

ADOPCIÓN Y DUELO POR INFERTILIDAD. UN MODELO DE TRABAJO.

ADOPTION AND INFERTILITY GRIEF: A THERAPEUTIC APPROACH

VALENTINA IACOBELLI¹
ALEJANDRA MARTÍNEZ²
CAROLINA CORREA³
MARÍA INÉS CASTRO⁴
YVETTE YUNIS⁵
JIMENA VLASTELICA⁶

Recibido 8/11/2018

Aceptado 22/1/201

RESUMEN

La unidad de Familia, Fertilidad y Adopción del Instituto Chileno de Terapia Familiar ha sistematizado un modelo de trabajo en psicoterapia con parejas postulantes a la adopción. El eje principal ha sido el trabajo del duelo por infertilidad entendido como un proceso doloroso que genera emociones similares a las observadas en cualquier duelo, pero donde “lo perdido” no es algo que alguna vez se tuvo. Se sostiene que la elaboración de este particular duelo permite a los futuros padres adoptivos conectarse con aspectos dolorosos de su historia, integrar la vivencia de la infertilidad y abrir un espacio para dar cabida a un hijo⁷ adoptivo. Lo anterior es fundamental para que estén suficientemente preparados en el acompañamiento de su futuro hijo, quien también necesitará elaborar sus propios duelos, asociados a su historia de origen.

PALABRAS CLAVE

Pérdida, duelo por infertilidad, adopción, psicoterapia, hijo adoptivo.

1 **Valentina Iacobelli D.**, Psicóloga Clínica Universidad Diego Portales. Magister Filosofía Aplicada Universidad de Los Andes. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF. Supervisora Clínica Acreditada ICHTF., viacobelli@gmail.com

2 **Alejandra Martínez R.**, Psicóloga Clínica Universidad de Chile. Doctora en Psicología Clínica Universidad de Puerto Rico. Magister Psicología Clínica Universidad de Puerto Rico. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF., martinez.alejandra.r@gmail.com

3 **María Carolina Correa P.**, Psicóloga Clínica Universidad Diego Portales. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF. Magister en Estudios Sistémicos de la Familia y la Pareja Universidad Alberto Hurtado, mccorreap@gmail.com

4 **María Ines Castro V.**, Psicóloga Clínica Universidad Diego Portales. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF. Especialista en Terapia de Parejas ICHTF., minescastrov@yahoo.com

5 **Yvette Yunis M.**, Psicóloga Clínica Adultos Pontificia Universidad Católica de Chile. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF. Especialista en Terapia de Parejas ICHTF., yvettem26@hotmail.com

6 **Jimena Vlastelica H.**, Psicóloga Clínica Universidad Diego Portales. Terapeuta Familiar y de Parejas ICHTF. Especialista en Clínica Infante-Juvenil ICHTF., jvlastelicah@yahoo.com

7 En este artículo se utilizará el masculino genérico para referirse a los hijos o niños, en el entendido que quedan incluidos los sustantivos femeninos, y solo como una forma de facilitar la lectura.

ABSTRACT

The Family, Fertility and Adoption Unit of Instituto Chileno de Terapia Familiar has systematized a psychotherapeutic approach in working with couples applying to adoption programs. Its main field of work has been on infertility grief, understood as a painful process that triggers similar emotions as the ones observed in any grief process. Nevertheless, in this particular process that which “is lost” is not something that was once had. The elaboration of this specific grief will allow the future adoptive parents to connect to the painful aspects of their own history and find meaning to their infertility. All of this is fundamental so as to be prepared to support their future child, who will also need to be reassured on his/her own grief, associated to his/her history of origin.

KEYWORDS

Loss, infertility grief, mourning, adoption, psychotherapy, adoptive children.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Familia, Fertilidad y Adopción (en adelante UFFA) nace en 1996, en el Instituto Chileno de Terapia Familiar, en adelante IChTF, con el nombre de “Grupo de Adopción” y con el objetivo de brindar atención psicológica a parejas postulantes a la adopción derivadas de una institución en particular. Con el transcurso de los años sus miembros se renovaron y la amplitud de su trabajo también. De este modo, el equipo comenzó a atender a postulantes a la adopción procedentes de distintas fundaciones dedicadas a esta labor en Chile, todas ellas acreditadas ante el Servicio Nacional de Menores (SENAME), así como a familias en proceso de regularización de adopciones informales (llamadas “situaciones de hecho”). Además, con el correr del tiempo, la atención clínica se amplió a familias adoptivas ya constituidas y a parejas enfrentadas al desafío de la infertilidad.⁸

En base a la labor clínica realizada durante todos estos años, el equipo ha desarrollado un modelo de trabajo psicoterapéutico que se basa en los principios de la terapia sistémica relacional, tomando elementos de la terapia dialógica y narrativa (Anderson, H., 1997; Bertrando, P., 2011 y White, M. y Epston, D., 1980-1993, entre otros) y posee particularidades que responden a lo singular que tiene tanto la experiencia de la infertilidad como la parentalidad adoptiva.

