Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.

DUELO INHIBIDO POR ABORTO PROVOCADO; APOYO TANATOLOGICO Y GESTALT

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN TANATOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA TERESA PELÁEZ CRUZ

Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México D.F a 9 de junio de 2014.

DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

MARIA TERESA PELAEZ CRUZ
Generación 2013- 2014 Vespertino.

El nombre de la Tesina es:

DUELO INHIBIDO POR ABORTO PROVOCADO;

APOYO TANATOLOGICO Y GESTALT

ATENTAMENTE

Director de Tesina

DR. FELIPE MARTINEZ ARRONTE

A Dios.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN ---------- 6

2. JUSTIFICACION ---------- 7

3. OBJETIVO DE LA TESINA---------- 8

4. ALCANCES---------- 9

5. CAPITULO I ---------- 10

5.1 ABORTO ---------- 10

5.2 Tipos de aborto: ---------- 10

5.3 Epidemiologia: ---------- 12

6. CAPITULO II ---------- 13

6.1 MOTIVOS PARA EL ABORTO INDUCIDO ---------- 13

7. CAPITULO III---------- 15

7.1 COMPLICACIONES EN EL ABORTO---------- 15

7.2 Complicaciones a largo plazo:---------- 18

7.3 Síndrome Post Aborto (SPA):---------- 19

7.4 Stress Post-Traumático:---------- 19

7.5 Estadios del SPA:---------- 21

7.6 Dolor emocional. ---------- 21

8. CAPITULO IV ---------- 22

8.1 DUELO---------- 22

8.2 Elaboración del duelo---------- 23

8.3 Tipos de duelos.---------- 23

8.4 Fases o etapas del proceso del duelo. ---------- 24

9. CAPITULO V---------- 29

9.1 DUELO INHIBIDO---------- 29

ENFOQUE TANATOLÓGICO ---------- 29

9.2 Duelo inhibido, retardado o negado: ---------- 30

9.3 Indicadores clínicos para detectar complicaciones en el duelo:- 31

9.4 Enfrentamiento del duelo:---------- 32

9.5 Acompañamiento en el proceso del duelo: ---------- 32

9.6 Desafíos ---------- 33

10. CAPITULO VI ---------- 36

10.1 PSICOTERAPIA GESTALT EN EL DUELO INHIBIDO---------- 36

10.2 Acciones: ---------- 39

10.3 Técnicas psicoterapéuticas: ---------- 40
11. CARTA DE UNA MADRE ---------- 44
12. CONCLUSIONES: ---------- 46
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: ---------- 47

1. INTRODUCCIÓN

Durante mi práctica profesional he tenido la oportunidad de facilitar los procesos psicoterapéuticos de pacientes en su gran mayoría mujeres, en diferentes etapas de la vida, roles y edades; jóvenes estudiantes, profesionistas, amas de casa y madres, y aun abuelas.

En sesiones semanales y mediante técnicas y ejercicios de diversas especialidades, escuelas y corrientes filosóficas, pero sobre todo, predominando la Psicoterapia Gestalt, y como resultado de la escucha, la observación y el trabajo en conjunto con ellas, identificamos que algunas de estas pacientes, tenían como antecedente en común, el que en alguna etapa de su vida fértil se han realizado uno o más abortos, los que son vividos con culpa, dolor y casi siempre con vergüenza, causa principal y el origen de la problemática emocional que las ha llevado a buscar ayuda psicoterapéutica.

No siempre el aborto es confesado, en general las mujeres lo mantienen en secreto durante largos años durante los cuales, como mencionaba anteriormente, cargan con culpa, dolor y llenas de arrepentimiento que en ocasiones se torna tortuoso. Hay mujeres que, después de largos años en terapia, se atreven a expresar todo el dolor y el conflicto que les ha significado el haber optado por el aborto realizado a veces, muchos años antes.

Las creencias, mandatos, introyectos y todo el peso de lo ético, lo religioso, lo moral, lo social etc., hacen que el aborto se lleve encima como una carga que desgasta mucho y es una perturbación que intermitentemente aparece y toca la herida, que duele como si fuera reciente.

La pérdida voluntaria de su hijo ha sido acallada por ellas mismas y este duelo no se ha vivido de manera adecuada, es aquí donde radica la importancia del soporte tanatológico, de saber cómo apoyar y ayudar a la mujer que se ha realizado un aborto; esta tarea no es fácil, sobre todo si la mujer no lo expone, dado que implica en primer lugar, saber descubrir una situación que ha sido silenciada, que es dolorosa, culpígena, y vergonzosa, que ha sido alienada, posiblemente mucho tiempo atrás por temor a ser estigmatizadas y a la que las mujeres no le han podido o querido dar la importancia psicológica que tiene: acompañarlas en un proceso que incluya la aceptación de lo vivido sin negarlo, de reconocimiento y de encuentro con el hijo no nacido, el tratamiento de sus síntomas y el auto perdón. Esto es reconciliar a la persona consigo misma, con su cuerpo y dar paso a la esperanza de superar lo vivido. Es importante que la mujer atendida se sienta acogida y comprendida, jamás juzgada, pero tampoco justificada.

Basada en estas mis experiencias vividas y a los resultados que he obtenido, les presento algunas de las técnicas y ejercicios de Psicoterapia Gestalt, que he llevado a cabo durante mi práctica clínica, con el sincero deseo que les sean de utilidad tanto a mis compañeras tanatólogas como a los psicoterapeutas.

2. JUSTIFICACION

La alta incidencia, que cada vez mas frecuentemente se presenta en nuestra sociedad, del aborto voluntario y las importantes repercusiones psicológicas y familiares que esta problemática conlleva, justifican ampliamente la necesidad de saber brindar un adecuado, certero y oportuno apoyo tanatológico y psicoterapéutico a las mujeres que se han provocado una interrupción del embarazo.

Las mujeres que se practican abortos voluntarios, con frecuencia sufren de serias complicaciones físicas y psicológicas que por diversas razones no se permiten identificar, reconocer, vivenciar y aceptar.

Por ser un evento doloroso y vergonzante con frecuencia lo acallan e inhiben el fluir de las emociones al respecto y la adecuada elaboración de su duelo. Tanto es su deseo de alienar los recuerdos, sensaciones, emociones y sentimientos que les ocasionó el aborto que llegan a omitirlo y borrarlo de su memoria casi total e inconscientemente.

Al presentar alguna problemática emocional, conflictos de relación, crisis de depresión o alguna otra sintomatología, y acudir a recibir apoyo tanatológico y /o psicoterapéutico, es poco común que consideren la posibilidad de que el origen y la causa de estos síntomas pueda ser por un evento ocurrido hace tiempo y del cual no se han permitido hablar.

Cuando se ofrece apoyo tanatológico basado en la Psicoterapia Gestalt, a pacientes con la sintomatología señalada en esta tesina, es importante el que se explore la presencia de un duelo inhibido por estas razones, lo que agilizará y optimizará el proceso psicoterapéutico.

Las técnicas y ejercicios de Gestalt recomendados ayudarán a que estos recuerdos y vivencias dolorosas afloren y se procesen de una manera controlada, no confrontante y permitirá que la paciente profundice y pueda elaborar el duelo de una manera respetada, no enjuiciada, comprensiva y humana.

3. OBJETIVO DE LA TESINA

Esta tesina tiene como objetivo principal el dar a conocer, los recursos tanatológicos y psicoterapéutico con que podemos apoyar y ayudar a una mujer que esta cursando con un duelo inhibido, como consecuencia de haberse inducido un aborto.

Definir y conocer los tipos de aborto.

Enumerar y dar a conocer las razones y justificaciones por las cuales las mujeres eligen abortar.

Dar conocer en las consecuencias y complicaciones físicas, emocionales y psicológicas, las manifestaciones clínicas y la gravedad del Síndrome Post Aborto (SPA).

Conocer los conceptos, definiciones, etapas y clasificación de los duelos.

Conocer las bases de la Tanatología, y su importancia en la elaboración del duelo, así como los principios de la Psicoterapia Gestalt, y las acciones, técnicas y ejercicios que se pueden llevar a cabo para lograr la oportuna elaboración del duelo y el cierre de la Gestalt.

4. ALCANCES

Al proporcionar apoyo tanatológico y psicoterapéutico a mujeres con conflictiva psicológica, y una vez conocido su sintomatología, se considere la posibilidad de que está cursando con un síndrome post aborto y un probable duelo inhibido, para una más acertada y oportuna actuación.

Establecer las acciones, técnicas y ejercicios que permitirán una adecuada resolución de la problemática, y la elaboración del duelo, disminuyendo así en la mujer la culpa y el auto rechazo.

Como Tanatólogos, contar con las herramientas y los conocimientos poder orientar a la mujer que esté planeando provocarse un aborto, así como orientar a los padres de jóvenes a quienes se les está induciendo a llevar a cabo la terminación del embarazo, y para que conozcan las consecuencias que este acto tendrá.

5. CAPITULO I

5.1 Aborto

Definición:

La palabra aborto proviene del latín *abortus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir a lo opuesto a *orior*, o sea, lo contrario a nacer.

Por lo tanto, el aborto es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo**,** cuando éste todavía no ha llegado a las veinte, semanas de gestación.

En pocas palabras, el aborto implica interrumpir el embarazo, impidiendo que el feto se desarrolle y nazca un niño.

La interrupción voluntaria del embarazo ha sido una práctica habitual.

Según la Organización Mundial de la Salud, O.M.S., el aborto provocado es definido como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Estas maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona...

5.2 Tipos de aborto:

1.- Aborto espontáneo:

Se considera aborto espontáneo a la pérdida de la gestación antes de las 20 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta.

Entre un 8 y 15 por ciento de los embarazos, terminan de esta manera, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos. La mayoría de los abortos espontáneos, tanto conocidos como desconocidos, tiene lugar durante las primeras 12 semanas de embarazo y en muchos casos no requieren de ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. De igual forma también la inmensa mayoría de los abortos inducidos se dan antes de las 12 semanas.

2.- Aborto electivo:

Es realizado por varias razones.

Cuando el embarazo es el resultado de un delito de naturaleza sexual (violación) o de la aplicación de una técnica de reproducción asistida no consentida por la madre.

En la minoría de edad de la madre, la incapacidad para cuidar a un hijo por razones económicas o sociales y el deseo de ocultar el estigma que representa en ciertos contextos sociales un embarazo.

