



**ASOCIACIÓN MEXICANA DE
TANATOLOGÍA, AC.**

**SÍNDROME POS ABORTO Y EL PROCESO DE
DUELO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN
TANATOLOGÍA QUE PRESENTA:

LIC ANA ROSALBA ANDÓN STEVENSON



Asociación Mexicana de Educación Continua
y a Distancia, AC.

Abril 2011

México, D.F. A 12 Abril de 2011

Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A.C.

P R E S E N T E

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

LIC. ANA ROSALBA ANDÓN STEVENSON

Integrante de la Generación 2009-2010

El nombre de la tesina es:

SINDROME POS ABORTO Y EL PROCESO DE DUELO

Atentamente

Lic. Israel Ortíz Galán

Director de Tesina

INDICE

| | | |
|-----|---|-----|
| I. | INTRODUCCION | 2 |
| II. | OBJETIVO | 5 |
| 1. | ANTECEDENTES | 6 |
| 2. | EL FACTOR ESTRÉS Y SUS REPERCUSIONES | 33 |
| 3. | CLASIFICACION SEGÚN DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD CON EL SINDROME POS ABORTO | 69 |
| | 3.1 TRANSTORNO DE ANSIEDAD | 69 |
| | 3.1.1 Trastorno por estrés postraumático | |
| | 3.1.2 Trastorno por estrés agudo | |
| | 3.1.3 Trastorno de ansiedad generalizada | |
| | 3.1.4 Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica | |
| | 3.2 SINDROME DEPRESIVO MAYOR..... | 76 |
| 4. | SINDROME POS ABORTO | 83 |
| | 4.1 CUADRO COMPARATIVO DEL TEPT Y SPA | |
| | 4.2 COMORBILIDAD DEL SPA CON OTROS TRANSTORNOS Y SINTOMAS | |
| | 4.3 SUBTIPOS CLINICOS DEL SPA | |
| | 4.4 EPISODIO DEPRESIVO Y CRISIS DE ANSIEDAD | |
| | 4.5 SINTOMAS DEL SINDROME POS ABORTO Y MECANISMOS DE DEFENSA | |
| 5. | SINDROME POS ABORTO EN EL HOMBRE..... | 98 |
| 6. | TESTIMONIOS..... | 104 |
| 7. | COMENTARIOS Y SUGERENCIAS..... | 113 |
| | III. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 116 |
| | IV. REFERENCIA INSTITUCIONAL..... | 118 |

INTRODUCCION

El término de *Síndrome Pos Aborto* proviene del *Síndrome Pos Traumático*, ya que coincidió que al término de la guerra de Vietnam fue legalizado el aborto en los Estados Unidos. Así como los soldados que volvían de Vietnam traían en sus recuerdos las vivencias de guerra que los atormentaría para el resto de sus vidas, las mujeres que abortaron comenzaron a padecer diversos síntomas similares a los de los soldados: angustia, desesperación, culpa. Y como producto de esas emociones muchas madres que abortaron sufrieron de insomnio, pesadillas, agresividad, alcoholismo, depresión, psicosis e incluso se llegó al suicidio.

El aborto se consideraba como un evento posiblemente traumático y causante de un trastorno por estrés postraumático en el Manual Estadístico Diagnóstico DSM-III-R. Actualmente, en el vigente DSM-IV-TR, aunque se ha excluido entre los eventos posiblemente traumáticos toda relación con el aborto y la pérdida fetal. El aborto provocado se ajusta a la posibilidad de ser un evento traumático como lo es *la pérdida de un familiar o ser querido*. El cuadro de trastorno de estrés postraumático causado por un aborto fue denominado **Síndrome Pos Aborto** por el Profesor Vicent Rue en 1981.

El presente trabajo no defiende ninguna postura ni a favor ni en contra del aborto, únicamente tiene como fin, informar sobre los síntomas y signos que reportan muchas mujeres después de realizar la interrupción voluntaria de su embarazo. Las investigaciones llevadas a cabo por diversos institutos en diferentes partes del mundo han reportado similitudes en dichas investigaciones independientemente del país donde se realizaron.

Dentro de las consecuencias reportadas en las investigaciones se ha encontrado que el Síndrome Pos Aborto (SPA), tiene una relación alta con el Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT); presentándose también una comorbilidad significativa con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, consumo de sustancias tóxicas y somatización, ideación e intento suicida, trastornos alimenticios y trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos emocionales y/o afectivos, de comunicación o relacionales, neuro-vegetativos y trastornos de la esfera sexual. Ante la afectación de muchos aspectos de la vida de cada uno de los involucrados, es importante tener presente que también representa un alto costo para la sociedad en general, pues siendo personas en vida productiva ésta se ve deteriorada de manera importante.

El Síndrome Pos Aborto (SPA), es consecuencia del aborto voluntario, el cual es el resultado de un embarazo inesperado y/o no deseado. El cual es vivido como un proceso traumático por la mujer y que afecta todos los aspectos de su vida. Los motivos que llevan a tomar tal decisión son multifactoriales y tan válidos y variados como cada una de las mujeres que existen en el mundo.

Uno de los principales factores que no ayudan para que la mujer pueda tomar una decisión sin presión es el estrés provocado por la vorágine de emociones y sentimientos ambivalentes encontrados no sólo en su cuerpo sino también en su pensamiento, su ser, sus conceptos, valores y creencias, exacerbados por factores externos como la pareja, la familia, la economía, la cultura, la sociedad, entre otros.

Este embarazo inesperado es percibido como un “problema” el cual “debe ser” resuelto de la manera más rápida. Donde todo importa; la edad de la mujer embarazada, su estado civil, su nivel socioeconómico y educativo, el tiempo de gestación, etc.