La ley chilena estipula que “La adopción tiene por objeto velar por el interés superior del adoptado y amparar su derecho a vivir y desarrollarse en el seno de una familia que le brinde el afecto y le procure los cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades espirituales y materiales, cuando ello no le pueda ser proporcionado por su familia de origen”⁹. Al hacer referencia al “interés superior del adoptado,

⁸ En este trabajo se usarán los términos de infertilidad y esterilidad como sinónimos. Sin embargo, la infertilidad se refiere a la imposibilidad de completar un embarazo con el nacimiento de un bebé; en tanto la esterilidad sería la incapacidad para concebir luego de un período razonable de relaciones sexuales, sin medidas anticonceptivas. (Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., Kopelman, S., 2003).

⁹ Ley 19.620, promulgada en 1999 por el Ministerio de Justicia de Chile.

o también llamado interés superior del niño”¹⁰ se alude a que mediante la adopción se busca darle una familia a un menor que no la tiene, y que ha estado viviendo en un hogar de menores o con una familia guardadora. Las razones de esto pueden ser muchas, pero se podría hablar de dos causas principales: porque al nacer fue entregado (cedido) a una institución para su posterior adopción, o porque su ambiente familiar presentaba severas condiciones adversas para su desarrollo físico y moral (por ejemplo, situación de calle, maltrato o drogadicción), sin que hubiese un adulto responsable capaz de entregar condiciones mínimas para la crianza, lo que se conoce como “inhabilidad parental”. En efecto, según cifras del Servicio Nacional de Menores, esta última fue la causal de ingreso a programas de adopción más frecuente durante el año 2017.¹¹

Es así como se puede decir que los niños que son adoptados en Chile provienen de hogares de menores o de familias guardadoras y en ambas situaciones se trata de niños que han sido separados de sus vínculos originarios e incluso en algunos casos, podrían haberse visto vulnerados en sus derechos (Galleguillos, M. F. y Jaque, N., 2017).

Al considerar el “bien superior del niño”, también se justifica el hecho de que los postulantes a la adopción deban

ser evaluados profesionalmente, con el fin de determinar su idoneidad como padres adoptivos de un determinado niño, puesto que deben tener la capacidad de desarrollar las competencias propias y particulares de la paternidad adoptiva.

Como resultado del proceso de evaluación que se realiza en Chile, los postulantes pueden ser aceptados sin reparos para continuar con el proceso, también pueden presentar contraindicaciones que los lleven a ser rechazados o bien, podrían ser derivados a psicoterapia, con el fin de trabajar ciertos aspectos que necesiten ser elaborados, antes de continuar con el proceso de adopción. De acuerdo a nuestra experiencia clínica, hemos podido establecer que los motivos más frecuentes de derivación a terapia son: duelo por infertilidad no suficientemente elaborado, experiencias de pérdidas y otros duelos no adecuadamente integrados a la historia de vida, dificultades conyugales, rasgos de personalidad que puedan interferir con la parentalidad adoptiva y que son susceptibles de modificación y por último, motivación no suficientemente clara respecto del proyecto de adopción.¹²

Diversos autores han recalcado la importancia de trabajar en psicoterapia el duelo por infertilidad en las parejas postulantes a la adopción, para que puedan acompañar y acoger a su futuro hijo adoptivo con sus propias vivencias de pérdidas.

10 El término “interés superior del niño” se puede encontrar en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, tratado internacional suscrito y ratificado por Chile. Por ello, la legislación chilena en materia de Derechos de Familia ha ido incorporando dicha expresión en nuevos cuerpos legales. Se refiere a la satisfacción integral de los derechos de niños/as y adolescentes, y se estima como una garantía, ya que toda decisión que concierna al niño/a debe considerar sus derechos. Al respecto, la legislación en materia de familia considera a nuestra Constitución, en su art. 1° inc. 2°, que reconoce a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad.

11 Durante el año 2017, las principales causales invocadas para la tramitación de la susceptibilidad de adopción fueron: “Inhabilidad, Abandono y Ánimo Manifiesto (Art. 12 N° 1, 2 y 3)” con 156 casos (29%); “Inhabilidad (Art. 12 N°1)” con 135 casos (25,1%) y la tercera más invocada fue “Cesión Normal (Art. 9)” con 104 casos representados por el 19,3%. Por lo tanto, todas las causales que implican inhabilidad abarcan al 77,9% del total de casos (419). (SENAME, 2017).

12 Del total de las parejas postulantes a la adopción atendidas en el IChTF entre los años 2013 Y 2018, un 67,4% presentaba como motivo de derivación principal “duelo por infertilidad no elaborado”. (Fuente: Registro de atenciones de la Unidad de Familia, Fertilidad y Adopción, Instituto Chileno de Terapia Familiar).

(Schooler, Keefer y Callahan, 2009; Egenau, Hermosilla y Morgado, 2013). En nuestro trabajo clínico, podemos señalar que en todas las parejas con quienes hemos trabajado, se ha abordado en terapia el nivel de integración de este duelo.

El propósito de este artículo es dar a conocer el modelo de trabajo que hemos desarrollado en la UFFA entre los años 2013 y 2018 con parejas postulantes a la adopción, que luego de haber sido evaluadas en la institución de adopción a la que han postulado, han sido derivadas a terapia psicológica a nuestro equipo.

VIVENCIA DE LA INFERTILIDAD COMO PROCESO DE DUELO

Las parejas que han realizado tratamientos para la infertilidad suelen haber estado expuestas a un alto nivel de estrés, tanto interno como externo, lo que da indicios de que este es un proceso que debe ser considerado en forma integral, ya que influye en las emociones y conductas de quienes la padecen, pudiendo afectar todos los aspectos de su vida (Contreras, Y., Jara, V. y Manríquez, C., 2016).

