmente las surgidas a principios del siglo XX, exigían que los padres adoptivos fueran mayores de 50 años, con lo que se confirmaba su incapacidad para la procreación. Ahora la flexibilidad es mayor en relación con la edad de los adoptantes, por considerar que la juventud está más motivada y cuenta con más años de vida futura para compartir con los hijos. En Dinamarca, Suecia e Inglaterra lo establecido es un mínimo de 25 años; mientras que en Alemania y Francia es de 35 años. Sólo en Italia y Grecia se continúa exigiendo que los adoptantes tengan un mínimo de 50 años. En general, en otros países europeos no mencionados aquí las edades mínimas para adoptar varían entre los 30 y los 50 años.

Grebler (1973) menciona que en Grecia, Italia y Polonia las leyes otorgan derechos a los padres naturales después de realizada la adopción; éstos pueden reclamar sus derechos sobre el niño aun cuando el proceso ya haya terminado. El resultado de esto es que se lesiona la personalidad del niño, al que se le impide romper definitivamente con una situación e intentar nuevos ajustes. Por lo cual, se está tratando de eliminar la posibilidad de que los padres biológicos recuperen a los hijos.

En general, las leyes de adopción europeas pueden clasificarse en uno de estos dos grupos:

a) Las que confieren al adoptado el *status* de hijo legítimo con todas las responsabilidades y consecuencias inherentes; en particular, la ruptura completa con la familia natural.

b) Las que le ofrecen al niño derechos y obligaciones relacionados con su familia adoptiva, sin que esto implique que sea un hijo natural; además, le permiten establecer lazos con su familia biológica.

Países como Francia, Italia y Bélgica tienen las dos opciones y las usan de modo complementario.

1.3 Adopción en Estados Unidos

La primera Ley de Adopción moderna fue promulgada en Massachusetts en 1851, en Estados Unidos. Previo a esto, el hacerse cargo de un niño como aprendiz era una forma de adopción que respondía a dos imperativos: por una parte, asegurar la suerte de los niños tomados a su cargo, y por otra, proporcionar a los colonos una mano de obra relativamente barata. De ese modo, se consideraba al adoptado como un ciudadano de segunda clase y se esperaba que trabajara duro y pagara la deuda de gratitud.

Clothier F. (1939) refiere que, originalmente, los puritanos y otros colonizadores que llegaron a Estados Unidos seguían los patrones de familia del Viejo Mundo. Sin embargo, hacia 1648, la colonia de la Bahía de Massachusetts promulgó una ley que concedía el derecho de sacar a los hijos de la casa de sus padres si su conducta era obstinada, grosera o sin disciplina, y se les acomodaba en otro hogar. Durante el mismo periodo, en Connecticut, se estipuló la pena de muerte para el hijo rebelde y para aquellos que renegaran de sus padres; sin embargo, los miembros de los tribunales preferían colocarlos en otro hogar. Por lo general, el cuidado de los huérfanos de las colonias quedaba a cargo de parientes cercanos, de acuerdo con la voluntad del finado, y cuando no había familiares se les enviaba a otra casa. En 1620, en Virginia, se mandaba a los niños como aprendices a casas particulares, ya que se necesitaban obreros de cualquier edad, dada la escasez de mano de obra prevaeciente. Después, con el fin de eliminar el maltrato infantil, se hicieron leyes para el cuidado de los huérfanos. El objeto era evitar la explotación a que estaban sujetos por las llamadas "sociedades de niños" y por las personas que se encargaban de ellos en las casas y a las que no se investigaba pues los adquirían como mano de obra barata.

El término adopción empezó a usarse a mediados del siglo XIX y se refería sobre todo a la colocación del niño abandonado con

familiares o con extraños. Las estipulaciones obligatorias acompañaban estas adopciones; no obstante, el aspecto emocional era el mismo que se observa actualmente.

Amoros Marti, P. (1987) menciona que, en el siglo XIX, la historia legal registra diversas adopciones privadas, reconocidas por los tribunales.

1.4 Adopción en México

1.4.1 Aspecto legal

Tal y como sucede con otras instituciones del Derecho Mexicano, las figuras jurídicas que conforman nuestro Código Civil han seguido los lineamientos del de Napoleón Bonaparte, en el cual aparece reglamentada, de manera especial, la adopción; pero, ciertamente, con grandes restricciones (Rea Gutiérrez, X., 1985 y Jiménez García, C., 1983).

Pallares (1917) señala que el Código Civil de 1869, de Veracruz, y el de 1885, de Tlaxcala, son una evidencia legal al respecto:

" . . . puede adoptar toda persona mayor de 25 años, libre de matrimonio, en pleno ejercicio de sus derechos, siempre y

cuando el adoptante tenga 17 años más que el adoptado, acreditando además tener medios suficientes para proveer la subsistencia y educación del hijo; que la adopción resulte en beneficio del que se pretende adoptar y que el adoptante sea persona de buenas costumbres. En el caso de que sea un matrimonio, ambos esposos deben estar de acuerdo en considerar al adoptado como hijo propio y la diferencia de edad entre uno de los adoptantes y el niño debe ser mayor de 17 años, cuando menos, una condición que aún persiste es que la pareja no cuente con condescendientes."

Las personas que deben otorgar su consentimiento para la adopción son las que ejercen la patria potestad del niño, ya que ésta se transfiere a los padres adoptivos, persistiendo los derechos y obligaciones derivados del parentesco natural. En ciertas ocasiones la puede otorgar el Ministerio Público cercano al domicilio del adoptado. Cuando el niño que se va a adoptar es mayor de 14 años, puede expresar su consentimiento. Otro aspecto de la adopción tiene que ver con el nombre y los apellidos del adoptado, lo cual requiere que se hagan las anotaciones correspondientes en el acta de adopción.

La adopción puede revocarse cuando las partes así lo convengan o por ingratitud del adoptado; es decir, cuando el adoptado cometa algún delito intencional comprobado contra la persona, la

honra o los bienes del adoptante, o si el adoptado se rehusa a alimentar al adoptante que ha caído en la pobreza. En la Ley sobre Relaciones Familiares, establecida en 1917 por Pallares, se manifiesta lo siguiente:

Es capaz de practicar la adopción toda persona mayor de edad, hombre o mujer, libre de matrimonio. También se considera que el hombre o la mujer casados podrán ejercer la adopción cuando los dos consideren al adoptado como un hijo de ambos. (. . .) La mujer sólo podrá adoptar cuando cuente con la conformidad del marido; pero éste sí podrá practicar la adopción sin el consentimiento de su esposa, aunque en este caso no exista el derecho de llevar al hijo adoptivo al hogar.

De esta manera se reconoció la adopción como una forma de parentesco civil. Con ello se impedía que el adoptante llegara, algún día, a casarse con el adoptado o con sus descendientes mientras siguiera ligado jurídicamente por el lazo de la adopción. En esa misma Ley también se estipula la obligación alimenticia por ambas partes, así como la posibilidad de que el padre adoptante pueda heredar al adoptado.

En México, la Dirección General de Asistencia Social les exige a las personas interesadas en la adopción que llenen los siguientes requisitos:

- a) Ser casados o solteros; aunque se concede preferencia a los matrimonios.
- b) Acta de nacimiento (en el caso de los solteros).
- c) Certificado médico general que debe incluir, entre otras cosas, un análisis de sangre y una radiografía del tórax, practicados en un centro de salud de la Secretaría de Salud.
- d) Dos cartas de recomendación expedidas por personas que no sean familiares y que no tengan su domicilio en el lugar donde residen los solicitantes.
- e) Fotografías.
- f) Certificado de antecedentes no penales.
- g) Estudio socioeconómico del o de los solicitantes.

Si el resultado de esta investigación es favorable, el Departamento de Higiene Mental hace una evaluación psicológica. Un grupo de especialistas analiza los resultados y se llega a una decisión final.

En el estudio psicológico se toman en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Historia completa del o de los solicitantes.
- b) Condición socioeconómica.
- c) Nivel cultural.
- d) Relaciones familiares e intereses generales.
- e) Trayectoria laboral.
- f) Proceso de participación para tomar esta decisión.
- g) Capacidad intelectual .
- h) Escolaridad.

En cuanto a la personalidad, se administra una batería de pruebas con el fin de detectar cualquier patología que pudiera afectar posteriormente al adoptante. En general, se sigue el mismo formato de investigación y análisis para obtener mayor conocimiento acerca de los adoptantes.

Cuando los padres biológicos dan ejemplos perniciosos o muestran una conducta negativa en cuanto a la formación del niño, se les motiva para que acepten darlo en adopción. Además, se les informa que existen solicitudes de personas seleccionadas con quienes el niño podrá desenvolverse de una manera más sana. Por su parte, a los padres adoptivos se les pone en antecedentes respecto al niño.

En el caso de que el único apoyo del menor sea la madre, y ésta sea una enferma mental con previa comprobación médica, se

elabora la relación circunstancial o constancia de exposición para que el niño quede a disposición de una Casa Cuna.

La Dirección General de Servicios Sociales del Departamento del Distrito Federal (DDF), con el firme propósito de evitar la institucionalización de los menores, ha creado un Centro de Información donde se atiende a las personas interesadas en adoptar y se les ofrecen datos acerca de los requisitos y las responsabilidades al respecto.

El Programa de Promoción Social Infantil, de la Secretaría de Salud, tiene como meta evitar el abandono total o parcial de los menores cuyas edades fluctúen entre los 0 y los 13 años. De ahí que su siguiente objetivo sea reintegrarlos a su hogar original o entregarlos a familias de la comunidad mediante la adopción, la tutela o la custodia en hogares sustitutos. De este programa surgió la base legal en que se apoyó la Secretaría de Salud para abrir la Casa Cuna de Coyoacán.

Ni en la legislación vigente en el texto original del Código Civil actual (1928) ni en las modificaciones posteriores hechas al mismo, se define la institución de la adopción, pero el artículo 190 establece lo que sigue:

"Los mayores de 40 años, en pleno ejercicio de sus derechos y que no tengan descendientes, pueden adoptar a un menor o

a un incapacitado, aun cuando sea mayor de edad, siempre que el adoptante tenga 17 años más que el adoptado y que la adopción sea benéfica a éste."

En 1938 se redujo la edad del adoptante a 30 años, y en 1970 a 25, y se estableció el cumplimiento de los siguientes requisitos en el Artículo 390:

a) Que cuenten con bastantes medios para proveer la subsistencia y educación del menor y el cuidado y subsistencia del incapacitado, como de hijo propio, según las circunstancias de la persona que trata de adoptar.

b) Que la adopción sea benéfica para la persona que trata de adoptar.

c) Que el adoptante sea persona de buenas costumbres.

Cuando circunstancias especiales lo aconsejen, el juez puede autorizar la adopción de dos o más incapacitados o de menores incapacitados, simultáneamente (Rea Gutiérrez, X., 1985 y Jiménez García, C., 1983).

El proceso de adopción dura un tiempo variable que va desde los cuatro o seis meses hasta un año. Se da preferencia a matrimonios

jóvenes que lleven como mínimo un año de casados y se toma en cuenta principalmente su capacidad de amar. No se consideran los factores de la infertilidad. Las mujeres solas pueden practicar la adopción; en cambio, no pueden hacerlo los hombres solteros. (Llama la atención esta diferencia entre ambos sexos.)

1.5 Diferentes tipos de adopción

1.5.1 Adopción transracia

Las adopciones transraciales constituyen una alternativa para niños de grupos minoritarios que, de otra manera, crecerían sin familia.

Debido a la escasa literatura relativa al tema en este país, se transcriben aquí los datos obtenidos por Bernard, V., quien realizó sus investigaciones en Estados Unidos en 1974 y cuyas conclusiones se consideraron relevantes para contar con un panorama que englobe las diferentes posibilidades de adopción.

Niños descendientes de indios americanos, de negros y de orientales, así como aquellos con antecedentes mixtos, incluyendo los mexicoamericanos, han sido colocados en hogares de caucásicos angloamericanos, y eso se hace cada vez con más frecuencia. Marmor (citado por Bernard, V. en 1974) sugirió que los requisitos psicológicos que se exijan a los padres de estos niños deben incluir,

además de los criterios básicos, una actitud muy abierta y libre en relación con la etnocentricidad y una mínima dependencia de la aprobación familiar y comunitaria.

En la actualidad, se sabe que ha habido conflictos dentro de comunidades negras con respecto a la adopción de niños de esa raza por padres de raza blanca. Por un lado, en las circunstancias actuales, las investigaciones muestran que la adopción transraciaI proporciona a los niños de raza no blanca -privados de familia biológica o adoptiva de su propia raza- una experiencia de desarrollo con una mayor seguridad emocional que la que tendrían si vivieran las situaciones perjudiciales que de otra manera habrían de enfrentar. Por otro lado, un sector del movimiento negro ha rechazado el objetivo de integración, al menos por ahora, como una amenaza al esfuerzo de su pueblo por lograr un sentimiento positivo de identidad étnica individual y la unidad del grupo, que ellos consideran esencial en su lucha por la igualdad. Con base en esto, se oponen rigurosamente a la adopción de niños de raza negra por padres de raza blanca.

Es importante subrayar que la adopción transraciaI no es para todos, y que los padres adoptivos podrían diferir en cuanto a cómo crían a sus hijos en circunstancias que pueden tener que ver o no con la raza. Bernard, V. (1974) reconoce que los padres adoptivos desarrollan un sentido de paternidad tan fuerte como el de los padres biológicos; tal vez porque el desarrollo de cualquier relación

padre-hijo depende más del comportamiento de los seres humanos que de la biología.

1.5.2 Niños atípicos

Bernard, V. (1974) dice que el niño que se va a dar en adopción puede estar al mismo tiempo en varias categorías difíciles de ubicar. Por ejemplo, no ser ya un bebé y tener un impedimento físico, emocional o intelectual. Se deben tomar en cuenta ciertos factores psicológicos que afectan tanto al adoptado como a los adoptantes, con el fin de prevenir y reducir problemas entre ambas partes.

Cuando se adopta niños mayores, existe un conflicto entre el miedo manifiesto de no ser adoptado legalmente y el de serlo. El niño, ya sensible al rechazo, debido a las experiencias que lo hicieron adoptable, vive con el temor de que su nueva familia decida no quedarse con el "para siempre". Trata de esconder su miedo, mismo que le lleva a oponerse tanto a la aceptación de los nuevos padres, que con frecuencia son extraños para él, como al cambio en sí mismo. Piensa que su nueva familia puede disolver sus sentimientos de continuidad consigo mismo y su pasado, y por lo tanto, podría destruir sus enlaces internos a figuras maternas previas.

Como principio general, en lugar de que "se adopte" niños mayores, tanto ellos como sus padres necesitarán "adaptarse mutuamente".

En la actualidad existen padres adoptivos para niños con retraso mental. Cuando el grado de retraso es leve, se piensa que el niño es capaz de adaptarse a la vida familiar y ser autosuficiente.

1.5.3 Adopciones por padres solteros

Este tipo de adopción representa una forma más de aumentar el número de hogares permanentes para niños que, de otro modo, podrían perder la posibilidad de adopción y permanecer huérfanos indefinidamente. Hasta ahora, dichas colocaciones son poco frecuentes, sólo se hacen cuando no se encuentra una familia adecuada de dos padres, y debido a las necesidades especiales de un niño. En realidad se trata de otro tipo de familia que existe y que podría funcionar siempre y cuando se realice una exploración muy cuidadosa de los motivos de tales solicitantes (Bernard, V., 1974).

1.6 El mito de Superman

Los estudios antropológicos muestran que los pueblos han intentado a lo largo de los siglos elaborar las situaciones que les son incomprensibles, traumáticas o conflictivas, por medio de la creación de mitos o leyendas transmitidos de generación en generación. Un mito contemporáneo, que ya se llevó a la pantalla grande, trata sobre el fenómeno de la adopción y todas sus alternativas, apoyándose en la vida de Clark Kent, joven periodista que en realidad esconde la omnipotente personalidad de un superhombre: Superman.

Superman vive en Krypton, planeta alejado del nuestro, con mayor evolución y poderío, pero amenazado de destrucción. Los padres biológicos del niño lo ponen en una especie de canasta (igual que a Moisés, salvado de las aguas) y lo envían para que se salve de la aniquilación cósmica. Llega al planeta Tierra, donde una pareja de padres estériles y ya maduros lo toman en adopción. El niño sobresale por sus "poderes especiales" y su omnipotencia, al grado de que sabe volar. Al llegar a la pubertad siente "el llamado" de sus padres biológicos, contenidos en germen en un cristal enterrado en la tierra. Va a su encuentro, revisando valores y normas de vida. Paralelamente muere su padre adoptivo.

En la historia de Superman están presentes los padres biológicos idealizados, sus impulsos de abandono o destrucción hacia

el hijo; los padres infértiles y maduros que por su avanzada edad sólo pueden acompañarlo hasta la pubertad; la búsqueda de los padres biológicos a la entrada de la adolescencia; las crisis de valores; la omnipotencia debida a la falta de límites; el adjudicarse valores sobrenaturales o extraterrestres, y los graves peligros a que se expone cuando vive "simplemente como humano".

Todos llevamos un superhombre dentro de nosotros, por eso se siente una especial predilección por esta historieta.

La mayoría de los padres adoptivos tratan de compensar sus sentimientos de mutilación o desvalorización por la falla en esa función, imaginando haber salvado a un niño de una situación terrible o sintiendo que son poseedores de un niño genio o héroe salvador de la humanidad.

El de Superman es un mito típico acerca de la adopción por la cual el niño pierde todos los "poderes" otorgados por sus padres biológicos, que se hallan en el "otro planeta", cuando intenta enamorarse y establecer una pareja con alguien de este planeta: la periodista Luisa Lane. Ésta quizá sería la situación simbólica que representa el momento de acercarse al proceso final de la comunicación, de la verdad sobre el origen. En ese momento, los padres tienen que aceptar que su niño es uno de tantos, como cualquier hijo, sin ningún rasgo diferencial, ni malo ni bueno; que depende de ellos para desarrollarse normalmente y que no hay nada

heredado "de otro planeta" que lo diferencie del resto de los niños (Videla, M. y Maldonado, M. T., 1986).

La crisis pubescente del superhombre se observa con toda claridad en la historia de Superman, quien siente "algo raro" , "diferente", como si alguien lo llamara desde dentro de sí mismo. Debe acudir a ese llamado, pero en ese momento muere su padre adoptivo. De este modo queda expresado el temor de los padres adoptivos de que el hijo los abandone y no le sirvan más. Todo niño, adoptado o biológico, al iniciar la adolescencia, en el llamado periodo de la pubertad (que marca la madurez sexual), necesita interrogar a sus padres y muchos, aparentemente, necesitan descalificarlos para poder crear sus propios sistemas de valores, destinados a permitirles la concreción de su definitiva identidad de adulto.

Un hijo adoptado no es un "superniño" ni será Superman, como en las historietas, sólo es un hijo, un ser humano.

El ejemplo de Superman basta para poner de manifiesto la necesidad de que los padres adoptivos tengan mayor información antes de iniciar el proceso adoptivo o en el transcurso del mismo y que cuenten con un panorama más realista de lo que implica la adopción. Con el logro de esto, se infiere que la relación padre adoptivo-hijo adoptivo será más armoniosa.

CAPITULO II. EL PROCESO DE LA INFERTILIDAD

2.1 Embarazo

El embarazo es una "fase crítica" en la vida de una mujer ya que, al igual que la pubertad, es un paso biológicamente motivado en la maduración del individuo. Ese paso requiere de ajustes fisiológicos y adaptaciones psicológicas que conducen a un nuevo nivel de integración que, normalmente, representa desarrollo.

El embarazo es una "fase crítica" ya que, por un lado, origina la organización pulsional de la función procreativa femenina; y por el otro, el desequilibrio emocional provocado por determinadas tensiones y los peligros del parto. Freud (Anthony E. J. y Benedek, T., 1983) lo considera un periodo durante el cual la mujer vive la felicidad de sentir gratificado su deseo básico; por ello supuso que la mujer embarazada no tenía necesidad del psicoanálisis terapéutico o no era accesible a él.

Para Benedek, T. (1983) es un periodo biológicamente normal y, a la vez, excepcional en la vida femenina. Con la concepción comienza una "simbiosis biológica" que guía a la mujer hacia el feliz cumplimiento de su destino biológico. Los procesos hormonales y metabólicos necesarios para mantener el crecimiento normal del feto aumentan las energías vitales de la madre. Se observan diferencias en

las reacciones de las mujeres durante este estado psicobiológico. Ya sea que la mujer goce plenamente su embarazo o sea ambivalente ante su maternidad -en lo biológico, en lo psicológico y en la vida real- ésta es una experiencia mucho más significativa que cualquier otra que haya emprendido. En algunos casos, la tarea adaptativa se da con el primer bebé, ya que la mujer experimenta algo completamente nuevo. La maduración fisiológica y emocional del primer embarazo hace que, por lo general, la maternidad sea más fácil con los siguientes hijos. Como ya se dijo, el embarazo es una fase importante del desarrollo femenino, un periodo valioso que sirve de preparación emocional para la maternidad, ya que implica el paso de la condición de hija a la de madre, lo que en ocasiones representa un momento de trastornos emocionales.

En especial durante el primer embarazo, como menciona Pines, D. (1990), se reviven conflictos pertenecientes a etapas evolutivas pasadas. La mujer tiene que adaptarse a la nueva situación en su mundo interno y externo. Por consiguiente, a esta etapa se la considera como un periodo crítico en la búsqueda de la identidad femenina. A partir de ese momento, se experimenta por primera vez un flujo de cambios y emociones.

La autora de este ensayo considera que el embarazo es una tarea que se prolonga durante toda la vida de la mujer; representa la separación e individuación respecto de la propia madre; y le ofrece a

la mujer adulta una nueva etapa de identificación emocional con la madre preedípica. El feto, que ella no ve, pero que de un modo muy concreto se encuentra dentro de su cuerpo, le permite volver a experimentar una sensación de unidad primaria con su madre y, al mismo tiempo, identificarse en forma narcisista con ese mismo feto intrauterino, como si fuera ella misma dentro del cuerpo de su madre. Ese estado simbiótico en la futura madre activa sentimientos ambivalentes muy intensos hacia el feto, así como hacia su madre. Para una mujer que tuvo experiencias gratificantes con su madre, la regresión temporal hacia una identificación primaria con esa mujer generosa, capaz de dar vida, y la identificación consigo misma como si ella fuera su propia infante, constituyen una fase evolutiva placentera. No obstante, en mujeres que experimentan sentimientos ambivalentes hacia la madre o en quienes predominan sentimientos negativos hacia sí mismas, hacia la pareja actual o hacia importantes figuras del pasado, la inevitable regresión del embarazo facilitará la proyección de tales sentimientos en el feto. De esta manera, el feto puede poseer una identidad prenatal negativa en la mente de la madre, mucho antes de su nacimiento.

Si una persona se plantea la pregunta: "¿Por qué deseo tener un hijo?", probablemente sólo consiga encontrar una respuesta parcial, considerando que siempre hay múltiples motivos conscientes e inconscientes. Un hijo puede representar el deseo de trascender; es

decir, de permanecer, de seguir vivo por medio de alguien a quien se ayudó a crecer. También puede expresar la unión con alguien a quien se ama; y puede sintetizar la esperanza de que se fortalezca un vínculo ya casi deshecho. Por otra parte, puede representar una promesa de satisfacción de las metas que quedaron insatisfechas y muchas cosas más. Numerosas variables intervienen en la valoración del hijo: el tipo de organización sociopolítica y económica en que nace, la cultura allí prevaleciente, el núcleo familiar y de amistades que lo rodean y, definitivamente, el momento de la historia que le toca vivir. En México, por ejemplo, donde existe un verdadero tapiz étnico, no sólo rural sino urbano, y muy diversas agrupaciones sociales, predomina la tendencia a considerar a la mujer como la única culpable de todo lo que ha fallado, no sólo cuando la pareja no tiene hijos, sino también cuando sólo engendra hijas. En estos casos, un comentario habitual suele ser: "Ella no le dio ningún hijo varón", concepto que encierra una impresionante negación del hecho biológico de que es el hombre quien cromosómicamente determina el sexo de los hijos.

2.2 Esterilidad y sociedad

La inmensa mayoría de las parejas que deciden adoptar un niño lo hacen a consecuencia de un problema de infertilidad. Por esto, es imprescindible considerar las repercusiones emocionales de la infertilidad en el hombre y (en este caso) en la mujer, para intentar esclarecer algunos de los temores y las dificultades que después podrían surgir en relación con el hijo adoptivo.

La esterilidad es un tema que históricamente se ha atribuido más a la mujer que al hombre. En ella se depositaba la responsabilidad de la fertilidad y la infertilidad. Desde hace muchos años, estas investigaciones se han dedicado al estudio de la mujer. El espacio de valoración social femenino, por lo tanto, está bastante circunscrito a la reproducción; es decir, a la capacidad procreativa. Cuando la niña crece y se hace mujer, si por desgracia llega a padecer un problema de infertilidad, se sentirá doblemente infeliz, porque no puede llevar a cabo la función "más importante" de su sexo, la capacidad reproductora. La presión social dirigida a engendrar hijos es tan fuerte que aunque esas mujeres sean personas productivas o fértiles y creadoras en otros aspectos de la vida humana, sus acciones no son satisfactorias ni bien vistas. Esto hace que la pareja infértil termine por sentirse marginada y empiece a formar parte de grupos minoritarios.

Además, evita escuchar expresiones de lástima como la que sigue:

"¡Pobrecitos, no tienen hijos!"

Cuando la mujer tarda en embarazarse, la presión causada por el "debe tener" hijos aumenta y se expresa mediante comentarios, en apariencia jocosos, pero en realidad llenos de menosprecio y hostilidad. El hombre suele ser valorado como incompetente o impotente porque no "logra embarazar" a su mujer. La gente asocia erróneamente la virilidad con la capacidad reproductora. La tendencia cultural de reducir la sexualidad humana sólo a eso empobrece la visión de la pareja cuando no conciben el hijo y, en consecuencia, se sumen en una terrible desesperanza.

La presión familiar o social por la búsqueda de un hijo puede ser una motivación central en algunas parejas que empiezan un tratamiento contra la infertilidad sin tener un deseo legítimo o profundo de concebir, o cuando aún están muy conflictuados al respecto. La necesidad de algunas parejas de confirmar que pueden tener hijos es una manera de intentar la comprobación de su buen funcionamiento como hombres o como mujeres. Esta puede ser una motivación más importante que el deseo de procrear.

La familia demanda más miembros y la pareja con dificultades lo vive como una exigencia muy grande que puede dañar más que colaborar con el deseo manifiesto de los demás. Las jóvenes parejas imaginan la escena temida a propósito de cada reunión familiar,

ante el nacimiento o cumpleaños de cada niño de la familia o en situaciones semejantes, donde siempre hay alguien con mirada inquisidora que dice: "¿Sin hijos todavía?" Paralelamente se dan argumentos de comodidad, tales como "la ventaja de poder salir a pasear sin problemas de horario" o "no tener rutinas", "poder dormir toda la noche", etcétera.

