

PROBLEMAS REPRODUCTIVOS E IDENTIDAD DE GENERO.

Irma de Lourdes Alarcón Delgado.
ENEP Iztacala, UNAM.
1996.

El embarazo y el parto son eventos importantes en la vida de las personas. Existe una multiplicidad de factores que influyen sobre la forma en que respondemos y nos adaptamos a este evento; desde la diversidad de motivos individuales para ser padres, los apoyos y soportes socioculturales a la maternidad-paternidad, las preferencias religiosas, los procedimientos médicos involucrados previos a, durante y posteriores a la gestación, etc.

Las necesidades personales y las actitudes sociales relacionadas a la maternidad se ven modificadas debido a los cambios en la cultura, en la tecnología médica, en las políticas de planeación, y todo esto tiene implicaciones importantes tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto .

El ser mujer implica algunas peculiaridades en las transiciones hacia el mundo adulto. La vida de la mujer parece definirse en el ámbito de lo familiar, la formación de la pareja, el matrimonio y la maternidad. Ser esposa y madre son dos ejes claves de la ubicación social y cultural del ser mujer, ya que implican una redefinición de los roles que venía desempeñando, y por ende, su identidad (Jelin y Feijoo, 1983). Fernández (s.f.) plantea que la maternidad da sentido a la femineidad, al considerarse como obvia y natural la equivalencia entre mujer y madre, dadas las posibilidades biológicas del género femenino.

Uno de los cambios más significativos y a menudo ignorados es el cambio en la identidad femenina debido al embarazo y la maternidad (Ussher, 1989). El primer embarazo implica el fin de la mujer como una unidad singular y el comienzo de la relación madre-hijo. Los cambios en la identidad tienen lugar desde el comienzo del embarazo, ya que tan pronto éste es notorio a los ojos de la sociedad, ella comienza a verse y ser vista como madre, es decir, deja de percibirse como una unidad singular mucho antes del nacimiento de su hijo. Cuando ocurre un tropiezo en este proceso, como en los casos en que el bebé muere, la muerte de su hijo parece cancelarla, ella ya no es vista más como madre, en una maternidad no hay espacio físico ni psicológico para una madre sin hijo, no es madre, ni es más una paciente (Lovell, 1983).

Hablar de la muerte no es fácil, puesto que a los humanos, los únicos seres que nos sabemos mortales ésta significa la cancelación de las posibilidades de la existencia e implica dolor. Las muertes que más nos duelen son las de los seres que amamos, y más dolorosas cuanto más inesperadas o violentas sean.

La vida y la muerte son los polos opuestos de la vida, y ambas se relacionan con emociones contrarias, opuestas. Sin embargo, en el caso de una pérdida perinatal (aborto, mortinato o muerte temprana) ambos extremos del mismo continuo están presentes y parecen anularse. Un embarazo significa el nacimiento de una vida, vida que significamos con una serie de expectativas, ilusiones y proyectos, y cuando ocurre una pérdida perinatal éstos se cancelan, deben cancelarse.

La muerte de un bebé que se gesta, también significa en nuestra sociedad donde priva la ecuación mujer=madre, que ésta se rompa, poniendo en cuestionamiento el mismo proceso de identidad que se ha venido construyendo, en tanto la ecuación

establece que para ser mujer hay que ser madre, es decir, “la madre es el paradigma de la mujer”.

Algunas personas ligan esta falla reproductiva a una falla en su identidad sexual, debido a que la procreación está ligada a los genitales, base de su identidad de género.

Adicionalmente, las reacciones emocionales ante una pérdida perinatal plantean la necesidad de intervención psicológica, debido a la naturaleza diferente del proceso de aceptación y duelo, ya que no existen recuerdos de esa persona, sino sólo de las expectativas, deseos y proyectos contruídos, existiendo una sensación de irrealidad, especialmente si la madre no pudo o no quiso ver a su bebé muerto. Las reacciones típicas son falta de sueño, falta de apetito, irritabilidad, llanto, tristeza, ira, ansiedad, experiencias alucinatorias del bebé muerto, culpa, depresión, miedo de no poder tener otro hijo o de que vuelva a ocurrir una pérdida (Leon, 1986, 1987; LaRoche et. al, 1984; Theut et al, 1989; y Toedter et al, 1988).