El estrés, combinado con el desequilibrio hormonal, el descontrol en las emociones, los miedos, la presión del tiempo, la sensación de soledad, la desesperanza, la sensación de pérdida de control de la situación, son factores que aparentemente no le permiten la posibilidad de darse un respiro y por un momento sentir la confianza y la creencia de que su nueva situación “no es un problema”.

El aborto es un tema controvertido, con muchos matices y puntos de vista, políticos, morales, religiosos, etc. Sin embargo, este evento confronta a las personas directamente con la muerte. No sólo muere una madre y un hijo, mueren también un padre, un hermano, un tío, un abuelo, un primo, es decir, muere una parte de toda una familia. Debido a esto se intenta minimizar sus efectos en la vida de todos los involucrados, aún los esfuerzos de investigadores sin ningún tipo de creencia o postura, que han intentado informar sobre sus hallazgos en las investigaciones son minimizados y puestos en duda. Las pruebas se presentan, esperando que la comunidad médica, y todos aquellos involucrados en el área de la salud tengan el conocimiento de este padecimiento y puedan reconocer los síntomas y signos reportados por las pacientes como un padecimiento único y no como padecimientos independientes y sin relación aparente.

En México existen varias organizaciones civiles que preocupadas por los trastornos presentados por las mujeres, prestan los servicios necesarios para su rehabilitación, uno de ellos es el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, AC. Quienes tienen una experiencia de más de 10 años brindando su apoyo en nuestro país.

La rehabilitación de las mujeres y los involucrados es de difícil pronóstico, esto dependerá de las herramientas internas y personales de los individuos, el lugar donde sean atendidos, el tiempo transcurrido entre el aborto y la solicitud de apoyo por los problemas presentados, pero sobretodo dependerá del conocimiento de este padecimiento por el equipo de salud (Psicólogos, Psiquiatras, Tanatólogos, Enfermeras, Médicos, Trabajadoras sociales, Voluntarios, etc.) y el interés verdadero del apoyo incondicional hacia ellas y ellos lo que podrá brindarles una esperanza real de recuperación.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es el de respaldar el derecho a la información bajo un ambiente de confianza y respeto a la decisión que la mujer, el hombre y su familia tomarán. Información que deberá ser otorgada sin ningún tipo de sesgo, presión, prejuicio o enjuiciamiento por parte del consejero o profesional de la salud.

El principal interés es hacer del conocimiento público las posibles consecuencias de un aborto inducido y/o voluntario, al mayor número posible de personas, tanto del equipo de salud como a la población en general, resaltando el aspecto psicológico y espiritual.

La intervención del tanatólogo sería de gran relevancia, ya que uno de los principales síntomas presentados sobretodo en las mujeres es el pensamiento e ideación suicida, que en muchos casos llega a ser consumado. El suicida se tortura, está comprometido consigo mismo a castigarse. Es por esto que el duelo es vivido como interminable y sumamente doloroso, es necesaria la intervención de un acompañante empático a este dolor.

Cualquier otro miembro del equipo de salud pudiera no ser tan perceptivo de esta realidad que así vive el paciente, sin embargo, el tanatólogo puede acercarse y acompañarlo en este proceso, en sus diferentes aspectos.

Así mismo también intervendría con toda la familia, pues recordemos que no sólo se muere una madre, sino una parte importante de cada uno de los miembros de de la familia. El apoyo al padre, quien dependiendo de su participación, podría presentar diferente sintomatología a corto, mediano o largo plazo, dependiendo del factor desencadenante que evoque el recuerdo del evento. La poca información sobre los trastornos que podría presentar el padre habría que tomarlos con reservas y promover en ellos la expresión de su pensar y sentir, ya que suele ser para ellos un duelo doloroso cargado de silencio, donde también en algunos casos fue violentado su derecho a la paternidad.

Desde el punto de vista tanatológico el dolor de la pérdida y la forma en que estas mujeres y hombres viven el duelo, tienen un doble impacto, pues a la pérdida del hijo no nacido se añade la culpa del parricidio, aunado a una historia clínica previa de trastornos emocionales que dificultará la superación del duelo, pudiendo llegar a convertirse en un duelo patológico.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

A continuación se presentan varias de las investigaciones realizadas en diferentes países y diferentes años, que sustentan la existencia de este síndrome.

Los estudios se presentan de manera textual.

NUEVO ESTUDIO AFIRMA VÍNCULO ENTRE ABORTO Y LOS CONSIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (1)

Aumento de pensamientos suicidas, consumo de sustancias y otros problemas después de Aborto. El estudio, publicado en el Canadian Journal of Psychiatry, analizó una muestra nacional representativa de más de 3.000 mujeres en los Estados Unidos. Los investigadores encontraron que, después de controlar por edad, estado civil, raza, educación, ingreso familiar y violencia del mismo modo, las mujeres en el estudio que se sometieron a un aborto tenían un 98 por ciento más de riesgo de cualquier trastorno de salud mental en comparación con las mujeres que no tienen una aborto.

Las mujeres que tuvieron abortos presentaban:

59 % más de riesgo de pensamientos suicidas

61% más de riesgo de los trastornos del humor

61% más de riesgo de trastornos de ansiedad social

261% más de riesgo de consumo de alcohol

280% más de riesgo para el trastorno por uso de cualquier sustancia

Aproximadamente el 6 por ciento de los casos de ideación suicida entre las mujeres en todo el país y 25 por ciento de los casos de consumo de drogas podría estar relacionado con el aborto.