Entre los factores externos que causan estrés en la pareja se puede mencionar el tratamiento médico, que implica tiempo y toma de medicamentos que pueden alterar la función del cuerpo, y, por ende, cambios en el estado de ánimo. También los gastos por consultas médicas, tratamientos, medicamentos o estudios clínicos y la presión de familiares y amigos por la llegada del bebé.

Por otro lado, algunos factores internos que causan estrés se relacionan con valores personales y familiares de cada uno de los miembros de la pareja, como, por ejemplo, la importancia de trascender a través de un hijo, el legado familiar y el desarrollo de un proyecto de vida, entre otros. Pero

también este estrés tiene que ver con atribuciones de significado sobre lo que les está pasando. En ese ámbito, nuestra experiencia clínica no dista mucho de las reportadas por otros especialistas (Cincunegui, Kleiner y Woscoboinik, 2004; Egenau, et.al, 2013; Hasanpoor-Azghdy, SB., Simbar, M., Vedadhie, A., 2014), observando que estas atribuciones de significado se pueden traducir en mensajes internos, tanto de cada individuo como de la pareja misma, que hacen referencia a frases como “soy un fracaso”, “no valgo como mujer”, “no soy un verdadero hombre”, “estoy seca”, “estamos siendo castigados”, entre otras, donde además el sentimiento de culpa parece estar presente en la mayoría.

Es común que las parejas y los individuos que viven estas situaciones comiencen a aislarse de sus amigos y familiares y eviten socializar por temor a discusiones incómodas acerca del proceso que atraviesan. Junto con el aislamiento, afloran sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad (Lindsey y Driskill, 2013, Hasanpoor-Azghdy, et. al, 2014). Convivir con amigos o familiares que tengan hijos o estén embarazadas también les es difícil, especialmente cuando les acaban de diagnosticar la infertilidad o están realizando un tratamiento. Uno de los comentarios más rechazados por las mujeres que sufren esta situación es el que hace referencia a que deberían relajarse para quedar embarazadas. La mayoría de las mujeres siente que eso agrega vergüenza, culpa, tristeza y soledad, y se sienten incomprendidas. A veces esto puede suceder al interior de la misma pareja, donde cada uno se aísla del otro para evitar contactarse con un sufrimiento que no cree poder manejar. Cuando a esto se agrega la presión que conlleva el fracaso de un tratamiento médico, las personas podrían intentar ponerse una suerte de escudo para armarse de valor y enfrentar el siguiente

procedimiento, sin tomar contacto con sus emociones (Volgsten, H., Svanberg, A.S y Olsson, P 2010, Wischmann, T., 2013).

Cuando se toma la decisión de finalizar los infructuosos tratamientos médicos puede sobrevenir una sensación de alivio, al terminar con las intervenciones sobre todo en el cuerpo de la mujer. Pero junto con ello, acompaña una sensación dolorosa, muchas veces asociada a lo que se experimenta al perder a alguien cercano (Volgsten, H., et al., 2010; Lee, S., Wang, S., Kuo, C., Kuo, P., Lee, M. y Lee, MC., 2010; Berenstein, P., 2014).

Muchas personas experimentan pérdidas durante su vida que son evidentes para ellos, como la pérdida de un ser querido o el diagnóstico de una enfermedad crónica. Pero la pérdida asociada con la infertilidad es considerada invisible o escondida y además es prolongada (Lindsey y Driskill, 2013). El duelo en la infertilidad generalmente se ve obstaculizado o prolongado, porque se trata de un tipo de pérdida incierta, incluso alguien podría seguir esperando un embarazo en cualquier momento. No obstante lo anterior, nos encontramos frente a una expresión de duelo porque las reacciones descritas son parecidas a las de cualquier pérdida e incluyen shock, aflicción, depresión, rabia y frustración, así como una disminución de la sensación de poder controlar el destino (Lee, S., et.al., 2010; Kaye, 2015).

Desde el punto de vista terapéutico, el abordaje del duelo y la pérdida tradicionalmente se ha centrado en la elaboración del dolor, con el objetivo de alcanzar un punto final que se conoce popularmente como “cierre”. Para completar este proceso, se suponía que las personas transitaban por una serie de etapas lineales, como las planteadas por Kubler-Ross (Kubler Ross, 1975).

No obstante, el uso continuo del término “cierre” perpetúa el mito de que el duelo tiene un fin demarcado y que es emocionalmente más sano cerrar la puerta al dolor que vivir con él (Boss, P., Carnes, D., 2012). Sin embargo, esto se hace difícil cuando las pérdidas son poco claras y parece casi imposible darle fin a ese dolor. Las personas que se ven enfrentadas a esto no han fallado en la elaboración del duelo, sino que han sufrido una pérdida ambigua, un tipo de pérdida que es intrínsecamente inconclusa. En el caso de la infertilidad, es la pérdida de una posibilidad, de un hijo fantaseado (que puede ser idealizado) pero al que no se llegó a conocer en la realidad. En vez de hacer un cierre, el objetivo terapéutico es ayudar a las personas a encontrar un sentido, integrándolo en su propia historia (Anderson, H., 1997; Boss, P., Carnes, D., 2012).