3.- Aborto terapéutico:

Es la interrupción del embarazo por razones médicas, con el objetivo de salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo o el parto significan un riesgo grave para su vida;

- Proteger la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto;
- Evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave, que se prevé dará lugar a un desenlace fatal o a padecimientos o discapacidades severas, o
- reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable.

Desde el punto de vista bio ético, existen cuestionamientos a la aplicación del calificativo «terapéutico» por considerarse –entre otros puntos– que ese término se asocia exclusivamente con aquella área de la medicina que instruye los preceptos para el tratamiento de las enfermedades.

4.- Aborto inducido:

También se llama aborto intencionado o voluntario.

Se denomina aborto inducido al conjunto de técnicas quirúrgicas, maniobras físicas (raspado e introducción de agujas) y/o uso de medicamentos y hierbas que tienen el fin de provocar un aborto o interrupción voluntaria del embarazo por medio de la extracción del feto y la placenta, del útero de la madre hasta las primeras 8 o 9 semanas.

Consiste en provocar la muerte biológica del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal.

5.3 Epidemiologia:

Latinoamérica y el Caribe:

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales (entre el 20 y el 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año).

En América Latina y en el Caribe en el año 2000, se realizaron 29 abortos inseguros por cada 1000 mujeres de entre 13 y 44 años de edad, más del doble del promedio mundial de 14 abortos por cada 1000 mujeres y 32 abortos por cada 1000 nacimientos- Se estima que el aborto inseguro constituye la tercera entre las causas directas (13 %), después de las hemorragias (25 %) y las infecciones (15 %) de las 536.000 muertes maternas que se registran.

De los 190 países del mundo, solo en 22 % de ellos está permitido el aborto

Situación en México:

En el país ocurren más de un millón de abortos al año, la mayoría clandestinos, debido a que la interrupción del embarazo es altamente restringida, a excepción del Distrito Federal.

Esta tasa de abortos en México es tan elevada porque más de la mitad del total de los embarazos son no planeados (es decir un millón 900 mil) de los cuales 54 por ciento terminan en un aborto inducido, 34 por ciento resultan en un nacimiento no planeado y 12 por ciento corresponde al aborto espontáneo.

El grupo de edad que concentra la mayor tasa de abortos es precisamente las jóvenes, siendo más elevada entre las mujeres de 20 a 24 años. Los grupos de 15 a 24 años representan cerca de la mitad de los abortos inducidos en México, y ocurre tanto en solteras como en casadas. 2

6. CAPITULO II

6.1 MOTIVOS PARA EL ABORTO INDUCIDO

Actualmente muchas adolescentes y mujeres en general, quedan embarazadas debido a un error de cálculo en sus días de fertilidad, a la no responsabilidad de cuidarse, a que las medidas de protección no hicieron efecto o simplemente porque no se tomó real conciencia de lo que conlleva el tener relaciones sexuales.

No es una cosa fácil tener un bebé sin ser casada, menos siendo joven, y/o estudiante, no tener recursos de ningún tipo ni para sí misma, menos para un bebe, tener otro hijo que su marido no quiere, tener otro bebé, cuando su niño menor tiene tres o cuatro meses, tener un niño que puede tener un defecto, o malformación, entre otras razones.

Muchas veces una mujer no tiene la oportunidad de aceptar su embarazo; frecuentemente la primera palabra que le dicen, sus amigas, su novio o su esposo, cuando ella les confía que está embarazada, es "abórtalo". Cuando todos le dicen que el aborto es la mejor solución, ella comienza a pensar, que no debe tener a su bebé.

En una mujer, la decisión es un proceso complicado y doloroso, donde puede haber muchas causas del por qué hacerlo y no seguir con la vida del bebé.

EL aborto es un procedimiento que termina con el embarazo, pero lamentablemente tiene muchas consecuencias que la mayoría desconoce, como acertadamente lo comenta la Sicóloga Trinidad Gallego Col. en su escrito para Facefarma.com

Cuando decide el aborto, la joven, generalmente está actuando en un estado de pánico, tiene miedo, a hablar con sus padres y exponerles esta situación y a como reaccionaran, cree que no puede enfrentar esta crisis en su vida, sola. Prefiere callar y ocultar y muchas veces la vergüenza le impide buscar la ayuda que tanto necesita, y en algunas ocasiones la familia es quien favorece esta decisión.

Otra causa es porque no cuenta con los medios económicos para poder alimentar y criar al bebé.

Una causa más puede ser la amenaza de la pareja, de ser abandonada y donde la visualización de ser madres solteras las paraliza y aterra.

Los conflictos psicológicos no solucionados, son otra causa en el caso de mujeres que han tenido una mala experiencia de vínculo con sus propias madres, surge el miedo latente a enfrentar su propia experiencia de maternidad.

Otro motivo es el factor social, donde "el qué dirán" para ellas es fundamental. Tienden a pensar que serán juzgadas y criticadas por los otros y no se sienten preparadas ni con las herramientas necesarias para enfrentar al mundo.

Una causa importantísima, está en la edad de la mujer, ya que es muy diferente quedar embarazada a los 29 años que a los 14 años.

Cuando una adolescente se encuentra en esta situación, surgen muchos miedos a la vez, como ¿qué pasará con sus estudios? ¿Qué pensará su familia? ¿Será su pareja actual el hombre que la acompañe toda su vida? .Estas mujeres jóvenes, muchas de ellas estudiantes, reconocen la idea de que un bebe alterara sus vidas y coartara sus sueños profesionales, sentimentales, económicos y sociales. El pensar en todo lo que implica ser madre y el peso que conlleva, hace que la decisión de detener el proceso, se tome de manera más rápida y fácil, si así se puede decir.

La mujer, al carecer de una sólida autoestima, que generalmente se asocia a una inmadurez psicológica, no es capaz de enfrentar la maternidad debidamente. Si a estos motivos sumamos la presión familiar que responde a la presión social, seremos capaces de comprender el por qué de los abortos, pero comprender de ninguna manera debe ser equivalente a justificar.

Debemos comprender el acontecer de la joven una vez que se ha practicado el aborto, para ser capaces de ayudarla a superar su duelo. Pero para comprenderla, a la vez debemos ser conscientes del daño que significa el aborto, debemos saber que abortar es matar y que la madre que aborta no sólo asesina a un niño sino que asesina a su propio hijo, lo que le será muy difícil aceptar.

Es importante que cuando una mujer se encuentra en esta difícil situación, logre tomar conciencia de todas las consecuencias que conlleva producirse un aborto. Esta decisión es algo que será para toda la vida y que nunca se podrá olvidar.

La salud psicológica y física de la mujer se ve afectada por el aborto de aquel que siempre será para ella, a lo largo de toda su vida, su propio hijo,… haya o no nacido.

7. CAPITULO III

7.1 COMPLICACIONES EN EL ABORTO

La Dra. María Simón, psicóloga en la Clínica Ginecológica Universitaria de Wúrzburg (Alemania), señala que tras el aborto se acumulan consecuencias tanto físicas como psíquicas.

Complicaciones físicas:

Algunas de las complicaciones inmediatas que pueden sufrirse a raíz del aborto son:

Infecciones, hemorragia, embolia, desgarre o perforación del útero o intestino, complicaciones de la anestesia, convulsiones, lesión cervical, peritonitis shock endo tóxico, fiebre, quemaduras de segundo grado, dolor abdominal crónico, vómitos, trastornos menstruales y problemas gastrointestinales entre otras.

Varias de estas complicaciones, si no son atendidas lo antes posible, pueden provocar la muerte de la madre.

Si el aborto se lleva a cabo de manera inadecuada, como por ejemplo, en el caso del raspado o punción uterina, se pueden producir daños a la matriz y cérvix que afecten futuros embarazos, o en definitiva sean la causa de esterilidad.

Es frecuente en algunos grupos de población usar sustancias químicas, medicamentos o hierbas para inducir el aborto, que pueden provocar intoxicaciones y envenenamiento.

El riesgo de sufrir complicaciones aumenta en las adolescentes y en las mujeres que se han sometido a más de un aborto.

Complicaciones psicológicas:

Inmediatamente después de hacerse un aborto, muchas mujeres se ponen a llorar inconsolablemente; sienten una pérdida profunda y reconocen que algo horrible acaba de pasar. La mujer misma, no puede entender este cambio psicológico en ella; por lo regular, el dolor físico después de un aborto es tanto, que la mujer rechaza el dolor psicológico que ella comienza a sentir; como fue señalado por Laura Nelson en su ponencia “Engaños y consecuencias que enfrenta la mujer que aborta “, presentado en el II Congreso Internacional por la Vida en México.

- Negación:

Del dolor, la pena y la aflicción por el niño abortado:
Este rechazo del dolor y por consecuencia el rechazo de la realidad del aborto, es como comienzan estas complicaciones y se puede experimentar esta negación por meses o más común por años, después de su aborto.

- Sentimiento de culpabilidad**:**

Cuando una mujer se da cuenta que fue su niño quien se murió, en el aborto, se siente muy culpable. Al principio, acepta toda la culpa y después culpa a los que participaron en esta decisión.
Este sentimiento de culpabilidad, propician que se caiga en estados depresivos que son manifestados a través de grandes tristezas, llanto, y visión pesimista del mundo. Finalmente, si se recupera psicológicamente, reconoce que se hizo el aborto por una combinación de egoísmo, ignorancia y presión de otras personas.

- Desórdenes en el comer:

Bulimia, y algunas mujeres experimentan anorexia nervosa.

- Alteración del sueño**:**

Hipersomnia, puede haber insomnio, pensando en el momento del aborto o en el bebé. Sufren pesadillas que se repiten sobre niños perdidos o muertos. Ensoñaciones diurnas y nocturnas de la pena y la aflicción por el niño abortado.

- Desajuste en las relaciones, conyugales, familiares, laborales y sociales.

- Incertidumbre afectiva:

Donde el sentimiento de desamor y desamparo que la mujer supone que ha padecido su hijo por parte de ella, comienza a atormentarla a ella misma: se siente no querida, rechazada y abandonada afectivamente por los demás.

- Reacciones de hostilidad, de enojo o de tristeza:

La agresividad es muy característica después de producirse el aborto. Las mujeres tienden a descargar el sentimiento de culpabilidad contra sí mismas y también el sentimiento de victimización respecto de los demás.