EFFECTOS SECUNDARIOS PSICOLÓGICOS (2)

Las investigaciones más recientes que orientan sobre el porcentaje de mujeres que abortan y presentan posteriormente el SPA apuntan a **un 14,3% que cumplen todos los criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático** en una población de 217 mujeres norteamericanas entrevistada por su antecedente de aborto

provocado (Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Med Sci Monit. 2004, 10:SR5-16). Sin embargo, hasta un 65% de las mujeres norteamericanas examinadas experimentaron síntomas múltiples de hiperactivación, reexperimentación y evitación, típicos del trastorno citado.

En España se ha publicado un **estudio cualitativo de 10 casos** que describe el trastorno por estrés postraumático por aborto o SPA en cada una de las pacientes (Carmen Gómez Lavín, Zapata, R. Actas Esp Psiquiatr. 2005, 33:267-72).

El índice de suicidios se multiplicó por seis entre las mujeres que abortaron frente a las que dieron a luz sus hijos. Es una investigación realizada en el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia (Gissler M, Hemminki E, Longvist J. British Medical Journal 1996, 313:1431-1434; la anteriormente citada también incluye estos resultados).

Las mujeres que abortaron tuvieron **un riesgo más elevado de sufrir ingresos por causa psiquiátrica** frente a aquellas que tuvieron a sus hijos en el periodo de 3 meses a 4 años tras el aborto o parto, incrementándose dicho riesgo para ingresos con diagnóstico de reacciones adaptativas (OR 2,1; 95% CI 1,1–4,1), episodio psicótico único (OR 1,9; 95% CI 1,3–2,9), psicosis depresiva recurrente (OR 2,1; 95% CI 1,3–3,5), y trastorno bipolar (OR 3,0; 95% CI 1,5–6,0). Se demostró que la población con mayor riesgo de ingreso fue el grupo de mujeres que había abortado y además tenía bajos ingresos. (Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Canadian Medical Association Journal 2003, 168:1253-6).

El aborto provocado aumentó los riesgos de alteraciones en el estado del ánimo, mediante la evaluación del riesgo de puntuación patológica en escalas de depresión, frente a las mujeres que no abortaron sus embarazos no planificados.

Esto ha sido demostrado en dos estudios que se basan en una cohorte poblacional estadounidense denominada National Longitudinal Study of Youth, con más de 12.000 mujeres, con un riesgo incrementado de puntuación patológica para la depresión en un 65%. Este hecho fue más notable en el grupo de mujeres casadas y se mantuvo hasta 8 años después del aborto (Reardon DC, Cogle, JR. BMJ 2002, 324:151-152; Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Med Sci Monit 2003, 9(4): CR157-164). También un estudio de la University of North Carolina, EEUU, publicó el incremento de riesgo de depresión y autolesión asociado con antecedentes de aborto provocado (Thorp JM Jr, Hartmann KE, Shadigian E. Obstet Gynecol Surv 2003, 58:67-79).

Recientemente en Noruega se ha realizado un estudio longitudinal con una muestra de 768 mujeres de la población general entre las edades de 15 y 27 años. Las mujeres que se realizaron un aborto provocado con más de 20 años puntuaron patológicamente para el **diagnóstico de depresión** de forma estadísticamente significativa, aún después de controlar todas las variables (OR 2,9; 95% IC 1,7-5,6) (Pedersen W. Scand J Public Health. 2008, 36:424-8).

Las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un **síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad** que las que han llevado adelante su embarazo no deseado. Así puede demostrarse en un estudio con la cohorte de 1995 National Survey of Family Growth (Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Journal of Anxiety Disorders 2005, 19:137-142).

Las mujeres que habían abortado presentaron malestar psicológico hasta cinco años después de la interrupción, siendo los efectos de evitación, pesar, angustia y ansiedad mayores en el caso de **abortos provocados** que en los espontáneos. Es un estudio de Broen AN y colaboradores de la Universidad de Oslo, en Noruega (Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. BMC Med. 2005, 3:18).

Se han descrito **graves alteraciones en las relaciones sexuales y en el deseo sexual** de numerosas mujeres que abortaron voluntariamente en estudios de la Universidad de Ginebra, en Polonia y en China (Bianchi-Demicheli F et al., Gynecol Obstet Invest. 2002, 53:48-53; Bielecka Z. Pieleg Polozna. 1988, 5:7-9 contd; Yee Fok W et al., European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biology 2005). En la investigación de la Universidad de China de Hong Kong, se ha detectado que aproximadamente **un tercio** de las mujeres del estudio que han abortado de forma provocada sufre a corto plazo una inhibición y un deterioro en su deseo y placer sexual. Además, un 17% de mujeres se veían **mucho menos atractivas** tras la interrupción del embarazo.

En cuanto a las adolescentes, la profesora Priscilla K. Coleman, del Human Development and Family Studies, de la Bowling Green State University EEUU, ha publicado una investigación en la que se demuestra que las adolescentes de la cohorte National Longitudinal Study of Adolescent Health que abortaron ante un embarazo no planificado presentaron **un riesgo mayor de solicitar posteriormente ayuda psicológica, mayor frecuencia de problemas de sueño y abuso de**

marihuana frente al grupo que llevó a término su embarazo no planificado (Coleman PK. J Youth Adolescence 2006, 35:903–911).

El equipo de Priscilla K. Coleman del Human Development and Family Studies, de la Bowling Green State University, EEUU, ha demostrado que las mujeres con historia de un aborto, espontáneo o provocado, tenían un **99%** más de probabilidad de **ejercer maltrato físico sobre sus hijos** que las que no habían tenido abortos; si eran varios abortos, el riesgo incrementado era del 189%. Cuando el aborto era provocado, las mujeres tenían un **144%** de mayor riesgo de maltrato físico sobre sus hijos (Coleman PK, Maxey CD, Rue VM, Coyle CT. Acta Paediatrica 2005, 94:1476-83).