En la infertilidad el duelo no está validado socialmente ya que los rituales y muestras de apoyo se reservan para cuando ha muerto alguien. No obstante, según plantean Boss y Carnes (2012), aunque la sociedad no reconozca el duelo, éste se manifiesta igual. Y en lugar de las etapas lineales planteadas por Elizabeth Kubler Ross (1969-1975), se ha visto que es un proceso oscilante, que va y viene en distintos momentos de la vida (Boss, P., Carnes, D., 2012).

Esto puede suceder en mujeres infértiles, que aun cuando ha menguado la intensa manifestación emocional que sobreviene en un principio, vuelven a experimentar algunos sentimientos de pena y aflicción cuando se enfrentan cada año -por ejemplo- a la celebración del “día de la madre”. Aquello puede ir pasando y disminuyendo en intensidad a lo largo del tiempo, hasta que el espiral de la vida se encarga de ponerlo de manifiesto nuevamente al presentarsela

menopausia, donde se evidencia que biológicamente ya no podrán ser madres y se reactivan elementos dolorosos propios del proceso de duelo. Por esta razón se ha visto que es importante respetar los tiempos de cada persona y no sugerirles que tienen que pasar por etapas específicas en un período predeterminado de tiempo (Unruh y Mc Grath, 1985, en Lindsey y Driskill, 2013). Asimismo, cada forma de duelo merece ser validada en su contexto y con sus particularidades, donde se hace central reconocer la pérdida misma (que puede ser ambigua) y el dolor que conlleva (Kaye, E., 2015).

En efecto, la infertilidad incluye muchas pérdidas, algunas de ellas no tan obvias, a saber: embarazo y experiencia del nacimiento, legado genético, experiencia de paternidad, pérdida de estabilidad del ideal de familia, pérdida de otras relaciones, el no poder dar nietos a los propios padres, pérdida de esperanza en el futuro y sentimientos de minusvalía y baja autoestima. Incluso se ha descrito que mujeres infértiles post menopáusicas se afligen cuando ven a su alrededor a otras mujeres teniendo nietos y ellas no (Ferland y Caron, 2013, en Lindsey y Driskill, 2013). Por tanto, la resolución del duelo no sucede en corto tiempo y puede nunca ser completa para una pareja. Sin embargo, para posibilitarla, sería necesario reinstaurar una imagen de sí mismos y del cuerpo, así como reevaluar el rol de la paternidad en la vida y considerar alternativas. Es importante que logren una comunicación más efectiva y trabajen sus sentimientos sobre el hijo fantaseado que no llegará. En esto subyace una ilusión de control que hay que soltar, dejar ir, y eso también constituye una pérdida (Lindsey y Driskill, 2013). El trabajo de duelo permite superar la ambivalencia asociada al objeto perdido que ha sido fantaseado e idealizado,

para desprenderlo de afecto y relacionarse sanamente con la realidad (Dualde, 2015).

Por tanto, surge la importancia de facilitar una discusión sobre la vida después de la infertilidad, y la exploración de los sistemas de creencias de las familias de origen (que pueden incluir mensajes sobre familias sin hijos, sobre género y fertilidad, y la viabilidad de matrimonios que no tienen hijos). Se puede dar la oportunidad de usar estos temas para crear una intimidad que no sería posible de otra manera. (Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C. y Weinschel, M., 1999; Vetere, A. y Dallos, R., 2012).

IMPORTANCIA DE LA ELABORACIÓN DEL DUELO PARA AYUDAR AL HIJO ADOPTIVO CON SUS PROPIAS PÉRDIDAS

Tal como mencionamos al comienzo de este artículo, los niños susceptibles de ser adoptados han tenido experiencias de quiebre en sus vínculos tempranos. Su historia se inaugura con el abandono por parte de sus padres biológicos, o por la separación de sus familias debido a que sus derechos están siendo vulnerados y su bienestar está en peligro. Antes de la adopción, los niños viven en hogares o con familias guardadoras, con los cuales muchas veces se genera un vínculo afectivo, el cual se acaba con la adopción.

Si bien la experiencia de cada niño es única y singular, hay algo que tienen en común; no han tenido la experiencia de un vínculo cercano significativo y permanente, por parte de un adulto que esté disponible física y emocionalmente para satisfacer sus múltiples necesidades, desde las básicas como la alimentación y el abrigo, hasta las más complejas, como la seguridad, contención y cariño. Y si han tenido la suerte de tener a alguien así

en sus vidas, este vínculo se ha visto interrumpido, por lo cual, a su corta edad no han podido disfrutar de la seguridad que genera una relación basada en la incondicionalidad y permanencia del amor de otro (Morales, R y Guerra, V., 2017).

A la luz de la definición de trauma relacional que proponen Robert Stolorow y George Atwood, entenderemos que *“el afecto doloroso o temible se vuelve traumático cuando no se da por parte del entorno aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para así ser ayudado a ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto.”* (Stolorow & Atwood, 1992-2004, p.99).

Esto significa que cuando el niño vive una experiencia tan dolorosa como el abandono o el quiebre de vínculos significativo durante sus primeros años de vida, si no hay un sistema relacional que sea capaz de regular los afectos asociados a ese abandono, esta experiencia podría constituirse en un trauma.

Dicho de otro modo, la experiencia dolorosa no sería traumática en sí misma, si no que se constituye en trauma cuando no hay un otro capaz de dar la respuesta afectiva adecuada a esos sentimientos insoportables, es decir cuando no existe la sintonía afectiva necesaria para que el niño aprenda a regular sus propios afectos en el futuro (Stolorow y Atwood, 1992-2004; Vetere, A. y Dallos, R., 2012).