El enfrentamiento de esta experiencia implica la resolución del embarazo e incluso la relación con otros hijos nacidos subsecuentemente, ya que en aquéllos casos en los cuales el proceso de duelo no se efectúa, conlleva secuelas emocionales duraderas.

Ha sido de interés para los investigadores sobre el tema saber si las reacciones emocionales y el proceso de duelo tienen semejanzas y diferencias conforme la edad gestacional en la que ocurre la pérdida, por lo que se han creado instrumentos de evaluación como la Escala de Pena Perinatal (Perinatal Bereavement Scale) por Theut et al(1989) y la Escala del Duelo Perinatal (Perinatal Grief Scale) por Toedter et al (1988). Sin embargo, los factores involucrados no se limitan a la duración del embarazo, sino también a si existen pérdidas previas, nacimientos previos, calidad de la relación marital, edad de la madre, y la probabilidad de un embarazo subsecuente exitoso.

Sin embargo, algo que no ha sido planteado en la investigación al respecto es si el significado de una pérdida perinatal puede variar según las condiciones que rodearon el embarazo. Es decir, sabemos que el significado de un embarazo varía dependiendo de múltiples factores: si fué deseado o no, si fué planeado o no, si ocurre en diferentes momentos de la vida de una mujer (adolescencia, adulta joven, adulta mayor de 30 años), si ocurre dentro o fuera de una relación de pareja, si ésta relación está instituída civil y/o religiosamente, si es el primer embarazo o existen hijos previos, si existen condiciones económicas favorables o no, si existen redes de apoyo, si recibe atención médica prenatal, etc.. Es decir, que la maternidad se ubica en el plano de lo construido socialmente y no del instinto. Este trabajo plantea la hipótesis de que el significado de una pérdida perinatal así como el proceso de duelo y las reacciones emocionales también pueden variar según las circunstancias que rodearon al embarazo y a la pérdida misma, y también puede variar el cómo se vea afectada la identidad femenina por este evento.

En la presente investigación se hizo un estudio exploratorio con 14 mujeres mexicanas cuyas edades iban de los 22 a los 64 años, todas las cuales habían sufrido pérdidas perinatales, y donde habían transcurrido un periodo que iba desde 6 meses a 32 años de haber ocurrido ésta. Se realizaron entrevistas semiestructuradas contemplando los siguientes aspectos: Datos generales :edad, estado civil, nivel educativo, número de embarazos, número de hijos vivos, número de pérdidas, tiempo de gestación al momento de la pérdida, reacciones ante la pérdida, proceso de duelo, redes de apoyo disponibles, explicaciones que ellas construyeron sobre el hecho, si pudieron ver y/o tocar a su hijo, y ritos funerarios..

Los resultados se presentarán descriptivamente por factor explorado, y para poder ubicar las características más importantes de las mujeres entrevistadas, se presenta el siguiente cuadro:

Edad actual	Edad pérdida	ocupación	escolaridad	estado civil	no. de embarazos	no. de pérdidas	tipo de pérdida	orden nac. hijo pérdida
63	31	hogar	prim. incomp.	casada	9	1	mortinato	7o.
29	24	empleada	técnica	casada	2	1	mortinato	1o
64	35	trab. domést.	prim. incomp.	separada	5	1	aborto tardío	5o.
22a 1m	21a 7m	hogar	primaria complet	casada	1	1	motinato	1o.
35	33	hogar	primaria incomp	union libre	2	1	aborto tardío	1o.
22	22	hogar	secundaria term.	casada	2	1	aborto	2o.
40	33, 35, 36	hogar	secundaria term.	casada	3	3	mortinato	1o, 2o, 3o.
26	24	docente	licenciatura termino	casada	1	1	mortinato	1o.
25	22	hogar	secundaria term.	casada	3	1	pérdida perinat.	2o.
32	29	empleada	secretaria	divorcida	2	1	aborto tardío	2o.
27	23	hogar	secundaria term.	casada	2	1	mortinato	1o
23	22	hogar	secundaria inc.	casada	2	1	aborto tardío	2o.
39	33	empleada	licenciatura inc.	casada	2	1	aborto	2o.
28	27	hogar	bachillerato inc	casada	3	1	aborto	3o.