El equipo de investigación anterior ha demostrado que se presentan en la gran mayoría de las mujeres tras el aborto **graves alteraciones en el sueño**, sobre todo en los 180 días tras el aborto provocado y que éste se reducía tres años tras el aborto (Reardon DC, Coleman PK. Sleep 2006, 29:105-6).

De nuevo este equipo de P. K. Coleman encontró asociado en las mujeres que han abortado de forma provocada **un alto riesgo de consumo de drogas de abuso de diversos tipos** (Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. British Journal of Health Psychology 2005, 10: 255–268). Este hallazgo no se presentaba en las mujeres cuyos abortos eran espontáneos. La relación entre aborto provocado y abuso de drogas ha sido también demostrada en numerosos estudios anteriores (Algunos de ellos son: Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. Am J Obstet Gynecol. 2002, 187:1673-8; Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR. Am J Drug Alcohol Abuse. 2004, 30:369-83).

Fergusson y colaboradores han realizado la mejor investigación hasta el momento sobre repercusiones psicológicas del aborto provocado en la salud de las mujeres jóvenes y adolescentes, mediante un estudio cohorte longitudinal de 492 mujeres (Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. J Child Psychol Psychiatry. 2006, 47:16-24). Sus principales resultados fueron que las jóvenes que abortaron sufrieron un riesgo mayor de diferentes problemas mentales comparados con las jóvenes que llevaron su embarazo a término. En concreto, en el estudio observacional, las mujeres que abortaron con menos de 21 años, en comparación con las que tuvieron a sus hijos, tuvieron los siguientes eventos adversos a la edad de 25 años: **el 42% presentaron depresión mayor; un 39% sufrieron trastornos de ansiedad; un 27% manifestaron ideación suicida y un 6,8% presentaron alcoholismo.**

ESTUDIOS RECIENTES SOBRE EL DAÑO QUE EL ABORTO CAUSA A LA MUJER (3)

62% de aumento de muertes por cualquier causa, 2.5 veces más riesgo de suicidio.

Comparado con las mujeres que dan a luz, las que abortan tienen un riesgo incrementado de muerte por cualesquiera causas, que se prolonga al menos durante ocho años. El mayor riesgo de muerte por suicidio y accidentes son muy notorios. Extrapolándolos a la población nacional, este efecto puede estar causando un aumento de entre 2.000 y 5.000 muertes de mujeres al año. Southern Medical Journal, 2002.

Aumento de 3.5 veces en suicidios, accidentes, homicidios (los suicidios aumentan 6 veces)

Los investigadores que han analizado las muertes de toda la población de mujeres en Finlandia han descubierto que las que habían abortado tenían una probabilidad 3.5 veces más alta de suicidio, accidentes u homicidios en el año siguiente. Las tasas de suicidio entre las mujeres que habían abortado resultaron ser 6 veces más altas que las de mujeres que dieron a luz y dos veces más altas que las del grupo de mujeres que tuvieron abortos espontáneos. European Journal of Public Health, 2005

Las muertes por aborto no se registran en todos los certificados de defunción.

Un estudio de los registros médicos de Finlandia ha descubierto que el 94% de las muertes de madres asociadas con abortos no son identificables si se revisan únicamente los certificados de defunción. Los investigadores descubrieron que cruzando los certificados de defunción con los registros médicos se evidenciaba que la tasa de muertes asociadas al aborto es tres veces más alta que la asociada al parto. Pediatric Perinatal Epidemiology 2004

El 65% sufrieron trauma, un 31% sufrieron complicaciones médicas.

En este estudio que comparan los abortos entre mujeres americanas y rusas, el 65% de las mujeres americanas estudiadas experimentaron múltiples síntomas de estrés post-traumático, que ellas atribuyeron a los abortos. Algo más del 14% informó de

todos los síntomas necesarios para un diagnóstico clínico de estrés post-traumático inducido por el aborto, y un 84% dijo que no habían recibido asesoramiento adecuado. Un 31% sufrió complicaciones médicas con posterioridad. Medical Science Monitor, 2004

El 64% de los abortos se practica bajo presión moral, el 84% de las mujeres no fue completamente informada.

En el estudio anterior se compara las mujeres americanas y rusas que abortaron. Un 64% de las americanas dijeron que se sintieron presionadas por otros a abortar; un 84% dijo que no había recibido asesoramiento adecuado. Medical Science Monitor , 2004

Tasas más altas de depresión, abuso de drogas y conductas suicidas después del aborto

En un estudio en Nueva Zelanda, las mujeres que abortaron tuvieron después tasas más altas de drogadicción, trastornos por ansiedad y conductas suicidas que las mujeres que no abortaron, incluso teniendo en cuenta las condiciones preexistentes. Aproximadamente un 42% de las mujeres con una historia de aborto provocado había experimentado una depresión grave en los últimos cuatro años (casi el doble de la tasa de las mujeres que no habían estado embarazadas y un 35% más alta que aquellas que llevó el embarazo a término). Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006

Riesgo significativamente más alto de depresión clínica

Comparado con las mujeres que llevan su primer embarazo no deseado a término, las mujeres que abortaron su primer embarazo tienen un riesgo significativamente más alto de depresión clínica, teniendo en cuenta un periodo de 8 años después del primer embarazo. British Medical Journal, 2002