2.3 Clasificación

Se estima (Karchmer, S. y Atkin, L., 1988) que aproximadamente 15% de las parejas padecen algún problema de esterilidad. Ésta se define como la incapacidad de concebir después de un lapso que oscila entre los doce y los veinticuatro meses de vida sexual activa, sin el uso de métodos anticonceptivos. El inicio del proceso reproductivo debe representar una etapa de consolidación de la vida de pareja, con la posibilidad de reafirmar el concepto que cada integrante tiene de sí mismo. En el caso de la esterilidad, la primera reacción suele ser de incredulidad y negación. En ocasiones, la pareja tarda años en aceptar que existe un problema y en buscar ayuda. La dificultad para aceptar la esterilidad como un problema estriba en la asociación que se ha establecido, desde etapas anteriores, entre la capacidad reproductora y el concepto de sí mismo, tanto del hombre como de la mujer, que está en juego.

2.3.1 Esterilidad primaria

Cuando la pareja no ha logrado concebir.

2.3.2 Esterilidad secundaria

Cuando la pareja tiene el antecedente de uno o varios embarazos, y después del último transcurre más de un año de exposición sin concebir (IN Per, 1990).

2.3.3 Infertilidad

A diferencia de la esterilidad, la infertilidad se refiere a la incapacidad de llevar un embarazo a buen término y que nazca un producto vivo; esto es, se experimentan pérdidas repetidas, ya sean tempranas (antes de la vigésima semana de gestación) o tardías (Karchmer, S. y Atkin, L.,1988).

Para los fines de este trabajo, los términos de infertilidad y esterilidad se usarán indiscriminadamente con la idea de señalar que existe un problema de procreación.

2.4 Esterilidad: factor femenino

¿Qué sucede con la mujer que tiene que afrontar un problema de infertilidad?

Pines, D. (1990) opina que, dado que la infertilidad es una falla que la pareja no puede negar, la vergüenza de no poder concebir, como lo hacen muchos de sus amigos, y la culpa de no dar nietos a sus padres, constituyen una parte inevitable del sufrimiento emocional. En particular, la mujer es la afectada por la privación que la infertilidad provoca. Por la observación que se ha hecho de niños de ambos sexos, se sabe que la identificación con el objeto primario; es decir, con la madre, se presenta en el juego y en la fantasía mucho antes de que exista la posibilidad física de procrear. La identidad de género se establece en la primera infancia y es reforzada por las actitudes de los padres hasta que se convierte en una identidad de género nuclear. En la pubertad, la maduración física permite teóricamente el cumplimiento de deseos y fantasías de la niñez. En la adolescencia, en alguna medida, se llega a resolver la identidad sexual. Las influencias psicológicas de la primera infancia ayudan a colocar las bases para el desarrollo de cada niño y el establecimiento de su imagen corporal, así como su autorrepresentación. La autorrepresentación de la niña deberá cambiar por la de un ser

humano físicamente maduro con genitales capaces de cumplir sus funciones dentro del proceso de reproducción. Esto implica que ambos sexos dan por sentada su confianza en su capacidad reproductora. La mujer tiene doble trabajo: por un lado, se identifica con las capacidades femeninas de su madre y, al mismo tiempo, se separa emocionalmente de ella y asume la responsabilidad de su propia sexualidad y de su propio cuerpo. El embarazo constituye la etapa final de la identificación con la madre. En este caso inciden de nuevo las expectativas socioculturales que han hecho de la maternidad un acto idealizado, deseable y prácticamente obligatorio. En esta línea, no es concebible que una mujer no se embarace, ya que no procrear es pertenecer a una categoría ínfima. Como consecuencia, empieza a generar una serie de autoinculpaciones que promueven las fantasías de ruptura de la pareja. Estas mujeres pierden autoestima y se engendra en ellas un estado depresivo que limita gran parte de sus posibilidades creativas y restringe sus opciones de vida individual, de pareja y social, alejándolas de su entorno por su imposibilidad reproductiva. Se ha observado que los conflictos con la figura materna, que con toda seguridad se arrastraban desde épocas remotas, vuelven a emerger con más fuerza ante la imposibilidad de repararlos por medio de la maternidad.

El problema de la infertilidad femenina se ha investigado ampliamente desde muy distintos puntos de vista, he aquí algunos:

Morales-Carmona F. *et al.* (1992) estudiaron a un grupo de pacientes que ingresaron a un programa de fertilización asistida médicamente. Como se sabe, las mujeres que presentan esterilidad experimentan modificaciones emocionales que pueden aparecer como síntomas de ansiedad y/o depresión. Debe considerarse que éste es el último recurso de una larga cadena de posibilidades y frustraciones de quien asiste a un programa médico de fertilización. La paciente con esta historia ha anulado las respuestas primarias (ansiedad y depresión) al enmascararlas mediante otros recursos protectores como la fantasía, las conductas compulsivas, los síntomas físicos y el comportamiento agresivo. Tales características, a su vez, explican el aislamiento y la constricción de su vida en general, y en particular, de la vida en pareja; del contexto social y familiar e, inclusive, la opresión que le causa el ejercicio de la sexualidad. Parecería que esta imposibilidad es suficientemente importante como para trastocar la esencia de los mecanismos adaptativos y revelar que estos cambios resultan ser más un efecto que una causa.

Edelman R. y Connolly, K. (1986) señalan, al igual que otros autores, que los factores psicológicos pueden ser la causa primaria de la infertilidad. Es posible que los estados psicológicos como la depresión, la ansiedad y el miedo influyan en el funcionamiento fisiológico; y más específicamente, en el endocrinológico. Sin embargo, otros autores afirman que el estado de infertilidad *per se*

provoca síntomas psicológicos de diversos grados, de acuerdo con el tipo de personalidad de que se trate.

Las causas psicológicas de la infertilidad siguen siendo inciertas, aun cuando hay poca duda acerca de que un problema de infertilidad tenga repercusiones psicológicas.

Paulson J. *et al.* (1988) informan en su investigación que es poco probable que el *stress* desempeñe un papel significativo en el problema de la infertilidad. Se define al *stress* como un factor emocional o un conjunto de respuestas que acompañan a las dificultades y a las crisis de la vida. Tales reacciones incluyen niveles muy elevados de ansiedad y/o depresión, así como una gran variedad de cambios en la conducta y en la personalidad. A la luz de esto, lo más relevante en cuanto a las mujeres infértiles que experimentan *stress* es la severidad de grado. Ante problemas de endometriosis, obstrucción tubaria y adherencias, no es posible que el *stress* sea un factor causal de la infertilidad.

La mujer con un factor de infertilidad tiende a presentar síntomas depresivos significativos y la prevalencia es doble en relación con la población en general.

Se descubrió que la mujer cuya infertilidad ha sido determinada por una causa específica experimenta mayor depresión que aquella que padece una infertilidad de causa no determinada. La razón estriba en que la segunda siente displacer y ansiedad, lo cual es un fenómeno

diferente a la depresión, porque no ha recibido un pronóstico pesimista; mantiene la esperanza y por ello no manifiesta síntomas depresivos (Domar, A. *et al.*, 1992).

2.5 Esterilidad: factor masculino

De acuerdo con Piñón-López M. *et al.* (1922), del 40 al 50% de los problemas de fertilidad se deben al factor masculino, principalmente por la baja calidad del semen oligozoospermia o azoospermia.

Cuando el hombre pierde la posibilidad de procrear, disminuye su imagen de potencia, capacidad y fortaleza; y esto provoca un cambio en la relación de pareja pues el equilibrio se modifica dependiendo de la dinámica previamente establecida, lo que lleva a una nueva jerarquización de los valores de la relación. En algunos casos se observa cómo la mujer devalúa a su pareja, llegando incluso al desprecio. En el aspecto individual, el hombre se ve en la necesidad de modificar su proyecto de vida, pues se le ha enseñado que él vale por su capacidad de tener hijos, de mostrar su virilidad y por su modo de trascender. Con frecuencia, la esterilidad le provoca un estado depresivo que afecta la dinámica de la vida en común. Los mecanismos que genera el hombre para mitigar la angustia son muy variados y dependen fundamentalmente de la estructura de personalidad, de la historia de vida y, sobre todo, de las condiciones y

opciones que el paciente tenga en ese momento. Existe en él una tendencia más fuerte a negar el problema que a enfrentarlo, por el temor a la confirmación de que todo aquello que sustentaba la imagen de sí mismo, la imagen con la pareja y su papel en sociedad se desmorone, pues esto implicaría reconstruir la propia identidad (Morales, 1988).

El hombre con un factor masculino experimenta respuestas emocionales negativas, similares a las que padecen las mujeres en tratamiento por infertilidad; mientras que el hombre en el cual no se encuentra un factor masculino no sufre los sentimientos de pérdida de la autoestima.

Nachtigall R. *et al.* (1992) informaron que el hombre con problema de fertilidad está muy preocupado por su virilidad, lo cual afecta la manera como se ve a sí mismo y presenta manifestaciones de incredulidad, enojo, depresión y desamparo. Estas reacciones no se observaron en los hombres cuya esposa era la infértil.

Wright, J. *et al.* (1991) postulan que existen diferencias sexuales en cuanto a las respuestas psicosociales; es decir, la mujer se desilusiona porque su compañero no se encuentra más preocupado y afectado por el problema. Por otro lado, el hombre se siente frustrado porque ella está tan preocupada y angustiada. En suma, cada uno desearía que el otro adoptara sus propias estrategias adaptativas.

Si enfrentan el problema de la infertilidad más como un equipo que como personas aisladas, incrementarán las posibilidades de ajustarse mejor ante esta dificultad.

2.6 Esterilidad en tratamiento

El diagnóstico y tratamiento de la esterilidad es el resultado de un proceso constituido por diversas etapas, muchas de las cuales son incómodas y requieren de demasiado tiempo. En ocasiones, las parejas se impacientan y recurren a soluciones mágicas (tés, limpias, oraciones, etc.), así como al constante cambio de especialistas, en un afán por encontrar una respuesta oportuna y rápida. Estos tratamientos implican modificaciones en la espontaneidad de la sexualidad, ya que se programan los coitos, se limitan, se imponen posiciones, etc. El embarazo se convierte en una idea obsesiva y en la razón fundamental de la vida de la relación, restringiéndose las opciones de vida en pareja (Morales, 1988).

Una pareja es una entidad, una estructura humana de influencia recíproca que posee vigencia por sí misma y sólo en función de los hijos. Es necesario que la pareja llegue al matrimonio con la claridad suficiente respecto de sus posibilidades como personas totales, ya que esto es la base de la felicidad; y no desmoronándose como individuos en pareja, cuando el hijo no puede llegar.

2.7 Esterilidad definitiva

La pareja recibe la noticia con confusión y no le da "credibilidad" hasta que de manera paulatina asimila el asunto, entonces surgen los sentimientos de infravaloración y la disminución de la autoestima. Por consiguiente, atraviesa por un proceso de duelo que se detallará en el siguiente capítulo.

2.8 Esterilidad de causa no determinada

En esta clasificación entran todas las parejas que se han sometido a estudios de diagnóstico y no se determinó un factor orgánico que justificara la esterilidad. Sin embargo, la psicología aún no ha llevado a cabo suficientes investigaciones que contribuyan a la explicación de esta incógnita.

Langer M. (1983) señala que las mujeres de este grupo muestran un retraso en el desarrollo psicoafectivo y tienen una percepción de la figura materna amenazante y devaluada.

Es posible que esta manera de ver a la madre promueva una selección de pareja peculiar: buscan hombres que favorezcan la infantilización de la mujer, figuras muy complacientes y comprensivas, aun en su actitud hacia la sexualidad; se comportan más bien como una figura paterna permisiva. En estos casos, la sexualidad juega un

papel muy importante: hay parejas con una práctica esporádica, casi nula, o bien, restringida a épocas no fértiles del ciclo menstrual. También se encuentran parejas hipersexuales con una dinámica de relación semejante a la anterior, aun cuando la conducta aparente sea opuesta. El embarazo se percibe de manera ambivalente; es decir, se desea y a la vez no se desea; la pareja realiza acciones que conducen al embarazo y, por otro lado, tiene conductas que tratan de evitarlo (Morales, 1988).

Paulson J. *et al.* (1988) informan que ante el caso de una infertilidad de causa no determinada, es más probable que se asocie una disfunción hormonal con el factor *stress* que en relación con otros problemas de tipo orgánico.

Daniluk, J. (1988) observó que las parejas a las cuales no se les había diagnosticado un problema de procreación, ya experimentaban dificultades en sus relaciones sexuales antes de haber tenido alguna intervención médica.

Por lo anterior, parece ser que este tipo de infertilidad está relacionado con problemas psicológicos individuales que obstruyen la posibilidad de embarazo hasta que éstos no se resuelven.

2.9 El impacto psicológico de la infertilidad

Freeman *et al.* (1985) encontraron que el 48% y el 15% de los hombres que conformaron su muestra afirmaban que la esterilidad era

la experiencia de mayor *stress* que habían atravesado en su vida, y la comparaban con la pérdida de familiares o amigos, o bien, con el divorcio, que el 63% experimentó como estresante pero con menor intensidad.

La pareja que presenta un problema de infertilidad está sujeta a experimentar mayores niveles de *stress* que el resto de la población en general, puesto que:

a) Concebir un hijo es de suma importancia para la mayoría de las parejas.

b) Un problema de infertilidad, casi siempre, es una situación inesperada para la mayoría de las parejas.

c) La solución de un problema de infertilidad es difícil, requiere de tiempo, además de que los tratamientos son muy costosos.

Por lo anterior, Andrews , F. *et al.* (1922) señalan que el *stress* que experimenta la pareja contribuye a incrementar los conflictos maritales, mismos que se reflejan como insatisfacción sexual. Ésta disminuye la autoestima en ese terreno y contribuye a que la frecuencia de las relaciones íntimas también decaiga.

Abbey, A, *et al.* (1922) observaron que, al contrario de lo que ellos esperaban, ni la edad ni los años de casados, y tampoco el número de años en tratamiento se relacionaban con el *stress* causado

por el problema de infertilidad. Indican que mientras más fuerte y sólido es el nivel socioeconómico, el hombre experimenta menos *stress* al respecto. Mientras más costosos son los tratamientos, más *stress* sufre la pareja. El número de médicos que se visitan aumenta el nivel de *stress* sólo en el hombre. Si la pareja recibe apoyo social, el nivel de *stress* disminuye.

La atención que se les proporcione a estas personas (sea en forma individual o como pareja) contribuye a reducir el enorme *stress* que están viviendo.

Como dicen Klock, S. y Maier, D. (1991), se debe alentar a la persona para que explore el impacto psicológico que provoca la infertilidad. Un área importante de investigar es cómo se enfrenta la pareja a la infertilidad y a la fantasía del fracaso.

La infertilidad entra en el tipo de situaciones que implican una renuncia al ideal del yo. Prueba la capacidad de tolerancia a la frustración y la fuerza del yo en relación con el principio de realidad. En ambos casos, la infertilidad en el hombre y en la mujer está ligada a una "herida narcisista" que provoca la angustia de la castración y un sentimiento de aniquilación. Este último es vivido de forma dolorosa. Sin embargo, las situaciones pueden ser distintas. La infertilidad en la mujer se experimenta, más que como un traumatismo brusco, como una larga frustración. Ésta se acentúa en mujeres que, antes de aceptar su infertilidad de manera definitiva, pasan por una serie de

experiencias dolorosas debidas a los tratamientos médicos prolongados. Junto a esto, debe añadirse que la infertilidad no es fácil de asumir ya que ésta influirá en la personalidad de cada uno de los miembros de la pareja.

Launay (1961) afirma: "El problema de la esterilidad femenina se sitúa en una doble vertiente: o la futura madre ha sobrepasado su inquietud y ha encontrado la serenidad o todavía está dominada por la angustia de sentirse inferior y no ser capaz de educar al niño" (Amoros Marti, P., 1987).

En el hombre, el anuncio de infertilidad significa el cuestionamiento de su valor como procreador, como ya se dijo. Le afecta en el punto central de la angustia narcisista y del sentimiento de castración, poniendo en juego su virilidad. Al no aceptar su infertilidad, la "paternidad adoptiva" se podría convertir en un "antifaz de la impotencia y el medio precario para retener a su pareja" (Palacios, L.A. y Cossoff, D. L., 1983).

El elemento más patógeno de la infertilidad femenina es la herida narcisista que infringe a su imagen ideal.

A muchas parejas les cuesta trabajo enfrentar su problema de infertilidad. La primera respuesta que se observa es de enojo frente a la situación: "¿Por qué nosotros?" Conforme el enojo se disipa y mientras deciden qué hacer, lo más común es que la pareja continúe

intentando diferentes tratamientos médicos con la esperanza de que al final se logre el embarazo.

La investigación y el tratamiento de la esterilidad implican un largo proceso, que se extiende durante varios años, en el cual la pareja continuamente oscila entre la esperanza y el desaliento; entre periodos de esfuerzo en la búsqueda y periodos en que todo es pospuesto, ya sea con la esperanza de que el embarazo acontezca o por una reacción de batalla perdida.

A veces, los cónyuges pactan una alianza de infertilidad que les permite a ambos sabotear consciente o inconscientemente el diagnóstico y el tratamiento, aplazar los exámenes, evitar las relaciones sexuales en los días fértiles, pelear durante la fase ovulatoria, etc. Éstos son algunos de los síntomas que se observan.

Como señala Feder L. (1980), tales manifestaciones psicosexuales expresan la "ambivalencia preconceptiva". Éstas se presentan en todas las personas en el momento en que piensan concebir un hijo. Por lo general, se trata de conflictos contradictorios inconscientes que siempre revelan el propio dilema intrapsíquico, en especial, como se dijo anteriormente, respecto del embarazo. La expresión de estos conflictos se hace patente en los momentos psicológicos en que el encuentro psicosexual se convierte en un deseo que se combina con temor en torno a la concepción. La fantasía contenida durante la etapa preconceptiva desencadena la ambivalencia

de uno o de ambos padres. Esto, hasta cierto punto, produce conflicto entre los impulsos intrapsíquicos y las presiones de la realidad externa. Estas fantasías pueden ser abortivas o reparadoras, de acuerdo con la pérdida objetal, y tienen sus raíces en la identificación proyectiva con el padre internalizado. Todo junto participa en el proceso vital de la pareja a lo largo de los años. Esta etapa preconceptiva, en todos los padres (biológicos y adoptivos) jamás está libre de ambivalencias que pueden causar conflictos de mayor o menor gravedad en el niño, a partir de su nacimiento. Los padres, en su papel de objetos externos iniciales, albergan dichas ambivalencias y éstas ejercen gran influencia durante el desarrollo infantil.

No obstante, la resistencia a comprometerse con un tratamiento en serio puede representar el miedo a "jugarse la última carta", ya que si ese tratamiento no resulta, es definitivo que nada más se podrá hacer. La ansiedad y el conflicto entre el deseo consciente de tener un hijo y el temor inconsciente a la maternidad, para no enfrentarse con situaciones de culpa y problemas de la infancia, puede traer como consecuencia el desarrollo de mecanismos psicósomáticos, tales como la inhibición de la ovulación. Asimismo, el *stress* tiene una influencia muy fuerte en los mecanismos corporales. Por otro lado, el intenso deseo de embarazarse puede llegar a provocar alteraciones en el cuerpo, como retrasos menstruales, vividos como una esperanza de embarazo o, en casos extremos, los "falsos embarazos" (pseudociesis),

por los cuales el cuerpo presenta las modificaciones correspondientes a un embarazo, sin que exista un feto real, inclusive hay aumento de tamaño uterino y contracciones dolorosas.

Los años de búsqueda constituyen una meta central de la vida. Debido a esto, hay mujeres que se entristecen o se desesperan cuando finalmente logran embarazarse; y es que la infertilidad, así como el esfuerzo de la búsqueda pueden traer muchas ventajas secundarias, como ser el centro de las atenciones de los médicos, del marido, del resto de la familia y de las amistades. Esto se convierte en una excusa para quejarse de todos los infortunios de la vida. La desdicha de no tener hijos se usa para tratar de obtener compensaciones, gratificaciones permanentes; para hacer demandas a los demás, etc. En este contexto, un embarazo o una adopción representa la pérdida de todas esas ventajas secundarias.

CAPÍTULO III. PROCESO DE ELABORACIÓN PARA REALIZAR UNA ADOPCIÓN

3.1 Duelo

Volkan menciona que el proceso de renunciar al objeto es como una lenta curación de una herida, una lesión abierta que gradualmente se va cerrando, aunque no sin dejar una cicatriz (Revista *Gradiva*, 1990). Resulta importante reconocer que las respuestas iniciales ante una pérdida van a depender de diversos factores que incluyen el grado de madurez yoica.

La primera etapa del proceso de duelo se caracteriza predominantemente por un estado de aturdimiento que interrumpen estallidos de intenso dolor y angustia, y/o de ira. El enojo está al servicio de la necesidad yoica de controlar la conmoción emocional y el pánico inmediatos, e indica que el yo ha empezado a interpretar e integrar -al menos hasta un grado significativo- el impacto de la pérdida en el tiempo y en el espacio. Experimentar enojo por una pérdida corporal significativa requiere del reconocimiento de la realidad de aquello que la persona no tiene, lo cual es un acontecimiento crucial en el curso del trabajo de duelo. Otro

aspecto importante del mismo es haber llegado a una conclusión práctica para, finalmente, aceptar la situación (en este caso, la esterilidad) y reconciliarse con aquello que no se posee.

Durante la elaboración del duelo, se observa una inhibición y un angostamiento del yo por una entrega incondicional al mismo. Los rasgos característicos del duelo son los siguientes:

- a) talante dolido
- b) pérdida de interés por el mundo exterior
- c) pérdida de la capacidad de escoger un nuevo objeto y
- d) extrañamiento ante el trabajo productivo.

En el duelo se percibe el mundo como pobre y vacío. En un principio, el examen de la realidad muestra que el objeto amado ya no existe y la persona quiere quitar toda la libido de sus enlaces con dicho objeto, pero está renuente a ello pues se ha probado universalmente que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal ni aun cuando tiene un sustituto. Esa renuencia es tan intensa que a la persona le extraña la realidad e intenta retener el objeto mediante una psicosis alucinatoria del deseo. Aunque lo normal es que se acate la realidad, la orden que ésta da no puede cumplirse enseguida, requiere de tiempo y energía para hacerlo poco a poco y, mientras tanto, la existencia del objeto perdido continúa en lo

psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas por las cuales la libido se ligaba al objeto se clausuran y sobreinvisten; y en ellos se consume el desprendimiento de la libido. Una vez hecho este trabajo de duelo, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido (Freud S., 1917, 1915).

No obstante, el espacio social para expresar el duelo por la infertilidad es muy limitado; es decir, no existe "oficialmente", en contraste con otras situaciones de duelo. Por ejemplo, cuando un ser querido muere, existen las visitas de condolencias, los rituales funerarios, en los que se puede hablar de la tristeza y el dolor que se experimentan. Sin embargo, a una pareja que enfrenta el diagnóstico de esterilidad le es muy difícil encontrar personas dispuestas a escuchar y entender los sentimientos que se están movilizándose en el interior de ambos. La elaboración de ese duelo es muy importante para poder considerar otras perspectivas existenciales.

Mujeres que no han concebido -según se ha investigado- atraviesan por periodos de seis meses a un año de tristeza, con llanto fácil y enojo esporádico ante situaciones que les recuerdan su infertilidad (Sorosky, *et al.*, 1976).

La elaboración del duelo es más difícil cuando no se llega a un diagnóstico definitivo. La pareja oscila indefinidamente entre la esperanza y la desesperanza. Además de la sensación de culpa-castigo, la esterilidad puede ser vivida como una frustración, como una

expresión de vacío, improductividad y de inutilidad por no cumplir con el mandato bíblico de "y te multiplicarás".

Tanto el embarazo como la esterilidad activan una gran diversidad de sentimientos intensos, no sólo en la pareja, sino también en sus familiares y amigos más cercanos. La mujer estéril, de manera inconsciente, puede llegar a envidiar a otras mujeres fértiles, incluyendo a sus hermanas. Y experimenta cierto resentimiento hacia su madre, pues supone que ésta la dañó al no transmitirle "supuestamente" la capacidad de tener hijos. Por otro lado, la madre de la mujer estéril, de modo inconsciente, suele culparse a sí misma por la infertilidad de la hija; mientras que la hermana fértil tiene miedo de la envidia de su hermana infértil, y siente la necesidad de resarcirla mediante recompensas o actitudes de sometimiento a ella. En tales situaciones, se han observado conductas como la "entrega del hijo" por parte de las hermanas, que encubren su propio conflicto con respecto a la estéril, convirtiéndola en la "madrina " o segunda madre (Videla, M. y Maldonado, M. T., 1986).

Mediante los refranes o dichos populares, la sabiduría ancestral expresa de manera llana el miedo que las mujeres fértiles sienten con respecto a las estériles. Según esas breves sentencias, una mujer que no puede tener hijos tiene tal fuerza en el deseo y en la envidia que es capaz de dañar al bebé de otra mujer con su sola mirada; de ahí el denominado "mal de ojo".

La conciencia de la esterilidad demanda un cambio importante en la autoestima y una redefinición de las metas existenciales de la pareja.

3.2 Secuencia de sentimientos

Las sensaciones y sentimientos por los que atraviesan las personas con problemas de infertilidad, según Eck, M. B. (1980), son los siguientes:

a) Factor sorpresa: La primera reacción de las personas ante la noticia de la esterilidad es de sorpresa. Muchas parejas llegan a la decisión de tener hijos después de considerar con todo cuidado los pros y los contras de la paternidad. Existe muy poca preparación para enfrentar la posibilidad de esterilidad, por lo que este descubrimiento las toma por sorpresa.

b) Negación: "Esto no me puede ocurrir a mí" es, a menudo, la reacción que sigue a la noticia de la esterilidad; en especial cuando desde un inicio se revela el diagnóstico de esterilidad definitiva. La negación tiene como finalidad permitirle a la psique y al organismo recuperar cierto equilibrio frente a una situación abrumadora. Este mecanismo sólo es peligroso cuando se extiende a largo plazo o se vuelve permanente. Existen personas que se resisten a aceptar que son estériles y, a pesar de haber pasado muchos años sin tener hijos en

forma involuntaria, expresan que en realidad nunca habían deseado tenerlos.

c) Ira: La ira es una respuesta predecible frente a la falta de control. El enojo es muy racional y lo producen sufrimientos reales, percibidos en forma correcta. En ocasiones se convierte en irracional y se dirige hacia quienes abortan o se reproducen con facilidad, y hacia las personas que maltratan a sus hijos. También se canaliza la ira contra los médicos, las enfermeras, etc. La ira irracional casi siempre es una máscara de un sentimiento mucho más primario; por lo general, dolor y pena intensos que aún no se han reconocido.