- Incapacidad de perdonarse a uno mismo o a otro:

- Rabia, dolor, remordimiento.

- Deseo de castigarse:

Buscando relaciones abusivas o aislándose de sus amigos y familia.

- Pérdida del sentido de la vida:

Desesperanza, depresión, planteamientos e intentos suicidas, abuso y maltrato
Con los niños.

- Perdida de la concentración y motivación**.**

- Actitudes escapistas:

Uso y abuso de drogas, alcohol, promiscuidad.

- Sienten la necesidad de reemplazar al niño abortado:

Tratan de embarazarse nuevamente cuanto antes posible para tener un nuevo bebé que reemplace al que fue abortado.

- Algunas mujeres sienten odio hacia sus parejas a los cuales culpan por el aborto.

- Si son solteras ya no desean tener novio.

- Cuando termina el noviazgo, se vuelven promiscuas.

- El sentimiento de fracaso es común:

Miedo en relación a los próximos hijos
Miedo a maltratarlos o que a ese vacío que queda con la primera pérdida no logre satisfacerse nunca.

- Pérdida de la concentración y motivación.

- Alteraciones sexuales de la mujer y de la pareja:

Un tercio de las mujeres que han abortado de forma provocada sufre a corto plazo una inhibición y un deterioro en su deseo y placer sexual. Frigidez y odio hacia los hombres pues sienten que por su culpa están en esta situación.

7.2 Complicaciones a largo plazo:

La mayoría de los síntomas mencionados no siempre se presentan de inmediato, ya que la mujer que se ha hecho un aborto presenta un mecanismo de defensa para protegerse, donde los síntomas pueden tardar algunos años en manifestarse.

La psicóloga Ans Packerdi de Alenton Virginia, y el consejero Terry Salvy de Dimechi Minnesota, concluyen: "*La razón por la que pueden pasar muchos años antes de que la mujer que aborto comience a manifestar los síntomas del post aborto es porque eluden esta experiencia en sus mentes, negando la experiencia, reprimiéndola, para no tener que enfrentar la realidad de que ha terminado con la vida de su bebe*."

Según un estudio de la Universidad de Oslo y del Hospital de Buskerud (Noruega), publicado en la revista BioMed Central Medicine, las mujeres que pasan por la traumática experiencia de un aborto inducido siguen sufriendo altos niveles de malestar psicológico incluso después de 5 años de la intervención comparado con aquellas que tuvieron un aborto espontaneo.

Síntomas como remordimiento, culpa, amargura, soledad, aislamiento, indecisión, lamentación y sentimiento de pérdida, en ocasiones quedan latentes, negados y explotan años más tarde en las formas más inesperadas, como patologías psicológicas frente a la presencia de un stress severo o ante la posibilidad de un nuevo embarazo .

Las mujeres que optan por un aborto provocado también son más proclives a experimentar intentos de suicidios. Por otro lado, estas mujeres tienen un riesgo más elevado de sufrir por causa psiquiátrica frente a aquellas que si tuvieron a sus hijos.

Algunas mujeres que han abortado tienen problemas para llevar adelante posteriores maternidades: para amamantar a sus hijos, reaccionan con miedo o agresividad ante el llanto de sus bebés e incluso una especie de rechazo (ocasionada por el miedo), y como éste es percibido instintivamente por el bebé, le genera sentimientos de abandono.
A veces, como no quieren dañar al niño y tienen conciencia de no saber tratarlo, terminan mandándolo desde muy pequeño, y sin ninguna necesidad, a guarderías infantiles.

7.3 Síndrome Post Aborto (SPA):

El aborto se considera como un evento traumático y causante de un trastorno por stress postraumático. El aborto provocado se compara con el mismo dolor y trauma de perder a un familiar o ser querido.

El aborto produce una serie de alteraciones, este cuadro de trastorno por stress postraumático causado por un aborto fue denominado, “síndrome post aborto” por el Profesor Vicent M. Rue en 1981, (Asociación Americana de Psiquiatría, Manual de Desordenes Mentales, diagnóstico y estadística)

El Consejo de representantes de la Asociación de Psicólogos Americana en 1989 creó un grupo de trabajo de Salud Mental y Aborto (TFMHA) para “reunir, examinar y resumir las investigaciones científicas dirigidas a la salud mental asociada con el aborto, incluyendo las respuestas psicológicas post aborto” y emitir un informe basado en las revisiones realizadas, informe que se entregó el 13/8 /2008, y se limitó a revisar estudios sobre las implicaciones de la salud mental en aborto inducido.

Este enfoque específico describe el aborto como una experiencia traumática que puede desencadenar en un “Síndrome Post-aborto”, este síndrome no es reconocido por el DSM-IV, ni por todos los clínicos, sin embargo es muy similar y tiene casi todas las características del Trastorno por stress postraumático, cuyos criterios diagnósticos es importante conocer para comprender la magnitud del cuadro clínico al que nos referimos, cuando hablamos de la posibilidad de que una mujer que abortó intencionalmente pueda llegar a vivirlo.

7.4 Stress Post-Traumático:

Es una disfunción psicológica resultante de una experiencia traumática.

Tiene 3 fases:

a) Híper excitación:

La persona afectada se encuentra en un estado permanente de alerta frente a amenazas de peligro, que se pueden traducir en respuestas sobresaltadas, ataques de ansiedad, irritabilidad, explosiones de rabia o ira, conducta agresiva, dificultad para concentrarse, para conciliar el sueño o mantenerse despierto, híper vigilancia manifestada en reacciones fisiológicas ante situaciones que se asemejen o recuerden la experiencia traumática (por ejemplo, pulso acelerado o sudoración durante un examen pélvico o con al escuchar el sonido de una bomba neumática).

b) Intrusión:

Se revive el hecho traumático de manera involuntaria e inesperada, lo que se manifiesta en pensamientos recurrentes e intrusivos sobre el aborto o la criatura abortada, flashbacks de la experiencia abortiva, pesadillas, reacciones de pesar o depresión en el aniversario del embarazo o del aborto.

c) Constricción:

Se paralizan los recursos emocionales o se desarrollan patrones de conducta para evitar los estímulos que se relacionan con el trauma. Por ejemplo la incapacidad para recordar la experiencia o parte de ella; abandono de relaciones; evitación de los hijos; evitar o negar pensamientos relacionados con el aborto; desesperanza; disminución de sentimientos relacionados con el amor o la ternura; abuso de drogas; falta de interés; abuso de sustancias; pensamientos o tendencias autodestructivas y desórdenes alimenticios (comer compulsivamente, anorexia y bulimia).

Inmediatamente después de un aborto, la mujer siente un alivio por ya no estar embarazada; pero, conforme pasa el tiempo, va creando conciencia de lo que realmente representa esta práctica, y ahí se inicia el conflicto psicológico.

Algunas comienzan a tener problemas para dormir y crisis de nerviosismo (ansiedad); otras experimentan tristeza y depresión, pierden la motivación y se muestran apáticas, con pereza y sin ilusiones. Otras mujeres desarrollan sentimientos de culpa, remordimientos y, en algunos casos, la presencia de los niños les resulta amenazante.

Diversas investigaciones han mostrado que estas manifestaciones, en lugar de ir disminuyendo conforme pasa el tiempo, más bien se mantienen constantes o tienden a ser más frecuentes o intensas.

A raíz de un aborto pueden reactivarse patologías psiquiátricas preexistentes, como Trastornos depresivos, descompensación de Trastornos bipolares, crisis en mujeres con Trastornos de la personalidad que conduzcan a auto agredirse, a riesgo suicida y/o recaer en conductas de riesgo con alcohol y drogas.

Algunas mujeres pueden presentar síntomas de estrés postraumático en forma aguda (síntomas duran menos de tres meses) o crónico si los síntomas duran tres meses o más y algunas después de más de seis meses del acontecimiento traumático, a veces consultan por alguna otra problemática sin ligarlo con el aborto y es necesario preguntar activamente por éste, al no evidenciar otro antecedente de trauma emocional.

Incapacidad sexual y el rechazo a su maternidad (síntoma habitual del duelo por SPA).

Entre los factores más importantes está la búsqueda de un culpable que, generalmente, es encontrado en la pareja.

Depresión de aniversario: Depresión que se sitúa alrededor de la posible fecha del nacimiento o de la fecha del aborto.

7.5 Estadios del SPA:

Estadio 1

Desasosiego y tristeza. (Coloquialmente hablando “no tienen paz ni el alma, ni el espíritu,”).

Estadio 2

.

Revive continuamente el momento traumático del aborto de un modo muy profundo, aunque hayan pasado 5, 10, 15 años la mujer recuerda detalles finos del momento y lugar del aborto, ej. Vestimenta que llevaba, color de las paredes, etc. Se pregunta a menudo como serio su niño y suele justificarse diciendo que no tenía otra opción

Estadio 3

Depresión profunda, con gran sentimiento de culpabilidad, perdida de interés por lo que antes le interesaba. Piensa en el suicidio como escape.

7.6 Dolor emocional.

Otro problema es que nuestra sociedad no reconoce el dolor emocional después del aborto, casi siempre se manifiesta en una o más de estas formas: 3

1.- Dolor crónico prolongado, no permite a la mujer seguir adelante con su vida.

2.- Dolor pospuesto*,* dolor que se manifiesta más tarde en la vida de la mujer, al nacer un bebé suyo, el de una amiga, en un funeral, el dolor aumenta en su intensidad y se manifiesta en maneras más patológicas cuando es retenido por mucho tiempo.

3.- Dolor exagerado, separándose de una persona o cosa relacionada con la experiencia del aborto, como por ejemplo; alejamiento del novio, o de la amiga que aconsejó el aborto, muchas mujeres no pueden usar la aspiradora para limpiar la alfombra en sus casas, porque le recuerda el sonido de la máquina del aborto.

4.- Dolor enmascarado*,* la mujer reconoce los síntomas, se presenta frigidez o cansancio constante, una persistente preocupación de los embarazos, etc., pero no conecta estos síntomas con la pérdida que sufrió en el aborto.

8. CAPITULO IV

8.1 Duelo

Duelo: "Proceso personal cuyo reto fundamental es el intento de reconstruir nuestro mundo de significados" (Neimeyer, R.).