Un 65% más riesgo de depresiones clínicas

Un análisis realizado con los datos de un estudio longitudinal sobre mujeres norteamericanas financiado con fondos federales, ha revelado que las mujeres que abortan tienen un 65% más riesgo de padecer depresión clínica a largo plazo,

teniendo en cuenta edad, raza, educación, estado civil, historia de divorcio, ingresos y estado psiquiátrico previo. Medical Science Monitor 2003

Un 30% más riesgo de trastornos por ansiedad generalizada

Los investigadores compararon las mujeres que no tenían una historia previa de ansiedad y las que habían experimentado un primer embarazo no deseado. Las mujeres que abortaron tenían un 30% más probabilidades de sufrir todos los síntomas asociados con un diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada, comparado con las mujeres que llevaron el embarazo a término. Journal of Anxiety Disorders, 2005

Cinco veces más riesgo de abuso de drogas

Las mujeres que abortan tienen cinco veces más riesgo de adicciones posteriores a drogas o alcohol que las mujeres que dan a luz. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2000.

Primeros embarazos no deseados: aumenta el abuso de drogas si las mujeres abortan

Entre las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado, las mujeres que abortaron eran más propensas a consumir, una media de cuatro años más tarde, más frecuente y recientemente alcohol, marihuana y cocaína que las mujeres que dieron a luz. Este es el primer estudio que compara la tasa de abuso de sustancias adictivas entre mujeres que han tenido embarazos no deseados. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2004.

Casi el doble de probabilidades de ser tratadas por trastornos del sueño, a menudo relacionados con trauma.

En un estudio basado en registros sobre casi 57.000 mujeres sin historia previa conocida de trastornos del sueño, las mujeres tienen más probabilidades de ser tratadas por trastornos del sueño si abortaron, comparadas con las que dieron a luz. Las mujeres que abortaron tienen el doble de riesgo de ser tratadas por trastornos del sueño en los primeros 180 días desde el aborto comparado con las mujeres que dieron a luz. Numerosos estudios han demostrado que las víctimas de traumas a menudo experimentan trastornos del sueño. Sleep, 2006.

Un estudio basado en los registros sanitarios indica más tratamientos psiquiátricos ambulatorios.

Un análisis de los registros sanitarios de Medical California prueba que las mujeres que abortan requieren de significativamente más tratamientos por enfermedades psiquiátricas en régimen ambulatorio. American Journal of Orthopsychiatry 2002.

Un 160% más de probabilidades de ser hospitalizadas para tratamiento psiquiátrico

Una revisión de los registros médicos de 56.741 pacientes californianas de Medicaid ha revelado que las mujeres que abortan tienen un 160% más probabilidades de ser hospitalizadas debido a tratamientos psiquiátricos en los primeros 90 días después del aborto que las mujeres que dan a luz. Las tasas de tratamiento psiquiátrico permanecieron significativamente más altas durante al menos cuatro años. Canadian Medical Association Journal, 2003.

Comprobar los factores conocidos de riesgo reduciría los abortos drásticamente.

Este estudio es un análisis de 63 estudios médicos que identifican factores de riesgo que predicen las reacciones psicológicas negativas al aborto. Este análisis concluye que el número de mujeres que sufre reacciones emocionales negativas debido al aborto podría reducirse drásticamente si las clínicas abortistas analizaran este tipo de riesgo en las mujeres. The Journal of Contemporary Health Law and Policy 2004.

Los hijos posteriores a un aborto se ven afectados negativamente

Los hijos de mujeres que han abortado viven en hogares que les apoyan menos y tienen más problemas de conducta que los niños de mujeres sin una historia de aborto. Este descubrimiento apoya la teoría de que el aborto puede afectar negativamente a los lazos con hijos posteriores, perturbar las habilidades maternas, o afectar a la estabilidad psicológica de la mujer. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2002.

Cinco veces más probabilidad de abuso de drogas en embarazos posteriores

Entre las mujeres que llevaron a término por primera vez un embarazo, aquellas con una historia de haber abortado tienen cinco veces más probabilidades de usar drogas ilícitas y dos veces más de beber alcohol durante el embarazo. Este abuso de sustancias coloca a sus hijos en riesgo de sufrir defectos congénitos, bajo peso al nacer y muerte. American Journal of Obstetrics and Gynecology Dec. 2002.

Mayor riesgo de fumar y drogarse durante embarazos posteriores

Un estudio sobre mujeres que acababan de dar a luz ha evidenciado que, comparadas con mujeres que habían experimentado otros tipos de interrupción de embarazo o nunca habían abortado, las mujeres que previamente habían abortado tienen más probabilidades de fumar, beber alcohol o consumir marihuana, cocaína u otras drogas ilegales durante el embarazo. British Journal of Health Psychology 2005.

El 95% de las mujeres quieren ser completamente informadas de todos los riesgos estadísticamente asociados.

Las mujeres que están considerando someterse a una operación quirúrgica como el aborto, consideran que toda información sobre riesgos físicos o psíquicos es muy relevante para tomar una decisión. Un 95% de las pacientes deseaban ser informadas de todos los riesgos estadísticamente asociados a una intervención, incluso si la conexión causa-efecto entre intervención y riesgo no ha sido plenamente establecida. (Este hallazgo es especialmente relevante para los practicantes de abortos que aseveran que sin pruebas de que el aborto causa directamente problemas tales como depresión o cáncer de mama, las mujeres preferirían que no se les dé esa información "preocupante" e "innecesaria"). Journal of Medical Ethics, 2006.

Las adolescentes tienen más problemas mentales tras un aborto, incluso comparado con partos de embarazos no deseados.