¿Cómo pudieron (los miembros de la pareja) haber sido privados de algo tan básico y, empero, tan importante en sus vidas como tener hijos? Los porqués se repiten una y otra vez; y cuando no hay respuesta se produce la ira. Cualquiera que sea el tipo de ira de que se trate, es importante verbalizarla adecuadamente. El enojo se va disipando al hablarlo y se le va quitando la fuerte connotación afectiva.

d) Aislamiento: Puede guardarse el secreto de la esterilidad porque no se desea ser objeto de lástima o bien para no recibir consejos no solicitados. Las parejas estériles pueden ser tan sensibles ante ciertos aspectos del embarazo o frente a los niños pequeños que evitan entrar en contacto con éstos. El aislamiento más difícil de

atravesar es el producido por la división de los miembros de la pareja con la idea de que el "otro" no perciba su dolor.

e) Culpa: ¿De quién es la culpa? La mujer prefiere ocultar la esterilidad del hombre por la vergüenza de no tener un cónyuge suficientemente viril; es decir, capaz de embarazarla. El resentimiento por asumir "la culpa" puede, además, convertirse en una alianza de "indemnización", en la cual el hombre tiene una gran deuda con su mujer por privarla del embarazo. Esto ocasiona problemas en la relación de la pareja y problemas con los hijos adoptivos. Además, impide que el padre funcione adecuadamente como tal, debido a los sentimientos de culpa no elaborados en relación con el "sometimiento" a su pareja; y, con el tiempo, esos mismos sentimientos tienden a surgir "disfrazados" frente a las dificultades que el hijo adoptivo presenta.

El sentimiento es de culpa y no de responsabilidad compartida. La culpa y la consecuente autodenigración por la esterilidad puede acabar convirtiéndose en miedo de que el cónyuge lo abandone por otra pareja fértil (esto se observa tanto en el hombre como en la mujer). Existe una correspondencia entre la intensidad de dicho temor y el mismo sentimiento referido después a la relación con el hijo adoptado. Sería como un vínculo muy frágil que tiene movilidad pero que se halla constantemente amenazado de ruptura.

La persona estéril se siente inútil; que no sirve para nada si no puede tener hijos. De todos modos, cuando se sabe con certeza plena si la esterilidad es del hombre o de la mujer, se suele plantear la necesidad de una renuncia: la mujer tiene que renunciar a la posibilidad de embarazarse, si quiere seguir viviendo con ese hombre; el hombre tiene que renunciar a la paternidad "por la sangre", si quiere seguir viviendo con esa mujer. Es una complicada y trascendente red de renunciaciones por amor al otro.

Lo más común son los casos de esterilidad de la pareja; es decir, la combinación de la baja fertilidad de un hombre con la baja fertilidad de una mujer, de lo cual resulta una pareja con un vínculo estéril, con la imposibilidad de concebir un hijo.

En general, los especialistas concluyen que los problemas de infertilidad que se presentan con mayor frecuencia en la mujer son los siguientes:

- a) una tercera parte no presenta problemas específicos
- b) la otra tercera parte padece problemas de ovulación
- c) y la última parte presenta problemas de endometriosis, embarazos ectópicos y otros.

En relación con el hombre, se considera que el bajo conteo espermático es el responsable de la mitad de los casos de infertilidad (Canape, 1988).

La esterilidad debería verse como "esterilidad de la pareja", no como esterilidad masculina o femenina. Las dificultades que aparecen pueden ser del hombre o de la mujer, pero en última instancia es la pareja la que no puede concebir biológicamente a otro ser que se denomina hijo. La noción de "pareja estéril" cambia la manera de comprender la esterilidad, ayudando a disminuir la necesidad de encontrar "al culpable" y la tendencia a dirigir la investigación sólo hacia uno de los miembros de la pareja; casi siempre, la mujer. Podría decirse que el 50% de la responsabilidad por la infertilidad en la pareja se debe a factores femeninos y el otro 50, a problemas masculinos.

Los sentimientos de culpa que se experimentan a lo largo de la vida tienen sus raíces en las vivencias de los primeros años, cuando se forma la identidad y se va gestando el modo personal de autoestima.

La persona estéril se atribuye a sí misma culpas por daños que imagina haber causado a sus padres, justamente porque los niños creen que son capaces de lastimar a los demás sólo por el hecho de desearlo o pensarlo. El sentimiento puede referirse a distintas vivencias de culpa por hechos acaecidos en relación con los progenitores, en la infancia o en la adolescencia. El niño posee un "pensamiento mágico"

que lo hace creerse capaz de destruir a alguien querido cuando éste lo frustra. Muchas veces la madre castiga al niño porque no la obedece; en ese instante, él quiere que a ella le suceda algo malo y luego, por azar, la madre se enferma en verdad. En consecuencia, el pequeño cree que en realidad él es el culpable de dicha enfermedad. Esto produce situaciones traumáticas que generan un sentimiento de culpa, expiable mediante autocastigos morales o por el sometimiento a castigos externos. Un sentimiento de culpa, sea cual fuere el motivo, genera el temor a ser castigado o la sensación de no merecer poseer cosas buenas. Tener un hijo reactiva mucho esa clase de significados, puesto que constituye lo bueno deseado que uno puede producir, sea hombre o mujer. Así, generar hijos sanos equivale a un regalo o a un premio; tener hijos con malformaciones equivaldría a un castigo (por los supuestos pecados o daños producidos).

Esta noción de la esterilidad como castigo aparece en mitos y creencias remotas de distintas épocas y lugares: en Grecia, el castigo de los dioses frecuentemente era la esterilidad, traducida como la sequía de la tierra y la infecundidad de la mujer. El Oráculo de Delfos, protector de los desamparados y los estériles, fue una invención mitológica del pueblo helénico, creada para sobrellevar las vicisitudes de la vida cotidiana (Videla, M. y Maldonado, M.T., 1986).

La vivencia de culpa-castigo en la infertilidad es aún más intensa cuando la dificultad de embarazarse estuvo precedida por un

aborto provocado. Evidentemente, un aborto puede, en algunos casos, dejar adherencias de tejidos que se eliminan por medio de una técnica médica, produciendo una esterilidad transitoria postaborto. Pero la mujer lo vive como un castigo de los dioses o de la naturaleza, "por haberla contradicho", y este sentimiento es más dañino que las adherencias, porque son restos morales, espesos sentimientos de culpa que pueden ocasionar que no consulte al médico o que se niegue al tratamiento; o producir otros síntomas que impidan la fecundación o que la hagan vivir un aborto espontáneo.

La propia sexualidad puede verse como un castigo debido al goce de la práctica sexual; cuando, por ejemplo, se inicia antes del matrimonio o es promiscua o extramarital. La culpa por la sexualidad, a veces se inicia a partir de la propia anticoncepción, ya que por haber evitado tener hijos por algún tiempo, se considera como un castigo de la naturaleza. En este caso, la naturaleza o su equivalente de cualquier creencia religiosa se convierte en un ente protector-vengativo que exige sometimiento y obediencia.

Muchas veces la sexualidad y la paternidad entran en conflicto en la mente de las personas. Si la sexualidad está al servicio del placer se considera irresponsable y genera fuertes sentimientos de culpa, dependiendo de la cultura a la cual se pertenezca y de las experiencias de la infancia.

A lo largo del tratamiento de la infertilidad, la sexualidad es a menudo puesta exclusivamente al servicio de la búsqueda del hijo. La procreación, por lo tanto, pasa a ser la justificación de las relaciones sexuales. Para algunas parejas, la actividad sexual puede parecer purificada con la introducción de rituales destinados a facilitar la concepción o a investigar la causa de las dificultades para lograr un embarazo. Ejemplos de ello son la gráfica de la temperatura, la obligatoriedad de las relaciones en la fecha de la ovulación, las posiciones facilitadoras de la concepción, etc. Curiosamente, en estas circunstancias se producen cuadros de impotencia en el hombre y desinterés sexual en ambos, porque el acto sexual se realiza cuando no se desea y más bien con la idea de cumplir con lo requerido. La sensación de sentir que uno no es merecedor de cosas buenas, derivada del sentimiento de culpa, produce una prohibición de vivir cosas buenas o de creer que se puede crear algo bueno. Esa sensación se puede prolongar indefinidamente en la relación con el hijo, hasta el punto de que, aunque la realidad le confirme a la pareja la salud e integridad del mismo, siguen esperando que los problemas vengan más adelante.

3.3 Pérdidas

¿Quién puede llorar la pérdida de alguien que jamás nació y quizá ni siquiera fue concebido? El hecho de que no haya nada tangible que represente la pérdida intensifica el dolor y hace más difícil comprender el suceso. Hay mucho porque llorar y no hay nada porque llorar. Se ha perdido todo y no se ha perdido nada.

Según Mallistedt, P. (1985), las pérdidas que experimenta una persona con infertilidad son las siguientes:

a) Pérdida de la relación: Debido a que el hombre y la mujer se hallan lastimados, cansados y sometidos a una gran presión, consideran que su energía física y emocional se ha agotado. Se vuelven menos capaces de llenar las necesidades mutuas; lo que representa una pérdida de cercanía hasta el punto de sentir que viven en mundos separados. Como se mencionó con anterioridad, las parejas se repelen o se atraen porque la esterilidad las perjudica en una forma diferente o porque se enfrentan a ella también en una forma diferente.

b) Pérdida de la salud: Los hombres y las mujeres creen que sus cuerpos están dañados o defectuosos, que algo no funciona como debería. Se pierde la espontaneidad sexual, sienten que los médicos invaden y violan el sentido de su vida más íntima.

Algunos medicamentos provocan efectos secundarios, como náuseas, calambres, irritabilidad, bochorno, etc. Los pacientes sometidos a cirugía necesitan recuperarse de la operación.

c) Pérdida de posición o prestigio social: La sociedad asigna un alto valor a la paternidad y con ello salvaguarda y refuerza el comportamiento relacionado con la procreación y la crianza de los niños. La esterilidad no refuerza ese valor, y el estigma que deja es muy grande.

d) Pérdida de la autoestima: La esterilidad es una ofensa a la autoestima. La incapacidad para realizar una tarea tan importante en la vida como la de procrear, disminuye el propio orgullo.

e) Pérdida de la confianza en uno mismo: Este fracaso invade todos los aspectos de la vida. Las citas con el médico tienen prioridad sobre cualquier otra actividad normal, cotidiana. No se pueden planear vacaciones, la vida se encuentra controlada por la urgencia de concebir.

La infertilidad obliga a que se tomen innumerables decisiones respecto al tratamiento médico y a las opciones para abandonarlo: adoptar o aceptar no tener hijos. Por desgracia, no hay respuestas definitivas a estas cuestiones ni la certidumbre de que una decisión sea la mejor. Parece como si el proceso de tratar de concebir se adueñara de la vida de la persona, eliminando la sensación de confianza en sí

misma y el control que acompañan al éxito en las actividades y en el logro de un reto en particular.

f) Pérdida de seguridad: La seguridad y el mejoramiento en el puesto laboral, con frecuencia sufren la influencia de los procesos por los que atraviesa la persona estéril. Las parejas se preocupan y se vuelven inseguras acerca de los gastos médicos.

g) Pérdida de una ilusión o fantasía: Después de años de tratamientos sin éxito, muchas parejas experimentan una gran desilusión. Están frustradas y tristes por no lograr tener un hijo. Peor aún, tampoco tienen la esperanza de tenerlo en el futuro. Ser padre es parte de la idea de ser adulto, como los progenitores.

h) Pérdida de algo de gran valor simbólico: Es paradójico que la pareja anhele tener un niño que nunca podrá ser y llore por el niño que nunca fue. Debido a que no hay pérdida tangible, no hay sensación de finalización, como sucede con la muerte o el divorcio. Inclusive, la pareja tiene dificultad para entender esta pérdida intangible; aun así, es muy dolorosa. Los niños, en general, les recuerdan siempre a los hijos que no tienen; las mujeres embarazadas les recuerdan los misterios del embarazo que nunca experimentarán.

Estas múltiples pérdidas dejan a la persona infértil sumida en una depresión, caracterizada por una sensación de desesperanza y desesperación.

3.4 La pareja

Es muy difícil para una pareja elaborar sus sentimientos acerca de la esterilidad. Las pérdidas y los dilemas que produce provocan que se sientan abrumados. Debido a que la esterilidad representa una pérdida de gran magnitud, se sugiere lo siguiente:

- a) que la pareja llore estas pérdidas
- b) que la pareja acepte las diferencias en sentimientos y en modos de enfrentarse a las penas
- c) que cada uno dedique tiempo a observar cómo el proceso de la esterilidad se refleja en su cónyuge
- d) que cada persona se responsabilice de sus sentimientos
- e) que la pareja siga nutriendo su matrimonio
- f) que la pareja comparta sus sentimientos con otras personas y solicite apoyo
- g) que la pareja sea razonable en cuanto a sus expectativas y aprenda a vivir lo que tiene que vivir, por doloroso que sea.

Cuando la esterilidad es un hecho ineludible, la pareja queda ante la disyuntiva de no tener hijos o adoptar. Es esencial vivir el proceso de duelo por la imposibilidad de tener un hijo biológico.

La resolución requiere del reconocimiento de los sentimientos dolorosos, para que se puedan trabajar. Los sentimientos nunca se abandonan por completo, vuelven a surgir en situaciones especiales como: aniversarios, pérdidas y crisis nuevas y diferentes. Eck , M. B. (1980) considera que cuando se logra resolver esto, se presenta un retorno de la energía, una sensación de bienestar, se logra ubicar la esterilidad en su lugar en la vida, vuelve la sensación de optimismo y fe, vuelve el sentido del humor; incluso algunos de los absurdos del pasado se convierten en pasajes de cuento anecdótico. Se vuelve a hacer planes para el futuro.

Una vez que se toma una resolución, la pareja tiene más confianza en la selección de un plan alternativo de vida, como podría ser la adopción.

En diferentes partes del mundo se ha intentado, a veces con éxito, estimular la lactancia de las madres adoptivas con tratamientos hormonales de la glándula mamaria, para que produzca leche. Se supone que, de esta manera, la madre adoptiva compensa parcialmente la frustración por la imposibilidad de embarazarse y disminuye la sensación de vacío interno producido por la esterilidad. Debe considerarse con seriedad el hecho de que la madre estéril que adopta suele idealizar de manera desmedida la función biológica de la procreación y, en consecuencia, deja a un lado sus capacidades afectivas en la crianza del hijo. Esto puede llevarla a competir a nivel

biológico y a tratar de parecerse de algún modo a la madre biológica, tan idealizada (Videla M. y Maldonado, M. T., 1986).

3.5 Los futuros padres adoptivos

Las consideraciones que se hicieron acerca de las vivencias de la esterilidad son importantes para comprender mejor la atmósfera emocional en que se encuentra la pareja cuando elige el camino de la adopción. Existen diferentes motivos que conducen a la adopción, como puede ser el caso de una pareja fértil que, por razones médicas, no pueda sobrellevar el embarazo; o el de familiares que decidan adoptar niños que quedan huérfanos. Sin embargo, la gran mayoría de las parejas que deciden adoptar han pasado por la vivencia de la esterilidad y por el sentimiento de sentirse marginados de la paternidad.

Con la adopción se disminuyen muchos temores inconscientes a la maternidad, debido a la experiencia gratificante de cuidar de un niño, sin ser castigados por las culpas de la infancia; además, el intenso deseo de tener un niño se calma cuando se tiene en brazos al pequeño que va a adoptarse. Disminuyen la ansiedad y los controles psicossomáticos bloqueadores de la fecundación. Éste es uno de los motivos por los cuales es común que suceda un embarazo después de una adopción, suceso anhelado durante tanto tiempo.

3.5.1 Aspecto legal

Sería difícil, considerando la complejidad real de las variables en disputa, desarrollar de inmediato una lista de comprobación de datos psicológicos incapacitantes de la paternidad adoptiva, o buscar un estereotipo único de personalidad o un ejemplar hipotético, como modelo para los solicitantes de la adopción. Entre las cualidades básicas que se exigen como fondos de salud mental en todas las adopciones y que se expresan mediante diversos estilos de vida y patrones de personalidad, interesa la capacidad de dar amor cálido y maduro a un niño al que se considera individuo con derechos propios, por medio de la pareja, que represente la unidad en un matrimonio compatible y estable, y la flexibilidad para competir con las vicisitudes de la vida (Bernard, V., 1974).

Evaluar las motivaciones conscientes e inconscientes de los adoptantes requiere de un alto grado de destreza, sensibilidad y objetividad por parte de las agencias encargadas de esta investigación. Es importante saber escuchar para descubrir los significados ocultos detrás de lo que se dice y para comprender cómo podrían afectar al proceso de la familia adoptiva. Ciertas motivaciones se consideran como contraindicaciones para la adopción, cuando menos en el momento inicial. El hecho de contar de inmediato con un "niño sustituto", para aliviar la aflicción por la pérdida reciente del propio

hijo, representa una decepción para los padres y un rechazo para el niño. En cambio, esas parejas deben ser invitadas a solicitar la adopción nuevamente, si todavía desean adoptar, después de pasar por un proceso de duelo por el hijo que perdieron. La adopción tampoco debe considerarse como una manera de mantenerse unido en un matrimonio inestable (Bernard, V., 1974).

Una pareja que, después de las vivencias de esterilidad, se halla cargada de sentimientos de culpa acerca de su identidad y su capacidad reproductora, se siente "examinada" durante el proceso de adopción legal, que la evaluará como capaz o incapaz de recibir el premio del hijo en guarda definitiva. Los trámites legales de la adopción se complican sólo por las burocracias administrativas, en todas partes del mundo. En la actualidad, se está revisando la ley de adopción y se han hecho propuestas de modificaciones muy favorables con la idea de simplificar la organización de la custodia. Esto es muy importante, ya que un gran porcentaje de padres estériles que padecen de una intolerancia marcada a la frustración y a la espera se inclinan por conseguir un niño por vías ilegales, lo cual suele conflictuarlos y hacerlos sentirse aún más marginados socialmente de lo que ya se sentían por el sólo hecho de ser padres adoptantes y los sumerge en la clandestinidad de conseguir un bebé. Esto varía, según los países y el nivel socioeconómico al que se pertenezca.

El mayor problema estriba en que casi todos los padres adoptivos tienen secretamente la incómoda sensación de haberle arrebatado o robado el bebé a los verdaderos padres y elaboran, por lo mismo, una fantasía de robo. Dicha sensación es más intensa cuando la adopción se hace por medios ilegales, aunque también está presente en la adopción legal. Es evidente que se debe a una situación interna y no a la realidad externa; aunque la forma de la adopción puede reforzar este conflicto. Por eso el dictamen del juez asegura la imposibilidad definitiva del suceso temido.

En mayor o menor grado, el temor de que los padres biológicos se arrepientan y decidan cambiar de idea y reclamar el regreso del niño es un sentimiento intenso de los padres adoptivos.

3.5.2 Embarazo emocional

Los padres adoptivos pasan por vivencias muy distintas a las de los padres biológicos; por ejemplo, el "embarazo" de la madre adoptante es un embarazo sin plazo, a menos que la adopción tenga lugar a partir del embarazo de la madre biológica, lo que puede durar varios meses o varios años. Esta cuestión se torna particularmente compleja cuando se trata de adoptar un segundo hijo, puesto que los padres quieren preparar al hijo para la llegada del hermano. Por esta razón, es

necesaria la asesoría profesional que guíe a los padres en un proceso claro y paulatino, sin negación de la situación.

El que una mujer se embarace biológicamente es un hecho público, festejado, que se comunica a todo el mundo. En tanto que la adopción es un proceso secreto, que se oculta, se comenta en voz baja y sólo se comunica a la familia y a los amigos más cercanos.

3.5.3 Fantasías en torno al hijo por nacer

Cuando una pareja elige el camino de la adopción, empieza a vivir un "embarazo emocional" que, en parte, se asemeja a un embarazo biológico, como se señaló previamente. Los padres adoptivos se preguntan cómo será el hijo, si va a ser sano, etc. Son cuestionamientos muy parecidos a los de los padres biológicos.

Pueden existir fantasías poco realistas en torno a la adopción que generan trastornos psicológicos importantes; como por ejemplo, el deseo de adoptar un niño que reúna las cualidades culturales exaltadas como valiosas, independientemente de las características raciales de los padres. Ligarse al ideal del yo es típico de la manía, lo que podría dar como resultado relaciones desfavorables. En otras ocasiones, se intenta aparear a los solicitantes por similitudes físicas con la idea de facilitar el vínculo mediante la fantasía de legitimidad, con lo cual sólo se hace más patente la negación, detrás de la cual se esconde el

narcisismo herido por la esterilidad (Palacios, L.A. y Cosoff, D.L., 1983).

3.5.4 Identidad como padres

En algunos casos, los padres adoptivos fallan al desarrollar una identidad como padres, puesto que esperan ser "mejores" que los padres biológicos.

La ausencia del embarazo provoca que muchos padres no tengan una confianza sólida en su capacidad de amar. La carencia de ese proceso se vive como una "falta de bases", y allí caen los sentimientos de inadecuación o inseguridad.

A algunas madres adoptivas les cuesta trabajo asumir su papel de madres debido a que no tuvieron tiempo para prepararse psicológicamente para su maternidad y, por eso, al tener al bebé se sumen en un estado depresivo muy profundo. Estado emocional que se vincula con la depresión posparto, aun cuando no existan los factores hormonales provocadores.

Ciertos autores señalan que las relaciones en una familia adoptiva están sujetas a mayor tensión que las de una familia no adoptiva. Toussieng, P. (1971) informa que la falta de una "mutualidad biológica" produce la inseguridad que sienten los padres adoptivos: les es difícil creer que el niño de veras les pertenece. Esta

actitud es generadora de la ansiedad y la tensión que afectan la relación de toda la familia (Sorosky, A., *et al.*, 1978).

En general, los padres adoptivos se encuentran en una disyuntiva: por un lado sienten al niño como suyo; pero, por el otro, suponen que no lo es.

David Kirk (Sorosky A. *et al.*, 1978) enumera las dificultades con las que se pueden enfrentar los padres adoptivos:

a) Sentimientos de privación debido a la esterilidad, mismos que pueden ser experimentados por la madre, antes de la adopción.

b) Los padres adoptivos tratan poco a otras familias adoptivas que les podrían ayudar como modelos.

c) No hay un embarazo físico que facilite la preparación psicológica.

d) Los padres adoptivos suelen ser entre siete u ocho años mayores que los padres biológicos.

e) Antes de que finalicen los trámites legales de adopción, los padres adoptivos pasan por una etapa de inseguridad e incertidumbre ante el temor de que les quiten al bebé.

f) No existe ninguna ceremonia que marque la llegada del niño.

g) Al no saber cómo manejar la situación, ni los familiares ni el resto de la sociedad pueden proporcionar el apoyo que los padres adoptivos requieren.

h) Para muchos padres adoptivos es sumamente difícil revelar la verdad al hijo adoptado.

i) Las circunstancias del nacimiento del niño pueden provocar conflicto a los padres adoptivos, según las actitudes morales que ellos tengan en torno a la sexualidad.

j) El hablar de los padres biológicos con el adoptado es algo extremadamente difícil y amenazante para la gran mayoría de los padres adoptivos (Kirk, H. D. *et al.*, 1966)

Los padres adoptivos, casi siempre, expresan sentimientos de profunda gratitud pues sienten que sus vidas se enriquecieron y que ellos son más felices desde la llegada del niño.

A pesar de ello, experimentan cierta inseguridad en su papel de padres, por lo que tienden a sobreproteger al adoptado. Con frecuencia son muy consentidores, demasiado permisivos y, con dificultad, imponen disciplina.

Sorosky A. *et al.* (1978) comentan que este tipo de conductas son una forma de sobrecompensación para probarse a sí mismos que son muy buenos padres.

Los padres adoptivos tienden a reaccionar con exageración ante las enfermedades de sus hijos por temor a que acontezca alguna situación que los aleje de ellos.

Suelen tener demasiadas expectativas en torno a sus hijos. Desde un principio, la fantasía gira alrededor de la esperanza que depositan en que los suyos sean niños bonitos, inteligentes y socialmente exitosos.

Schechter, C. *et al.* (1964) comenta que tales expectativas pueden llevar a decepciones importantes en la vida de los padres adoptivos. Cuando no se cumplen tales expectativas y surgen problemas con los hijos, se puede desatar contra ellos una agresividad considerable (compilado por Anthony E.J. y Benedeck,T., 1983).

A veces, los padres llegan a ser muy rígidos y opresivos en el aspecto académico (Hoopes, J.L. *et al.*, 1970).

3.5.5 Fantasías en torno a los padres biológicos

Para Schechter, M. (1964), los padres adoptivos tienden a hablar sobre el patrimonio genético de sus hijos, al cual le atribuyen todas las dificultades, los problemas, etc., que se pueden presentar. Aun cuando, la mayoría de las veces, el patrimonio genético les es desconocido o, a este respecto, tienen sólo conocimientos muy superficiales; esto alienta la formación de fantasías sobre los padres biológicos con sesgos determinados por la personalidad y los conflictos de los adoptantes (Anthony, E. J. y Benedeck, T. 1983).

Los padres adoptivos que no resuelven sus sentimientos negativos, casi siempre los desplazan hacia la madre biológica del hijo adoptado. Tanto los hombres como las mujeres que están considerando adoptar deberían trabajar estos sentimientos antes de realizar la adopción. En esencia, la elaboración del duelo se debe a la pérdida de las funciones reproductoras, así como a no tener el hijo biológico esperado. Una vez que logren resolver los sentimientos de pérdida, los padres adoptivos estarán en una mejor posición de ayudar al hijo a tratar de enfrentarse con la pérdida de sus antecedentes (Sorosky, A. *et al.*, 1978).

También se sienten muy lastimados ante cualquier manifestación agresiva y reaccionan con exageración frente a los sentimientos sexuales del hijo, ya que éste lleva el estigma de su nacimiento extraconyugal. La agresividad y la sexualidad se llegan a considerar pulsiones constitucionales que provienen de padres entregados a la promiscuidad y dominados por sus impulsos (Anthony E.J. y Benedeck, T., 1983).

Kirk señala que si los padres adoptivos se aceptan a sí mismos como diferentes a los padres biológicos, en lugar de negar que existe una diferencia, estarán en mejores condiciones de comunicarse abierta y honestamente con su hijo y manejarán cualquier problema que surja con apoyo, comprensión y empatía (Sorosky, A. *et al.*, 1978).

La información que reciben los padres adoptivos acerca de los antecedentes de sus hijos, por lo general, es muy escasa y selecta. Se les proporcionan datos que describen físicamente a los padres biológicos, preferencias, intereses especiales y pasatiempos.