Definición:

Etimológicamente la palabra duelo viene del latín *dolus* que significa dolor. Es la respuesta a una pérdida o separación; "duelo" tiene por lo menos dos significados: por un lado designa un tipo formal de combate o lucha; y por el otro, es el proceso por el cual atraviesa un ser humano tras la pérdida de un "objeto". Entendiendo al objeto no sólo como una cosa sino también como una persona, idea o ideal.

Según la Real Academia Española (RAE), la etimología de la palabra "duelo" proviene del latín: *dolus, por dolor*. El dolor es el principal sentimiento asociado a este proceso, y con éste, la lástima y la aflicción. Esta reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto u evento significativo, incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado a la persona. Sigmund Freud en su texto de 1915 (Duelo y Melancolía) introdujo el término de duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como "reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.". En este sentido el duelo no solo se presentaría frente a la muerte de un ser querido, sino también con relación a situaciones que impliquen la evidencia para el sujeto de una falta, o de algo que ha de dejar atrás y que no volverá a recuperar.

El duelo es el proceso que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos.

La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional, y no transcurrir de un duelo considerado "normal" a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata.

La elaboración del duelo de una pérdida es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

8.2 Elaboración del duelo

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no
Está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor

El manejo del duelo es aceptar la pérdida como una realidad, pero para algunas personas que llegaron a la aceptación puede motivar un movimiento mental y emocional hacia algo más, hacia un nuevo objetivo.

Es desarrollar una nueva opción en donde se encuentre un significado que nos conecte con todas las capacidades y recursos que poseemos y que aunque pareciera que terminan, no se acaban. Es salir de la sensación de dolor, de temor, de incapacidad, de inseguridad, de pérdida junto con todos los temores y creencias limitantes que implica y, retomar, otra vez nuestra vida. Se trata de generar nuevos objetivos resolviendo el duelo lo más pronto posible pasando por las diferentes etapas necesarias y viviendo cada una de ellas.

Manifestaciones Física-

Ansiedad, tristeza, rabia, culpa, auto reproches, ambivalencia, inseguridad, confusión, apatía, desinterés, desesperanza.

Manifestaciones sociales.- Rechazo a los demás, aislamiento, hiperactividad.

"Lo importante no es lo que la vida nos hace, sino lo que uno hace con lo que la vida le hace"

Jackson

8.3 Tipos de duelos.

El Psicólogo Ricardo Domínguez Camargo, profesor de Tanatología, de la AMTAC, menciona que existen varios tipos de duelo.

> ***1.- Duelo anticipatorio***.- Respuesta normal al preveer la muerte de un ser querido con reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad y con mecanismos psicológicos para ir adaptándose a la perdida. La familia debe ir planeando su futuro en ausencia del ser querido.

Duelo Anticipado.- Pena y aflicción, stress y sufrimiento. Muere antes de morir.

2.- Pre duelo (Alizade).- La familia no puede reencontrar "al ser querido de antes"

3.- Duelo retardado.- inhibido o negado.- Es patogénico porque no afronta la realidad de la perdida. Reacción excesiva a la preocupación de otra persona. Es una manifestación de desplazamiento.

4.- Duelo crónico.- Se arrastra durante años, sobreviviendo con constantes recuerdos, aislamiento.

5.- Duelo complicado.- Acentúan los procesos de culpabilidad. Favorece la so matización.

6.- Duelo patológico.- Perturba la actividad mental, Trastornos de personalidad, depresión, ideación suicida, baja autoestima, aislamiento total, consumo excesivo de alcohol o psicofármacos, sueños repetidos de salvar o destruir a la persona amada.

7.- Duelo colectivo.- Ej. todo un país de luto por la muerte de un individuo importante.

8.- Duelo después de catástrofes.- En los sobrevivientes existe, la huella o ansiedad de la muerte, sentimiento de culpabilidad de sentir, sospecha que el cuidado es falso, Lucha por encontrar significado a la tragedia, (Lifton).

Otras variantes:

9.- Agudo
10.- Crónico
11.- Acumulado
12.- Silente
13.- No elaborado.
14.- Duelo por viudez. Síndrome de Hilmadesh, al ver morir a tu testigo de vida.

Los duelos son experiencias imprescindibles y parte de nuestro crecimiento, cada uno de ellos es único y cada manera de afrontarlos es irrepetible. En el duelo es frecuente un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes.

8.4 Fases o etapas del proceso del duelo.

Dice el Dr. Oscar Tovar en su libro Un Duelo Silente***,…"Dado que cada ser humano es único e irrepetible, los duelos que vivimos también son únicos, porque todos tenemos una historia propia, y una situación propia en el momento de un final importante, e incluso, ante perdidas similares, nuestras reacciones puede ser muy diferentes a las vividas en experiencias previas".***

La Dra. Kubler Ross fue la pionera en las investigaciones de las que llamo etapas del morir, y que posteriormente se han denominado, fases o etapas del duelo.

A continuación, algunos autores y sus propuestas sobre las etapas del proceso de duelo:

I) Kubler Ross:

1.-Negacion y aislamiento.-
La negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante, permite recobrarse. Es una defensa provisional y pronto será substituida por una aceptación parcial.

2.-Rabia/ Ira.-
La negación es substituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los porque. Es una fase difícil de afrontar por los que rodean a los deudos, esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. No debe tomarse esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentara la conducta hostil del doliente.

3.- Pacto, negociación.-
Ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4.-Depresion.-
Cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporal y preparatorio de la aceptación de la realidad.

5.-Aceptacion.-
Quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos, contemplara el próximo devenir con más tranquilidad.

II) John Bowlby:

1.- Fase de embotamiento de la sensibilidad.
Comienza cuando se muere el familiar y se prolonga desde algunas horas hasta una semana. Los deudos se sienten aturdidos e incapaces de aceptar la realidad. Suelen continuar con sus actividades cotidianas en forma casi automática, como si la muerte no fuera una realidad, como si fuera un sueño. En esta etapa aparecen episodios de rabia y dolor muy intensos.

2.- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida.
Comienza algunas horas o días después de la muerte y suele durar algunos meses e incluso un año. En la medida en que comienza a aparecer la realidad de la pérdida, surgen pensamientos obsesivos respecto a la figura perdida (se le confunde en la calle,

se le sueña como si estuviera viva, etc.). Aún cuando la persona sabe racionalmente que su ser querido ha muerto, experimenta un fuerte impulso a tratar de encontrarlo y a la vez de olvidarlo. En esta fase, entonces, se mezclan el dolor, la rabia, la búsqueda inquieta y la ingratitud hacia quienes brindan ayuda. Todos estos sentimientos expresan la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida.

3.-Fase de desorganización y desesperanza.

Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía

4.- Fase de reorganización.

Esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida. El deudo se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a si mismo y al nuevo contexto, el cual no incluye a la persona perdida. Esta redefinición de si mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes a futuro.

III) M. Horowitz:

Su teoría distingue cinco fases:

1. Reacción inicial de shock.

Corresponde a la reacción inmediata luego de conocer la noticia de la muerte o pérdida. Esta confrontación súbita con la información de la pérdida provoca la aparición inmediata de una serie de estados.

2. Negación.

La persona no vivencia claramente el hecho traumático. El foco de conciencia se dirige a otras preocupaciones entrando en una especie de anestesia emocional en relación al evento penoso. La persona frecuentemente está consciente de estar funcionando en forma automática, sin embargo, esto sirve como defensa frente al intenso dolor emocional experimentado. Esta etapa no es permanente, puede durar días, semanas o meses.

3. Intrusión del pensamiento.

El individuo comienza a recordar a la persona muerta apareciendo en la conciencia imágenes o pensamientos relacionados con el suceso penoso, volviendo a activarse emocionalmente. En esta fase el reconocimiento del significado de la pérdida para sí mismo adquiere relevancia, pudiendo aparecer una identificación con el difunto y por lo tanto una mayor percepción de la propia vulnerabilidad ante la muerte. También en ocasiones puede aparecer culpa por haber sobrevivido al difunto.

4. Elaboración.

En este período aparece una mayor racionalidad tanto para analizar lo sucedido como para considerar sus consecuencias. El dolor psíquico disminuye, como también disminuyen los altibajos emocionales. Esta etapa es denominada trabajo de duelo, ya que en ella se revisa a propia relación con el muerto en términos de sí mismo, del otro y de la relación entre ambos. En esta etapa también pueden establecerse nuevas relaciones que no son vistas como sustitutas o reemplazantes del difunto, sino que como personas diferentes con características propias.

5. Completación.

Esta es la etapa final del proceso de duelo, aquí disminuyen las oscilaciones emocionales propias de las fases anteriores, existiendo una mayor coherencia interna y estados emocionales más positivos. Cuando se completa el trabajo de duelo, la persona perdida no es olvidada, sino integrada como un recuerdo positivo que muchas veces proporciona fuerza interior para enfrentar los nuevos desafíos que trae la vida.

IV) Igor Caruso:

1.-Catastrofe del yo.-

Nace de la desesperación por la separación no deseada. La pérdida del objeto de amor en cuanto al objeto de identificación. Lo que lleva a la autentica mutilación del yo.

2.-Agresión.-

Como mecanismo de defensa con la rabia el doliente sale de su dolor profundo para fijarse en alguien externo a su yo.

3.-Busqueda de indiferencia.-

El doliente quiere convencerse de que la vida sigue adelante, pesar de la ausencia que dejo el que murió.

4.-Huida hacia adelante.-

Es un mecanismo de desplazamiento para evitar hacer contacto con sus sentimientos a través de llenarse de otras ocupaciones.

5.-Etapa de ideologización.-

Después de toda la energía gastada se llega a la racionalización que hace de la necesidad una virtud múltiple.

6.-Aceptacion.-

Es un autentico bien, mientras que la racionalización es no salir del dolor.

V) Isa Fonegra:

1.- Evitación.-

Se evita reconocer que la pérdida es un hecho, sobreviene un shock, mecanismo de defensa que se manifiesta en atontamiento y en una vivencia de irrealidad.

2.-Confrontacion.-
Fuertes sentimientos de añoranza, junto con una tremenda necesidad de volver a ver vivo al que murió. Ante esto, viene la rabia.

3.-Restablecimiento.
Después de varios meses, empieza a ceder la crisis aguda. El duelo terminara cuando el sobreviviente pueda recordar sin dolor.