Nacimientos previos.

De las 14 mujeres 8 tenían hijos vivos. 5 de ellas estaban embarazadas por segunda ocasión cuando sufrieron la pérdida, 2 de ellas tenían más de dos hijos vivos, teniendo una 4 hijos previos a la pérdida, y la otra 6 hijos anteriores y 2 posteriores a la pérdida y para la última, la pérdida ocurrió en su tercer embarazo. Para 5 de ellas la pérdida ocurrió en su primer embarazo, y para una de ellas tuvo 3 pérdidas consecutivas. En las entrevistas no parece haber diferencias notables entre el dolor experimentado por la pérdida debido a este factor, sin embargo, las mujeres que ya tenían hijos no sintieron amenazada su identidad de género por perder un hijo, puesto que ya habían sido madres

anteriormente. Lo anterior no excluyó que se presentaran las reacciones emocionales de duelo, depresión, culpa, miedos.

Hubo dos factores relacionados con el número de nacimientos previos que es importante señalar: el primero está relacionado con el estatus socioeconómico y civil, ya que para la mujer que ya tenía 4 hijos, madre jefa de familia, con escaso nivel educativo y de ingreso, el quinto embarazo, no deseado y que concluyó en pérdida, ella manifestó que “sí sentí tristeza pues ya me había hecho a la idea, pero pues es muy difícil darles de comer a tantos”. En el otro caso de madre múltipara la reacción fué tan intensa como en aquéllas que la pérdida fué su primer o segundo embarazo, ya que aún cuando han pasado 32 años desde ésta, ella sigue pensando en cómo sería su hija, llora al recordarla y sigue considerando que ella tuvo la culpa por permitir que le hicieran una “limpia” mientras estaba embarazada, aunque es importante señalar que en éste caso se trata de una mujer casada y con apoyo de parte de su esposo cuando ocurrió la pérdida. El segundo factor se relacionó al número de pérdidas, que será explorado a continuación.

Pérdidas previas.

En relación a este factor sólo hubo una mujer entrevistada que había sufrido más de una pérdida. Ella había estado embarazada, con dificultades, en tres ocasiones y en todas culminaron con una pérdida, y en la actualidad es madre adoptiva de un niño. Para esta mujer, el hecho de tener pérdidas repetitivas significó un dolor muy profundo e intenso, puesto que sólo en la primera ocasión tuvo el apoyo de su esposo, y con cada ocasión su familia política y su esposo no sólo no le apoyaron sino que la inculparon, la denigraron y ridiculizaron, diciéndole por ejemplo que “no sirves ni para tener hijos”, ella vió amenazada seriamente su identidad femenina y su autoestima e integridad como persona, ya que se sentía avergonzada, culpable, inmerecedora de cualquier cosa, manifestando, por ejemplo, “no me atrevía pedirle (a su esposo) nada para mí”, cada nuevo embarazo lo vivió con mayor temor y ansiedad y estaba sumida en la convicción de que un destino fatal la perseguía. Actualmente al criar un hijo adoptivo, afirma que su vida ha cambiado, que se siente realizada como mujer y que ahora ya tiene un lugar en su familia.

Duración del embarazo.