Algunas veces, cuando existe disponibilidad, se les proporciona información médica. No se informa sobre otros hermanos del niño que se va a dar en adopción ni sobre otros miembros de la familia, a menos que se solicite específicamente. En general, cualquier información que se considere "negativa" no se comenta con los padres adoptivos (Sorosky, A. *et al.*, 1978).

Cuando a los padres adoptivos se les pregunta cuánto es lo que conocen sobre el padre biológico, muy pocos son los que quedan satisfechos con lo que saben. En la mayoría de los casos, casi no se les dice nada, puesto que ni las mismas agencias lo saben. Esto podría deberse a la actitud negativa que existe en relación con el padre biológico, por lo que no desean involucrarlo. En consecuencia, los padres adoptivos no podrán transmitir ningún conocimiento sobre el padre biológico.

En una investigación realizada en Estados Unidos se mandaron por correo 181 cuestionarios a hombres identificados como padres biológicos, de los cuales respondieron 110 que tenían entre 21 y 47 años. Se observó que bastantes fueron excluidos del proceso de

adopción: el 64% de esa población. De ahí la dificultad para obtener mayores datos sobre cuestiones hereditarias (Deykin E. *et al.*, 1988).

La gran mayoría de los padres adoptivos señalan que poseen una actitud de comprensión, aceptación y simpatía hacia la madre biológica. En contraste con esto, sólo un pequeño grupo tiene sentimientos positivos hacia el padre biológico, predominando los sentimientos negativos o de indiferencia (Deykin, E. *et al.*, 1988).

¿Por qué algunas mujeres dan en adopción a su hijo?

En un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos dieron las razones siguientes: Tres cuartas partes de la población informaron que eligieron la adopción por no estar preparadas para proveer un hogar como el que ellas querían para sus hijos. el 56% describió la adopción en función de los intereses de sus bebés; en especial, destacaron la importancia de poder proporcionarles una familia estable emocional y económicamente. El 37.3% dijo que un bebé obstaculizaría sus aspiraciones educativas. Se les preguntó si no habían pensado en el aborto como una alternativa, a lo cual respondieron del siguiente modo: 84% describió el aborto como algo que iba contra sus principios religiosos; el 9% pensaba que el aborto iba contra sus creencias y deseos familiares; y el 7% restante manifestó que era "muy tarde" para hacerse un legado (Resnick, M. *et al.*, 1990).

Aun cuando las parejas manifiestan gran interés por obtener información sobre los padres biológicos, es evidente que ésta es el

área en la que requieren de mayor ayuda para resolver sus sentimientos y actitudes hacia ellos. Resolver la ambivalencia que los padres adoptivos tienen hacia los padres biológicos es de gran importancia, ya que de esto dependerá cómo se enfrenten los padres adoptivos al hijo cuando les pregunte sobre sus orígenes y el tipo de vinculación que se establecerá con ellos desde un principio.

Hay que enfatizar que la clave para el entendimiento de la psicología de los padres adoptivos es el efecto que la infertilidad ha producido en sus vidas, aun cuando ésta se haya negado o reprimido en la conciencia. Como se mencionó antes, el que una persona sea incapaz de concebir un hijo (cuando éste se desea) constituye una "herida narcisista" que provoca problemas psicológicos.

3.5.6 Temor de los padres adoptivos

El temor más común, y a menudo el más intenso que los padres adoptivos suelen tener es que el niño los abandone y rechace en su búsqueda de los padres biológicos.

El querer conocer los orígenes es un fenómeno normal, infantil, que comienza en la primera infancia y concluye en la adolescencia; es parte del desarrollo de la identidad del sí mismo. Es normal que durante las etapas del desarrollo emocional, los hijos tengan fantasías

acerca de que sus progenitores pueden "no ser sus verdaderos padres"
Todos los cuestionamientos y las búsquedas forman parte del
desarrollo de la identidad, que entra en crisis durante la adolescencia,
reapareciendo las preguntas sobre el origen.

Una tarea importante en la crianza de niños adoptivos es el
ayudarlos a aceptar el hecho de que tienen otros padres. La mayor
parte de los padres adoptivos juegan, en algún momento, con la
fantasía de no decirle al niño que es adoptado. Las razones son
comprensibles porque se reactivan viejas penas que constituyen un
recuerdo de la infertilidad y el dolor que la acompañó.

En la adolescencia tardía, algunos niños sienten la necesidad de
buscar a sus padres naturales. Tienen fantasías acerca de sus padres
biológicos, generalmente los idealizan e, incluso, los idolatran. Estas
fantasías constituyen el modo como el niño adoptado maneja su
baja autoestima y confronta el abandono. Quieren viajar a su lugar de
nacimiento con la esperanza de descubrir alguna pista en relación con
su origen. Esto es parte del proceso de aclarar su identidad y es, a la
vez, una experiencia necesaria de crecimiento. Preguntan acerca de su
certificado de nacimiento. Las fantasías sobre los padres naturales
pueden tener características románticas e irreales.

Para muchos padres adoptivos es una contrariedad el que se
aprecie más a los padres ausentes que a ellos, que cotidianamente se
dedican a la tarea de cuidar al niño. Desde un principio se debe

alentar el hacer preguntas acerca de los padres biológicos y de sí mismos. La honestidad completa entre los padres y el niño incrementará la dignidad en su relación.

El ofrecer honestamente la información y decirle al adolescente en dónde la puede obtener, si ésta existe, es con frecuencia suficiente para satisfacerlo. Todos los adolescentes tienen fantasías acerca de si sus padres en verdad lo son. Desde el momento en que los padres naturales de un adolescente adoptivo no están presentes para comprobar la realidad, sus fantasías persisten por más tiempo (GAP, 1973).

En Estados Unidos está establecido que si durante la adolescencia se desea buscar a los padres biológicos se puede intentar. Es frecuente en los padres adoptivos sentir el miedo de que el hijo los abandone por los padres biológicos. Parte de esto radica en la angustia de estos padres por tratar de proteger los sentimientos del hijo adoptivo contra el rechazo o la humillación. La actitud de los padres adoptivos hacia la madre biológica es protectora y restrictiva, también se observa la preocupación por no volver a abrir un trauma en relación con la infertilidad de los padres adoptivos. No desean ser considerados sólo como "cuidadores" del hijo.

Es importante considerar que esto llega a ocurrir y que la necesidad de algunos adolescentes por encontrar a sus padres

biológicos es una necesidad personal que difícilmente será comprendida por otras personas que no sean adoptadas.

El amor de los padres adoptivos ayuda al hijo a encontrar serenidad, seguridad y felicidad. La pareja debe tener la capacidad para criar al hijo en el mayor nivel de madurez posible, ayudándole a correr riesgos ya que desea las gratificaciones de la paternidad. Deberán aceptar lo inevitable del niño -nacido de otras personas- que algún día tendrá la necesidad de entrar en contacto con quienes lo concibieron, lo cual ayudará en el proceso de identidad (Lifton, B., 1979).

CAPÍTULO IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS NORMALES Y ANORMALES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ADOPTIVO

Existen grandes controversias para aceptar o descartar la posibilidad de que los niños adoptivos sean susceptibles de mayores perturbaciones emocionales que otros niños. Hay razón para pensar que son vulnerables a la tensión y al problema psicológico.

Robinson, A. S. y Brodzinsky, D. (1982) señalan que, según sus observaciones, proporcionalmente asiste más a psicoterapia un niño adoptivo que un niño que no lo es.

Erickson, R. E. (1971) comenta que los padres adoptivos y sus hijos tienen dificultades de personalidad y problemas de integración familiar muy similares a los que presentan las familias naturales, pero los padres adoptivos siempre pueden atribuirlos a la adopción.

Por otra parte, se asienta que la incapacidad para procrear es vivida con indiferencia o como castigo. Las personas que asocian la infertilidad con la depresión, el resentimiento y la culpa tienen problemas para solucionar constructivamente la frustración de no ser capaces de tener hijos. Para este tipo de personalidades, la adopción se convierte en un recordatorio continuo de su frustración, y esto afecta la relación con el hijo adoptivo, a quien no pueden incorporar luego al grupo familiar.

También se ha considerado que "las madres que adoptan infantes recién nacidos encuentran que es mucho más fácil relacionarse con el bebé, pues lo sienten casi como si fuera hijo propio" (Erickson, R.E., 1971).

Sin embargo, también es posible que el niño adoptado le recuerde a la madre su esterilidad y que la preocupación por la infertilidad llegue a causar depresión.

Para Yarrow, L.J. (1964), las reacciones de los infantes ante los cambios que atraviesan -debidos a las distintas figuras maternas que se han hecho cargo de ellos hasta el momento de la adopción- representan trastornos inmediatos en la adopción de rutinas, alteraciones en el comportamiento, rebelión relacionada con los alimentos, descanso y desarrollo.

La adopción tiene un efecto nocivo cuando se realiza después de los seis meses del nacimiento. Estos niños tienden al robo y a la destrucción. Por otro lado, el niño de orfanatorio que después es adoptado presentará agresividad.

En la literatura no hay desacuerdos sobre el hecho de que mientras más pronto sea colocado el niño en su familia adoptiva, más pronto tendrá mayores posibilidades de salud mental, emocional y social.

Algunas razones por las que los hijos adoptivos llegan a presentar problemas de conducta son las siguientes:

a) Hostilidad entre los padres por su infertilidad, misma que se proyecta hacia el niño adoptado.

b) El hijo adoptivo actúa los impulsos inconscientes sexuales o agresivos de alguno de los padres. Esto sucede en cualquier familia, pero es más frecuente en las familias que adoptan.

c) Los padres colocan al niño adoptivo en una situación de "cuento", en la que él se siente que vive en un lugar especial y privilegiado, donde nadie expresa enojo y tampoco hay reproches por ninguna de las partes (ver *supra* mito de Superman).

d) El hijo adoptivo lucha con el problema de saber quiénes fueron sus padres biológicos y desea saber por qué lo abandonaron; por esta razón puede llegar a tener un constante conflicto de identidad e identificarse con padres biológicos "malos" (Winnicott, D. W. 1984).

En el transcurso de la infancia, los padres son una parte importante en la estructura del yo: son el yo auxiliar. Poco a poco, cuando se va fortaleciendo la identidad del niño, va teniendo menos necesidad de éstos. Es decir, después de un periodo de dependencia, intentará ser independiente porque ya ha introyectado a los padres que estaban afuera. El intercambio con ellos es importante ya que éstos son los depositarios de la agresión innata infantil. El papel de ambos es aceptarla y manejarla, pues si la agresión no se proyecta hacia los

padres, se bloquea su expresión y el niño se destruye a sí mismo (Winnicott, D. W., 1984).

Bowlby J. (1971), en una conferencia presentada en la Organización Mundial de la Salud, señaló que el lactante debe mantener una relación cálida, íntima y continua con la madre . . . La pérdida de la figura materna provoca respuestas y procesos relevantes en la psicopatología. Prevalece en él una tendencia a ser muy demandante y emergen de su interior fuertes sentimientos de enojo y ansiedad. También tiene dificultad para lograr relaciones profundas, como se observa en las personalidades no afectivas o psicópatas (Bowlby, J., 1971).

Por otra parte, Winnicott D. W. (1984) descubre que cualquier falla en alguno de los pasos característicos y normales de la función materna temprana puede provocar alteraciones psicológicas importantes. Cuando se afecta el primer paso, al que Winnicott llama "de sostenimiento", se crea intensa angustia y se favorece lo siguiente:

- a) la sensación de desintegración
- b) la sensación de caer
- c) el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse (fuente de inseguridad)
- d) otras ansiedades que, en general, se describen como psicóticas.

Las deficiencias en el segundo paso, "la manipulación", limitan el desarrollo del tono muscular, de la coordinación y de la capacidad infantil para disfrutar la experiencia del funcionamiento corporal.

Las fallas en el tercer paso, "mostrarle los objetos al niño", bloquean el desarrollo de la capacidad infantil para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de los objetos.

Menlove, F.L. (1965) señala que, además del rompimiento de relaciones objetales primarias, existen otros factores de desajuste asociados con el niño adoptivo y que pueden presentar diversos síntomas, como el conflicto para aceptar y manejar la ambivalencia hacia los padres y, en consecuencia, dificultad para incorporar las prohibiciones paternas, lo cual es producto del sentimiento de ilegitimidad que el niño experimenta respecto de sus padres adoptivos.

La mayoría de los bebés dados en adopción son, por lo general, no deseados; la madre siente durante el embarazo una gran ansiedad. Las emociones maternas, durante el periodo de gestación, modifican tanto la conducta fetal como la posnatal (Rascowsky, A., 1981). Sin embargo, Carey, W., Lipton, W. y Myers, R. (1974) indican que la mayor o menor atención durante el embarazo no causan un efecto perdurable en el temperamento y la conducta de los recién nacidos.

Cuando el niño adoptivo se enfrenta a un problema con sus padres adoptivos, tiende a usar la adopción como una forma de

sentirse víctima, lo cual bloquea la comprensión del problema y el buen manejo del mismo.

Toussieng, P. (1962) postula que los niños adoptados están más propensos a perturbaciones emocionales que los no adoptados. Obtuvo esta información a lo largo de cinco años de estudios, durante los cuales realizó su investigación en el Children's Service de la Clínica Menninger. El 10.9% de la población infantil atendida en ese tiempo eran niños adoptivos. La atención se concentró en los padres adoptivos de estos niños y se vio que tenían dificultad para acercarse al hijo por la falta de amor paternal genuino, lo cual podría ser un factor importante en la etiología de las perturbaciones de estos niños.

En 1964, Schechter, M.D., hizo un estudio que incluía información de diferentes fuentes. Encontró que un porcentaje muy alto de adoptados tiene problemas emocionales. Este porcentaje no está relacionado con la hipersensibilidad de los adoptantes. Entre los síntomas expresados hubo más agresión manifiesta en los adoptados que en los que no lo son; así como, tendencia al *acting-out* sexual. El mismo autor realizó estudios con adultos que habían sido adoptados y con adultos que no y descubrió que hay mayores problemas de alcoholismo y *acting-out* en las personas del primer grupo.

Por consiguiente, es necesario explorar los sentimientos negativos inconscientes que experimentan los padres adoptivos en relación con la paternidad. Por un lado, los sentimientos de

insuficiencia de las madres adoptivas están relacionados con su feminidad, lo cual contribuye a una sobreprotección de los hijos; y, por el otro, la negación de los padres que con frecuencia "le echan la culpa" de cualquier trastorno de conducta (que en otras circunstancias podría considerarse normal) a la herencia desconocida del adoptado (como se mencionó en el capítulo III).

Los resultados de estudios sobre el comportamiento del adoptado se basan en el análisis de casos individuales, apreciaciones de expedientes clínicos, impresiones psiquiátricas o de especialistas que trabajan con estos niños. Lo ideal sería elaborar un estudio empírico sistemático.

Debido a las irregularidades en la forma de planear las investigaciones, hay estudios que también detectan elementos de fuerza y salud en la personalidad del niño adoptado.

Este niño presenta todas las complicaciones propias del desarrollo social y emocional de cualquier niño. Cada expresión de su personalidad es una manifestación provocada por situaciones ambientales presentes. En una investigación, realizada en 1970 por Mikawa, J. y Boston, J., se trató de determinar si niños normales no adoptados y niños normales adoptados compartían características específicas de la personalidad. Constituyeron la población sujetos que acudían a escuelas públicas. Para llevar a cabo los objetivos de estudio, se eligió niños que no mostraran trastornos emocionales que

requirieran intervención profesional. No se encontraron , diferencias significativas en ningún grupo, lo cual indica que los niños normales, adoptivos o no, no difieren entre sí y que la adopción *per se* no necesariamente provoca cambios importantes en la estructura de la personalidad. Esto comprueba que la mayor incidencia de trastornos emocionales en los hijos adoptivos no está sólo relacionada con el hecho de la adopción, sino muy profundamente con las dificultades consecuentes de la relación padre-hijo. Si se establece una relación sana entre el adoptado y el adoptante, el niño no va a estar predispuesto a una alteración emocional, sólo porque tiene el *status* de adoptivo (Offord, D. R., 1970).

Kadushin, A. y Seidl, F.W. (1971) señalan que en Estados Unidos sólo el 4.3% de los niños adoptados son referidos por problemas personales, lo que sugiere que en general la adopción es un proceso exitoso. Concluyen que ésta es un invento de la sociedad para resolver situaciones sociales difíciles. En Suecia, Bohman, M. (1972) realizó un estudio sobre el tema y concluyó que las condiciones registradas durante el embarazo y el nacimiento no se relacionaron significativamente con el ajuste y el rendimiento escolar. La presencia de padres biológicos con conducta delictiva o alcoholismo no influía en la adaptación de estos niños. De aquí se podría concluir que la herencia del niño quedó "neutralizada" por su hogar adoptivo.

Para Bohman, la adaptación de estos niños es independiente de las variables que se investigaron en sus historias, ya que ni los factores ambientales estudiados ni los relacionados con antecedentes biológicos mostraron conexión con la adaptación social o con el aprovechamiento académico.

A partir de sus observaciones en la práctica privada, Schechter, M. (1964) descubre que en la mayoría de los casos los síntomas de los sujetos adoptados eran tan distintos como los que podían aparecer en los no adoptados: no había ninguna particularidad que estableciera la diferencia entre un grupo y otro. En 1970, Offord, D. R., Aponte, J.F. y Cross, L.A. publicaron información sobre las diferentes sintomatologías presentadas entre hijos adoptivos e hijos no adoptivos. La población asistía a una Clínica Externa de Psiquiatría Infantil. La población estaba formada por veinticinco niños adoptados y veinticinco niños que vivían con sus padres biológicos. Tenían igual edad, sexo, raza, educación y nivel socioeconómico. Se encontró que ninguno de los dos grupos mostró alteraciones emocionales significativas. El grupo de los adoptados presentó ciertas actitudes antisociales que se asociaron con la edad en la que habían sido adoptados (no se trataba de recién nacidos, sino de niños poco mayores).

Aunque el bebé adoptivo no experimenta por completo las satisfacciones del periodo de amamantamiento, puede vivir con la

madre sustituta una primera e importante relación socializadora. Si ésta es satisfactoria y libre de tensión, después se relacionará socialmente con mayor facilidad (Clothier, F. 1943).

El hijo adoptivo, más que el hijo biológico, requiere la seguridad de una base firme en el amor de los padres. Necesita la profunda reafirmación de que es aceptado y amado por ellos. Como una forma de protección de su ansiedad básica, puede crear situaciones violentas para forzar a sus padres a que le prueben su amor (Gilman, L., 1984). Existen evidencias sobre la importancia de revelar a un niño la realidad de su situación ya que, en general, tiene siempre una actitud de sospecha y le resultaría más traumático si por propia iniciativa y curiosidad lo llegara a descubrir. Cuando se enfrenta al prolongado silencio de los padres, comienza a asociar que ser adoptado es malo o triste.

En los niños hay mucha fuerza para enfrentarse a la realidad, en especial si cualquier situación dolorosa es compartida con padres amorosos. El misterio, la duda o la incertidumbre a largo plazo son más difíciles de tolerar.

No es necesario "entender" durante mucho tiempo cómo y qué se debe decir, lo importante es permanecer tranquilo. Habrá muchas oportunidades para responder a la curiosidad infantil. Le Shan, E.J. (1971) señala que no hay que esperar a que el niño pregunte sobre sus orígenes, sino que hay que lograr que la palabra adoptivo se vuelva

familiar al vocabulario del niño y que la asocie con sentimientos de felicidad, entonces resultará más fácil continuar con explicaciones más completas. Si se preparan bien los cimientos no ocurrirá nada deplorable. No debe importar lo que la gente diga, se trata de que el niño tenga confianza en sus padres y sepa que puede preguntar cualquier cosa y explorar cualquier tema, incluso el de su propia identidad y origen. De acuerdo con este autor, se puede ayudar a los niños, dándoles las explicaciones de la siguiente manera:

a) No siendo demasiado específicos, especialmente con los niños pequeños.

b) Indicándole al niño que hubo algunas razones para que lo adoptaran, porque ellos, los padres, estaban preocupados por su bienestar y deseaban que tuviera una buena casa y amor.

c) Para evitar la demasiada atracción por el pasado, los padres deben aclarar que la seguridad y la felicidad se basan en los logros personales. Los buenos sentimientos respecto de la adopción surgen de las experiencias del niño. Si se siente rodeado de amor y aprobación, dará por hecho que lo que sucedió anteriormente debió de haber sido favorable.

Los especialistas en el tema sugieren que a los niños adoptados se les hable de su estado lo más pronto posible. Ésta es una manera de

ayudar a los padres adoptivos a enfrentar los complicados sentimientos que se llegan a despertar en los hijos debido a la doble identidad.

Con frecuencia surge la pregunta de por qué es necesario que un niño sepa que fue adoptado. La respuesta es que esto representa un riesgo psicológico y es una situación potencialmente amenazante.

Una razón práctica que apoya lo anterior es que los padres no constituyen la única fuente de información con la que el niño tiene contacto. Puede enterarse, pero no por medio de sus padres, y ello causará trastornos en la formación de su personalidad. Además, empezará a desconfiar de sus padres por haberle ocultado la verdad de sus orígenes.

Es comprensible que los padres se angustien ante la posibilidad de revelarle al hijo su realidad. Deben entender que así como a ellos les resulta confuso y amenazante hacerlo, igual dificultad representa para el niño.

Gilman, L. (1984) considera que la información que se debe abarcar, incluye tres puntos:

a) La propia necesidad de los padres de permanecer sensibles a la conciencia cada vez mayor del niño y a su capacidad de desarrollo para manejar el conocimiento de su adopción.

b) La necesidad de transmitir, de manera congruente, sentimientos positivos en relación con el hecho específico de la adopción.

c) Otorgarle un valor importante al grupo familiar.

En estudios realizados por Robinson, A.S. y Brodzinsky, D. (1982) se encontró que las familias que les informan a los niños "precipitadamente" ayudan menos a la adaptación de éstos que aquellas que informan sobre la adopción en forma gradual. Ambos autores están de acuerdo en informar al niño sobre su adopción durante los primeros años de vida. No obstante, cuándo y cómo debe ser la primera vez y qué debe decirse implica mucha cautela y cuidado. Consideran que la edad ideal para tener esta conversación fluctúa entre los dos y los tres años. Tal vez, los preescolares vagamente comprendan el proceso y los conceptos involucrados en la adopción, y hasta el principio o la mitad de la adolescencia hay un entendimiento de los motivos de la adopción y del proceso legal que esto implica. Posiblemente esto pueda asociarse a lo que menciona Piaget, J. (1978) sobre el pensamiento que ya tiene la habilidad de entender las operaciones abstractas. El contenido de la plática que se tenga con el niño dependerá también de la capacidad intelectual infantil (Robinson, A.S. y Brodzinsky, D., 1982).

En algunos casos, los niños querrán saber sobre sus padres biológicos; los padres adoptivos no deberán preocuparse por esta curiosidad. Esto no significa que el niño esté rechazando su amor o sus cuidados, simplemente es una necesidad de saber más sobre sí mismo para lograr una identidad más independiente.

Muchos padres sienten la responsabilidad de hablar con los padres biológicos, pero cuando se atreven a expresarlo, lo hacen con disgusto por ver amenazada su paternidad. Debido a lo cual, indirectamente le transmiten al niño el mensaje de que hablar sobre su adopción o su pasado está prohibido. Este silencio otorga a los padres un alivio que no tiene ningún sentido.

Los padres adoptivos deben aceptar la totalidad de la historia pasada del niño, para lo cual deben ser capaces de identificarse a sí mismos como los padres naturales. Si no pueden hacerlo, están dificultando que el niño protegido funde en una sola configuración las imágenes de los padres biológicos y de los adoptivos.

Muchos padres adoptivos siguen sintiéndose inseguros en relación con la adopción. Rechazan cualquier posibilidad de que la paternidad adoptiva sea diferente a la biológica.

La salud mental infantil se logra mejor cuando se tiene conocimiento de los antecedentes biológicos y cuando esta información es otorgada por los padres. El niño debe convencerse de que sus padres actuales lo aman por lo que es.

El interés por los padres biológicos no obedece a un deseo de regresar con ellos, sino a un sentimiento concreto que se relaciona específicamente con saber quiénes fueron. El niño adoptivo tiene un juego de padres; es decir, dos parejas en lugar de una, esto es un punto de partida importante para la integración de su identidad y se relaciona con la autoestima. Saldrá mejor librado de esta compleja situación cuando se le permita explorar el pasado, reconocer elementos positivos o comprender los factores traumáticos y al mismo tiempo integrarlos con el presente para establecer una continuidad.

Esta búsqueda no obedece a un deseo innato de amor, sino a un sentimiento de desorientación, ya que estos adolescentes tienen la necesidad de encontrar una raíz identitaria. Sin embargo, cuando algunos hijos adoptivos encuentran a sus padres sufren una gran desilusión.

Wieder, H. (1977) explora las fantasías de los niños adoptivos sobre la novela familiar (Freud, S., 1908). El niño en periodo de latencia expresa mediante fantasías su deseo de ser adoptivo con el objeto de sobreponerse a las desilusiones inherentes a la relación con los padres. Este estudio revela que el saber sobre la adopción modifica la fantasía, y que algunos adoptados son incapaces de crear efectivamente el paradigma de la fantasía de novela familiar. Al parecer, el deseo del hijo adoptado en contraste con el del hijo biológico, es negar la adopción y poder establecer la fantasía de lazos

de sangre con los padres adoptivos para eliminar lo que la adopción lleva implícito. Se puede añadir que los niños adoptados elaboran fantasías de novela familiar diferentes. Cuando se sienten relegados por sus padres adoptivos, como existe otro par de padres (los padres biológicos), éstos se convierten en los depositarios de sus idealizaciones.

Gracias a las frecuentes investigaciones que sobre el tema del niño adoptivo se han realizado, existe una enorme controversia en relación con la incidencia de problemas psicológicos en estos niños. Algunos puntos de vista sugieren que puede haber mayores conflictos en la población adoptada, mientras que otros establecen lo contrario.

Existe gran desacuerdo en la literatura sobre trastornos específicos. Algunos estudiosos el tema creen que el factor adoptivo es sólo secundario y que no es precisamente el núcleo de los problemas psicológicos. Otros autores consideran que las tensiones presentes entre padres e hijos dependen de las características especiales de los padres y del tipo de fantasías que forme cada niño adoptivo. Quienes acepten un *status* adoptivo específico deben considerar la importancia de la temprana separación de la madre. Se sugiere que la adopción se realice desde el embarazo y que el bebé sea entregado a los pocos días de haber nacido, lo que favorecerá la relación madre-hijo.