Entonces, nos hacemos la pregunta ¿qué necesitan los futuros padres adoptivos para lograr constituirse en estos “otros” capaces de contener y regular los afectos de sus futuros hijos?

Pensamos que una manera de estar preparados para afrontar la misión de construir con sus hijos un vínculo tan profundo y significativo, que sea capaz de regular los afectos dolorosos que ellos traen, es en primer lugar, estar alerta para

detectar dichas emociones y luego ser capaces de cumplir la función de contención y regulación emocional. Para esto, es fundamental que los padres hayan trabajado sus propios afectos dolorosos asociados a sus experiencias de pérdida (Schooler, J. et.al., 2009; Balen, R., 2013; Fernandez, S. 2015).

La no resolución de los duelos en los padres puede quedar oculta en las profundidades de la negación y traería como consecuencia que se intensifiquen en ellos algunos aspectos que tienen que ver con una imagen no integrada de sí mismos, pudiendo buscar una satisfacción sustitutiva a través del hijo adoptivo, el que sería visto a través del prisma de la idealización, puesta al servicio de la propia gratificación (Schooler, J. et.al., 2009; Dualde, 2015). En definitiva, esto impediría ver al hijo como quien es en realidad, con sus virtudes, carencias y profundos dolores.

¿Es posible enseñarle a nadar a un niño si yo no sé nadar? Quizás sí, desde la teoría, pero si no he tenido la experiencia de sentir mi cuerpo flotando en el agua, si no he estado en la situación de tener que aprender a mover rítmicamente mis piernas y brazos para evitar hundirme, ¿cómo puedo comprender realmente la excitación y a veces el temor que genera estar sumergido en el agua y no saber qué hacer?

Lo que buscamos ilustrar con esta analogía, es que no basta solo con entender cognitivamente que el niño adoptado ha experimentado duelos por pérdidas tremendamente dolorosas, sino que es necesario una “comprensión emocional” de estas experiencias, para poder sintonizar afectivamente con ellos y así captar sus necesidades emocionales y satisfacerlas adecuadamente.

Un padre y una madre que conocen sus propios dolores y han sabido comprenderlos y trabajarlos emocionalmente en una

relación afectiva contenedora, como puede ser la relación terapéutica, serán padres emocionalmente disponibles para acoger, comprender y contener los dolores de su hijo.

MODELO DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE FAMILIA, FERTILIDAD Y ADOPCIÓN

Como se explicó anteriormente, las parejas a las que haremos referencia han sido derivadas al ICHTF después de haber sido evaluadas como postulantes a la adopción en alguna de las instituciones acreditadas. Al respecto, cabe mencionar dos aspectos que serán preponderantes al inicio del tratamiento:

Lo primero tiene relación con que este proceso psicoterapéutico se plantea desde un principio como coactivo. Es decir, los consultantes no han acudido en forma espontánea, sino que la psicoterapia se presenta como condición para continuar el proceso de adopción.

En segundo lugar, podemos decir que, desde nuestra experiencia, más de la mitad de las parejas llegan a la primera sesión sin comprender el motivo de la derivación y sin reconocer dificultades en ellos mismos.

Por el contrario, tienden a sentirse incomprendidos y atribuyen la derivación a decisiones arbitrarias de los evaluadores. En este contexto, el tema de elaborar el duelo por infertilidad les resulta ajeno, no lo comprenden y en caso de estar familiarizados con el término en cuestión refieren que es un aspecto “cerrado y resuelto” en sus vidas.

Todo lo anterior conlleva el desafío para los terapeutas de invertir más tiempo en el establecimiento de un vínculo terapéutico con los pacientes. Esto es fundamental, ya que la pareja consultante suele acudir con cierta desconfianza, pudiendo sentir que

siguen siendo evaluados, es posible incluso que manifiesten sentimientos de malestar y/o que no entiendan el propósito de la psicoterapia.

Revisando nuestra experiencia a través de los años, hemos podido constatar que hay aspectos necesarios de ser abordados en un proceso terapéutico de duelo por infertilidad. Estos son: establecimiento de alianza terapéutica, abordaje del mapa familiar, historia de pareja e historia de la búsqueda del hijo biológico, elaboración del duelo por infertilidad y por último, psicoeducación en temas relativos al abandono, adopción y parentalidad.

Establecimiento de Alianza Terapéutica, Vínculo y Co-Construcción de Motivo de Consulta

Al momento de consultar, las parejas ya han destinado una gran cantidad de tiempo en el proceso de postulación y se muestran ansiosos por realizar una terapia rápida, preguntando inmediatamente por la duración de esta. Asimismo, muchas veces tenderán a justificarse, a minimizar sus dificultades y a mostrarse con grativos con el terapeuta, intentando dar una buena imagen para ser dados de alta o “aprobados” en corto tiempo. La experiencia nos ha mostrado que cada persona tiene su propio tiempo de maduración de los procesos, a nivel individual y de pareja y en general hemos podido constatar que el proceso terapéutico completo no suele tener una duración inferior a ocho meses.