V) Neimeyer:

1.-Evitación.
La realidad de la pérdida puede ser imposible de asimilar, lo que puede evitar la plena conciencia de una realidad.

2.-Asimilación.
A medida que vamos absorbiendo gradualmente el impacto de la perdida, después de quedar desprotegidos por la conmoción y una vez externalizadas nuestra ira y evitación, empezamos a experimentar soledad y la tristeza con toda su intensidad, aprendiendo las duras lecciones de la ausencia.

3.-Acomodación.
Finalmente, la angustia y tensión característica de la fase de asimilación empiezan a ceder en la dirección de una aceptación resignada (Neimeyer, 2000).

9. CAPITULO V

9.1 DUELO INHIBIDO

Enfoque Tanatológico

La tanatología es una disciplina científica que estudia las conductas que pueden representar una amenaza para la vida; esta disciplina se orienta al entendimiento de las vivencias de las personas y de su entorno familiar, ante las pérdidas que se van generando cada día y por consiguiente ante la cercanía de la muerte, dando el apoyo para elaborar los duelos que resultan de las carencias que se han producido, y así aceptar un nuevo sistema de vida aun cuando se tienen estas pérdidas.

La palabra Tanatología deriva del griego *Tanathos* = muerte y *Logos* = tratado, por lo que etimológicamente es la rama de la ciencia que se especializa en estudiar lo relacionado con la muerte.

El término "Ciencia de la Muerte" fue acuñado por un médico de nacionalidad Rusa, Elías Metchnikoff en 1901. Metchnikoff recibió el premio Nobel de Medicina en 1908. En aquélla época, la Tanatología se inscribía como rama de la medicina forense.

Así, el concepto de Tanatología lo establecemos como la disciplina que estudia y analiza las pérdidas de las personas.

La Dra. Elizaberth Kübler-Ross fue primordialmente quien introdujo grandes cambios a la forma en que la medicina se acercaría al proceso de la muerte, su gran humanismo, autentico interés e importantes investigaciones, contribuyeron a que actualmente la Tanatología sea considerada como: "Una disciplina científica, una especialidad encargada de encontrar sentido al proceso en que alguien muere". Aunque sabemos que no es posible estudiar a la muerte, se reconoce el análisis de todos los procesos que la rodean o que están involucrados en ella.

Como postula la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., 1988*, " la Tanatología habla más de vida que de muerte" ,* si su finalidad última, como lo dijimos, es ayudar a que el hombre tenga una muerte apropiada, adecuada, digna, lo es también el curar en vida, el dolor de la muerte y de la desesperanza.

Las pérdidas siempre implican un dolor, de aquí se desprende la palabra duelo, representa la aflicción por la pérdida de un ser querido, de un sistema de vida, de un objeto, inclusive de aquello que se imaginó tener y no se tiene, por ejemplo la salud, un viaje, el simple hecho de asistir a un evento, cualquiera que este sea.

Cuando una criatura que aun no ha nacido, muere, su muerte no es reconocida, ni es comentada, es ignorada y, hasta cierto punto, olvidada. No existen ritos que ayuden a la mujer a entrar en contacto con su dolor. La mujer que se ha practicado un aborto generalmente no cuenta con una red de apoyo con quien compartir su pena y que le ayuden a superar su duelo, es en estos casos cuando se presenta el duelo inhibido.

9.2 Duelo inhibido, retardado o negado:

Como ya se comento en el capitulo anterior se denominan así porque estos duelos no pueden ser reconocidos o expresados abiertamente ante la sociedad, ampliando un poco el concepto, que ya que es este tipo de duelo el que nos ocupa, señalare que, el aborto es una de las pérdidas de las que no se puede hablar y que la gente desearía olvidar, la experiencia superficial después de un aborto es el alivio, sin embargo una mujer que no elabora la pérdida puede experimentar el duelo en cualquier pérdida posterior.

Una de las maneras de controlar la cuestión del duelo relacionado con el aborto es hacer un asesoramiento psicológico completo antes del aborto para que la persona implicada pueda explorar los sentimientos ambivalentes, comentar las diversas opiniones y recibir apoyo emocional.

También es llamado por otros autores, Duelo desautorizado.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y traspasar el dolor y la frustración que comporta su ausencia.

Cuando un duelo se ha completado es cuando hemos aprendido a vivir sin él, sin ella, sin eso que no está, cuando hemos dejado de vivir el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestra vida presente y en los vivos a nuestro alrededor.

En el Duelo inhibido o Retardado en un comienzo se observa una respuesta mínima al duelo para evolucionar posteriormente en angustia o depresión prolongada. En estos casos hay dificultad en elaborar los esquemas del otro y del sí mismo, estos tienden a confundirse produciéndose una contaminación de las emociones negativas hacia la figura perdida con la propia autoimagen empobrecida y defectuosa con una baja autoestima. Al parecer en estos casos la ambivalencia emocional frente a la persona perdida es intensa. La decisión de abortar se dio en momentos de una intensa crisis personal en la que la mujer estaba sujeta a presiones externas e internas que la orillan a tomar (consciente o inconscientemente) esta decisión radical.

Dadas las influencias familiares, sociales, religiosas y legales, esta acción agrega angustias, miedos y culpas a la carga psicológica inicial que obligan a la mujer a callar lo que ha sucedido y a sobrellevar sola su dolor.

"El aborto, en cualquiera de sus modalidades, es una experiencia solitaria".

9.3 Indicadores clínicos para detectar complicaciones en el duelo:

La aproximación general al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de este proceso dependerá de las variables asociadas.

El tanatólogo deberá diagnosticar la normalidad o patología del duelo.

Dadas las circunstancias en que está pérdida se produce, generalmente el proceso de duelo tiene varias complicaciones, es muy necesario identificarlas para poder conducir el apoyo tanatológico de manera adecuada y obtener así la respuestas deseada.

1. Excesiva sensibilidad y vulnerabilidad ante las experiencias que impliquen pérdida o separación.

2. Conductas y respuestas psicológicas hiperactivas, de desasosiego, acelere o necesidad de mantenerse continuamente ocupado.

3. Temores ante la muerte, demasiados exacerbados, en especial de los seres queridos.

4. Idealización excesiva de quien murió.

5. Conductas rígidas, compulsivas que limitan la libertad y bienestar del doliente.

6. Pensamientos obsesivos, “rumiativos” y persistentes sobre el muerto y de las circunstancias de la pérdida.

7. Dificultad para experimentar las reacciones emocionales de dolor naturales ante la pérdida, debido a excesiva constricción de la parte afectiva.

8. Confusión e inhabilidad para articular pensamientos y sentimientos relativos a quien murió.

9. Temor a intimidad de la relación con los demás y otros indicadores de dificultad en la vida afectiva relacionados con la idea y miedo de volver a perder.

10. Un patrón de relaciones y/o conductas autodestructivas, entre ellas la necesidad compulsiva de cuidar y proteger a los demás a cualquier costo emocional.

11. Sensación crónica de aturdimiento, confusión y despersonalización que aleja al doliente de su entorno.

13. Rabia e irritabilidad crónica unida con depresión

14. Dificultad de hacer relato coherente de la experiencia.

9.4 Enfrentamiento del duelo:

En los procesos de duelo existen tareas que cumplir, estas apuntan a superar el impacto de la pérdida y son necesarias de alcanzar en las etapas de elaboración de éste. W. Worden señala las siguientes:

- Aceptar la realidad de la muerte.
  Al momento de enfrentar la pérdida hay siempre una sensación inicial de que eso "no pasó". Por lo tanto la primera tarea del proceso del duelo es enterrar al otro psicológicamente, esto implica aceptar que la persona querida está muerta y que no se la volverá a ver más.

- Experimentar el dolor del duelo.
  Se refiere a experimentar física y psíquicamente el dolor de la pérdida. Es necesario que este dolor sea vivenciado y enfrentado para luego en algún momento superarlo.

- Adaptarse al nuevo ambiente en el cual la persona perdida ya no participa.
  Cuando ya se ha aceptado la realidad de la pérdida, es necesario elaborar la propia relación con la persona perdida y con las funciones que ésta cumplía. Esto implica muchas veces tener que desarrollar nuevas capacidades, así como nuevas conductas a las cuales no se estaba habituado.

- Retirar la energía emocional puesta en la persona perdida y reinvertirla en otra relación.
  Esta tarea se refiere a situar a la persona perdida en un lugar especial del mundo interno, siendo posible reinvertir la energía emocional que se había colocado en dicha persona, poniéndola en otras actividades y relaciones. El cumplimiento de esta tarea lleva a que el recuerdo de la persona perdida se active sin exceso de emocionalidad, existiendo la posibilidad de representaciones más objetivas y tranquilizadoras acerca de ésta.

9.5 Acompañamiento en el proceso del duelo:

Como tanatólogos y apoyándonos en las técnicas del enfoque humanista existencial y del enfoque centrado en la persona debemos, hacer un acompañamiento de escucha activa de nuestro paciente y atender con profesionalismo sus necesidades; para establecer un vínculo de seguridad, atención, respeto, empatía, amor incondicional, confidencialidad que le de la seguridad y confianza que tanto necesita en esos momentos.

Este acompañamiento para la superación del duelo de un aborto provocado, tiene como finalidad facilitar un proceso de aceptación y reconciliación de encuentro con el hijo no nacido.

Dentro de sus metas se encuentran:

- La educación sobre los síntomas de las secuelas post aborto.
- El reconocimiento de los conectores personales del aborto.
- La liberación del dolor emocional y la rabia reprimida.
- Restauración de las relaciones rotas consigo misma, con los de más y con sus creencias espirituales.
- Identificar una relación con el niño no nacido.
- Adquisición de herramientas de autoayuda.

9.6 Desafíos

Ayudar a la mujer que se ha realizado un aborto; no es fácil, dado que significa acompañarla en un proceso que incluye la aceptación de lo vivido sin negarlo, el tratamiento de sus síntomas y el auto perdón. Esto es reconciliar a la persona consigo misma, con su cuerpo y dar paso a la esperanza de superar lo vivido.

Neimeyer ha reformulado y desarrollado un conjunto de desafíos que la persona debe afrontar, haciéndolo de maneras diferentes en función de los recursos de los que dispone y de la naturaleza de la perdida que ha sufrido. De este modo, las pérdidas significativas plantean una serie de desafíos continuados, a los que volvemos una y otra vez en etapas posteriores del viaje de la vida.