A continuación se señalan algunas sugerencias prácticas que le facilitarán a los padres adoptivos este complicado proceso y favorecerán una relación positiva entre ambas partes:

a) Ofrecer un núcleo familiar organizado y estable, en donde la relación de la pareja sea el cimiento de un hogar que brinde seguridad, aceptación y amor.

b) Recordar que la paternidad adoptiva no requiere de cualidades extraordinarias, sólo motivación y afecto.

c) Las relaciones conflictivas entre padres e hijos no sólo suceden entre un niño adoptivo y sus padres, sino también entre padres biológicos y sus propios hijos.

d) Usar la palabra adoptivo dentro de la casa siempre que sea conveniente. Por ejemplo, en lugar de referirse a "nacimiento", decir "adopción". La palabra adopción puede utilizarse en diferentes situaciones: "adoptar una palabra", "adoptar un perrito", etcétera.

e) Aceptar que se está viviendo una experiencia de paternidad compartida. El hijo adoptivo tiene una pareja de padres, quienes le dieron la vida, sean conocidos o no. No negar la posibilidad de pensar en los padres biológicos o conversar sobre ellos.

f) Aceptar el interés del niño en sus padres biológicos como algo natural, ya que éste siempre tendrá fantasías con ellos.

g) Recordar que de alguna manera el niño ha sido rechazado, por lo que hay que evitarle experiencias que lo lleven a sentir de nuevo el rechazo.

h) Es posible que a veces el niño se sienta muy enojado por ser adoptivo. Ambos padres y él deben aprender a manejar ese enojo.

i) Darle respuestas concretas a preguntas concretas.

j) Responder a las preguntas del niño. Si él es capaz de formularlas, los padres serán capaces de contestarlas. Por ejemplo: si pregunta cómo son sus padres biológicos y, si usted lo sabe, dígaselo. No esconda información, es más sano que los padres le den los conocimientos que necesita y no esperar a que él sea un adolescente y alguien más se la ofrezca, ya que muy probablemente la información que reciba sea errónea.

k) Estar preparados para escuchar las preguntas del niño en los momentos menos esperados.

l) Saber que el niño realizará con frecuencia la misma pregunta y que sólo la abandonará cuando su madurez o su inteligencia le permitan comprenderla y aceptarla.

CAPÍTULO V. MÉTODO

Planteamiento del problema

¿Cuáles son las características psicosociales de las mujeres que se encuentran en proceso de adopción?

Hipótesis general

Existen diferencias psicosociales que distinguen a las mujeres que adoptan de las mujeres embarazadas

Hipótesis específicas

H1 Existe una relación conflictiva entre la madre que se encuentra en proceso de adopción y la figura materna.

H2 La falta de aceptación de la infertilidad dificulta el proceso de adopción.

H3 La relación de pareja es similar en mujeres que adoptan desde el embarazo y las mujeres embarazadas.

H4 Las mujeres en proceso de adopción presentan conductas similares a las del grupo control en relación con el embarazo.

H5 La mujer que se encuentra en proceso de adopción tiene una pobre percepción de sí misma, debido a su incapacidad para concebir.

Variables

Variable independiente: Es aquella que va a ser manipulada por el investigador. Las variables independientes, en este caso, son las siguientes:

- a) Causas psicológicas y sociales de la adopción
- b) Relación con la propia madre
- c) Relación con el esposo
- d) Percepción de sí misma

Variable dependiente: Es aquella que se conoce claramente, pero se desconocen los elementos que la producen, modifican o que influyen en ella; en este caso es el proceso de adopción.

Variable concurrente: Es aquella que influye en el estudio, pero no se la puede controlar. En el caso de esta investigación, la situación

institucional influyó en la veracidad de las respuestas del grupo de observación.

Definiciones conceptuales:

Adopción: Este vocablo proviene del latín optare-escoger, desear. Es el acto en virtud del cual una persona recibe como hijo a quien no lo es por naturaleza. Se entabla, de esta forma, una nueva relación, similar a la relación congénita; se produce un nuevo vínculo entre el adoptante y el adoptado, a diferencia de la legitimización que convalida el preexistente.

Proceso de adopción: Por medio de la adopción, la sociedad ha establecido un tipo de familia que se funda en la paternidad, no en haber dado a luz; es decir, en el funcionamiento materno-paterno en la relación padre-hijo. El proceso de adopción empieza cuando se toma la decisión de adoptar un hijo. Es el camino que se recorre hasta que se recibe al hijo adoptivo, incluyendo las diferentes vicisitudes que se enfrentan en el plano individual y social.

Madre adoptiva: Es la mujer que recibe a un niño y lo educa como propio.

Padre adoptivo: Es el hombre que recibe a un niño y lo educa como propio.

Hijo adoptivo: La persona que en virtud de autorización real o judicial es recibido como hijo, sin serlo por naturaleza. Un niño que se le entrega a una pareja para su educación y desarrollo.

Infertilidad-esterilidad: En este estudio se emplearán indistintamente los términos infertilidad y esterilidad, sin profundizar en el motivo de la diferenciación, ya que éste no es el objetivo del trabajo. Sólo se refieren a que una pareja no puede reproducirse sexualmente por estar incapacitada para concebir un hijo, lo cual puede ser el resultado de trastornos orgánicos, psicológicos u otros (la clasificación de estos términos se encuentra en el capítulo II).

Percepción de sí misma: Es la forma como cada persona se ve a sí misma, lo cual se refleja en sus actitudes, sentimientos, conocimientos con relación a la propia capacidad, a las habilidades, a la apariencia física y a la aceptación de sí. Es la autoimagen de un individuo, misma que influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad. Es lo que da la pauta para considerar que el ser humano tiene una percepción multidimensional. En este caso, la percepción de sí misma se limita a los atributos que la mujer reconoce

como favorables a su imagen; es decir, a la percepción positiva de sí misma; o a aquellos que ella siente como inhibidores o coartadores y que le causan una percepción negativa de sí misma en su desarrollo social, con los efectos que esto conlleva para su adaptación. En este estudio, los atributos favorables a la maternidad se considerarán como ajustes adecuados al papel femenino y, por ende, a la buena percepción de la propia feminidad.

Madre biológica: Es la mujer que concibe un hijo. En este caso se utilizará este término para referirse específicamente a la mujer que da en adopción a su hijo.

Causas sociales: Son las razones o fundamentos que producen aquellos fenómenos que afectan a una serie de individuos o a la sociedad en su conjunto.

Causas psicológicas: El conjunto de fenómenos que ocurren en la psique de un individuo debido a experiencias particulares, determinadas por motivaciones personales. Una causa psicológica puede dar lugar a trastornos que no se atribuyen a cambios fisiológicos y que darán como resultado conflictos psicológicos.

Situación emocional: Complejo de estímulos que afectan a un individuo en un momento determinado. Se caracteriza por la implosión simultánea de diversos sentimientos.

Fase de espera: Estadio por el cual pasa una mujer que está esperando a que le entreguen un bebé en adopción; similar al periodo de espera de la mujer embarazada.

Relación conflictiva: La conexión o influencia mutua entre dos o más personas, caracterizada por sentimientos ambivalentes como amor y odio hacia la otra persona. Esta situación puede ser inconsciente y tiene la misma intensidad. Por ejemplo, la valencia negativa pesa igual que la valencia positiva. Se encuentran los sentimientos.

Aceptación: Experiencia o conducta positiva de acercamiento a algo.

Falta de aceptación: Ausencia de experiencia o conducta positiva de acercamiento a algún acontecimiento.

Buena relación: La conexión o influencia entre dos o más personas, caracterizada por ser favorable y eficiente.

Identificación: Proceso psíquico inconsciente que se manifiesta en forma de vínculo emotivo con situaciones a las que une ese vínculo.

Pobre percepción de sí misma: Se refiere a la baja autoestima que la persona tiene de sí misma.

Espacio psicológico: En este caso se refiere a la representación mental de un embarazo que no puede tener lugar en el cuerpo; entonces sucede en el ámbito de la imaginación.

Instrumento.

El presente estudio tiene las características de ser directivo, observacional, transversal y retrospectivo de acuerdo a Méndez y col (1987).

Se diseñó un cuestionario con reactivos para indagar acerca de la preparación psicológica de la mujer que está en proceso de adoptar un bebé. El cuestionario consta de 125 preguntas cerradas sin uniformidad en el tipo de respuestas. Las preguntas abordan siete áreas de estudio:

- a) Ficha de identificación.
- b) Problema de infertilidad.
- c) Adopción
 - * causas sociales
 - * causas psicológicas

- d) Situación emocional en la fase de espera
- e) Relación con la madre
- f) Relación con el esposo
- g) Percepción de sí misma

Validez y confiabilidad

Los ítems fueron valorados por siete jueces para obtener la validez de contenido. No se buscó la confiabilidad por considerar que es un instrumento de testimonio y no de construcción teórica. Inicialmente el cuestionario constaba de 150 preguntas; se descartaron 25 porque fueron rechazadas por cuatro de los jueces. Quedó un total de 125 preguntas.

Se acomodaron y redactaron las preguntas de modo que no fueran amenazantes para las entrevistadas. Las respuestas fueron de opción múltiple. Se trató de no insinuar o dirigir las respuestas para que se lograra contestar con mayor libertad.

Del cuestionario final, algunas preguntas no se tomaron en cuenta al calificar debido a que se tenía la impresión de que las mujeres tendrían miedo al responder, pues cada una podía temer que se considerara que ella, socialmente, no era la persona indicada y que esto influyera en que se le negara el bebé que esperaba adoptar.

Se presenta el cuestionario modelo en el Anexo 1

Sujetos

Treinta mujeres constituyeron la muestra; de éstas se seleccionaron quince embarazadas y quince en espera de que se les entregara un bebé en adopción. A estas últimas ya se las había emparejado con una madre biológica. Este factor fue muy importante para tratar de valorar la fase de espera de un grupo de madres adoptivas en comparación con la fase de espera de las mujeres embarazadas.

La realización del estudio se dificultó debido a que en México sólo existe un Centro de adopción desde el embarazo, lo cual constituye en gran parte el objetivo de esta investigación.

La limitante que surgió en el grupo de observación fue que una de las encargadas del Centro aplicó el cuestionario con el fin de preservar el anonimato de las participantes. Esto causó una serie de dificultades que obstaculizaron el cumplimiento de los objetivos previamente trazados; sólo se permitió el uso de un cuestionario; se impidió la aplicación de pruebas psicológicas y la realización de las entrevistas que se habían propuesto al inicio.

Esto pudo influir directamente en las respuestas de este grupo, en el sentido de que las entrevistadas supusieran que sus contestaciones influirían en la aceptación o rechazo de la adopción.

Por petición del Centro se deja en el anonimato el nombre del lugar.

Escenario

La investigación con el grupo-control se realizó en diferentes consultorios ginecobstetras particulares. La del grupo de observación tuvo lugar en un Centro que asiste a mujeres embarazadas con problemas económicos, que no desean conservar al bebé por una serie de dificultades personales, familiares, etc. El Centro ofreció ayuda a estas mujeres, rechazadas de su hogar por haber quedado encinta, y les brinda altruistamente todo lo que necesitan durante ese periodo. A quienes no desean conservar al bebé el Centro las ayuda a encontrar parejas deseosas de adoptar un niño. Así, desde que ingresan, se aparea a aquellas que no quieren hacerse cargo del bebé con una pareja de padres en proceso de adopción.

Procedimiento

a) Se seleccionó la muestra de acuerdo con lo planteado previamente.

b) En el caso del grupo control se entró en contacto con las personas seleccionadas y se les solicitó su cooperación para la obtención de datos.

c) En el caso del grupo de observación, se entró en contacto con las autoridades del Centro para ver la posibilidad de encuestar a las mujeres embarazadas del lugar. Se acordó que las encargadas del sitio aplicarían los cuestionarios.

d) Se aplicó el cuestionario a las personas que aceptaron colaborar con el estudio.

CAPITULO VI. RESULTADOS

Para el manejo de los resultados se realizó estadística descriptiva y el tratamiento que se utilizó fue por frecuencia.

Para codificar los reactivos que comprenden las áreas de:

- a) relación con la madre
- b) relación de pareja
- c) embarazo

se analizó la importancia y la direccionalidad de estas variables en relación con el concepto de adopción. Por ejemplo, al determinar las características de la relación con la madre se consideró una aseveración positiva o favorable que implicara un ajuste y relación adecuada con la madre. En forma contraria, el desajuste ante esta imagen se consideraría negativo. De manera similar, se analizaron las variables de relación con la pareja y las conductas ante el embarazo.

Por consiguiente, con la intención de simplificar la cantidad de reactivos pertenecientes a cada variable, se procedió al establecimiento de escalas ordinales para establecer una tendencia cualitativa. Por lo tanto, a los valores positivos se les asignó los valores más altos (3), a los reactivos con peso negativo se les asignó el valor más bajo (1). Deliberadamente se asignó el valor intermedio (2) a las respuestas "no

contestó", con la idea de polarizar las respuestas y evidenciar la variación de los resultados.

Cabe señalar que en los reactivos con peso negativo se invirtió la escala, quedando la respuesta de no con valor más alto (3) y las respuestas con peso positivo con el valor más bajo (1).

Se decidió agrupar las respuestas bajo la técnica Likert, a pesar de que el instrumento no investiga actitudes.

Técnicamente esto refiere al tipo de escalas Likert, en donde se establece que hay que buscar el mayor equilibrio posible para que el sujeto esté bien definido en sus respuestas y que no tenga dudas que lo hagan tender hacia alguno de los extremos de la escala. Las respuestas ambivalentes en este tipo de escalas no tienen cabida.

I. FICHA DE IDENTIDAD

Características de la población

Edad

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
1. Su edad en años cumplidos es				
1. Menor de 24 años	0	0.00	4	26.67
2. Entre 25 y 35 años	8	53.33	9	60.00
3. Entre 36 y 40 años	6	40.00	1	6.67
4. Mayor de 41 años	1	6.67	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Entre 25 y 35 años

Frecuencia: entre 25 y 35 años

Se observa que existe una diferencia en las edades de ambos grupos, donde el grupo de madres embarazadas es más joven que el de madres en proceso de adopción.

Puede concluirse que las mujeres en proceso de adopción son mayores porque invirtieron mayor tiempo en descubrir su infertilidad y en decidirse por la adopción.

Escolaridad

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
2. Su nivel máximo de estudios es				
1. Secundaria	2	13.33	3	20.00
2. Preparatoria	7	46.67	7	46.67
3. Licenciatura	5	33.33	5	33.33
4. Posgrado	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Preparatoria **Frecuencia: Preparatoria**

Ambos grupos presentan uniformidad ante esta respuesta, con niveles educativos casi semejantes. La mayoría realizaron estudios de preparatoria, y en segundo lugar, de licenciatura. Esto puede ser consecuencia de la clase media a la que pertenecen.

Existe una ligera diferencia: algunas madres en proceso de adopción tienen estudios de posgrado. Es probable que mientras se esperaba que aconteciera un embarazo, este grupo siguió estudiando.

Ocupación

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
3. Su ocupación actual es				
1. Estudiante	1	6.25	0	0.00
2. Profesionista	3	18.75	4	26.67
3. Comerciante	3	18.75	1	6.67
4. Empleada	3	18.75	1	6.67
5. Ama de casa	5	31.25	9	60.00
6. Otra	1	6.25	0	0.00
	16	100.00	15	100.00
Frecuencia: ama de casa		Frecuencia: ama de casa		

En grupo de observación, el 64% ejercen alguna actividad remunerada que incluye desde profesionistas hasta empleadas, mientras que el 31% es ama de casa.

En contraste, el 38% del grupo control presentó actividades remuneradas, mientras que el 60% (el doble del grupo de observación) fue de amas de casa.

Al parecer, esta diferencia se debe a que

- a) los dos grupos son heterogéneos
- b) el grupo de observación continúa su desarrollo personal al margen de la actividad del hogar, como una forma de compensación.

Nivel socioeconómico

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
4. Usted considera que su nivel socioeconómico pertenece a				
1. Clase baja	0	0.00	0	0.00
2. Clase media baja	0	0.00	1	6.67
3. Clase media	15	88.24	7	46.67
4. Clase media alta	2	11.76	4	26.67
5. Clase alta	0	0.00	2	13.33
6. No contestó	0	0.00	1	6.67
	17	100.00	15	100.00
Frecuencia: Clase media			Frecuencia: Clase media	

La población en el grupo de observación (15 sujetos) se percibió en clase media. Por su parte, el grupo control (7 sujetos) se ubicó en la clase media y hubo 4 sujetos en la clase media alta.

Se observa que la percepción que estas mujeres tienen de sí mismas no necesariamente puede coincidir con su clase social real. Estos datos pueden contener un sesgo, ya que en el caso del grupo de observación predomina notablemente la clase media. Mientras que el grupo control (casi el mismo porcentaje) está representado por la clase media, media alta y alta. Se cree que los datos representan un sesgo, y que los resultados no coinciden con la realidad.

Religión

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
5. Su religión es				
1. Católica	9	60.00	8	53.33
2. Protestante	1	6.67	1	6.67
3. Judía	4	26.67	6	40.00
4. Otra	0	0.00	0	0.00
5. No practica ninguna	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Católica Frecuencia: Católica

En ambos grupos se observa una predominancia de la religión católica (60% y 53%). En segundo lugar apareció un 40% de religión judía en el grupo control y un 26.67% en el grupo observado.

Situación legal de nacimiento

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
6. Usted es hija				
1. Natural	0	0.00	1	6.67
2. Legítima	13	86.67	14	93.33
3. Adoptiva	1	6.67	0	0.00
4. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Legítima Frecuencia: Legítima

La mayoría de los dos grupos (86% y 93%) fueron hijas legítimas.

Sólo en el grupo de observación se ubica una hija adoptiva y otra que se rehusó a contestar. En esta población no existe ninguna relación entre la adopción de la madre y su necesidad de adoptar.

Tiempo de vida en pareja

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

7. Hace cuánto tiempo vive con su pareja actual

1. Menos de 5 años	2	13.33	5	33.33
2. Entre 5 y 10 años	5	33.33	5	33.33
3. Entre 10 y 15 años	5	33.33	3	20.00
4. Más de 15 años	3	20.00	2	13.33
5. Ud. no vive con su pareja actual	0	0.00	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Entre 5 y 10 años Frecuencia: Menos de 5 años

Entre 5 y 10 años

El grupo control ha cumplido menos años de vida en pareja que el grupo de observación. Al parecer, estos resultados son proporcionales a la edad de los miembros de la pareja. (Cf. ficha de identidad).

Ubicación en la familia

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas puntos % puntos %

15. ¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos?

1. Hija única	1	6.67	1	6.67
2. Primera	7	46.67	2	13.33
3. Segunda	2	13.33	5	33.33
4. Tercera	2	13.33	4	26.67
5. Cuarta	2	13.33	4	26.67
6. Posterior	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	16	106.67

Frecuencia: Primera Frecuencia:segunda, tercera, cuarta

En el grupo de observación hay una predominancia de hijas primogénitas (46.67%), mientras que en el (85%) grupo control se distribuye entre segundas, terceras y cuartas hijas.

II. PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

Características de la infertilidad

(Por las características de la variable se omitirá al grupo control)

Grupo de mujeres en proceso de adopción Grupo de mujeres embarazadas

No de resp Puntos % Puntos %

11. Las causas de infertilidad que usted y su pareja presentan se deben a

1. Problemas orgánicos en usted	4	26.67	1	6.67
2. Problemas orgánicos en su pareja	2	13.33	0	0.00
3. Problemas en ambos	2	13.33	0	0.00
4. Causas desconocidas	5	33.33	1	6.67
5. Ni Ud. ni su pareja tienen problemas de infertilidad	1	6.67	10	66.67
6. No contestó	1	6.67	3	20.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Problemas orgánicos por causas desconocidas **Frecuencia: Ud. y su pareja no tienen problema de infertilidad**

Se observó que en el grupo de observación el 26.67% de la mujeres tienen problemas orgánicos, el 13.33% de los esposos presenta

problemas orgánicos, y el 13.33% informó que ambos miembros de la pareja tiene problemas; estos resultados indican que no es siempre la mujer la casuante de la infertilidad, como comúnmente se considera. El 46.67%, que representa casi la mitad de esta población, desconoce la naturaleza de su problema. El 33.33% se abstuvo de contestar la pregunta.

Problemas de infertilidad

(Por las características de las variables se omitirá al grupo control)

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

12. Cuál (es) es (son) las causas de infertilidad de acuerdo con su diagnóstico médico?

1. Ciclos anovulatorios	4	18.18	0	0.00
2. Desajustes hormonales fem	1	4.55	0	0.00
3. Obstrucción tubaria	1	4.55	0	0.00
4. Adherencias en trompa	0	0.00	0	0.00
5. Adherencias intrauterinas	1	4.55	0	0.00
6. Deformaciones del útero	0	0.00	0	0.00
7. Deformación de trompas	0	0.00	0	0.00
8. Quistes en ovarios	2	9.09	0	0.00
9. Defic. produc. de moco	1	4.55	0	0.00
10. Endometriosis	3	13.64	0	0.00
11. Pres. bac. en gen. fem	0	0.00	0	0.00
12. Pres. bac. en semen	0	0.00	0	0.00
13. Bajo conteo espermático	2	9.09	0	0.00
14. Buen conteo espermático	0	0.00	0	0.00
15. Toxoplásmosis en la mujer	0	0.00	0	0.00
16. Lupus eritematoso mujer	0	0.00	0	0.00
17. Aller. crom. mujer	0	0.00	0	0.00
18. Aller. crom. hombre	0	0.00	0	0.00

19. Abortos por causas dese.	0	0.00	1	6.67
20. Otra(s)	2	9.09	0	0.00
21. Se ignoran	3	13.64	0	0.00
22. Pareja no problemas	1	4.55	11	73.33
23. No contestó	1	4.55	3	20.00
	22	100.00	15	100.00

Frecuencia: Ciclos anovulatorios Frecuencia: Ni usted ni su pareja

tienen problemas de infertilidad

El problema de infertilidad se debe a lo siguiente: ciclos anovulatorios (18.18%), endometriosis (13.64%), bajo conteo espermático (9.09%), desajustes hormonales femeninos (4.55%), problemas por obstrucción tubaria (4.55%), adherencias intrauterinas (4.55%) y deficiencia en la producción de moco cervical (4.55%). En general, se aprecia que el 63.66% informó de problemas en sí mismas y que sólo un 9.09% informó de trastornos en el hombre. No obstante, el 31.64% de las sujetos ignoran la naturaleza de su problema o se abstuvieron de contestar la pregunta. Esto representa a las mismas siete mujeres que en la pregunta anterior señalaron que desconocían su problemática. La aceptación de la infertilidad es más difícil cuando no se tiene un diagnóstico definitivo. La pareja oscila indefinidamente entre la esperanza y la desesperanza de lo que "quizá un día. . ."

Aborto

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

15. ¿Cuántas situaciones de aborto ha vivido con su pareja actual?

1. Uno	0	0.00	3	20.00
2. Dos	1	6.67	0	0.00
3. Tres	0	0.00	1	6.67
4. Cuatro	0	0.00	0	0.00
5. Más de cuatro	0	0.00	0	0.00
6. Ninguno	14	93.33	8	53.33
7. No contestó	0	0.00	3	20.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Ninguno

Frecuencia: Ninguno

16. Si lo tuvo, el aborto fue

1. Voluntario	0	0.00	0	0.00
2. Espontáneo	1	6.67	5	33.33
3. No contestó	14	93.33	9	60.00
4. Contestó otra cosa	0	0.00	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No contestó

Frecuencia: No contestó

El 6.67% del grupo de observación vivió situaciones de aborto espontáneo. El grupo control informó un 26.67% de abortos también espontáneos. Los resultados, obviamente, se deben a los problemas de infertilidad del grupo control.

Muerte de hijos

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

17. ¿Ha sufrido usted la muerte de algún hijo?

1. Si	0	0.00	1	6.67
2. No	14	93.33	10	66.67
3. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

18. ¿Se siente culpable por la muerte de ese hijo?

1. Si	0	0.00	0	0.00
2. No	1	6.67	2	12.50
3. Ud. nunca ha sufrido la muerte de un hijo	12	80.00	10	62.50
4. No contestó	2	13.33	4	25.00
	15	100.00	16	100.00

Frecuencia: Ud. nunca ha sufrido

Frecuencia: Ud. nunca ha sufrido la

la muerte de un hijo

la muerte de un hijo

Ninguno de los grupos ha tenido la experiencia de la muerte de un hijo. El grupo control informó de un caso (6.67%). De acuerdo con estos resultados el grupo de observación no está recurriendo a la adopción para reemplazar la muerte de un hijo.

Elaboración sobre el problema de la infertilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

19. Considera Ud. la esterilidad como

1. Un castigo de Dios	0	0.00	0	0.00
2. Un probl. orgánico	11	73.33	8	47.06
3. Un probl. sexual	0	0.00	3	17.65
4. Una herida a la autoestima	1	6.67	0	0.00
5. Otra (especifique)	3	20.00	1	5.88
6. No contestó	0	0.00	5	29.41
	15	100.00	17	100.00

Frecuencia: Un problema orgánico

Frecuencia: Un problema orgánico

20. En caso de adopción: al enterarse del problema, Ud, en principio, ¿habló de su tristeza con su pareja?

1. Sí	11	73.33	1	6.67
2. No	3	20.00	0	0.00
3. Ud. y su pareja no tienen probl. de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Ud. y su pareja no tienen problemas de esterilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

Na. de respuestas Puntos % Puntos %

21. ¿Se culpó a sí misma del problema de la infertilidad?

1. Sí	6	40.00	1	6.67
2. No	8	53.33	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de esterilidad

22. ¿Culpó usted a su pareja del problema de infertilidad?

1. Sí	2	13.33	0	0.00
2. No	12	80.00	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	11	73.33
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de esterilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

23. ¿Pudo Ud. hablar y desahogar sus sentimientos en relación con el problema de la infertilidad?

1. Si	13	86.67	1	6.67
2. No	1	6.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

24. En un principio, al enterarse del problema de la infertilidad, pensó usted en separarse de su pareja?

1. Si	2	13.33	0	0.00
2. No	12	80.00	1	6.67
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de esterilidad

Grupo: madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

25. ¿Se siente (o sintió) muy enojada por el problema de la infertilidad?

1. Si	7	46.67	1	6.67
2. No	7	46.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

26. ¿Se mostró usted indiferente ante esta situación?

1. Si	0	0.00	0	0.00
2. No	14	93.33	1	6.67
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

27. En un principio, al enterarse usted del problema de la infertilidad, ¿lo aceptó serenamente?

1. Si	4	26.67	0	0.00
2. No	10	66.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	5	33.33
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

28. Al saber de la infertilidad, ¿se convirtió en una obsesión el tener hijos?

1. Si	7	46.67	0	0.00
2. No	7	46.67	1	6.67
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

30. Al saberse infértil, ¿Ud. se sintió incapaz y deprimida algún tiempo?

1. Sí	13	86.67	1	6.67
2. No	1	6.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

31. ¿Se sintió devaluada ante la imposibilidad de concebir un hijo?