En las primeras sesiones se pueden evidenciar sentimientos de rabia, frustración y pena, dirigidos ya sea hacia la persona que los evaluó, o bien al “sistema”. En esta fase, es necesario que el terapeuta pueda contar con capacidad para tolerar la frustración propia y de los consultantes, así como poder contener y validar la

frustración o rabia que éstos presentan, de tal forma de ir estableciendo una alianza terapéutica. Se necesita tiempo para explorar la vivencia de los pacientes en su proceso de evaluación y derivación y acoger sus críticas al sistema de adopciones. A veces no hay total comprensión de lo que significa realizar terapia psicológica y eso se puede constatar en que algunas personas pueden pensar que la terapia es parte de la evaluación, o que se trata de talleres, o charlas, por nombrar algunos ejemplos.

Es importante aliarse con la resistencia y dificultad de los pacientes. Coincidir con ellos en que esta es una terapia no electiva, pero necesaria y que nunca se habían imaginado estar en esa situación.

Esta primera fase es crucial pues sienta las bases para desarrollar confianza y facilitar la apertura para conversar temas más difíciles de abordar, como la vivencia de infertilidad, motivación para la adopción y el o los duelo/s, así como fantasías en torno a las capacidades parentales.

La co-construcción del motivo de consulta puede tomar varias sesiones y es un elemento clave como indicador de que las personas están dispuestas a trabajar sobre algún tema o problema. Esta co-construcción incluye las causas de la derivación y también la motivación personal de los consultantes. De esta manera se trata de hacer propio el motivo de derivación, dándole un nuevo significado, para convertirse en un motivo de consulta.

Revisión o Abordaje del Mapa Familiar

Aun cuando todavía no esté claro el motivo de consulta, la exploración de las familias de origen de cada uno de los miembros de la pareja pueden facilitar el camino hacia una co-construcción con sentido para todos. En esta etapa se profundiza en elementos transgeneracionales,

estilos de crianza, roles en la familia, lealtades, mandatos, pérdidas personales y familiares, así como duelos relativos a cada uno.

Hemos podido constatar que cuando trabajamos la historia personal de cada uno, van surgiendo patrones, creencias y valores que juegan un rol muy importante en la elaboración de las pérdidas y duelos de cada miembro de la pareja. Este trabajo lo realizamos a través de la narrativa de su historia o de técnicas que utilizan el simbolismo, como el genograma con figuras o la construcción de un collage, entre otros. En este proceso, cada uno va haciendo consciente sus propios patrones familiares y como se han abordado y elaborado históricamente las pérdidas y duelos familiares. Este trabajo les permite comenzar a visualizar los desafíos que tienen por delante en términos de cómo quieren llevar a cabo la parentalidad adoptiva propia.

Historia de Pareja e Historia de la Búsqueda del Hijo Biológico

Relacionado con el tema anterior, se profundiza en la formación de la pareja y motivaciones subyacentes a las decisiones que se han ido tomando en los inicios de la vida conjunta y a lo largo de ella, incluyendo la búsqueda del hijo biológico y subsecuentemente la motivación por la adopción.

Se comienza a hablar sobre la búsqueda de un hijo biológico y las dificultades encontradas en ese camino. Las parejas tienden a contar rápidamente (y generalmente de una sola vez) todo lo relativo a los aspectos fisiológicos y médicos de la infertilidad y es frecuente que finalicen su relato con frases como “eso ya lo dejamos atrás” o “ya lloramos y cerramos el asunto, ya no es tema”. Sin embargo, la experiencia

en el trabajo con familias adoptivas ya constituidas o post adopción, que consultan por diversos motivos, nos da cuenta de que detrás de los problemas explícitos por los que consultan, está la dificultad de conectarse con el propio dolor por parte de los padres, porque no se le ha encontrado un sentido a la imposibilidad de tener hijos biológicos. Por tanto, el terapeuta debe volver con especial cuidado sobre eso que “sí es tema”, para promover un nuevo relato de lo sucedido, esta vez incorporando las emociones y pensamientos que acompañan el relato. Estos son puestos a la luz, para validar su existencia, para ser contenidos y paulatinamente elaborados y re-significados. De este modo, los futuros padres podrán echar mano de lo que ya han experimentado o sufrido, para poder conectarse, acoger y ayudar a su futuro hijo. Es decir, habrán sido capaces de sumergirse en aguas profundas, aprendiendo a nadar en ellas, de tal forma que podrán encontrarse con su hijo en aquellas aguas ayudándolo y nadando juntos.

Elaboración del Duelo por Infertilidad

En las parejas postulantes hay abordajes frente a este duelo que son más fáciles para unos que para otros, con lo que cada cónyuge puede jugar un rol en facilitar u obstaculizar la dinámica del proceso del duelo.

En los procesos terapéuticos, nos hemos encontrado con que a veces este duelo se muestra asumido a nivel racional, pero sin sintonía emocional, sin integración afectiva. El terapeuta debe ayudar a la pareja a hacer un recorrido por este camino de búsqueda del hijo biológico, pero esta vez, más detalladamente. Se hace necesario unir el relato de los diagnósticos y tratamientos médicos con un correlato emocional: dónde estuvo emocionalmente cada uno, qué

creencias y valores guiaron estas vivencias. Por ejemplo, hemos visto que muchas veces los hombres tratan de apoyar a sus parejas desde ser “el fuerte” con el fin de que ellas no se depriman; sin embargo, en ese proceso pasan por alto sus propias emociones de tristeza, desilusión y rabia, entre otras, con lo que finalmente las personas transitan solas por este camino. Durante el proceso terapéutico se puede reconstruir esta historia, uniendo los componentes racionales con los emocionales; las creencias familiares con las necesidades de apoyo y contención. Es en este recorrido que toma forma el hijo biológico deseado, fantaseado.