De las 14 mujeres entrevistadas, 3 experimentaron un aborto (antes de las 20 semanas de gestación), 4 tuvieron un aborto tardío (después de 20 semanas de gestación), 6 tuvieron un mortinato (nacido muerto, en un caso experimentó 3, por lo que el número de mortinatos fué de 8) y en un caso la pérdida fué a los 4 días de nacido su bebé. Sólo 4 de ellas pudieron ver a su hijo (1 que tuvo aborto, 2 mortinatos y 1 pérdida perinatal). Para este caso la intensidad de la pena sólo en dos de los casos de aborto fué menor (tal como lo reportaron ellas mismas) pues una de ellas refería que dado el tiempo de embarazo “aún no se había hecho a la idea de lo que es tener un bebé”. En el otro caso de aborto, las reacciones fueron mas intensas y se refleja en el hecho de que aún cuando el feto era muy pequeño, ella insistió en el hospital para que se lo dieran, hasta que lo logró, manteniéndolo un tiempo dentro de un frasco que sólo mostraba a quien consideraba de confianza y que después enterró en el mismo lugar donde estaban otros de sus familiares. Ella decía que le producía tranquilidad saber dónde estaba y no que lo hubiesen quemado o tirado, porque “un hijo es un hijo”.

Para las 6 mujeres que dieron a luz un mortinato las reacciones de duelo y pena fueron muy intensas, en todos los casos se culparon por la muerte de su hijo, ya que pensaban que algo que habían hecho o dejado de hacer la había causado, tal vez debido a que en la mayoría de los casos no supieron la causa real, aunque se pudo detectar por sus relatos

que en 2 casos fué por incompatibilidad Rh, 1 por eclampsia (alta presión arterial durante el embarazo), y otra por malformaciones congénitas graves. Para la mujer cuyo hijo falleció a los 4 días de nacido, experimentó igualmente una intensidad muy alta de dolor, pero aunque ella se culpaba por haber confiado en su médico, su sentimiento predominante era de ira y rencor hacia éste, ya que cree que pudo haberse evitado la muerte de su bebé .

Calidad de la Relación Marital y Apoyo de las familias de origen.

En los discursos de las mujeres entrevistadas se aprecia claramente que el apoyo que les otorgaron su pareja y familiares fué crucial para afrontar el hecho de haber sufrido una pérdida perinatal. Esto es válido también para el caso de las 2 madres jefas de familia, quienes contaron con el apoyo de sus familiares y amigos. Lo contrario también es cierto: mientras más les hostigaron, criticaron o simplemente no estuvieron presentes, esto contribuyó a agravar la pena experimentada.

Al respecto de la importancia de este factor, es importante mencionar que el apoyo que provenía de las mujeres (amigas o familiares) lo sintieron más empático, es decir, lloraban con ellas, las consolaban, les daban aliento y consejo. En el caso del apoyo recibido de los varones (esposo o padre) éste consistió en fungir como la figura fuerte de sostén, e incluso de impulsarlas a salir de la crisis mediante demandas de no dejarse abatir, no llorar, casi siempre narrado como incompreensión (“no podía llorar delante de él porque se enojaba”), aunque posteriormente comprendían que lo hacían porque ellas eran importantes para su esposo, pero en otros casos subsistió la sensación de no haber sido comprendidas por éste.

Otros factores.

Aunque no se contempló inicialmente la importancia de la religiosidad, en todos los discursos ésta apareció, inicialmente en forma de reclamo, renegar de la voluntad de Dios, o bien de modo de llegar a la aceptación (“así lo quiso Dios”, “Dios sabe por qué fué mejor así”, etc.). En todos los casos las mujeres acudieron a su fé religiosa para poder emerger de la crisis debida a la pérdida perinatal, incluso aceptando que “su hijo estaría mejor al lado de Dios” y que ellas “debían ser buenas” para reunirse con él.

También fué importante, aunque no sabemos en qué medida, el nivel educativo de la mujer, que le permitía buscar una explicación más lógica y coherente sobre las causas de sus pérdidas y esto las tranquilizaba. Para aquéllas mujeres con menor educación persistían pensamientos “mágicos” en los que vinculaban la causa de la pérdida de su hijo con algún acontecimiento (que hicieron corajes, que les hicieron una limpia). o como castigo a sus culpas (“he sido mala” o “Dios me quitó a mi hijo porque quise retener con él mi esposo”)

Llevar a cabo algún ritual (enterrarlo, tirar las cosas del bebé, explorar sus fantasías y deseos sobre el hijo no nacido y renunciar a ellas) fué un factor que ayudó a que las mujeres que los realizaron a aceptar la pérdida como algo real, y poder afrontarla.