1. Sí	7	46.67	1	6.67
2. No	7	46.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No tienen problemas de infertilidad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

32. ¿Se sintió menos mujer al saberse infértil?

1. SI	4	26.67	1	6.67
2. No	10	66.67	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

**Frecuencia: No tienen problemas
de infertilidad**

En este apartado sólo se tomarán en cuenta las preguntas concernientes al grupo de observación ya que el grupo control no presenta problema de infertilidad.

En general, el 73.33% de la muestra estudiada considera la esterilidad como un problema de índole orgánico, el 20% no sabe cómo ubicar el problema, lo cual produce la impresión de que aún no ha logrado aceptarlo. Sólo una persona consideró que la esterilidad es una herida a la autoestima.

El 73.33% logró hablar con su pareja de la tristeza que le provoca la infertilidad; mientras el 20% señala que no pudo hacerlo. Esto significa que el grupo en observación logró digerir su problema

y que, al parecer, no lo tiene encapsulado y tampoco presenta dificultad para verbalizar sus sentimientos con la pareja. Dentro de este mismo contexto entraría un sujeto que se abstuvo de contestar la pregunta, lo cual implica que no puede hablar de su tristeza ni con ella misma (y tiene gran dificultad para reconocerlo). El 53.33% de esta población no se culpa por el problema de infertilidad, mientras que el 40% sí se sintió culpable. Es importante señalar que sólo el 13.33% culpó a su pareja del problema de infertilidad; mientras que el 80% no lo hace. Esto podría significar que la mujer asume tanto su propio problema como el de su cónyuge, en un intento por ocultar o proteger la esterilidad de su pareja para no someter a cuestionamientos su virilidad. El 86.67% logró verbalizar sus sentimientos en relación con el problema de infertilidad y sólo el 13.34% no lo hizo. Al lograr externar las emociones, la connotación afectiva intensa va disminuyendo y esto conlleva una aceptación.

También se aprecia que el 80% de esta población no pensó en separarse de su pareja al enfrentar el problema de infertilidad, sólo lo hizo el 20%. Se presume que esto se debió a un buen vínculo entre la pareja, lo cual corroboró la pregunta número 20, donde se manifiesta que hay, en general, una buena comunicación al enfrentarse con la infecundidad.

En relación con la pregunta sobre el enojo que causa la infertilidad, se observó que la mitad del grupo respondió

afirmativamente y la otra en forma negativa. Una de las primeras respuestas normales que muestran las parejas infértiles es el enojo frente a la situación; de aquí puede inferirse que quienes manifestaron ausencia de este sentimiento están negando u ocultando esta emoción por pensar que se trata de "algo malo" que no es aceptado socialmente.

El 93.33% de estas mujeres no se mostró indiferente ante la infertilidad.

El 66.67% no aceptó serenamente su infertilidad; mientras que el tercio restante sí lo hizo. Esto significa que está presente un mecanismo de negación pues hay una gran dificultad para aceptar las emociones y temor a que pueda pensarse que son personas inestables e inmaduras. Por otro lado, el aceptar tranquilamente este designio, muestra signos de pasividad, excesivo control y el cuestionarse si en realidad existe el deseo de ser madre.

Para la mitad de este grupo, se convirtió en una obsesión el llegar a tener hijos. La presión que ejerce la sociedad sobre la reproducción y el cumplimiento de un patrón o estereotipo familiar es tan fuerte que le resta importancia a la posibilidad de ser productiva en otros aspectos. El grupo restante señala que bajo enormes presiones no creen estar preparadas para tener una familia.

El 86.67% mostró sentimientos de incapacidad y depresión durante algún tiempo. Como la literatura lo establece, ésta es la

primera etapa del proceso de duelo por no haberse cumplido la demanda bíblica de "crecer y multiplicarse", y sólo el 13.34% negó estas emociones como una forma de autodefensa o negación de su problemática. El 46.67% del grupo se siente autodevaluada ante la imposibilidad de concebir un hijo, y el otro 46.67% no tiene esta reacción. Esto podría deberse a que en determinados ambientes sociales el espacio de valoración de la mujer está más estrictamente circunscrito a la capacidad procreativa.

El 66.67% informó que no se sintió menos mujer al saberse infértil. Aquí se observa una incongruencia con la respuesta número 31, donde la mitad del grupo contestó que sí se sentían autodevaluadas. Las diferentes contestaciones ante preguntas tan semejantes reflejan la confusión que presentan estas mujeres para enfrentar de modo adecuado su condición de infertilidad. En segundo lugar, la incongruencia también podría deberse a la manera como interpretaron las palabras claves de ambas preguntas.

En general, puede concluirse que casi la mitad del grupo presenta problemas para "aceptar" su infertilidad, ya que se encontró enojo no resuelto, culpa, negación y baja autoestima. Esto significa que no ha habido una adecuada elaboración de duelo por la incapacidad para concebir un hijo, la cual es una situación primordial para la adopción de un bebé.

Causas que llevan a la adopción

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. resp. Puntos % Puntos %

13. En caso de adopción, cuántos hijos adoptivos tiene usted con su pareja actual?

1. Uno	8	53.33	1	6.67
2. Dos	2	13.33	1	6.67
3. Tres	0	0.00	0	0.00
4. Cuatro	0	0.00	0	0.00
5. Más de cuatro	0	0.00	0	0.00
6. Ninguno	4	26.67	9	60.00
7. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: uno

Frecuencia: Ninguno

14. En caso de haber adoptado, las causas de la adopción fueron

1. Problemas org. de Ud.	6	40.00	0	0.00
2. Problemas org. de su pareja	2	13.33	0	0.00
3. Problemas de ambos	1	6.67	0	0.00
4. Falta de embarazo desc.	4	26.67	0	0.00
5. Abortos repetidos	0	0.00	1	6.67
6. Adopción vol. s/probl.	0	0.00	1	6.67

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de resp.	Puntos	%	Puntos	%
5. No tienen hijos adoptivos	0	0.00	11	73.33
6. No contestó	1	5.00	3	20.00
7. Contestó otra cosa	1	5.00	0	0.00
	20	100.00	15	100.00

Frecuencia: Deseo de actuar la función materna **Frecuencia: No tienen hijos adoptivos**

materna

hijos adoptivos

El 53.33% tienen un hijo adoptivo, el 13.33% tienen dos hijos adoptivos y el 26.67% ninguno. Las causas que provocaron la adopción fueron problemas orgánicos presentados en la mujer (40%), problemas presentados en el hombre (13.33%), problemas orgánicos en ambos miembros de la pareja (66.67%) y falta de embarazo por causa desconocida (26.67%). Se concluye que las causas que provocaron la adopción se debieron a un problema de infertilidad.

En el 50% de los casos, el motivo que las impulsó a decidirse sobre la adopción fue un deseo de actuar la función materna, el 30% lo hizo por un deseo de trascendencia, un 5% por complacer a la pareja, otro 5% por sentimientos de soledad, y un 10% se abstuvo de contestar a la pregunta.

Adopción y sociedad

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

58. En caso de adopción, ¿cómo reaccionaron (o reaccionarán) sus padres?

1. No la puede (n) aceptar	0	0.00	0	0.00
2. Se siente (n) frustrados	0	0.00	0	0.00
3. Se siente (n)	1	6.67	0	0.00
4. Los apoyan	13	86.67	1	6.67
5. No tienen hijos adoptivos	0	0.00	10	66.67
6. No contestó	1	6.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Los apoyan

Frecuencia: Ud. y su pareja

no tienen hijos adoptivos

93. En caso de adopción, ¿considera que es conveniente informar a su grupo social de la adopción de su hijo?

1. SI	13	86.67	2	13.33
2. No	2	13.33	0	0.00
3. No tienen hijos adoptivos	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	0	0.00	3	20
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: SI

Frecuencia: Ud. y su pareja no tienen hijos adoptivos

El 86.67% del grupo recibió apoyo de sus padres al tomar la decisión de adoptar. Sintieron también la necesidad de informar a su medio social sobre la adopción de su hijo. Esto destaca la actitud positiva de estas mujeres ante la adopción; el deseo de informar a los demás revela que no desean esconder la verdad.

Hijo adoptivo

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuesta Puntos % Puntos %

50. ¿Cómo se siente por ser madre de un niño que no tiene vinculación biológica con usted?

1. Orgullosa	10	62.50	1	6.67
2. Avergonzada	0	0.00	0	0.00
3. Frustrada	0	0.00	0	0.00
4. Contenta	4	25.00	0	0.00
5. No tiene hijos adoptivos	1	6.25	11	73.33
6. No contestó	1	6.25	3	20.00
	16	100.00	15	100.00

Frecuencia: Orgullosa

Frecuencia: No tienen hijos adoptivos

52. En caso de adopción, ¿qué tipo de niño le hubiera gustado?

1. Un niño bopito	2	10.53	0	0.00
2. Un niño inteligente	3	15.79	0	0.00
3. Un niño con problemas especiales	0	0.00	0	0.00
4. Un niño de raza diferente a la suya	0	0.00	0	0.00
5. Un niño parecido a usted	8	42.11	2	15.38
6. El que fuera	3	15.79	0	0.00

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de respuesta	Puntos	%	Puntos	%
7. No tiene hijos adoptivos	2	10.53	8	61.54
8. No contestó	1	5.26	3	23.08
	19	100.00	13	100.00
Frecuencia: Un niño que se pareciera lo más posible a usted y a su pareja			Frecuencia: No tienen hijos adoptivos	

53. En caso de adopción, ¿usted tiene conocimiento del patrimonio genético de su hijo adoptivo?

1. En la rama materna	2	12.50	0	0.00
2. En la rama paterna	1	6.25	0	0.00
3. En ambas ramas	2	12.50	1	6.67
4. Lo desconoce	9	56.25	0	0.00
5. No tiene hijos adoptivos	1	6.25	11	73.33
6. No contestó	1	6.25	3	20.00
	16	100.00	15	100.00
Frecuencia: Lo desconoce			Frecuencia: No tiene hijos adoptivos	

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuesta Puntos % Puntos %

54. Como madre, ¿tiene (o tuvo) preferencia por tener

1. Hijo	0	0.00	2	13.33
2. Hija	7	46.67	0	0.00
3. No tiene preferencia	8	53.33	13	86.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No tiene preferencia

Frecuencia: no tiene preferencia

55. ¿Le interesa a usted perpetuar el apellido familiar?

1. Si	11	73.33	7	46.67
2. No	4	26.67	8	53.33
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Si

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respuestas Puntos % Puntos %

92. En caso de adopción, ¿está de acuerdo en informar al niño sobre su adopción?

1. Sí	15	100.00	2	13.33
2. No	0	0.00	1	6.67
3. No tiene hijos	0	0.00	9	60.00
4. No contestó	0	0.00	3	20.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No tienen hijos adoptivos

94. En caso de adopción, ¿se siente (o sentiría) capaz de informar a su hijo sobre su origen?

1. Sí	11	68.75	2	13.33
2. No	4	25.00	1	6.67
3. No tiene hijos adoptivos	1	6.25	9	60.00
4. No contestó	0	0.00	3	20.00
	16	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Ud y su pareja no tienen hijos adoptivos

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres adoptivas

No. de resp. Puntos % Puntos %

95. En caso de adopción, ¿cómo reaccionaría Ud. en el futuro si su hijo muestra deseos de conocer a sus padres biológicos?

1. Colaboradora	6	40.00	1	6.67
2. Rechazante	2	13.33	1	6.67
3. Otro	4	26.67	1	6.67
4. No tienen hijos adoptivos	1	6.67	9	60.00
5. No contestó	2	13.33	3	20.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Colaboradora Frecuencia: Ud. y su pareja

no tienen hijos adoptivos

125. En caso de adopción, ¿considera conveniente que una guía externa informe al niño sobre su adopción?

1. Sí	7	50.00	0	0.00
2. No	7	50.00	2	15.38
3. No tienen hijos adoptivos	1	7.14	11	84.62
	14	100.00	13	100.00

Frecuencia: Sí y no Frecuencia: No tienen hijos adoptivos

Notas: Hubo 6 comentarios

Hubo 2 comentarios

El 62.50% del grupo respondió con sentimientos de orgullo por tener la posibilidad de ser madres de un niño que no tiene vinculación biológica con ellas. El 25% contestó que se sentían contentas y el 12.50% se abstuvo de contestar.

Al 42.11% del grupo le gustaría tener un niño que se pareciera lo más posible a ellos. Esto podría interpretarse como la negación detrás de la cual se esconde el narcisismo herido por la esterilidad. El 15.57% respondió que desearía tener un niño inteligente, el 10.53%, un niño bonito. Predominó en primer lugar un interés por lo intelectual y en segundo lugar, por el aspecto físico. Sólo el 15.79% no contestó a la pregunta, seguramente por temor a externar sus deseos y que, en consecuencia, se les negara el bebé.

Con respecto al conocimiento del patrimonio genético del hijo adoptivo, el 56.25% lo desconoce. Esto suele despertar en los padres la sensación de un "punto de interrogación". El origen desconocido es lo que preocupa a los padres en relación con el desarrollo o la conducta del niño. Curiosamente, en general no se atribuyen las cosas buenas a ese origen misterioso. Se observó que el 12.50% sabe del patrimonio genético de la rama materna; sólo el 6.25% de la rama paterna. El 12.50% tiene conocimiento de ambas ramas, y el 12.50% restante no contestó a la pregunta.

En relación con la preferencia por tener un hijo hombre o

mujer: el 46.67% respondió que quería una hija, esto puede deberse a que las niñas suelen ser más compañeras de las madres. El 53.33% respondió que no tiene preferencia alguna y se presume que esto se debe a que si externalan sus deseos y éstos no se cumplen, no se les entregará al bebé.

No obstante, al 73.33% les interesa perpetuar el apellido familiar. Esto se logra por medio del hijo varón, lo cual se contrapone con la respuesta anterior de tener preferencia por una hija mujer. El 26.67% respondió que esto no era significativo. Tal vez éste sea el grupo de madres primerizas.

El 100% del grupo está de acuerdo en informar al niño sobre su adopción. Sin embargo, el 25% no se siente capaz de informar a su hijo sobre sus orígenes, y el 6.25% no contestó. Existen temores muy intensos que los padres adoptantes suelen sentir respecto a darle al hijo informes sobre la adopción. Básicamente persiste un temor a que el hijo los rechace por no ser, se supone, "los verdaderos padres". Esto expresa el miedo a la falta de afecto y al consecuente abandono. En este sentido, los padres adoptivos se sienten desprotegidos y desamparados por no contar con la dosis biológica del vínculo. El temor a "decir la verdad" está unido a la incógnita de la verdad sobre la propia esterilidad.

En torno a cómo reaccionaría si el hijo adoptivo mostrara deseos de conocer a sus padres biológicos, el 40% contestó que serían

colaboradoras, el 13.33% rechazantes, y el 46.67% no contestó la pregunta, lo cual llama la atención y pensamos que podría deberse al temor de visualizar la situación. Tal vez, el miedo más común y a menudo el más intenso que los padres adoptivos suelen tener es que el niño los abandone y los rechace en la búsqueda de los padres biológicos. Temen que por más que hagan o por mejores que ellos sean, el niño jamás les conceda que valen lo mismo que sus progenitores biológicos. Se observó que la mitad del grupo desea una guía externa para informar al niño sobre su adopción; mientras que la otra mitad la rechaza.

En conclusión, casi la mitad del grupo desea un hijo que se parezca a ellos. Un gran porcentaje no tiene conocimientos sobre el patrimonio genético de los padres biológicos, se cuenta con mayor información sobre la madre; acerca del padre lo que se sabe es casi nada.

La mayoría del grupo muestra interés por tener un hijo varón. La cuarta parte del grupo no sabe cómo informar al hijo sobre su adopción. Un alto porcentaje presentó fuerte temor de que el hijo pueda, en el futuro, ir en búsqueda de sus padres biológicos.

Madre biológica

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

56. ¿Cómo considera usted a la madre que da en adopción a su bebé?

1. Promiscua	0	0.00	0	0.00
2. Inmadura	5	29.41	4	23.53
3. Enferma mental	0	0.00	0	0.00
4. Irresponsable	5	29.41	11	64.71
5. Infantil	1	5.88	1	5.88
6. No contestó	0	0.00	1	5.88
7. Contestó otra cosa	6	35.29	0	0.00
	17	100.00	17	100.00

Frecuencia: contestó otra cosa Frecuencia: irresponsable

favorables

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

57. ¿Cómo considera usted a la madre que da en adopción a su bebé?

1. Madura	1	5.26	1	6.25
2. Responsable	0	0.00	0	0.00
3. Honesta	1	5.26	1	6.25
4. Víctima de las circunstancias	13	68.42	10	62.50
5. Realista	3	15.79	2	12.50
6. No contestó	1	5.26	2	12.50
	19	100.00	16	100.00

Frecuencia: víctima de las circunstancias

Frecuencia: víctima de las circunstancias

Se elaboraron dos tipos de preguntas en torno a la madre biológica: una con contenidos positivos y otra con negativos. Las respuestas obtenidas señalan que la mayoría percibe a la madre biológica como una mujer víctima de las circunstancias. No obstante, en la pregunta con reactivos desfavorables se presentó gran dificultad para marcar alguna de las respuestas. Fue en esta pregunta en donde casi todo el grupo de observación escribió al margen frases como: "No tiene

defectos, gracias a ella nosotros somos felices"; "la considero una persona con muchos problemas y no me gustaría estar en su lugar"; "me la imagino como una niña un poco alocada"; "la considero irresponsable y a la vez muy madura y centrada"; "pobrecita, a la mejor la violaron", etcétera.

Es importante señalar que las dos preguntas que se hicieron en torno a la conceptualización que la madre adoptiva tiene de la madre biológica muestran mucha ambivalencia, representada por la lástima y el rechazo.

Situación emocional en la fase de espera

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

33. Durante la espera del nacimiento de su hijo, ¿afloran (ron)

recuerdos gratificantes de su infancia?

1. Sí	7	50.00	9	60.00
2. No	5	35.71	5	33.33
3. No contestó	2	14.29	1	6.67
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

34. Durante la espera del nacimiento de su hijo, ¿afloran (ron)

recuerdos dolorosos de su infancia?

1. Sí	1	7.14	1	6.67
2. No	11	78.57	13	86.67
3. No contestó	2	14.29	1	6.67
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

37. Durante la llegada de su hijo, ¿elaboró más planes para el

futuro?

1. Sí	13	86.67	13	86.67
2. No	0	0.00	1	6.67
3. No contestó	2	13.33	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

38. Previo a la llegada de su primer hijo (a), ¿sintió miedo de asumir la responsabilidad de ser madre?

1. Sí	6	40.00	7	46.67
2. No	7	46.67	8	53.33
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí y no

39. Previo a la llegada de su primer hijo (a), ¿estaba más centrada en sí misma?

1. Sí	11	78.57	9	56.25
2. No	1	7.14	7	43.75
3. No contestó	2	14.29	0	0.00
	14	100.00	16	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

42. Durante la espera de su hijo (a), ¿pensó que podría llegar a embarazarse?

1. Sí	5	31.25	1	6.67
2. No	10	62.50	0	0.00
3. No tiene hijos adoptivos	0	0.00	10	66.67
4. No contestó	1	6.25	4	26.67
	16	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No tiene hijos adoptivos

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres adoptivas

No. de resp. Puntos % Puntos %

43. A nivel de su fantasía, ¿alguna vez apareció el miedo a morir durante el parto?

1. Sí	2	13.33	9	60.00
2. No	13	86.67	6	40.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí

44. Antes de la llegada de su primer hijo (a), ¿se preguntó hasta qué punto un hijo perturbaría sus intereses individuales?

1. Sí	4	26.67	3	20.00
2. No	11	73.33	12	80.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

45. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿tuvo somnolencia?

1. Sí	7	46.67	9	60.00
2. No	7	46.67	6	40.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

46. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿tuvo vómitos?

1. Sí	1	6.67	10	66.67
2. No	13	86.67	4	26.67
3. No contestó	1	6.67	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí

47. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿se incrementó su apetito?

1. Sí	3	20.00	11	73.33
2. No	11	73.33	4	26.67
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí

48. Ante la llegada de su hijo (a), ¿siente usted que ha perdido interés por eventos o actividades que antes le parecían atractivos?

1. Sí	5	33.33	6	42.86
2. No	9	60.00	8	57.14
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	14	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

49. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿tiene fantasías que giren en torno a su hijo por nacer?

1. Sí	12	80.00	13	86.67
2. No	2	13.33	2	13.33
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

SITUACION EMOCIONAL EN LA FASE DE ESPERA

Preg.	Grupo observación			Grupo control		
	Sí	No	No contestó	Sí	No	No contestó
37	39	0	4	39	1	2
38	6	21	4	7	24	0
39	33	1	4	27	7	0
33	21	5	4	27	5	2
34	1	33	4	1	39	2
42	5	30	2	1	0	20
43	6	26	0	27	12	0
44	8	33	0	6	36	0
45	21	7	2	27	6	0
46	1	39	2	10	12	2
47	9	11	2	33	4	0
48	5	27	2	6	24	0
49	36	2	2	39	2	0
total	191	235	32	250	172	28
media	14.69	18.08	2.46	19.23	13.23	2.15
media de medias			11.74			11.5

No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Presentaron el mismo nivel de ajuste ambiental. Se aprecia una tendencia de tipo cualitativo a favor del grupo control, misma que indudablemente es consecuencia de la condición natural del embarazo. Sin embargo, era de esperarse una diferencia significativa debido a las implicaciones biológicas y emocionales implícitas en el mismo. Se confirmó la hipótesis alterna que señala que las mujeres en proceso de adopción presentan conductas similares a las del grupo control en relación con el embarazo, lo cual favorece la existencia de un espacio a nivel psicológico. Estos resultados le conceden una importancia primordial al aspecto psicológico, como si la psicología tratara de compensar o de actuar de manera complementaria funciones biológicas en su propósito de lograr la maternidad.

Relación con la madre

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

59. ¿La relación con su madre es de dependencia?

1. Sí	3	20.00	4	26.67
2. No	11	73.33	11	73.33
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

60. La relación con su madre es ambivalente (amor y enojo a la vez)

1. Sí	4	26.67	5	33.33
2. No	8	53.33	10	66.67
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
4. Contestó otra cosa	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

61. La relación con su madre, ¿es de celos?

1. Sí	0	0.00	0	0.00
2. No	14	93.33	14	100.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	14	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

62. ¿ La relación con su madre es de desprecio?

1. SI	0	0.00	0	0.00
2. No	14	93.33	15	100.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

63. ¿ La relación con su madre es de admiración?

1. SI	10	66.67	12	80.00
2. No	3	20.00	3	20.00
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

64. ¿ La relación con su madre es de independencia?

1. SI	9	60.00	9	60.00
2. No	5	33.33	6	40.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

65. ¿La relación con su madre es la adecuada?

1. Sí	13	86.67	14	93.33
2. No	1	6.67	1	6.67
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

66. ¿La relación con su madre es de indiferencia?

1. Sí	1	6.67	3	20.00
2. No	12	80.00	12	80.00
3. No contestó	2	0.00		
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

67. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿siente que necesita más de madre?

1. Sí	7	46.67	14	93.33
2. No	7	46.67	1	6.67
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

68. ¿Percibe (ía) a su madre como una mujer de carácter débil?

1. Sí	6	40.00	2	13.33
2. No	8	53.33	13	86.67
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

69. Antes, ¿la relación con su madre era de dependencia?

1. Sí	5	33.33	8	53.33
2. No	8	53.33	7	46.67
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí y no

70. Antes, ¿la relación con su madre era ambivalente? (de amor y enojo a la vez)

1. Sí	4	28.57	8	53.33
2. No	8	57.14	7	46.67
3. No contestó	2	14.29	0	0.00
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

71. Antes, ¿la relación con su madre era de celos?

1. Si	0	0.00	0	0.00
2. No	14	93.33	15	100.00
3.No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

72. Antes, ¿la relación con su madre era de desprecio?

1. Si	1	6.67	0	0.00
2. No	13	86.67	15	100.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

73. Antes, ¿la relación con su madre era de admiración?

1. Si	9	60.00	14	93.33
2. No	4	26.67	1	6.67
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Si

Frecuencia: Si

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas		
No. de resp.	Puntos	%	Puntos	%	

74. Antes, ¿ la relación con su madre era de independencia?

1. Si	9	60.00	8	53.33	
2. No	4	26.67	5	33.33	
3. No contestó	2	13.33	2	13.33	
	15	100.00	15	100.00	

Frecuencia: Si

Frecuencia. Si

75. Antes, ¿la relación con su madre era adecuada?

1. Si	12	80.00	14	93.33	
2. No	1	6.67	1	6.67	
3. No contestó	2	13.33	0	0.00	
	15	100.00	15	100.00	

Frecuencia: Si

Frecuencia: Si

76. Antes, ¿la relación con su madre era de indiferencia?

1. Si	3	20.00	1	6.67	
2. No	11	73.33	14	93.33	
3. No contestó	1	6.67	0	0.00	
	15	100.00	15	100.00	

Frecuencia: No

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

77. ¿Siente usted que la relación con su madre ha mejorado?

1. Sí	8	57.14	13	86.67
2. No	4	28.57	2	13.33
3. No contestó	2	14.29	0	0.00
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

78. ¿Siente usted que la relación con su madre ha empeorado?

1. Sí	1	6.67	0	0.00
2. No	12	80.00	15	100.00
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

79. Percibe (ía) a su padre como un hombre de carácter fuerte?

1. Sí	11	73.33	6	40.00
2. No	4	26.67	9	60.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

82. ¿Siente usted que necesita de la aprobación de su madre para tomar decisiones?

1. Sí	0	0.00	3	20.00
2. No	14	93.33	12	80.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

85. ¿Siente usted que fue una hija deseada?

1. Sí	12	80.00	13	86.67
2. No	2	13.33	2	13.33
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

86. ¿La relación con su madre es competitiva?

1. Sí	1	6.67	2	13.33
2. No	12	80.00	13	86.67
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

87. ¿La relación con su madre es agresiva?

1. Si	1	6.67	0	0.00
2. No	12	80.00	14	100.00
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

88. ¿Su madre la hace sentir culpable?

1. Si	0	0.00	1	6.67
2. No	13	86.67	14	93.33
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

89. Antes, ¿la relación con su madre fue competitiva?

1. Si	2	13.33	2	13.33
2. No	11	73.33	13	86.67
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

90. Antes, ¿la relación con su madre fue agresiva?

1. Sí	2	13.33	1	6.67
2. No	11	73.33	14	93.33
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

91. ¿Su madre la hacía sentirse culpable?