En nuestra práctica con familias adoptivas constituidas, hemos podido observar que algunos padres muestran dificultad para conectarse con su hijo adoptivo debido a que no cumple las expectativas del hijo biológico idealizado. Lo anterior lleva a pensar en un duelo estancado, no resuelto, donde los padres pueden ser incapaces de relacionarse con su “hijo real”, el adoptado, porque la idealización se los impide. Ante esto se hace necesario ayudar a la pareja a poder despedirse del hijo soñado soltando lo que no les sirve, para dar espacio a lo nuevo, pudiendo generarse un lugar donde tenga cabida el hijo adoptivo.

El logro de eso requiere profundizar en la despedida del hijo biológico deseado y de aquellos hijos que no vendrán. Para ayudarlos en este proceso, recurrimos también a elementos simbólicos que aportan una narrativa diferente y posibilitan la representación concreta de lo que no puede hacerse concreto. En algunos casos hubo algún embarazo, lo que asemeja el duelo al de alguien fallecido, pero aun así se trata del duelo por todos los que nunca vendrán, no sólo por ese hijo que se fue. Uno de los elementos simbólicos que utilizamos es la técnica de la “carta de despedida del hijo biológico”. En ésta se escribe a un

receptor, por lo que el hijo biológico cobra cierto realismo, generándose la oportunidad para despedirse y luego dejarlo ir, a través de algún rito que sea significativo para ambos miembros de la pareja.

A modo de ilustración un ejemplo: se trata de un matrimonio que no podía tener hijos biológicos, pero solo durante el proceso de terapia pudo contactarse con el dolor que ello les significaba. Fue un período largo de aflicción y de sumergirse en las profundidades de las vivencias de pérdida de cada uno, lo que finalmente pudieron hacer en forma reparadora. En ese momento de la terapia se les sugirió escribir una carta de despedida al hijo biológico. Ellos pensaron que lo harían fácilmente, pero se dieron cuenta que estar frente al papel, algo concreto, ponía de manifiesto que la despedida sería “real”. Una vez escritas las cartas (cada uno escribió su propia carta, pues es su particular forma de vivenciar al hijo idealizado), la pareja se tomó un tiempo para decidir qué hacer con ellas. Pensaron que sería bonito y poético dejarlas ir en forma de barquito de papel por el caudal de un riachuelo, viendo cómo desaparecían en el horizonte. Para lograr esto se empeñaron en encerar y preparar el papel, así como en fabricar barquitos bien hechos y resistentes.

¡Pero cómo sería su sorpresa cuando llegado el momento de poner los barquitos en el agua, estos se hundieron en forma inmediata!

Esa pareja pudo reflexionar al respecto.

Mencionaron que hasta el último momento hubo un deseo de controlar el destino de ese hijo idealizado y de quedárselo más tiempo. Pero el barquito se hundió. “Se tenía que ir rápido, no tenía nada más que hacer con nosotros”, concluyeron ellos.

Psicoeducación en Temas Relativos a Abandono, Adopción y Parentalidad

Una vez que la pareja ha podido integrar sus experiencias dolorosas en su historia pasada y presente, es que puede empezar a mirar al futuro hijo adoptivo como alguien que también tendrá sus propios dolores, inquietudes y desafíos.

La psicoeducación es la etapa final del proceso terapéutico, y tiene lugar cuando ya se ha abierto el espacio mental y emocional para hablar de un hijo adoptivo. Los futuros padres se encuentran receptivos a nueva información, no solo desde el punto de vista teórico, sino que logran ser capaces de incorporarla también en un nivel emocional. También se trabaja con información concreta que la pareja puede haber recopilado (hoy en día existe mucho en internet que es bueno ir desmitificando), así como con películas, cuentos o documentales que hemos escogido según su aproximación a la temática de adopción y parentalidad. Temas como el relato de su llegada a la familia, preguntas y emociones que pueda tener respecto de su familia biológica son importantes de poder abordar ya que se van relacionando con las resonancias personales de cada miembro de la pareja.

En esta etapa final del proceso terapéutico, se alienta a los consultantes a realizar una autoevaluación, donde ellos pueden diferenciar cómo están en ese momento respecto de cuando comenzaron la terapia. Así, logran comprender el sentido del trabajo realizado y la necesidad de haber transitado por el proceso de duelo. Suelen reportar sentimientos de alivio y sensación de libertad, como si se estuvieran desprendiendo de algún tipo de atadura. Asimismo, pueden reconocer fortalezas personales y de pareja, así como nuevas herramientas que les serán de utilidad en

el ejercicio de la futura parentalidad adoptiva.

Las intervenciones terapéuticas a lo largo de todo el proceso podrían ser vistas metafóricamente como las puntadas en una costura, donde se va cosiendo en forma pareja, de a poco, y de pronto se da una puntada más larga, lo que genera resistencia en el resto del hilo y también en la tela. Por eso hay que retroceder, descoser un poco y retomar la costura en aquel lugar donde tanto el costurero como el hilo y la tela, se encontraban en armoniosa colaboración. No obstante, esto no significa que ahí finaliza la costura, sino que se debe continuar, probablemente partiendo con un “remache” en lo que se había logrado afianzar, y con una puntada distinta o más corta, en el terreno que había sido complicado.