Un estudio representativo a escala nacional ha revelado que las adolescentes que abortan por embarazos no deseados tienen cinco veces más probabilidades de buscar ayuda por problemas psicológicos o emocionales con posterioridad, comparadas con sus equivalentes que llevaron a término embarazos no deseados, incluso después de tener en cuenta la historia de salud mental previa, las situaciones familiares y otros

factores que pudieran influir en la salud mental. Las adolescentes que abortaron eran tres veces más propensas a padecer problemas del sueño y tenían nueve veces más probabilidades de consumir marihuana. *Journal of Youth & Adolescence*, 2006.

El aborto incrementa el riesgo de aborto espontáneo posterior en un 60%

Investigadores en el Reino Unido han revisado las historias clínicas de mujeres entre 18 y 55 años, analizando sus historias reproductivas y modos de vida y han encontrado que las mujeres que han abortado tienen un riesgo de aborto espontáneo posterior un 60% más alto. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006.

El Instituto Elliot ha participado en muchos de los estudios anteriores. Para más información, incluyendo enlaces a algunos de los estudios publicados, visitar **www.afterabortion.org/news**

Encuesta del Instituto Elliot (4)

A continuación pueden ver una lista parcial de síntomas tomada de una encuesta realizada a 260 mujeres que habían abortado, una media de 10'6 años antes de ser entrevistadas. Estas mujeres eran voluntarias que habían solicitado terapia post-aborto, habían hecho terapia previa en el pasado o habían acudido a un centro de ayuda a la embarazada para llevar a término un embarazo posterior a su aborto.

| | |
|-----|--|
| 39% | Trastornos alimentarios que comenzaron después del aborto (comer compulsivamente, anorexia o bulimia) |
| 92% | Atonía emocional (Falta de sensibilidad emocional o necesidad de ahogar las emociones) |
| 86% | Mayor tendencia a los ataques de ira (48% afirmaron reaccionar violentamente al enfadarse) |
| 86% | Tenían miedo de que otros se enteraran de su aborto o sentían un miedo generalizado y difuso |
| 82% | Mayor sensación de soledad y aislamiento |
| 75% | Tenían menos autoestima |
| 73% | Trastornos sexuales (Más dolor durante la relación. Promiscuidad, frigidez o pérdida del placer) |
| 63% | Negación (Se preguntó a las encuestadas si había habido un periodo de tiempo en el que habrían negado la existencia de dudas o sentimientos negativos acerca de su |

| | |
|------------|--|
| | aborto. Entre las que respondieron afirmativamente (63%), el tiempo medio de negación fué de 5'25 años.) |
| 58% | Sufrieron insomnio o pesadillas |
| 57% | Mayor dificultad en conservar o iniciar relaciones amorosas |
| 56% | Sentimientos o pensamientos suicidas |
| 53% | Iniciaron o aumentaron el consumo de drogas o alcohol |
| 28% | Intentos suicidas |

Para más información sobre este estudio, ver www.afterabortion.org/Survey2.htm (7)

UN NUEVO ESTUDIO RELACIONA LA DEPRESIÓN CON EL ABORTO (5)

Las mujeres con antecedentes de aborto provocado tienen un riesgo significativamente más alto de sufrir una depresión clínica, comparado con mujeres que han dado a luz, según un estudio a nivel nacional sobre una muestra de 1.884 mujeres, publicado en el último número del *Medical Science Monitor*.

Los investigadores compararon los datos de mujeres que habían tenido su primer embarazo entre 1980 y 1992, tomados de la Encuesta Longitudinal Nacional de Juventud (National Longitudinal Survey of Youth: NLSY). Hallaron que, una media de ocho años más tarde, las mujeres cuyo primer embarazo había acabado en aborto tenían un 65% más probabilidades de sufrir una depresión, después de controlar las variables de edad, raza, estado civil, antecedentes de divorcio, ingresos, formación académica y estado psicológico anterior al embarazo.

“Estos hallazgos contribuyen al número creciente de estudios que muestran que el aborto está ligado a altas tasas de trastorno psiquiátrico, abuso de alcohol y drogas y comportamiento suicida”, manifestó el Dr. David Reardon, director del Instituto Elliot de Springfield, Illinois y uno de los autores del estudio.

“Los estudios anteriores sobre índices de depresión han tenido escaso valor debido a lo reducido de las muestras y la escasa información sobre el estado psicológico antes del embarazo”, dijo Reardon. Estos problemas se resolvieron al menos en parte usando el NLSY, un estudio progresivo a nivel nacional basado en entrevistas realizadas por el Center for Human Resource Research de la Ohio State University, y financiado por el Ministerio de Trabajo norteamericano. Las participantes en el estudio, mujeres de edades comprendidas entre los 14 y los 21 años cuando comenzó el

estudio en 1979, son entrevistadas anualmente sobre temas como estado laboral, formación académica, estado civil e historia reproductiva.

“El hecho de ocultar los abortos anteriores puede afectar los resultados también de otra forma.” dijo Reardon. Los estudios muestran que las mujeres que tienden a ocultar sus abortos o sienten vergüenza por ellos son las más proclives a sufrir una depresión. “Es muy probable que las mujeres que ocultan sus abortos tengan tasas más altas de depresión que las que no tienen reparo en hablar de su historial de abortos” dice Reardon. “Dada la tasa de ocultamiento del 60% en esta serie de datos, el hecho de haber hallado índices de depresión significativamente más altos entre las que reconocen haber realizado un aborto nos sugiere que el efecto debe de ser muy fuerte.”