1. Sí	0	0.00	1	6.67
2. No	13	86.67	14	93.33
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

RELACION CON LA MADRE

Grupo observación Grupo control

Preg.	Grupo observación			Grupo control		
	Sí	No	No contestó	Sí	No	No contestó
59	3	33	2	4	33	0
60	4	24	6	5	30	0
61	0	42	2	0	42	0
62	0	42	2	0	45	0
63	30	3	4	36	3	0
64	27	5	2	27	6	0
65	39	1	2	42	1	0
66	1	36	4	3	36	0
67	21	7	2	42	1	0
68	6	24	2	2	39	0
69	15	8	4	24	7	0
70	12	8	4	24	7	0
71	0	42	2	0	45	0
72	1	39	2	0	45	0
73	27	4	4	42	1	0
74	27	4	4	24	5	4
75	36	1	4	42	1	0
76	3	33	2	1	43	0
77	24	4	4	39	2	0

78	1	36	4	0	45	0
79	11	8	0	6	18	0
82	0	42	2	3	36	0
85	36	2	2	39	2	0
86	1	36	4	2	39	0
87	1	36	4	0	42	0
88	0	39	4	1	42	0
89	2	33	4	2	39	0
90	2	33	4	1	42	0
91	0	39	6	1	42	0

total	330	664	92	412	739	4
media	11.38	22.90	3.17	14.21	25.48	0.14
media de media			12.48		13.27	

Existe una ligera diferencia de .79 en las medias, lo cual representa que el grupo control tiende a establecer una relación de mayor ajuste con la madre; mientras que el grupo de observación tiene una relación materna de menor calidad. Por lo tanto, se aceptaba la hipótesis de trabajo: existe relación conflictiva entre la madre en proceso de adopción y la figura materna.

Independientemente de los factores orgánicos que dificultan la concepción, los resultados anteriores confirman la teoría de Pines (1990) que señala que la incapacidad de una mujer para concebir puede tener sus raíces en una relación materna insatisfactoria a temprana edad, misma que se caracteriza por ser difícil, conflictiva y frustrante.

Es curioso que los datos de esta investigación apoyan, por otro lado, esta teoría cuando se aprecia un predominio de primogenitura en el grupo de observación. En relación con la importancia de los aspectos psicológicos de la infertilidad, los resultados señalan que casi la mitad del grupo de observación desconoce las características de su infertilidad.

Relación de pareja

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

8. Su relación de pareja es

1. Pésima	1	6.67	1	6.67
2. Mala	0	0.00	0	0.00
3. Regular	0	0.00	0	0.00
4. Buena	6	40.00	13	86.67
5. Excelente	8	53.33	1	6.67
6. Usted no tiene pareja	0	0.00	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Excelente

Frecuencia: Buena

9. ¿ Siente a su pareja emocionalmente cerca de usted?

1. Sí	13	86.67	13	86.67
2. No	2	13.33	1	6.67
3. Usted no tiene pareja	0	0.00	0	0.00
4. No contestó	0	0.00	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Si

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No de resp. Puntos % Puntos %

10. ¿ Usted tiene sentimientos de amor hacia su pareja?

1. Si	13	86.67	14	93.33
2. No	2	13.33	1	6.67
3. Ud. no tiene pareja	0	0.00	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

35. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿pelea (ba) más con su pareja?

1. Si	0	0.00	2	13.33
2. No	13	92.86	13	86.67
3. No contestó	1	7.14	0	0.00
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

36. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿se sintió más unida a su pareja?

1. Si	12	85.71	15	100.00
2. No	0	0.00	0	0.00
3. No contestó	2	14.29	0	0.00
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

40. Durante la espera de su hijo, ¿siente que la relación de pareja es tan satisfactoria y completa que teme que la relación cambie?

1. Sí	5	33.33	0	0.00
2. No	8	53.33	15	100.00
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

41. Durante la espera de su hijo, ¿piensa que su pareja va a tener carga excesiva por las tareas de la paternidad?

1. Sí	1	6.67	0	0.00
2. No	12	80.00	15	100.00
3. No contestó	2	13.33	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

83. ¿Siente usted, efectivamente, la necesidad de apoyarse en su pareja?

1. Sí	14	93.33	15	100.00
2. No	1	6.67	0	0.00
	15	100	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de respues. Puntos % Puntos %

84. ¿Duda de que su pareja sea un buen padre?

1. Sí	2	13.33	1	6.67
2.No	13	86.67	14	93.33
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

96. ¿Con qué frecuencia tiene usted relaciones sexuales con su pareja?

1. Más de 7 veces/sem	0	0.00	0	0.00
2. Entre 5 y 7 veces por semana	0	0.00	3	20.00
3. Entre 4 y 2 veces por semana	10	66.67	10	66.67
4. Una vez/sem	3	20.00	1	6.67
5. Una vez/quincena	1	6.67	0	0.00
6. Una vez al mes	0	0.00	0	0.00
7. Menos de 1 vez/mes	0	0.00	1	6.67
8. Ud. no tiene	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Entre 4 y 2 veces por semana

Frecuencia: Entre 4 y 2 veces por semana

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de resp.	Puntos	%	Puntos	%

97. ¿Goza usted de las relaciones sexuales con su pareja?

1. Si	14	93.33	15	100.00
2. No	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Si

Frecuencia: Si

98. ¿Siente usted repugnancia al tener relaciones sexuales con su pareja?

1. Si	1	6.67	0	0.00
2. No	13	86.67	15	100.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

99. ¿Usted inicia la relación sexual con su pareja?

1. Si	7	43.75	8	53.33
2. No	7	43.75	7	46.67
3. Contestó otra cosa	2	12.50	0	0.00
	16	100.00	15	100.00

Frecuencia. Si

Frecuencia. Si y no

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

100. ¿Su pareja inicia la relación sexual con usted?

1. Sí	12	75.00	13	86.67
2. No	2	12.50	2	13.33
3. Contestó otra cosa	2	12.50	0	0.00
	16	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

101. ¿Usted evita la relación sexual con su pareja?

1. Sí	1	6.67	2	13.33
2. No	12	80.00	13	86.67
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
4. Contestó otra cosa	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

102. ¿Su pareja evita la relación sexual con usted?

1. Sí	1	6.67	1	6.67
2. No	12	80.00	14	93.33
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
4. Contestó otra cosa	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

RELACION CON LA PAREJA, ESPOSO (REAL)

Preg.	Grupo observación			Grupo control			
	Sí	No	No contestó	Sí	No	No contestó	
9	39	2	0	39	1	2	
10	39	2	0	42	1	0	
35	0	39	2	2	39	0	
36	36	0	4	45	0	0	
40	5	24	4	0	45	0	
41	1	36	4	0	45	0	
83	42	1	0	45	0	0	
84	2	39	0	1	42	0	
97	42	1	0	45	0	0	
98	1	39	2	0	45	0	
99	21	7	4	24	7	0	
100	36	2	4	39	2	0	
101	1	36	4	2	39	0	
102	1	36	4	1	42	0	
Total	266	264	32	285	308	2	
Media		19.00	18.86	2.29	20.36	22.00	0.14
Media de medias		13.38		13.5			

Las parejas de ambos grupos mostraron tener una relación cualitativamente satisfactoria.

Las mujeres en proceso de adopción viven en la relación de pareja momentos semejantes a los que viven las mujeres embarazadas.

Los resultados permiten observar que cuando se adopta un embarazo, la relación de pareja es similar a la de las mujeres embarazadas. Se confirma la hipótesis alterna que señala: La relación de pareja es similar en mujeres que adoptan un embarazo y mujeres embarazadas. Ambas mujeres tienen el propósito de ofrecerle al futuro hijo un espacio psicológico familiar "saludable". En la pareja adoptiva, el largo tiempo de espera con experiencias de frustración y dolor, oscila entre la esperanza y la desesperanza.

El embarazo adoptivo crea una situación más real, comienza a mitigar los trastornos que se vivieron y a darle cotidianamente más fuerza y unión a la pareja para ofrecerle un ambiente más adecuado al futuro hijo.

Percepción de sí misma

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

29. ¿Usted cree que puede ser una buena madre?

1. Sí	15	100.00	10	66.67
2. No	0	0.00	0	0.00
3. No tienen problemas de infertilidad	0	0.00	0	0.00
4. No contestó	0	0.00	5	33.33
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

80. Usted siente que se identifica más con

1. Su padre	5	26.32	7	36.84
2. Su madre	14	73.68	6	31.58
3. Ninguno	0	0.00	6	31.58
	19	100.00	19	100.00

Frecuencia: Su madre Frecuencia: Madre, padre, ambos

81. Está más consentida por

1. Su padre	8	42.11	8	50.00
2. Su madre	9	47.37	4	25.00
3. Ninguno	2	10.53	4	25.00
	19	100.00	16	100.00

Frecuencia: Su madre Frecuencia: Su padre

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de resp.	Puntos	%	Puntos	%

103. ¿Me preocupó por la buena apariencia corporal?

1. Sí	14	100.00	15	100.00
2. No	0	0.00	0	0.00
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

104. ¿Alguna vez ha pensado que habría preferido haber nacido hombre en lugar de mujer?

1. Sí	4	26.67	4	26.67
2. No	11	73.33	11	73.33
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: No

Frecuencia: No

105. De niña, ¿prefería el juego con las muñecas más que otros juegos?

1. Sí	12	80.00	11	73.33
2. No	3	20.00	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de mujeres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

106. De niña, ¿trataba de ser como su madre?

1. Sí	11	73.33	11	73.33
2. No	4	26.67	3	20.00
3. No contestó	0	0.00	1	6.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

107. De niña, ¿jugaba con la ropa y los accesorios de su madre?

1. Sí	9	60.00	15	100.00
2. No	6	40	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

108. ¿Dedica tiempo a su arreglo personal?

1. Sí	14	93.33	15	100.00
2. No	0.	0.00	0	0.00
3. No contestó	1	6.67	0	0.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Sí

Frecuencia: Sí

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

109. ¿Considera usted que el hombre tiene más derechos que la mujer?

1. Sí	0	0.00	2	11.76
2. No	6	40.00	7	41.18
3. Igual	9	60.00	8	47.06
	15	100.00	17	100.00

Frecuencia : Igual

Frecuencia : No e Igual

110. ¿Considera usted que el hombre es más responsable que la mujer?

1. Sí	0	0.00	0	0.00
2. No	6	40.00	6	37.50
3. Igual	9	60.00	10	62.50
	15	100.00	16	100.00

Frecuencia: Igual

Frecuencia: Igual

111. ¿Siente usted que el hombre es menos sensible que la mujer?

1. Sí	4	26.67	2	13.33
2. No	4	26.67	6	40.00
3. Igual	7	46.67	7	46.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Igual

Frecuencia : No e Igual

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

112. ¿Considera usted que el hombre es más dominante que la mujer?

1. Sí	2	13.33	0	0.00
2. No	6	40.00	6	40.00
3. Igual	7	46.67	9	60.00
	15	100	15	100

Frecuencia : No e igual

Frecuencia: Igual

113. ¿Considera que la mujer es más inteligente que el hombre?

1. Sí	2	13.33	0	0.00
2. No	3	20.00	5	31.25
3. Igual	10	66.67	11	68.75
	15	100.00	16	100.00

Frecuencia : Igual

Frecuencia : Igual

114. ¿Piensa usted que el hombre gana más dinero que la mujer?

1. Sí	5	33.33	5	33.33
2. No	5	33.33	4	26.67
3. Igual	5	33.33	6	40.00
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia : No e igual

Frecuencia : Sí e igual

Grupo de madres en proceso de adopción Grupo de madres embarazadas

No. de resp. Puntos % Puntos %

121. ¿Cómo siente que fue usted como hija?

1. Agresiva	1	6.25	0	0.00
2. Demandante	1	6.25	3	17.65
3. Dominante	3	18.75	0	0.00
4. Absorbente	0	0.00	2	11.76
5. Sometida	5	31.25	4	23.53
6. Rebelde	1	6.25	5	29.41
7. Otra	5	31.25	3	17.65
	16	100.00	17	100.00

Frecuencia: Sometida y otra

Frecuencia: Rebelde

122. ¿Cómo siente que fue usted como hija?

1. Afectuosa	8	25.00	2	9.52
2. Generosa	3	9.38	3	14.29
3. Obediente	6	18.75	3	14.29
4. Responsable	9	28.13	3	14.29
5. Alegre	3	9.38	4	19.05
6. Colaboradora	2	6.25	5	23.81
7. Otra	1	3.13	1	4.76
	32	100.00	21	100.00

Frecuencia: Responsable

Frecuencia: Colaboradora

Grupo de madres en proceso de adopción			Grupo de madres embarazadas	
No. de resp.	Puntos	%	Puntos	%

123. ¿Le gustaría que su futuro hijo tuviera conductas semejantes a las de usted, cuando era niña?

1. Si	11	73.33	11	73.33
2. No	4	26.67	4	26.67
	15	100.00	15	100.00

Frecuencia: Si

Frecuencia : Si

124. ¿Teme tener un hijo (a) que sea igual que usted?

1. Si	1	7.14	1	6.67
2. No	13	92.86	14	93.33
	14	100.00	15	100.00

Frecuencia : No

Frecuencia : No

El 100% del grupo de observación respondió que sí podían ser buenas madres; mientras que en el grupo control, sólo el 66.67% lo aseveró, y el 33.33% se abstuvo de contestar la pregunta, tal vez porque internamente existe esta duda.

Ambos grupos informaron que sí les preocupa la buena apariencia corporal (100%).

Sólo la cuarta parte de ambos grupos (26.67%) hubieran

preferido ser hombres; el 73.33% parece que acepta su rol genérico. Finalmente, la autoestima referida por la aceptación de la madre muestra que el grupo de observación se identifica más con la figura materna y a la vez se sienten más consentidas por ella. Es posible que los problemas con la fertilidad favorezcan el acercamiento materno al ser vistas por la madre como mujeres frustradas que luchan sin cesar por superar esta situación.

El grupo control se identifica con ambos padres; la mitad del grupo de observación se siente la favorita del padre, el 25%, de la madre, y el otro 25% no contestó.

El 73.33% de ambos grupos deseaban, cuando niñas, ser iguales a sus madres.

No obstante, del grupo de observación, sólo el 60% jugaba con la ropa y los accesorios maternos; mientras que el grupo control lo hacía en un 100%

Ambos grupos ubican una situación de igualdad en la relación con el hombre; no se presentaron diferencias significativas.

Sobre su actitud como hijas, el grupo de observación informó ser sometida (31.25%); dominante (18.75%); y el resto de las múltiples respuestas no fueron significativas. El grupo control informó que el 29.41% tenía una actitud de rebeldía; el 23.53% de sometimiento; y el 17.65% eran demandantes. Se observa que el grupo control refiere que fueron más radicales en su conducta.

Un 73.33% de ambos grupos desearían tener hijos que presentaran conductas semejantes a las de ellas cuando fueron niñas. En general, no se apreciaron diferencias significativas en ambos grupos, lo cual indica que existe una similitud favorable en relación con el concepto que tienen de sí mismas.

A pesar de que estadísticamente no se observa una diferencia cualitativa evidente, se distingue que el grupo de observación refiere tener más apego a la imagen paterna.

Es de lamentar que una limitación del instrumento impidió generar un resultado categóricamente válido, ya que el concepto de sí misma es psicológicamente difícil de medir.

Limitaciones

Las limitaciones que parecen observarse ante el sesgo que tuvo el muestreo pudieron deberse a :

1. El instrumento careció de consistencia interna.

Lamentablemente el número de reactivos construidos para cada concepto en sus aspectos positivos y negativos no tuvieron un número semejante, lo cual impidió, al final, conocer la ubicación exacta del sujeto ante el concepto general o la variable. Tal vez, ésta sea una de las limitaciones más poderosas del instrumento. Sin embargo, la comparación que se hizo con los valores parciales permitió observar las tendencias con base en los porcentajes.

2. La entrevista no se realizó en forma abierta por restricciones que impuso el Centro donde se trabajó. El cuestionario no se aplicó en los parámetros esperados.

3. Las mujeres investigadas deben de compartir algunos rasgos psicológicos comunes.

4. El cuestionario fue muy extenso porque respondía al propósito de abarcar la mayor cantidad de material posible de investigación. Sin embargo, ofreció demasiada dificultad para la calificación.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las conclusiones obtenidas en esta investigación se presentarán siguiendo las siete áreas de estudio que se propusieron en la metodología:

I. Ficha de identificación

En general, las mujeres que se encuentran en proceso de adopción presentaron las siguientes características:

- a) Pertenecen a una clase socioeconómica media,
- b) de religión católica,
- c) son hijas legítimas y primogénitas,
- d) tienen más tiempo viviendo con la pareja, ya que su edad cronológica es más alta.
- e) Académicamente su nivel de estudios es más elevado y ejercen actividades que les son remuneradas.

De lo anterior se infiere lo siguiente: el mayor nivel educativo y el desempeño laboral son consecuencia del periodo de espera para la maternidad.

Por otra parte, llama la atención la primogenitura. En la investigación de la literatura no se encontró información a este respecto. Sin embargo, puede ser importante mencionar la posibilidad

de que exista una situación edípica no resuelta. El lograr la maternidad sería para estas mujeres una forma de vencer inconscientemente a la madre.

II. Problema de infertilidad

La mitad de las mujeres investigadas desconocen la causa de su infertilidad, esto podría deberse a la inferencia de factores psicológicos, como que les resulta más fácil y menos angustiante atribuirlo a lo orgánico.

En relación con la elaboración del duelo, casi la mitad del grupo muestra problemas para aceptar su infertilidad. Apareció enojo no resuelto, culpa, negación, baja autoestima y depresión. Esto es una señal de que aún no han superado el duelo por su infertilidad, lo cual es un requisito indispensable para poderse vincular adecuadamente en el futuro con el hijo adoptivo.

III. Adopción

Casi la mitad del grupo desea un hijo que se parezca a ellos en respuesta a la necesidad de legitimizarlo ante los demás, para ocultar la adopción.

Un gran porcentaje de las personas investigadas ignora la información relativa al patrimonio genético de los padres. Quizá deba comprenderse que a mayor información de los antecedentes biológicos

del niño, mayores serán las posibilidades de prevenir y manejar la salud física de éste.

La mayoría del grupo muestra interés por tener un hijo varón como una representación de trascendencia familiar.

En su totalidad, el grupo desea informarle al hijo sobre su adopción, pero muchos desconocen la mejor forma de hacerlo.

En general, el grupo muestra fuerte temor a que el hijo pueda, en el futuro, ir en búsqueda de sus padres biológicos.

La posibilidad de que se realice esta fantasía es una fuente de ansiedad a lo largo de la vida, pero puede disminuir cuando el proceso de adopción parte desde una adecuada elaboración del duelo.

Se apreció una marcada tendencia a percibir a la madre biológica con ambivalencia entre compasión y rechazo. Es necesario conciliar ambos extremos con la finalidad de transmitirle al hijo una imagen materna realista y, para lograrlo, se requiere nuevamente de una buena elaboración del duelo, ya que es el punto de partida primordial.

IV. Situación emocional en la fase de espera

Se confirmó la hipótesis alterna que señala que las mujeres en proceso de adopción, en relación con el embarazo presentan conductas similares a las del grupo control, lo cual favorece un espacio a nivel psicológico. Estos resultados le conceden una gran importancia al

aspecto psicológico, como si la psicología tratara de compensar o de actuar de manera complementaria funciones biológicas en su propósito de lograr la maternidad.

V. Relación con la madre

La relación materna del grupo de observación fue de menor calidad.

Dato que apoya la hipótesis de trabajo: existe relación conflictiva entre la madre en proceso de adopción y la figura materna.

Independientemente de los factores orgánicos que dificultan la concepción, los resultados anteriores confirman la teoría de Pines (1990) que señala que la incapacidad de una mujer para concebir puede tener sus raíces en una temprana relación materna insatisfactoria, caracterizada ésta por ser difícil, conflictiva y frustrante.

VI. Relación de pareja

Se confirma la hipótesis alterna que señala que la relación de pareja es similar en mujeres que adoptan un embarazo y mujeres embarazadas.

Este grupo tiene el propósito de ofrecerle al futuro hijo un espacio psicológico familiar "saludable". En la pareja adoptiva el tiempo es un factor fundamental. La pareja adoptiva ha pasado por un largo tiempo de espera con experiencias de frustración y dolor,

oscilando entre la esperanza y la desesperanza.

El embarazo adoptivo crea una situación más real, comienza a mitigar los trastornos que se vivieron y a darle a la pareja, cotidianamente, más fuerza y unión en su relación, lo cual redundará en la posibilidad de ofrecerle un ambiente más adecuado al futuro hijo

VII. Percepción de sí misma

El concepto que tienen las mujeres de este grupo acerca de sí mismas, en apariencia, está estructurado adecuadamente, tanto en relación con su imagen corporal como con su rol de género; así como con su maternidad. Es posible que estas mujeres hayan ofrecido la mejor imagen por el temor de que fuera a negárseles la adopción.

Se identificaron con actitudes de sometimiento, dependencia, pasividad y obediencia. Esto refleja una actitud infantil, inmadura y carente de autoafirmación.

Tanto la revisión de la literatura sobre la adopción, en sus diferentes aspectos (histórico, familiar, social y psicológico), como los resultados de esta investigación señalan lo importante que es que ambos padres adoptivos reciban la mayor cantidad de información posible sobre el tema. Esto les dará mayor capacidad y mejores oportunidades de desenvolvimiento flexible cuando sepan que comparten su compleja misión con muchos padres más. Se enterarán

de los problemas específicos que se presentan a los padres adoptivos y de los recursos disponibles para enfrentarlos y resolverlos.

También se encontró que la adopción resulta muy adecuada cuando tiene lugar a partir del embarazo. Esta experiencia abre un espacio psicológico importante para la madre adoptiva, quien de esta forma se va familiarizando con el hijo desde antes de que nazca; del mismo modo que sucede con la madre biológica, quien está en manos de la sabia naturaleza.

Sin embargo, aunque esta rica experiencia es común en países como Estados Unidos, en México sólo existe un centro que ofrece este tipo de ayuda.

BIBLIOGRAFIA

ABBEY, A., HALMAN, J. y ANDREWS, F., "Psychosocial treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility". *Fertility and Sterility*, vol. 57, núm. 1, 1992

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ADOPTIONS. "Identity development in adopted children". *Pediatrics*, vol. 47, núm. 5, 1971

ANDREWS, F., ABBEY, A., HALMAN, J., "Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples." *Fertility and Sterility*, vol. 57, núm. 6, 1992

ANTHONY, E., y BENEDEK, T. (compiladores) *Parentalidad*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1983

ATKIN L., ARCELUS M., FERNANDEZ, A. y TOLBERT, K., *La psicología en el ámbito perinatal*. INPER, 1988

BARINBAUM, L., " Identity crisis in adolescence. The problem of an adopted girl ". *Adolescence*, vol. IX, 36, 1974

BARNES, M., "The working through process in dealing with anxiety around adoption". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. XXIII, 1953

BERNARD, V., "Adoption". *American Handbook of Psychiatry*, vol. 1, Basic Books Inc. , New York, 1974

BOHMAN, M., "A study of adopted children, background environment and adjustment". *Acta Paediatrica. Escandinavia*, vol. 61, 1972

BORDEN, W. and GENDER, B.S., "Coping and psychological well-being in spouses of older adults with chronic dementia." *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. LX (4), 1990

BOWLBY J., *Maternal care and mental health*. World Health Organization, Ginebra, 1971

CAREY, W., LIPTON, W. y MYERS, R., "Temperament in adopted and foster babies". *Child Welfare*, vol. 53, 1974

CHEMIN, LAUNAY y CANAPE son autores citados por Amoros Marti en su libro *La adopción y el acogimiento familiar*.

CLOTHIER, F., "Some aspects of the problem of adoption". *The American Journal of Orthopsychiaty*, vol. IX, 1939

CLOTHIER, F. "The psychology of the adopted child." *Mental Hygiene*, vol. 27, 1943

COMINOS, H., "Minimizing the risks of adoption through knowledge". *Social Work*, vol. 16, 1971

COSSOFF, L. y PALACIOS, A., "Psicología del proceso de injerto en la adopción". *Cuadernos de Psicoanálisis*. Organó Oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C., vol. XVI, 1983

DANILUK, J., "Infertility and interpersonal impact". *Fertility and Sterility*, vol. 49 (6), 1988

DEMAUSE, L., "On writing childhood history". *The Journal of Psychohistory*, 16 (2), 1988

De TORO y GIRBERT, *Pequeño Larousse ilustrado*, Buenos Aires, 1968

DERDEYN, A. y WADLINGTON, W., "Adoption. Right of parents versus the best interests of their children". *Journal of Child Psychiatry*, vol. 16, 1977

DEUTSCH, H., *La psicología de la mujer*, Ed. Losada, Buenos Aires, 1951

DEYKIN, E., PATTI, P. y RYAN, J., "Fathers of adopted Children: A study of the impact of child surrender on birthfathers." *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58 (2), 1988

DICKSON, L., HEFFRON, W. y PARKER, C. "Children from disrupted and adoptive homes on an inpatient unit". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60 (4), 1990

DOELLING J., y JOHNSON, J. "Predicting success in foster placement: The contribution of parent-child temperament characteristics". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60 (4), 1990

DOMAR, A. *et al.* "The prevalence and predictability of depression in infertile women." *Fertility and Sterility*, vol. 58 (6), 1992

DUARTE GALINDO, L., MORALES CARMONA, F. y KABLY

AMBE, A. "Psicoterapia de grupo: una alternativa para el manejo integral de la paciente estéril." *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 58, 1990

EASSON, W. *Special sexual problems of the adopted adolescent.*

Medical aspects of human sexuality. Hospital Publications Inc., New York, 1973

ECK MENNING, B. "The emotional needs of infertile couples".