CONSIDERACIONES FINALES

El camino recorrido para llegar a proponer este modelo ha tenido sus inicios en familias adoptivas ya constituidas, donde hemos visto la importancia de que los padres puedan hacerse cargo de afrontar sus duelos e historias personales, para así poder acompañar a sus hijos en la elaboración y reparación de sus propios dolores. En este proceso, se pueden observar diferencias de género en cuanto a la vivencia del duelo por infertilidad al interior de los miembros de una pareja, donde la mayoría de los estudios se han centrado en las mujeres, quedando en segundo plano la vivencia masculina, por lo que es un aspecto muy interesante de abordar en futuras publicaciones. No obstante, la adecuada elaboración del duelo por infertilidad en ambos miembros de la pareja es fundamental para el bienestar individual y familiar, ya que permite partir con una base más sólida, permitiendo a los padres relacionarse con un hijo real,

no fantaseado.

El abordaje terapéutico del duelo por infertilidad en parejas postulantes a la adopción es un trabajo desafiante no solo para los consultantes, sino también para los profesionales a cargo, quienes deben lidiar con el carácter de terapia coactiva que le da una particularidad a este proceso, al mismo tiempo que se ven enfrentados a resonancias individuales en la persona del terapeuta en temas tan delicados como el duelo, que lleva a mirar las propias pérdidas.

El trabajo sobre la persona del terapeuta es un aspecto que ha caracterizado el modo de funcionar de nuestra unidad, siendo parte importante del modelo de trabajo presentado en estas líneas y podría llegar a ser un buen tópico para tratar en futuras publicaciones. Asimismo, surgen otras temáticas interesantes de ser abordadas pero que exceden el propósito de este artículo, por lo cual no fueron profundizadas en esta ocasión, quedando dentro de los próximos desafíos de nuestra unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque post moderno de la terapia*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Balen, R. (2013). You can always adopt: what clinic staff need to know about adoption and fostering? *Human Fertility*, 16 (1), 13-16.
- Berenstein, P. (2014). *La adopción y el vínculo familiar: construyendo la historia*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Bertrando, P. (2011). *El Diálogo que conmueve y transforma*. México: Editorial Pax.
- Boss, P. y Carnes, D., (2012). The myth of closure. *Family Process* 51: 456-469.

- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., Kopelman, S., (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 54 (4) Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n4/v54n4a03.pdf>
- Cincunegui, S., Kleiner, Y. y Woscoboinik, P. (2004). *La infertilidad en la pareja*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Contreras, Y., Jara, V. y Manríquez, C. (2016) Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: un estudio piloto. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. doi: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.372>
- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., Scharf, C. y Weinschel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: Guilford Press.
- Dualde, F. (2015). *Adopción, parentalidad y psicopatología: cuando los duelos se encuentran*. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente. España: 26, 95-104.
- Egenau, P., Hermosilla, M. y Morgado, A. (2013). *El proceso de ser padres adoptivos*. (2ª ed.). Chile: Nueva Patris.
- Fernandez, S. 2015. Reflexiones sobre el trabajo psicosocial con familias en procesos post adoptivos. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*, 31 (1), 21-41.
- Galleguillos, M. F. y Jaque, N., (2017). Hacia la construcción de un sistema nacional de adopción en Chile. En Salvo, I. (Ed.), *Adopciones en Chile: políticas, intervenciones e investigación* (pp. 55-85). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Hasanpoor-Azghdy, SB., Simbar, M. y Vedadhe, A. (2014). The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study. *Iran J. Reprod. Med*, 12 (2), 131-138.
- Kaye, E., (2015). The right to grief. *Journal of palliative medicine*, 18 (10).
- Kubler-Ross, E. (1969-1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Nueva York: Macmillan Publishing Company.
- Lee, S., Wang, S., Kuo, C., Kuo, P., Lee, M. y Lee, MC. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Science*. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00742.x
- Lindsey, B. y Driskill C. (2013). The psychology of infertility. *International Journal of Childbirth Education*, 28 (3).
- Morales, R y Guerra, V., (2017). Aproximaciones intersubjetivas al proceso de acompañamiento post adoptivo en adopciones internacionales. En Salvo, I. (Ed.), *Adopciones en Chile: políticas, intervenciones e investigación*. (pp. 89- 115). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Ministerio de justicia de Chile., ley 19.620 dicta normas sobre adopción de menores. Recuperado de <http://bcn.cl/1uw1k>

- SENAME, (2017). Anuario estadístico, Chile. Recuperado de <http://www.sename.cl/web/anuarios-estadisticos-sename>
- Schooler, J., Keefer, B. y Callahan, T. (2009). *Wounded children, healing homes: how traumatized children impact adoptive and foster families*. Estados Unidos: NavPress.
- Stolorow, R., Atwood, G. (1992-2004). *Los Contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder Editorial.
- Vetere, A., Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa: un modelo integrador*. Madrid: Ediciones Morata.
- Volgsten, H., Svanberg, AS y Olsson, P., (2010). Unresolved grief in women and men in sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Oct. 89 (10): 1290-7. doi: 10.3109/00016349.2010.512063.
- White. M., Epston, D. (1980-1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Wishmann, T. (2013). Your count is zero: counselling the infertile man. *Human Fertility* 16 (1): 35-39.