Por último, en las entrevistas de casi todas las mujeres, apareció la queja sobre el modo de tratarlas en los hospitales por parte del personal médico y enfermeras. Relataron la escasez de la información proporcionada, el modo “duro” de decir las cosas, e incluso de muestras de indiferencia o de negarse a presentarles a sus hijos aún cuando lo solicitaron (en 1 caso), para el resto de las mujeres no se les ofreció poder ver y menos tocar a su hijo, lo que coadyuvó a una sensación de irrealidad de lo perdido.

Conclusiones y Discusión.

Durante su embarazo una mujer ha vivido un proceso social de construcción de identidad, ha sido gradual a través de los meses, autobiográficamente en su relación con los profesionales de la salud, la familia y los amigos. Cuando ocurre una pérdida, éste proceso se suspende abruptamente y hay que recomponer los fragmentos de ese proceso en una nueva dirección. El cuidado antenatal no sólo debería estar encaminado a ver físicamente a la mujer, sino también enfocarse a la preparación de la maternidad entendida en su dimensión psicológica y social. Lo mismo debería plantearse para cuando ocurre una pérdida, el cuidado médico no es suficiente, es importante que se trabaje terapéuticamente para ayudar a la mujer en un proceso de de'construcción de su maternidad, o al menos de ese hijo en particular . La identidad es contruida y mantenida entre los interiores privados y el dominio público vía la mediación de los otros, en el momento de una crisis personal, ésta se vuelve precaria y es necesario atenderla.

Como se dijo al principio, éste es un trabajo exploratorio y los hallazgos reportados han de seguirse cuestionando, es decir, es necesario profundizar en su estudio, no podemos afirmar cuáles de los factores involucrados es más importante, debido a la heterogeneidad y número de la muestra, y también a que generalmente los factores no se encuentran aislados entre sí; es más importante generar líneas de trabajo terapéutico para coadyuvar al proceso de duelo necesario en el afrontamiento de una pérdida perinatal, que incluyan el trabajo directamente con las mujeres que la experimentan, pero también con el personal médico y administrativo que las atiende, para lograr un trato más humanitario e integral .

Por último, es importante decir, que el significado psicológico que una pérdida tiene, variará dependiendo de los factores involucrados, es decir, la vivencia de la maternidad y de la no maternidad se fundamenta en un conjunto de representaciones, creencias y deseos colectivos que ordenan la valoración social que ésta tiene en un momento histórico dado y que se constituyen en los márgenes de lo que es posible imaginar, sentir y pensar por las mujeres y los hombres en el ejercicio de su maternidad-paternidad.

BIBLIOGRAFIA

- Jelin, y Feijjo. (1983). Del deber ser y el hacer de las mujeres: Dos estudios de caso en Argentina. Colegio de México.
- La Roche, M., M. LaLinr-Michaud, F., Engelsmann, N. Fuller, M. Copp, L. McQuade-Soldatos & R. Azima (1984) "Grief reactions to perinatal death. A follow-up study". Canadian Journal of Psychiatry, 29, February, 14-19.
- Leon, I. G. (1986) "Psychodynamics of perinatal loss". Psychiatry, 49, November, 312-324.
- Leon, I.G. (1987) "Short-term psychotherapy for perinatal loss", Psychotherapy, 24, Sum, 2, 186-195.
- Lovell, A. (1982) "Some questions of identity: late miscarriage, stillbirth and perinatal loss". Social Science & Medicine, 17, 11, 755-761.
- Toedter, L. J. , J. .N. Lasker & J.M. Alhadeff (1988) "The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation", Amer. J. Orthopsychiat., 58, 3, July, 435-449.
- Ussher, J. (1989) The Psychology of the Female Body. Routledge, London, Cap. 4.