"Las mujeres merecen más información", dice Reardon. "El Dr. Koop indicó correctamente la forma en que podrían recogerse los datos para examinar todas las interacciones entre la salud física y mental de las mujeres, no sólo las reacciones al aborto, sino también para estudiar PMS, la depresión post-parto, menopausia y otras. La única razón por la que no tenemos mejores respuestas para todos estos temas es porque la recomendación de Koop fue asesinada en el Congreso".

Reardon cree que la batalla política en torno al aborto ha bloqueado los fondos federales para la investigación en este campo. "Por desgracia", dice, "algunos están más preocupados en proteger la imagen pública del aborto que en proteger a las mujeres". (5), (6).

La depresión clínica después de un embarazo no deseado está ligada al aborto
(7)

El prestigioso British Medical Journal de enero del 2002 informa de que las mujeres que abortan su primer hijo tienen un riesgo mayor de depresión crónica posterior que las mujeres que llevaron a término su primer embarazo. El estudio se basa en datos obtenidos del estudio nacional sobre jóvenes norteamericanos comenzado en 1979. En 1992 se entrevistó a una muestra de 4.463 mujeres de esa población sobre depresión, embarazos no deseados y resultados de su embarazo. Un total de 421 mujeres habían tenido su primer aborto o parto no deseado entre 1980 y 1992.

Una media de ocho años después de sus abortos, las mujeres casadas tenían 138% más probabilidad de depresión clínica que mujeres similares que habían llevado a término su primer embarazo no deseado. Entre las mujeres que no estaban casadas en 1992, los índices de depresión de alto riesgo no diferían significativamente. Los autores sugieren que la falta de significancia en mujeres solteras puede deberse a las tasas más altas de ocultamiento del aborto entre esta población. En comparación con las medias nacionales, las mujeres solteras de este estudio sólo informaron del 30% de los abortos previsibles, mientras que las mujeres casadas informaron del 74%. Según los autores, esto puede hacer más fiables los resultados de las mujeres casadas. Otra explicación es que las mujeres solteras que están criando a un hijo sin ayuda de un marido sufren significativamente más depresión que las mujeres casadas.

Como la vergüenza, el secretismo y la represión mental en relación al aborto están todas asociadas con una mayor depresión, ansiedad y hostilidad post-aborto, los autores concluyen que los altos índices de ocultamiento de abortos pasados en esta población (60% en general) tendería a suprimir el efecto completo del aborto en la depresión subsiguiente. El hecho de ocultar el aborto llevaría a clasificar a las mujeres que sufren depresión tras un aborto a ser clasificadas como si hubieran dado a luz. En palabras de David C. Reardon, Ph.D., el autor principal del estudio: "Considerando el alto grado de ocultamiento de abortos pasados, el hecho de que aparezcan diferencias significativas sugiere que estamos viendo la punta del iceberg."

Reardon, director del Elliot Institute de Springfield, Illinois, afirma que los hallazgos del estudio concuerdan con otras investigaciones recientes que muestran un aumento de cuatro a seis veces más riesgo de suicidio y abuso de drogas y alcohol asociados con abortos anteriores. Dice que los resultados también son importantes por ser el primer estudio representativo a nivel nacional que examina índices de depresión muchos años después de un aborto, en esta muestra, una media de unos ocho años después.

PUNTOS CLAVE:

* La asociación entre el aborto y la depresión consiguiente dura al menos ocho años.

* Preguntar a los pacientes sobre su historial de aborto puede ayudar a los médicos a identificar a las mujeres que pueden estar necesitando ayuda psicológica.

La Conexión Aborto / Suicidio David C. Reardon, Ph.D. (8) (9)

En los años anteriores a la legalización del aborto, se creía que el aborto podía justificarse por motivos “terapéuticos”, entre los que el riesgo de suicidio justificaría la necesidad de un aborto. Sin embargo, tras muchos años de aborto legal, la realidad ha demostrado ser bien distinta. Todos los estudios sobre este tema muestran que, por el contrario, es el dar a luz lo que disminuye dramáticamente la tasa de suicidios en comparación, incluso, con mujeres no embarazadas. Actualmente algunos psiquiatras consideran que el embarazo cumple una función de protección psicológica. La presencia de otra persona por la que vivir parece reducir el impulso suicida de una mujer con trastorno psicológico o depresión grave.

A diferencia del embarazo, que debilita los impulsos suicidas, hay pruebas significativas de que el aborto *augmenta* dramáticamente el riesgo de suicidio. Según un estudio de 1986 de investigadores de la Universidad de Minnesota, una adolescente tiene 10 veces más probabilidad de cometer suicidio si ha realizado un aborto en los últimos seis meses que una joven comparable que no lo haya practicado. Otros estudios han hallado una correlación estadística similar entre adultos. Por tanto, los datos actuales indican que el aborto es mucho más peligroso para la salud mental de la mujer que el embarazo y el parto.

Esta correlación entre aborto y suicidio es bien conocida por los profesionales que tratan a personas suicidas. Por ejemplo, Meta Uchtman, directora del grupo de Cincinnati de Suicidas Anónimos informó de que su grupo trabajó con 4000 mujeres durante un periodo de 35 meses. De ellas, 1800 o más habían abortado, 1400 de las cuales tenían edades entre 15 y 24 años, el grupo de edad de mayor aumento de suicidios de EE.UU.

A veces un intento de suicidio post-aborto es un acto impulsivo de desesperación. Susan escribe: “Dos días después de mi aborto, escribí una carta de despedida a mis padres y a mi novio. No podía imaginarme cómo iba a poder seguir viviendo con la conciencia de lo que había hecho. ¡Había matado a mi propio bebé!. Bajé al sótano y me puse a manejar la pistola de mi padre. Histérica y llorando apunté dentro de mi boca. De pronto oí pasos arriba. Por algún motivo, mi padre había vuelto a buscar algo. Pare lo que estaba haciendo y subí. Vió que yo estaba mal y me invitó a comer

con él. Pensé que por lo menos le debía un almuerzo de despedida. Cuando acabó el almuerzo me dio miedo hacerlo”.