Fertility and Sterility, vol. 34 (4), 1980

EIDUSON, B. y LIVERMORE, J. "Complications in therapy with

adopted children". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 23, 1953

EDELMANN, R. y CONNOLY, K. "Psychological aspects of

infertility". *British Journal of Medical Psychology*, vol. 59, 1986, pp. 209-219

ENCICLOPEDIA SALVAT, Diccionario. Salvat Editores, Barcelona,

1976, tomo I

ERICKSON, R. E., "Counseling after legal adoption". *Child Welfare*,
vol. 40, 1971

FEDER, L. "Adoption trauma : oedipus myth-clinical reality". *Int. J.*
Psycho-Anal, vol. 55, 1974

_____ "Preconceptive ambivalence and external reality". *Int. J.*
Psycho-Anal, vol. 61, 1980

FRAZER, J. G., *La rama dorada*, Fondo de Cultura Económica,
México, 1980

FREEMAN, E.W., Boxer, A.S., Rickels, K. Trureck *et al.*
"Psychological evaluation and support in a program of in vitro
fertilization and embryo transfer". *Fertility and Sterility*, 1985

FREUD, S., *La novela familiar de los neuróticos* (1909), Amorrortu
Editores, Buenos Aires, vol. IX, pp. 215-220

_____ *Duelo y melancolía* (1917) (1915), Amorrortu Editores,
Buenos Aires, 1979, vol. XIV, pp. 237-255

GILMAN, L., *The adoption resource book*. Perennial Library, Harper
and Row Publishers, New York, 1987

GIVEN, J., JONES, G. y Mc MILLEN, D., "A comparison of personality characteristics between in vitro fertilization patients and other infertile patients". *Journal of in vitro fertilization and embryo transfer*, vol. 2 (1), 1985

GREBLER, A. M., "Adoption in European Countries". *Child Welfare*, vol. 42, 1973

HIRSCH, M. y MOSHER, W., "Characteristics of infertile women in The United States and their use of infertility services." *Fertility and Sterility*, vol. 47 (4), 1987

HOOPEES, J. L. *et al.*, *A follow up of adoptions: postplacement functioning of adopted children*, Child Welfare League of America, New York, 1970

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. GINECOLOGÍA. *Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología*, 1990

JIMÉNEZ GARCIA, C. , *Análisis jurídico de la adopción en la legislación mexicana*. Tesis de licenciatura en Derecho, Universidad Iberoamericana, México, 1983

KADUSHIN, A. y SEIDL, F. W., "Adoption failure. A social work promotion". *Social Work*, vol. 16, 1971

KARCHIMER, S. y ATKIN, L., *La psicología en el ámbito perinatal*, INPER, México, 1988

KENT, K. y RICHIE, J., "Adoption as an issue in casework with adoptive parents". *Journal of Child Psychiatry*, vol. 15, 1976

KIRK, H. D., JONASSON, K. y FISH, A. D., "Are adopted children specially vulnerable to stress" *Archives of General Psychiatry*, vol. 14, 1966

KLOCK, S. y MAIER, D., "Guidelines for the provision of psychological evaluations for infertile patients at the University of Connecticut Health Center". *Fertility and Sterility*, vol. 56 (4), 1991

LANGER, M., *Maternidad y sexo*, Editorial Paidós, España, 1983

LAWTON, J. y GROSS, S. "Review of psychiatric literature on adopted children." *Archives of General Psychiatry*, vol. 11. 1964

LEVY-SCHIFF, R., BAR O. y HAR-EVEN, D. "Psychological adjustment of adoptive parents to be. " *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60 (2), 1990

LE SHAN y EDDA, J., *You and your adopted child*. Public Affairs pamphlet, núm. 274, nov. 1971

LIFSHITZ, M., BAUM, R., BALGUR, I. y COHEN, C., "The impact of the social melieu upon the nature of adoptees emotional difficulties." *Journal of Marriage and the Family*, feb. 1975

LIFTON, B. J., *Lost and found*, The Dial Press, New York, 1979

LÓPEZ, M. I. y LEÓN, N. A., "Las representaciones mentales de los padres: su papel en el desarrollo psicológico del niño. La transmisión de características específicamente humanas", *La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia*, Editorial Hispánica, México, 1989

MAC DONELL, M., "Algunas reflexiones sobre la adopción". *Revista de Psicoanálisis*, vol. 1 (1), 1981

MAHLSTEDT, P., "The psychological component of infertility".

Fertility and Sterility, vol. 43 (3), 1985

MARTI, P. A., *La adopción y el acogimiento familiar*, Narcea

Ediciones, Madrid, 1987

MELINA, R. L., *Raising adopted children*, Perennial Library, New

York, 1986

_____, *Making sense of adoption*, Perennial Library, New

York, 1986

MENDEZ, I., et al *El Protocolo de la Investigación*.

Editorial Trillas, 1987.

MENLOVE, F.L., "Aggressive symptoms in emotionally disturbed

adopted children". *Child Development*, vol. 36, 1965

MIKAWA, J. y BOSTON, J., "Psychological characteristics of adopted

children". *Psychiatry Quaterly Supplement*, vol. 42 (2), 1970

MORALES-CARMONA, F., "Aspectos emocionales en la pareja

estéril", *Perinatal. INPER*, 1988

MORALES-CARMONA, F., KABLY, A. y DÍAZ FRANCO, E.,
"Fertilización asistida: aspectos emocionales". *Perinatología.
Reproducción Humana*, vol. 6 (3), 1992

NACHTIGALL, R., BECKER, G. y WOZNY, M., "The effects of
gender- specific diagnosis on men and women response to
infertility. *Fertility and Sterility*, vol. 57 (1), 1992

OFFORD, D. R., APONTE, J. F. y CROSS, L.A., "Presenting
symptomatology of adopted children". *Archives of General
Psychiatry*, vol. 20 (1), 1970

OTNOW LEWIS, D., BALLA, D., LEWIS, M. y GORE, R., "The
treatment of adopted versus neglected delinquent children in
the court: a problem of reciprocal attachment". *American
Journal of Psychiatry*, vol. 132 (2), 1975

PALLARES y PORTILLO, E., *Derecho Procesal Civil*, Editorial
Porrúa, S. A., México, 1983

PANNOR, N., "Fostering understanding between adolescents and
adoptive parents through group experiences". *Child Welfare*,
vol., LVI (8), 1977

PAULSON, J., HAARMANN, B., SALERNO, R., y ASMAR, P., "An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility". *Fertility and Sterility*, vol. 49 (2), 1988

PETIT, E., *Tratado elemental de Derecho Romano*. Editora Nacional, México, 1966

PIAGET, J., *Psicología del niño*, Ediciones Morata, Madrid, 1978

PINES, D., *Aspectos emocionales de la infertilidad y sus remedios*. Libro Anual de Psicoanálisis. Ediciones Psicoanalíticas Imago, S.R. L., Londres-Lima, 1990

_____, *Embarazo, pérdida y aborto: una perspectiva psicoanalítica*. Libro Anual de Psicoanálisis. Ediciones Psicoanalíticas Imago, S.R.L., Londres-Lima, 1990

PIÑÓN-LÓPEZ, M., VILLEGAS-CASTREJÓ, H. y SHOR-SPINSKER V. "Valoración de la biopsia testicular en la infertilidad masculina." *Perinatología. Reprod. Hum.* Vol. 6, núm. 3, 1992

- RASCOWSKY, A., *El filicidio: la agresión contra el hijo*, Editorial Paidós, Barcelona, 1981
- REA GUTIÉRREZ, X. A., *La adopción en México*. Tesis de licenciatura en Derecho. Universidad Iberoamericana, México, 1985
- REEVES, A. C., "Children with surrogate parents", *Medicalpsychology Journal*, vol. 44, 1971
- RESNICK, M., BLUM, R. *et al.*, "Characteristics of unmarried adolescent mothers: Determinants of child rearing *versus* adoption. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60 (4), 1990
- ROBINSON AMBRON, S. A. y BRODZINSKY, D., *Lifespan human development*, Holt Rinehart and Winston, New York, 1982
- SANDVEN, K. y RESNICK, M., "Informal adoption among black adolescent mothers", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60 (2), 1990

SANTS, H. J., "Genealogical bewilderment in children with substitute parents". *Medical Psychology*, vol. 37, 1964

SCIAFFER, J. y LINDSTROM, C., *How to raise an adopted child*, Copestone Press, Inc. , New York, 1989

SCHECHTER, C. *et al.*, "Emotional problems in the adoptee". *Archives of General Psychiatry*, vol. X, 1964

SCHECHTER, M. D., "Observations on adopted children". *Archives of General Psychiatry*, vol. 3, 1960

SCHECHTER, M. D., "Emotional problems in the adoptee", *Archives of General Psychiatry*, vol. 10, 1964

SCHWAM, J. y KROCKER TUSKAN, M., *The adopted child. Basic handbook of chil psychiatry* . Vol. I. Basic Books Inc. , New York, 1974

SIEGEL, S. E., *Su hijo adoptado*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991

SIMON y SENTURIA, "Adoption and psychiatric illness". *The American Journal of Psychiatry*, vol. 122, 1966

SÓFOCLES, *Siete tragedias*, Editores Mexicanos Unidos, México, 1988

SOROSKY, A., BARAN, A. y PANNOR, R., "Identity conflicts in adoptees". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 45 (1), 1975

_____, "The effect of the seals record in adoption." *The American Journal of Psychiatry*, vol. 133 (8), 1976

_____, *The Adoption Triangle*, Anchor Press, New York, 1978

SPINSKER, V., "Valoración de la biopsia testicular en la infertilidad masculina". *Perinatología. Reproducción Humana*, vol. 6 (3), 1992

TOUSSIENG, P., "Thoughts regarding the etiology of psychological difficulties in adopted children". *Child Welfare*, vol. 41 (2), 1962

TOUSSIENG, P., "Realizing the potential in adoption". *Child Welfare*, vol. 5, 1971

VIDELA, M. y MALDONADO, M. T., *Hemos adoptado un hijo*, 2a.ed., Editorial Trieb, Buenos Aires, 1986

VOLKAN, V., "Duelo complicado". *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México, A. C.*, vol. IV (1), 1990

WIEDER, H., "The family romance fantasies of adopted children." *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 46, 1977

WINNICOTT, D. W., *La familia y el desarrollo del individuo*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984

_____, *Human nature*, Schocken Books, New York, 1988

WINNICOTT, D. W., *Los bebés y sus madres*, Editorial Paidós, 1990

WRIGHT, J. *et al.*, "Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently." *Fertility and Sterility*, vol. 55 (1), 1991

YARROW, L. J., *Separation from parents during early childhood.* *Review of Child Development Research*, vol. I, New York Russell Sage Foundation, 1964

CUESTIONARIO SOBRE ADOPCION

El propósito de esta investigación es conocer el estado emocional en que se encuentra la madre adoptiva en el momento de la adopción. El objeto es ofrecerle un apoyo más profundo durante esta etapa.

A continuación encontrará algunas preguntas de contenido íntimo que se considera necesario resolver para la elaboración de este trabajo.

Este cuestionario es **anónimo**, lo cual garantiza que es **absolutamente confidencial**. De modo que nadie podrá identificarla a usted o a su pareja. Esto es con el propósito de obtener respuestas veraces y honestas a todas y cada una de las preguntas, lo que nos permitirá hacer una evaluación confiable de todos los datos que aquí se obtengan.

Le agradecemos de antemano su participación en esta investigación, misma que, sin duda, nos será de gran utilidad.

¡Muchas gracias!

Marque con un x en el recuadro de la izquierda la o las respuestas que mejor definan su situación. No hay respuestas buenas o malas. Por favor, *no deje ninguna pregunta sin responder.*

1. Su edad en años cumplidos es:

1. Menor a 24 años
2. Entre 25 y 35 años
3. Entre 36 y 40 años
4. Mayor de 41 años

2. Su nivel máximo de estudios es:

1. Secundaria
2. Preparatoria
3. Licenciatura
4. Postgrado

3. Su ocupación actual es

1. Estudiante
2. Profesionista
3. Comerciante
4. Empleada
5. Ama de casa
6. Otra

4. Ud. considera que su nivel socioeconómico corresponde a

1. Clase baja
2. Clase media baja
3. Clase media
4. Clase media alta
5. Clase alta

5. Su religión es

1. Católica
2. Protestante
3. Judía
4. Otra
5. No practica ninguna

6. Usted es hija

1. Natural (sus padres no estaban casados legalmente)
2. Legítima (sus padres sí estaban casados legalmente)
3. Adoptiva

7. ¿Hace cuánto tiempo vive con su pareja actual?

1. Menos de 5 años (en años cumplidos)
2. Entre 5 y 10 años
3. Entre 10 y 15 años
4. Más de 15 años
5. Usted no vive con su pareja actual

8. Su relación de pareja es

1. Pésima
2. Mala
3. Regular
4. Buena
5. Excelente
6. Usted no tiene pareja actual

9. ¿Usted siente a su pareja emocionalmente cerca de usted?

1. Si
2. No
3. Usted no tiene pareja

10. ¿Usted tiene sentimientos de amor hacia su pareja?

1. Si
2. No
3. Usted no tiene pareja

11. Las causas de infertilidad que usted y su pareja presentan, se deben a

1. Problemas orgánicos encontrados en usted
2. Problemas orgánicos encontrados en su pareja
3. Problemas orgánicos encontrados en uno y otro miembro de la pareja
4. Causas desconocidas
5. Usted y su pareja no tienen problemas de infertilidad

12.Cuál (es) es (son) la (s) causas de infertilidad, de acuerdo con su diagnóstico médico?

1. Ciclos anovulatorios
2. Desajustes hormonales femeninos
3. Obstrucción tubaria
4. Adherencias alrededor de la (s) trompa (s)
5. Adherencias intrauterinas
6. Deformación del útero
7. Deformación de las trompas
8. Quistes de ovarios
9. Deficiente producción de moco cervical

10. Endometriosis
11. Presencia de bacterias en los genitales femeninos
12. Presencia de bacterias en semen
13. Bajo conteo espermático con mala motilidad y morfología
14. Buen conteo espermático con mala motilidad y morf.
15. Toxoplasmosis en la mujer
16. Lupus eritomatoso en la mujer
17. Alteraciones cromosómicas en la mujer
18. Alteraciones cromosómicas en el hombre
19. Abortos repetidos por causas desconocidas
20. Otra (s)
21. Se ignoran
22. Usted y su pareja no tienen problemas de infertilidad

13. En caso de adopción, ¿cuántos hijos adoptivos tiene usted con su pareja actual?

1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Más de cuatro
6. Ninguno

14. En caso de haber adoptado, las causas para la adopción fueron

1. Problemas orgánicos de usted
2. Problemas orgánicos de su pareja
3. Problemas de ambos miembros de la pareja
4. Falta de embarazo por causas desconocidas
5. Abortos repetidos
6. Adopción voluntaria sin problemas de esterilidad
7. Tutoría por muerte de algún familiar
8. No tiene hijos

15. ¿Cuántas situaciones de aborto ha vivido con su pareja actual?

1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Más de cuatro
6. Ninguno

16. Si lo tuvo, el aborto fue

1. Voluntario
2. Espontáneo

17. ¿Ha sufrido usted la muerte de algún hijo?

1. Sí
2. No

18. ¿Se siente culpable por la muerte de ese hijo?

1. Sí
2. No
3. Usted nunca ha sufrido la muerte de un hijo

19. Considera usted la esterilidad como

1. Un castigo de Dios
2. Un problema orgánico
3. Un problema sexual
4. Una herida a la autoestima
5. Otra (especifique)

20. En caso de adopción; en un principio, al enterarse usted del problema de infertilidad, ¿habló de su tristeza con su pareja?

1. Sí
2. No
3. Usted y su pareja no tienen problemas de infertilidad

21. ¿Se culpó del problema de la infertilidad?

1. Sí
2. No
3. No tiene problemas de infertilidad

22. ¿Culpó usted a su pareja del problema de la infertilidad?

1. Sí
2. No
3. No tienen problemas de infertilidad

23. ¿Pudo usted hablar y desahogar sus sentimientos en relación con el problema de la infertilidad?

1. Sí
2. No
3. No tienen problemas de infertilidad

24. En un principio, al enterarse usted del problema de la infertilidad, ¿pensó en separarse de su pareja?

1. Sí
2. No
3. No tienen problema de infertilidad

25. ¿Se siente (o sintió) usted muy enojada por el problema de infertilidad?

1. Sí
2. No
3. No tienen problema de infertilidad

26. ¿Se mostró usted indiferente ante esta situación?

1. Sí
2. No
3. No tienen problema de infertilidad

27. En un principio, al enterarse usted del problema de infertilidad, ¿lo aceptó serenamente?

1. Sí
2. No
3. No tienen problema de infertilidad

28. Al saber de la infertilidad, ¿se convirtió en una obsesión el tener hijos?

1. Sí
2. No
3. No tienen problemas de infertilidad

29. ¿Usted cree que puede ser una buena madre?

1. Sí
2. No

30. Al saberse infértil, ¿usted se sintió incapaz y deprimida por algún tiempo?

1. Sí
2. No
3. No tiene problemas de infertilidad

31. ¿Se sintió devaluada ante la imposibilidad de concebir un hijo?

1. Sí
2. No
3. No tiene problemas de infertilidad

- 32. ¿Se sintió menos mujer al saberse infértil?**
1. Sí
2. No
3. No tiene problemas de infertilidad
- 33. Durante la espera del nacimiento de su hijo, ¿afloran (ron) recuerdos gratificantes de su infancia?**
1. Sí
2. No
- 34. Durante la espera del nacimiento de su hijo, ¿afloran (ron) recuerdos dolorosos de su infancia?**
1. Sí
2. No
- 35. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿peleaba más con su pareja?**
1. Sí
2. No
- 36. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿se sintió más unida a su pareja?**
1. Sí
2. No
- 37. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿elaboró más planes para el futuro?**
1. Sí
2. No
- 38. Previo a la llegada de su primer hijo (a), ¿sintió miedo de asumir la responsabilidad de ser madre?**
1. Sí
2. No
- 39. Previo a la llegada de su primer hijo (a), ¿estaba más centrada en sí misma?**
1. Sí
2. No
- 40. Durante la espera de su hijo, ¿siente que la relación de pareja es tan satisfactoria y completa que teme que cambie?**
1. Sí
2. No

41. Durante la espera de su hijo, ¿piensa que su pareja va a tener una carga excesiva por las tareas de la paternidad?

1. Sí
2. No

42. Durante la espera de su hijo (a) adoptivo (a), ¿pensó que podría llegar a embarazarse?

1. Sí
2. No
3. No tiene hijos adoptivos

43. A nivel de su fantasía, ¿alguna vez apareció en usted el miedo a morir durante el parto?

1. Sí
2. No

44. Antes de la llegada de su primer hijo (a), ¿se preguntó hasta qué punto un hijo perturbaría sus intereses individuales?

1. Sí
2. No

45. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿ha tenido somnolencia?

1. Sí
2. No

46. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿ha tenido vómitos?

1. Sí
2. No

47. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿se incrementó su apetito?

1. Sí
2. No

48. Ante la llegada de su hijo (a), ¿siente usted que ha perdido el interés por eventos o actividades que antes le parecían atractivos?

1. Sí
2. No

49. Durante la espera de la llegada de su hijo, ¿tiene fantasías que giren en torno a su hijo por nacer?

1. Sí
2. No

50. ¿Cómo se siente de ser madre de un niño que no tiene vinculación biológica con usted?

1. Orgullosa
2. Avergonzada
3. Frustrada
4. Contenta
5. No tiene hijos adoptivos

51. En caso de adopción, ¿cuál fue el motivo que la decidió a la adopción?

1. Deseo de complacer a su pareja actual
2. Deseo de actuar la función materna
3. Sentimientos de soledad
4. Deseo de trascender
5. No tiene hijos adoptivos

52. En caso de adopción, ¿qué tipo de niño le hubiera gustado adoptar?

1. Un niño bonito
2. Un niño inteligente
3. Un niño con problemas especiales
4. Un niño de raza diferente a la suya
5. Uno que se pareciera lo más posible a Ud y a su pareja
6. El que fuera
7. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos

53. En caso de adopción, ¿usted tiene conocimiento del patrimonio genético de su hijo adoptivo?

1. En la rama materna
2. En la rama paterna
3. En ambas ramas (materna y paterna)
4. Lo desconoce
5. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos

54. Como madre tiene (o tuvo) preferencia por tener

1. Hijo
2. Hija
3. No tiene preferencia

55. ¿Le interesa a usted perpetuar el apellido familiar?

1. Sí
2. No

56. ¿Cómo considera usted a la madre que da en adopción a su bebé?

1. Promiscua
2. Inmadura
3. Enferma mental
4. Irresponsable
5. Infantil

57. ¿Cómo considera usted a la madre que da en adopción a su bebé?

1. Madura
2. Responsable
3. Honesta
4. Víctima de las circunstancias
5. Realista

58. En caso de adopción, ¿cómo reaccionaron (o reaccionan) sus padres?

1. No la puede (n) aceptar
2. Se siente (n) frustrado (s)
3. Se siente (n) extraño (s)
4. Los apoya (n)
5. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos

59. ¿La relación con su madre es de dependencia?

1. Sí
2. No

60. ¿La relación con su madre es ambivalente (amor y enojo a la vez)?

1. Sí
2. No

61. ¿La relación con su madre es de celos?

1. Sí
2. No

62. ¿La relación con su madre es de desprecio?

1. Sí
2. No

63. ¿La relación con su madre es de admiración?

1. Sí
2. No

64. ¿La relación con su madre es de independencia?
1. Sí
2. No
65. ¿La relación con su madre es adecuada?
1. Sí
2. No
66. ¿La relación con su madre es de indiferencia?
1. Sí
2. No
67. Durante la espera de la llegada de su hijo (a), ¿siente que necesita más de su madre?
1. Sí
2. No
68. ¿ Percibe (la) a su madre como una mujer de carácter débil?
1. Sí
2. No
69. Antes, ¿la relación con su madre era de dependencia?
1. Sí
2. No
70. Antes, ¿la relación con su madre era ambivalente (de amor y enojo a la vez)?
1. Sí
2. No
71. Antes, ¿la relación con su madre era de celos?
1. Sí
2. No
72. Antes, ¿la relación con su madre era de desprecio?
1. Sí
2. No
73. Antes, ¿la relación con su madre era de admiración?
1. Sí
2. No
74. Antes, ¿la relación con su madre era de independencia?
1. Sí
2. No

75. Antes, ¿la relación con su madre era adecuada?

1. Sí
2. No

76. Antes, ¿la relación con su madre era de indiferencia?

1. Sí
2. No

77. ¿Siente usted que la relación con su madre ha mejorado?

1. Sí
2. No

78. ¿Siente usted que su relación con su madre ha empeorado?

1. Sí
2. No.

79. ¿Percibe (ía) a su padre como un hombre de carácter fuerte?

1. Sí
2. No

80. Usted siente que se identifica más con

1. Su padre
2. Su madre
3. Ninguno

81. Está más consentida por

1. Su padre
2. Su madre
3. Ninguno

82. ¿Siente usted que necesita de la aprobación de su madre para tomar decisiones?

1. Sí
2. No

83. ¿Siente usted la necesidad de apoyarse afectivamente en su pareja?

1. Sí
2. No

84. ¿Duda de que su pareja sea un buen padre?

1. Sí
2. No

- 85. ¿Siente usted que fue una hija deseada?**
1. Sí
2. No
- 86. ¿La relación con su madre es competitiva?**
1. Sí
2. No
- 87. ¿La relación con su madre es agresiva?**
1. Sí
2. No
- 88. ¿Su madre la hace sentir culpable?**
1. Sí
2. No
- 89. Antes, ¿la relación con su madre fue competitiva?**
1. Sí
2. No
- 90. Antes, ¿la relación con su madre fue agresiva?**
1. Sí
2. No
- 91. ¿Su madre la hacía sentir culpable?**
1. Sí
2. No
- 92. En caso de adopción, ¿está de acuerdo en informar al niño sobre su adopción?**
1. Sí
2. No
3. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos
- 93. En caso de adopción, ¿considera que es conveniente informar a su grupo social de la adopción de su hijo?**
1. Sí
2. No
3. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos
- 94. En caso de adopción, ¿se siente (o sentiría) capaz de informar a su hijo sobre su origen?**
1. Sí
2. No
3. Usted y su pareja no tienen hijos adoptivos

95. En caso de adopción, ¿cómo reaccionaría usted en el futuro si su hijo adoptivo mostrara deseos de conocer a sus padres biológicos?

1. Colaboradora
2. Rechazante
3. Otro (especifique) _____
4. No tienen hijos adoptivos

96. ¿Con qué frecuencia tiene usted relaciones sexuales con su pareja?

1. Más de 7 veces por semana
2. Entre 5 y 7 veces por semana
3. Entre 4 y 2 veces por semana
4. Una vez a la semana
5. Una vez a la quincena
6. Una vez al mes
7. Menos de una vez al mes
8. Usted no tiene relaciones sexuales con su pareja

97. ¿Goza usted las relaciones sexuales con su pareja?

1. Sí
2. No

98. ¿Siente usted repugnancia hacia las relaciones sexuales con su pareja?

1. Sí
2. No

99. ¿Usted inicia la relación sexual con su pareja?

1. Sí
2. No

100. ¿Su pareja inicia la relación sexual con usted?

1. Sí
2. No

101. ¿Usted evita la relación sexual con su pareja?

1. Sí
2. No

102. ¿Su pareja evita la relación sexual con usted?

1. Sí
2. No

103. ¿Me preocupo por la buena apariencia de mi imagen corporal?

1. Sí
2. No

104. ¿Alguna vez ha pensado que habría preferido haber nacido hombre en lugar de mujer?

1. Sí
2. No

105. ¿De niña prefería jugar con las muñecas más que otros juegos?

1. Sí
2. No

106. ¿De niña trataba de ser como su madre?

1. Sí
2. No

107. ¿De niña jugaba con la ropa y los accesorios de su madre?

1. Sí
2. No

108. ¿Dedica tiempo a su arreglo personal?

1. Sí
2. No

109. ¿Considera usted que el hombre tiene más derechos que la mujer?

1. Sí
2. No

110. ¿Considera usted que el hombre es más responsable que la mujer?

1. Sí
2. No

111. ¿Siente usted que el hombre es menos sensible que la mujer?

1. Sí
2. No

112. ¿Considera usted que el hombre es más dominante que la mujer?

1. Sí
2. No

113. ¿Considera que la mujer es más inteligente que el hombre?

1. Sí
2. No

114. ¿Piensa usted que el hombre gana más dinero que la mujer?

1. Sí
2. No

115. ¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos?

1. Hija única
2. Primera
3. Segunda
4. Tercera
5. Cuarta
6. Posterior a la cuarta

116. ¿Tiene usted dificultades en la relación con sus hermanos?

1. Sí
2. No
3. Usted es hija única

117. ¿Tiene usted dificultades en relación con sus hermanas?

1. Sí
2. No
3. Usted es hija única

118. Según usted, ¿quién es el favorito de su padre?

1. Hermano
2. Hermana
3. Yo misma

119. Según usted, ¿quién es el favorito de su madre?

1. Hermano
2. Hermana
3. Yo misma

120. ¿Cómo era la relación entre sus padres?

1. Buena
2. Mala

121. ¿Cómo siente que fue usted como hija?

1. Agresiva
2. Demandante
3. Dominante
4. Absorbente
5. Sometida
6. Rebelde
7. Otra (especifique) _____

122. ¿Cómo siente que fue usted como hijo?

1. Afectuosa
2. Generosa
3. Obediente
4. Responsable
5. Alegre
6. Colaboradora
7. Otra (especifique) -----

123. ¿Le gustaría que su futuro hijo tuviera conductas semejantes a las de usted cuando fue niña?

1. Sí
2. No

124. ¿Teme tener un hijo (a) que sea igual a usted?

1. Sí
2. No

125. En caso de adopción, ¿considera conveniente recurrir a una guía externa para que informe al niño sobre su adopción?

1. Sí
2. No
3. No tienen hijos adoptivos

Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....