1. Reconocer la realidad de la pérdida. Este desafió nos obliga a aprender la lección de la pérdida a un nivel intensamente emocional, a través de una serie aparentemente interminable de confrontaciones con las limitaciones que nos impone el daño que hemos sufrido, la ausencia de nuestro ser querido o la desaparición de un rol valioso que ayudaba a definir nuestra identidad.

2. Revisar nuestro mundo de significados. La experiencia de una pérdida importante suele minar las creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los ladrillos que sustentaban nuestra filosofía de la vida. Al enfrentarnos a un mundo que puede parecernos aleatorio, injusto, o incluso malévolo, podemos responder de diversas maneras, que determinan en última instancia como nos adaptamos a la pérdida nosotros mismos y quienes nos rodean.

3. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido. Especialmente en los casos de muertes de seres queridos o de rupturas relacionales, los individuos afectados pueden sentirse obligados a “olvidar” a la persona que han perdido, partiendo de la idea equivocada de que

deben “seguir adelante sin mirar atrás”. La muerte trasforma las relaciones, en lugar de ponerles fin.

4. Reinventarnos a nosotros mismos. En sentido casi literal, una parte de nosotros muere cada vez que perdemos a un ser querido. La necesidad de reinventarnos también está íntimamente relacionada con la revisión de nuestro mundo de presuposiciones. A medida que vamos aprendiendo las lecciones de la pérdida, podemos afrontar nuestra vida con otras prioridades, con un criterio más claro respecto a lo que es importante y lo que merece que le dediquemos nuestra atención.

Para una adecuada elaboración del duelo, sea cual sea la configuración patológica que haya adquirido éste, se debe conseguir a lo largo de las sesiones de psicoterapia que las pacientes no sólo reconozcan y acepten la entidad de la pérdida sino que vivencien emocionalmente la misma, reviviendo la experiencia traumática con su actual nueva actitud y dotando de sentido saludable a la “relación” de maternidad con el hijo perdido. Normalmente esta experiencia de renovación cognitiva y emocional basta para liberar el proceso de duelo y encontrar, en el tiempo adecuado (uno o dos meses), el consuelo y la estabilidad afectiva y personal que se había perdido.

El tratamiento psicológico del SPA se basa por una parte, como en el resto de trastornos postraumáticos, en lograr el control de la hiperactivación y la re experimentación intrusiva mediante la relajación aprendida, y en la desensibilización de los objetos y situaciones que generan miedo intenso y conductas de evitación. Pero sobre todo el tratamiento psicológico va dirigido a la elaboración del duelo y a la resolución de la culpa.

9.7 Tratamiento de los sentimientos de culpa:

> ***“Según el ciclo Gestalt, la culpa altera el eje de la Responsabilidad y el Remordimiento, el eje del Respeto. De hecho, quien culpa no se responsabiliza y quien tiene remordimiento no se respeta” (Salamá, 2003).***

La culpa puede definirse, en términos generales, como un afecto doloroso que surge de la creencia de que uno ha dañado a otra persona: “la emoción consciente aversiva que incluye una sensación de equivocación, auto reproche y remordimiento de pensamientos, sentimientos o acciones personales, y un sentimiento de haber hecho algo mal, de haber violado un principio moral”.

El sentimiento de dejar atrás la muerte puede ser un obstáculo para invertir su energía en una nueva vida. Cuando los sentimientos de culpa retienen la energía dirigida a la persona muerta, puede inhibir un proceso de duelo saludable. (Leick, 1991).

La resolución de la culpa exige:

En primer lugar su reconocimiento y la aceptación de la propia responsabilidad en el acontecimiento abortivo.

En segundo lugar hay que promover en las pacientes sentimientos de arrepentimiento y de liberación de la culpa mediante la recepción del perdón por parte del hijo abortado (y, en su caso, de forma real o imaginaria, por las otras personas que pudieran haber sido dañadas por el aborto).

Si la persona es creyente y practica su religiosidad, es lógico y recomendable ya que favorece las vivencias de liberación, que lleve a cabo el proceso de arrepentimiento y la experiencia de perdón en su vida espiritual.

Finalmente, la promoción de actitudes interpersonales de carácter solidario (por ejemplo la realización de algún tipo de labor voluntaria pro-vida), sobre todo cuando los deseos de reparación de las pacientes son importantes, pueden hacer que se sientan aún más aliviadas, al experimentar que de alguna forma compensan su “deuda”.

En aquellos casos en que los sentimientos de culpa de las pacientes se encuentran distorsionados por elaboraciones delirantes o dependencias humorales, de forma que frenan el proceso de su resolución, es necesario intervenir sobre ellas tanto psicoterapéutica como psico farmacológicamente.

10. CAPITULO VI

10.1 PSICOTERAPIA GESTALT EN EL DUELO INHIBIDO

Esta terapia fue creada y desarrollada por Fritz Perls, (1893-1970), el enfoque psicoterapéutico gira sobre dos puntos clave:

1. La concepción del individuo como totalidad (Gestalt).
Más aún, la realidad es una gestalt que abarca al individuo (el organismo), sus necesidades y su medio.

2. El énfasis en el aquí y ahora.
El pasado y el futuro solo son importantes en cuanto a conductas, pensamientos o sentimientos actuales, es decir, que están ocurriendo en el momento presente.

Características principales de la Gestalt:

Terapia humanística / holística:

Es una psicoterapia que trata al individuo en su totalidad, siendo por tanto una terapia humanística con un espíritu holístico, que va directamente a la causa del conflicto.

Es natural, sencilla, espontánea, simple, profunda, detallista y abarcativa, vivencial e integradora. Considera a la persona como una unidad formada por cuerpo, mente y emoción que se relaciona con otras personas y por tanto toma en cuenta aspectos familiares, sociales y relacionales.

Trabaja en el aquí y el ahora:

En la Psicoterapia Gestalt, Perls con “el aquí y el ahora” evidencia que el pasado es solo eso y no debe ser utilizado para justificar la manera en que nos manejamos en el presente. Esta terapia se interesa más por las situaciones presentes que por las experiencias del pasado, enfatiza la toma de conciencia de lo que acontece aquí y ahora, tanto en el plano mental como en el emocional y corporal. Se centra en el Presente, pues la experiencia es siempre presente.

Hay que tener claro que el objetivo de la terapia gestalt, no consiste en escudriñar en el pasado los recuerdos de traumas o situaciones incompletas como sucede en el psicoanálisis, sino que consiste en pedir al paciente que se concentre en sus pensamientos y comience a vivenciar la experiencia presente.

A través del acento en el "ahora" propio del enfoque gestalt se puede revivir una situación, traerla nuevamente al presente y captar lo que acontece en el momento, es el "darnos cuenta de que nos damos cuenta", es decir hacer consciente lo inconsciente y que nos mantiene atados al pasado y a los recuerdos o sean las gestalt inconclusas, como sucede normalmente en los duelos retardados o complicados, en los cuales no hay un cierre adecuado por diferentes causas.

Cuando estamos totalmente conscientes del ahora, vivimos la experiencia y estamos en contacto con todo lo que existe a nuestro alrededor y éste es el punto de partida del proceso en el que se va desarrollando nuestra vida sana.

En el presente se encuentran nuestras necesidades y los medios para satisfacerlas tan plenamente como la situación actual nos lo permita. Vivir totalmente en el presente es salud; todo lo necesario para la mejor solución posible en estas circunstancias, se encuentra aquí y ahora en dichas circunstancias.

Fenomenológica:

Otra de sus características es la inclusión de lo emocional o afectivo que está escondido, por así decir, en el cuerpo, en la postura, las tensiones, los gestos del momento presente (lenguaje corporal). Por lo tanto prestar atención a lo que está pasando corporalmente, es otro de los puntos de importancia, pues es en el cuerpo donde aparecen y se sienten las emociones.

Cuando los deseos y las necesidades no reconocidas, no son atendidas, originan que la gestalt abierta en el momento de la pérdida no se cierre adecuadamente o permanezca abierta, actuando como fondo, produciendo síntomas y malestar que puede llevar a que el individuo viva desde un duelo prolongado hasta una patologización del mismo, como son los cuadros depresivos menores.

Si se toma en cuenta lo anterior, se podría decir que a través del Enfoque Gestáltico, se puede generar un proceso integrativo entre sus experiencias externas e internas, mismas que permitan al ser humano llegar al auto concepto y a la autorrealización, asumiendo dentro de ello el reto que significa enfrentarse a la muerte.

Se basa en la autorregulación organismica:

Dicta que cualquier organismo sano es capaz de detectar su necesidad y de ponerse en movimiento para satisfacerla, las personas contactan consigo mismas y con el ambiente para permanecer fuertes, equilibradas y crecidas, cuando estas experiencias y necesidades son interrumpidas y no llegan a satisfacerse, las personas se tornan fóbicas al contacto, con lo cual pierden vitalidad, espontaneidad, capacidad de expresión y van acumulando asuntos inconclusos.

Promueve el "darse cuenta":

Una de las labores fundamentales del terapeuta gestáltico, en su tarea de ayudar a las personas a superar esos bloqueos, es promover el "darse cuenta", la conciencia total sobre uno mismo y el medio, sobre el fluir de las emociones y el sentir el aquí y ahora. Vivenciar el darnos cuenta de nuestro mundo interior a través de lo que sentimos, tomando contacto con nosotros mismos, identificando todas las sensaciones molestas que nos produce la ausencia de alguien o de algo, a la vez que las interrelacionemos con lo que tenemos en nuestro presente.

Accede a los "Para que" y el "como":

La continuidad del darse cuenta supone la primacía del presente. Esta primacía del presente es un elemento esencial de la terapia gestáltica: ayuda al paciente a alejarse de los "por qué", y acceder al "para qué" y "cómo" de su comportamiento.

Auto valoración de la responsabilidad:

Un punto muy importante de esta terapia es la valoración de la responsabilidad, por el que se invita a la persona a hacerse responsable de su conducta – pensamientos, sentimientos y acciones incluso si esta es negativa.

Favorece el conocimiento, expresión e identificación correcta de sentimientos:

Un trabajo de duelo se relaciona con la expresión, más pronto o más tarde, de los sentimientos existentes frente a la pérdida. Se sabe que las emociones más intensas provocadas por la pérdida de un ser querido son el temor al abandono, el anhelo por la figura perdida y la ira de no poder encontrarla de nuevo.

Ayuda a prevenir interpretaciones erróneas:

La situación de un aborto está rodeada de una serie de prejuicios sociales, que la persona puede asimilar de diferentes formas, la visión cognoscitivista subraya la

importancia de identificar estas creencias erróneas y compararlas con la realidad, mientras se logra un mejor manejo de las emociones, lo cual es fundamental en estas circunstancias.

Facilita el Auto concepto:

El ser humano posee una tendencia innata al equilibrio, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste, sin embargo ambos señalan que existen una serie de condiciones que impiden y bloquean esta tendencia, por lo que consideramos necesario inducirlos a la búsqueda de ese equilibrio a través de la identificación de la postergación y de los bloqueos impuestos a sí mismos.

El aprendizaje de un concepto negativo de sí mismo, es quizás una de las condiciones bloqueadoras más importantes. Un concepto equivocado o negativo de nosotros mismos deriva de experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto, en las etapas tempranas de su vida, o sea los introyectos con los que nos educaron mayormente en el ámbito familiar, por ejemplo los "deberías" utilizados en forma comparativa o los conceptos de minusvalía impuestos a lo largo de la vida (observados frecuentemente en los co dependientes).

Durante un proceso de duelo prolongado ya sea por una perdida familiar o material y aún del ámbito laboral, el sujeto se encuentra con una gran dificultad para actualizar, entender y comprender su experiencia interna de manera consciente, debido a que ha aprendido unas condiciones de valoración externas impuestas por los medios familiares, educativos y de socialización, o sean los introyectos impuestos por su medio, lo que va a condicionar que lo que el individuo sienta y piense, no corresponda muchas veces con su realidad.

El psicoterapeuta ayuda a evitar la verborrea, la especulación y las interpretaciones sin fin, considerando que estas son incompatibles con la captación de las experiencias inmediatas.

10.2 Acciones:

El proceso terapéutico favorece el restablecimiento de la capacidad de contactar, de concientizar aspectos no reconocidos de la personalidad, de rescatar partes alienadas y re apropiarse de uno mism*o.*

Los principios generales del proceso terapéutico se basan en una actitud empática y de contención por parte del tanatologo o, del terapeuta.

Si se presenta sintomatología depresiva y, o, angustiosa muy intensa será necesario el uso de psicofármacos.

Se puede optar por terapias individuales, o grupales. Las terapias grupales serian adecuadas para:

1. Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.

2. Aumentar la auto eficacia.

3. Adoptar una visión diferente y positiva de la realidad.

4. Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema.

5. Enfrentar el duelo, pero en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo.

6. Identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares.

7. Estar acompañado y no sentir soledad.

8. Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas

10.3 Técnicas psicoterapéuticas:

Estos son algunas de los técnicas psicoterapéuticos gestálticas que me han ayudado a participar en el proceso del duelo inhibido de las mujeres que se han practicado voluntariamente un aborto

Silla vacía.

El método de la silla vacía, permite expresar los sentimientos escondidos, y movilizar las fuentes y capacidades de la persona en duelo, y continuar su desarrollo en nuevas direcciones, además de promover los factores curativos de grupo.

Es una técnica muy útil, se trata de situar frente a la persona una silla vacía donde se coloca imaginariamente a la persona con la que se tenga el conflicto o bien un aspecto de sí misma rechazado, se le pide que hable directamente, en este caso con su bebe, acerca de los pensamientos y sentimientos que tiene respecto a su muerte y a su relación, y luego la paciente debe ponerse en su lugar respondiendo

e imitando su postura -pues la postura y las emociones van juntas- al contestarse la paciente se da cuenta de cosas que no se le habían ocurrido respecto a los puntos de vista del otro, además de los suyos, estableciendo así, un diálogo que le lleve a la resolución del conflicto o a la integración del aspecto rechazado .

El psicodrama.

Técnica donde los pacientes representan su rol y el de la persona fallecida, (bebe), replicando y volviendo a replicar hasta que se resuelva el conflicto concreto.

Fantasía Guiada.

Las fantasías guiadas nos sirven para explorar temores, darnos cuenta de lo que nos pasa y, a menudo, a encontrar soluciones a situaciones aparentemente sin salida.

Es útil recostar a la paciente, que este muy cómoda para que pueda relajarse, e iniciar con música suave.

- *Caldeamiento inespecífico*.-

  Se pide a la paciente comience a respirar diafragmáticamente y que se ponga en contacto con ella misma, con sus emociones y sentimientos.

- *Caldeamiento específico*.-

  Le pediré que por medio de la fantasía se imagine a ese bebé que decidió no tener, que lo describa como lo está viendo, qué características tiene, a quien se parece, si es niño o niña, etc.

- *Acción.-*

  Cuando ya lo tiene visualizado y después de haberlo descrito, pediré que le diga a ese bebé lo que está sintiendo en este momento y todo lo que se quedó con las ganas de decirle.
  Posteriormente le pediré que utilizando la fantasía escuche lo que le contesta ese bebé y que lo repita en voz alta para que yo lo pueda escuchar.
  Una vez que ha terminado la invitare que se despida de su bebé y que le agradezca por haberla escuchado diciéndole lo que en ese momento necesite decirle para sentirse más tranquila y poder dejarlo ir.

- *Cierre.-*

Le indicare que respire profundamente tres veces y que cuando esté lista abra los ojos. Una vez que los abra y se encuentre en el aquí y el ahora, le preguntaré si hay algo de lo que se dio cuenta y si su respuesta es sí, pediré que me comente de que se trata.

Psicoterapia de grupo:

"Una alegría compartida es doble alegría, una preocupación compartida es media preocupación".

Este viejo refrán expresa la esencia del trabajo de duelo en grupo. Poder compartir los sentimientos con otros es crucial para el crecimiento de una persona. Así que no hay duda de que existe un gran beneficio al estar en un grupo de duelo.

Compartir su historia. Cualquiera tiene una necesidad natural de hablar acerca de una situación estresante. La experiencia se puede comparar a una carga. Entre más detalles obtengamos, lo más que liberamos la carga. En un suceso traumático, frecuentemente relatamos nuestra experiencia muchas veces para deshacernos de la carga.

Para la mayoría de la gente, el grupo se convierte en un refugio donde hay lugar para emociones y donde hay ayuda para comprender la confusión que puede surgir durante el trabajo de duelo. Un proceso saludable de duelo retoma las emociones para poderlas dejar ir. La investigación sugiere que la capacidad para compartir con otras personas los propios sentimientos e historias sobre la pérdida tiene propiedades curativas.

Los supervivientes de acontecimientos traumáticos que pueden confiar a otros su experiencia presentan mejoras en su salud física y psicológica, van menos al médico, tienen menos signos de estrés y dicen sentirse menos deprimidos y superados por su desgracia.

Lluvia de Ideas:

Realizar un ejercicio de comparación del deber y el querer. Consiste en una primera parte, en hacer una lluvia de ideas donde todas las participantes den su opinión acerca de adjetivos que utiliza la sociedad y lo que ellas han escuchado acerca de una mujer que ha abortado, resultaran palabras como: "asesina", "irresponsable", "mala", etc.

Cada persona hará su propia lista de adjetivos por escrito en el lado izquierdo de una hoja. Compartirán como cada una de estas palabras está cargada de sentimientos, después de discutir acerca el origen de estas creencias, ellas llegaran a reconocer como, en ocasiones, alguien o tal vez su propia familia las había llamado con estos adjetivos, y los que estos comentarios les han generado.

La segunda parte del ejercicio consiste en formular las creencias que quieren tener acerca de una mujer que ha vivido un aborto. Al igual que en la primera parte del ejercicio, el grupo hará una lluvia de ideas, y después cada quien reformulara su propia lista por escrito al lado derecho de la misma hoja. Resultaron frases como: “soy una mujer con experiencia”, “soy más sabia”, “prudente”, etc.

Al final, cada participante romperá el papel de la parte izquierda de la hoja con los adjetivos de la primera parte del ejercicio, representando cómo renuncian a las creencias que no son productivas para su vida.

Esta parte final es muy simbólica, el grupo tomara esto como una descarga de energía y un desprendimiento de todo aquello que ha creído por mucho tiempo, pero que no desea ser.

El ritual del duelo en fantasía:

> ***“Cada fantasía por separado contiene la satisfacción de un deseo”. (Freeman, 1992).***

La fantasía tiene una influencia poderosa en nuestras vidas. Freud descubrió este poder cuando relaciono las fantasías de la infancia con las de la edad adulta.

Trabajar con la fantasía, incluye toda la actividad mental que queramos utilizar (pensar, imaginar, recordar, planificar,...), misma que nos permitirá ponernos en contacto con nuestras fantasías, trayendo a nuestro presente las vivencias pasadas que nos puedan servir de base para trabajar una despedida grata o un “dejar ir” sin amarguras o resentimientos, imaginando que el tiempo por venir puede ser mejor que el actual.

Los rituales puntúan la vida, marcando públicamente momentos de transiciones significativas para los miembros de una comunidad. Sin embargo, al igual que todas las prácticas sociales, los rituales relacionados con la muerte evolucionan a lo largo del tiempo y, de acuerdo con el ritmo que siguen los cambios en la sociedad actual, los cambios en las prácticas que rodean la muerte han sido rápidos y significativos. (Neimeyer, 2000).

A través de estas técnicas señaladas, de fantasía dirigida, las participantes a la psicoterapia Gestalt fueron guiadas en su imaginación a ser perdonadas por su bebe, y a tener la oportunidad de decirle adiós.

Escribirle una carta al bebe:

La mayoría de las personas encuentran que el escribir cartas a la persona que han perdido es una experiencia fuerte y significativa.

Cuando los participantes leen las cartas frente a su grupo, hacen contacto una vez más con esas emociones, aunque esta vez con menos caos.

Las cartas pueden ayudar a separar los sentimientos. Reduce los miedos y beneficia su auto estima. Es una ayuda para acomodar los pensamientos y sentimientos respecto al pasado, para decir gracias por lo que se ha recibido y adiós a lo que se ha perdido.

La sociedad actual, quedan pocos rituales, la escritura de cartas puede ser un ritual de la actualidad que apoya la forma natural del duelo en una forma significativa (Leick, 1991).

Es una técnica que hace posible sacar y trabajar con las emociones del duelo en una manera creativa mientras escribe.

Escribir cartas puede ser utilizado en muchos contextos. Una persona en duelo puede estar detenida en una emoción de culpa, enojo o pérdida. Las cartas pueden ayudar a separar los sentimientos. Reduce los miedos y beneficia su auto estima.

11. CARTA DE UNA MADRE

"Hola mi preciosa hijita, tú has estado en mi mente mucho en estos días, y yo quería escribirte estos pensamientos. Pronto será tu cumpleaños, o mejor dicho, lo que hubiera sido tu cumpleaños; tendrías seis años ahora y puedo imaginar que muchacha más bonita hubieras sido.
Yo te hubiera dado una gran fiesta y hubiera invitado a todos tus amigos para celebrar contigo en tu día especial; yo hubiera arreglando tu pelo con rizos bonitos y listones, te hubiera vestido con un vestido color rosa con encaje y flores y zapatos de charol blancos; pero, mi amor, no estás aquí, estás en el cielo con todos los demás niños y niñas quienes hubieran tenido fiestas especialmente en su cumpleaños, pero tampoco las tuvieron. Estás con Jesús, que te ama mucho y a mí me ama mucho también; estoy muy contenta que te ame tanto, porque Sara, eso quiere decir que algún día, yo voy a poder tenerte en mis brazos y a ver tu cara bonita y decirte cuánto te quiero.
Hay tanto que deberías ver aquí, flores y animales y globos y nubes, yo te compraría helados y muñecas y osos de peluche, te contaría cuentos en la noche y rezaría contigo antes de dormir pero mi pequeñita, tú te dormiste hace mucho tiempo, hace seis años. Si yo supiera entonces lo que sé ahora en cuanto al aborto, tú estarías en mis brazos ahora, pero yo era joven e inexperta y tu mamá puso su confianza en alguien que la mal aconsejó, así que te maté Sara antes de que tuvieras la oportunidad de nacer. Me arrepiento tanto de haberlo hecho, te

quiero mucho, daría mi vida por tí, pero, es demasiado tarde; por eso, ahora. Es una lástima que mucha gente piensa que el aborto no es nada de importancia, dicen que no debemos preocuparnos por el asunto del aborto; pero no creo que tú seas de esa opinión, ¿verdad? Estoy segura que, aunque el cielo es un lugar perfecto, todavía me extrañas a mí y a todos los niños que hubieran sido tus amigos y amigas aquí abajo. Apuesto que tú y todos los demás niños que están en el cielo, si creen que el aborto es algo de mucha importancia, y seguro Jesús está de acuerdo con ustedes.
Bueno mi amor, cuando aconsejo a mujeres para que no aborten, pienso en tí, y cuando fui a la cárcel por haber tratado de salvar a bebés, mi preciosa, fue por tí y por todos los demás quienes nunca veré en este mundo... Sí Sara, tu vida es importante, aunque fuera tan corta aquí en la tierra. Ojalá que yo puede tener una fiesta de cumpleaños para tí, en el cielo."

Adiós mi muñequita, te quiero mucho.

Con amor....tú Mamá.

Reconocimiento:
La carta previamente transcrita fue tomada de la
Ponencia de Laura Nelson en el II Congreso Internacional por la vida en México.

12. CONCLUSIONES:

El aborto voluntario, se sigue usando como solución a la problemática del embarazo no deseado, existen innumerables motivos y razones en los que se justifican las mujeres para llevar a cabo abortos voluntarios.

Se han modificadas leyes, procedimientos y técnicas para la realización de abortos, sin embargo el aspecto psicológico de lo que sucede en estas mujeres ha sido poco estudiado, gracias a la Tanatología se han podido evaluar las serias consecuencias emocionales que el aborto voluntario y por ende el duelo inhibido les han generado.

En base a mi práctica clínica psicoterapéutica he podido facilitar a estas mujeres la elaboración de su duelo inhibido y apoyada en técnicas de psicoterapia Gestalt lograr el cierre de esta situación inconclusa siendo posible lograr el auto perdón, tan importante en ellas por la gran carga de culpa con la que sobreviven.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Artúz, Manuel Antonio Restrepo, Humberto. *"El aborto inducido. Una visión histórica de su manejo".* Colombia Médica, 65-71. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28333204>Colombia 2002.

2.- Friesner, Arline y Raft, Beverly. *Enfermería Materno-Infantil.* Manual Moderno.

3.-Mondragón Castro, Héctor. *Obstetricia básica ilustrada*. Ed. Trillas, 1992.

4.- Nelson Laura. Ponencia *"Síndrome Post aborto en México".*- II Congresos Internacional por la vida en México.

5.-Schmake Ferrer Chritian E, Bennett Veronica...*"Psycopedia hoy; Sindrome Post aborto (SPA)* junio 10 -03" Soc de San Vicente de Paul, Santiago de Chile Universidad de Santiago, Santiago de Chile.

6.- Universidad México Americana del Norte AC Orienta. "*Síndrome Post Aborto"* Año 4 No. 26 junio 2007.

7. Fuentes Martínez Ximena, "Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto", Psiquiatra Profesora Adjunta. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

8.- Gómez Lavín C. "Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer": Cuaderno de bioetica 1994.

9. - APA Task Force Report of the, on Mental Health and Abortion, 2008.

10.- Izquierdo F.M. "Un abordaje de las secuelas Psicopatológicas en la Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE). An Psiquiatría 2002; 18:355-8.

11. - American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual Diagnostico y estadístico
De los trastornos mentales. Barcelona Masson 2002.

12.- David M. Fergusson, L. John Horwood y Joseph M. Boden:
"Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study»,
En British Journal of Psychiatry, 193, 2008.

13.- American Psychiatric Association.
DSM-IV, Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.
Barcelona Masson 2002.

14.- Perea de Martínez María Esther, Cfrs "Adolescencia sin trampas".
Ed. Gladius, Mendoza 2000.

15.- Harold O.J. Brown, Cfr. "El aborto: morir antes de nacer",
Ed. ATE, Barcelona, 1983.

16.- Ibarra, C."El duelo del aborto en adolescentes".
Revista PsicologiaCientifica.com, 6(9). (2004, 15 de octubre).
en: http://www.psicologiacientifica.com/duelo-aborto-adolescentes

17-Reardon, D. "The Abortion Suicide Connection. The Post-Abortion".
Review. Elliot Institute. En: http://www.afterabortion.org/suicide.html. (1993).

18.-Freud S. " Duelo y Melancolía"
htt://www.jacquesderrida.com.ar/restos/freud duelo melancholia.pdf

19.- Neimeyer Robert A."Aprender de la pérdida".
Ed. Paidós. 1ª. Edic. 2007.

20.- Tovar Oscar. "Un duelo Silente".
México. Trillas. 2013

21.-Bowlby J. "El apego y la Perdida".
Barcelona, Paidos. 1994.

22.-. Kubler Ross E. ”Sobre la muerte y los moribundos”.
(! De bolsillo) Edic. México, junio de 2010.

23.-. Kubler Ross E. *“Una Luz que se apaga.”*
Edit. Pax México, Edic. Octubre de 2009

24. Kubler R. *“La Rueda de la Vida”.*
Ed. Grupo Zeta. Barcelona. 1ª edición abril de 2006.

25.- Kubler Ross E. “ La muerte un amanecer”
España Ed. Oceano 2006

26-Bradshaw J. “Secretos de familia”.
España Ediciones Obelisco 2008.

27.-Rojas Posada S.” El manejo del duelo”.
Bogotá Colombia, Norma.

28 -Payas P. *“Las Tareas del duelo”.*
Madrid España. Paidos 2010.

28.-Tizon L.J. *“Perdida, Pena, Duelo”.*
España Paidos.2009.

29.-Papalia, Diane *“Renacer; Etapas del Duelo”.*
Retrieved 11 10, 2010 from Renacer; Buenos Aires:
http://www.renacerbuenosaires.org.ar/etapas.htm

30.-Pilar Barreto, Soler S. Ma del Carmen. *“Muerte y Duelo”.*
España, Ed. Síntesis.

31.- Armendáriz Ramírez Rubén, *“Sanando heridas emocionales”.*
Edit. Pax México. Edic. Septiembre 2007.

32.-Martorell, J. “Psicoterapias, escuelas y conceptos básicos. “
Madrid: Psicología Pirámide. 1996.

33.- Salama, H. “La culpa y el remordimiento”.
Centro Gestalt de México. En: http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=129 México 2003.
34.-Salama, H. y Villarreal R. “El Enfoque Gestalt. Una Psicoterapia Humanista”.
Editorial Manual moderno, S.A. de C.V. México.1992

36.-Equipo de Salud Mental de Ubeda. “Manual de Psicoterapia Cognitiva”.
http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual.htm España 1999.

37.-Ramírez, C. “Gestalt, sexualidad y erotismo”.
Centro Gestalt de México.
En: http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=25 México 2002.

38.-Freeman, L., Kupfermann, K. “El poder de la fantasía”.
México: Ed. Pax.1992.

39.-Martorell, J. “Psicoterapias, escuelas y conceptos básicos”.
Madrid: Psicología Pirámide 1996.

40.-Equipo de Salud Mental de Ubeda. “Manual de Psicoterapia Cognitiva”.
España 1999.

41.-Castanedo, Secadas Celedonio. “Terapia gestalt. Un enfoque centrado en el aquí y Ahora”. Primera edición. Barcelona: Editorial Herder, 1998.

42.-Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. . Retrieved 11 2010, 11 from Amtac Web site: http://www.tanatologia-amtac.com/otros.html . México 1988,11 18

43.- Perls, Frits. S. *“Procesos Básicos en Psicoterapia Gestalt”*
(2 ed.). México: Manual Moderno. 2008.

44.- Perls, Fritz . “El Enfoque Gestáltico; Testimonios de Terapia”
(18 ed.). (F. Huneeus, Trans.) Santiago, Chile: Cuatro Vientos Editorial. 1976

45.-Martínez Antonio. *“Bases Teóricas de la Gestalt. Una introducción a los Fundamentos de la Gestalt”*. 2005.

46.-Rittner Marcelo, “Reflexiones. Aprendiendo a decir adiós”.
Ed. Planeta. 1ª. Edic. 2008.