Otras veces, los impulsos suicidas son el resultado de años de represión, depresión y pérdida de autoestima. Un estudio de 1987 entre mujeres con trauma post-aborto halló que el 60% habían tenido ideas suicidas, el 28% habían intentado suicidarse, el 18% lo había intentado repetidamente, a menudo varios años después del aborto.

Desgraciadamente, al menos en un caso documentado, una chica de 18 años se suicidó tres días después de un aborto por aspiración por sentirse culpable de “haber matado a su bebé”. Un examen posterior de los archivos de la clínica reveló que la chica no estaba embarazada.

Quizás una razón de la fuerte correlación entre aborto y suicidio es que el aborto es muy parecido al suicidio. La persona que amenaza con suicidarse está pidiendo ayuda a gritos. Igualmente las mujeres que piensan en abortar. Ambas están desesperadas. Ambas se sienten solas. Ambas se sienten abrumadas por las circunstancias.

Algunos grupos pro-eutanasia creen que se debe legalizar el suicidio o incluso crear clínicas para ello donde haya personas que ayuden a los que deseen suicidarse. Si se hiciera, habría cada vez más personas que querrían ejercer su “derecho a morir”. Con la promesa de una solución “rápida, fácil y sin dolor” a sus problemas, las tasas de suicidio se dispararían como se dispararon las tasas de aborto tras su legalización.

Como las clínicas de suicidio o eutanasia que algunos piden, las clínicas abortistas también explotan la desesperación de la gente. Forman parte de nuestra sociedad de consumo que ofrece soluciones rápidas para todos nuestros problemas. Aparentan ser lugares de compasión pero en realidad son enormes negocios a costa de gente sola, asustada y confusa que se sienten no-deseados por la sociedad. En lugar de vida, ofrecen la “compasión” de la muerte. Es una falsa compasión que sólo quiere evitarse el problema de ayudar al otro a resolver sus problemas.

Para los que miran con atención y se preocupan por los demás, es evidente que quienes buscan el aborto o el suicidio están pidiendo ayuda para vivir. Están pidiendo a gritos una inyección de esperanza. Están pidiendo que alguien se interese por ellos y les ayude de verdad. Necesitan ver el valor de la vida, tanto la suya como la de su hijo,

reflejado en el cariño de aquellos que quieren ayudarla a preservar esa vida. Necesitan oír que tienen la fuerza necesaria para triunfar en esa vida que es la suya, y que cuando les falten las fuerzas, estarán allí para sujetarles y hasta llevarles en brazos.

Esto nos exige pagar un alto precio de amor. El precio del sacrificio de tiempo, energía y conocimientos. Lo contrario sería interpretado como una falta de interés... y tendrían razón.

Artículos relacionados (10)

Suicidio y/o aborto. XX Reunión del Grupo de investigación y Prevención del Suicidio: El cuerpo y el suicidio, J. Koperschmitt et al., Psychologie Medicale 21(4): 446, **Marzo 1989** El aborto puede tener un efecto importante sobre la tasa de suicidios.

El suicidio tras un embarazo ectópico (carta) , J. Farhi et al. , New England Journal of Medicine, 10 de marzo de 1994, pág. 714. Un estudio entre mujeres israelíes halló que de 160 mujeres tratadas por embarazos ectópicos, 3'75% intentaron suicidarse en el plazo de un año y 0'625% se suicidaron en comparación con una tasa de 0'04-0'06% y 0'002% respectivamente entre una población equivalente no-embarazada.

Efectos psicopatológicos de la interrupción voluntaria del embarazo sobre el padre llamado a filas. DuBouis Bonneford et al, PSYCOLOGIE MEDICALE 14 (8): 1187-1189, junio 1982.

Se presentan varios casos de estudio de varones de 18 a 22 años de bajo nivel cultural y recientemente reclutados en el Ejército. Todos sufrían una fuerte depresión y/o intentaron suicidarse a raíz de la noticia de que sus esposas o novias habían abortado voluntariamente. Los hombres pensaban que ser padres les haría más maduros o respetables, y el aborto les provocó sentimientos de auto-recriminación y autocastigo.

Secuelas psiquiátricas del aborto: Las numerosas facetas del duelo post-aborto. E. Joanne Angelo. LINACRE QUARTERLY 59:69-80, mayo 1992.

Se presentan tres casos de suicidios realizados después de un aborto. En un caso se derivó a una mujer de 22 años en el ejército a la consulta psiquiátrica debido a un trastorno de la alimentación. Había intentado suicidarse dos días antes de su cita para abortar, pues se sentía incapaz de hacerlo y también de enfrentarse la idea de ser madre soltera en el Ejército. Su psiquiatra le había aconsejado seguir adelante con el aborto. Después de su aborto empezó a consumir cocaína y alcohol y su peso bajaba sin cesar. Sentía un fuerte deseo de reunirse con su bebé. Tuvo varios intentos de suicidio y a pesar de continuar en terapia, lo consiguió.

En otro caso, una mujer de 23 años fue derivada al psiquiatra tras un intento de suicidio por un incidente planeado de conducción bajo los efectos del alcohol. Había abortado dos veces a las edades de 17 y 18 en su época escolar. Era la hija menor de una familia numerosa y tenía miedo de decírselo a sus padres por miedo a que pudieran sufrir un infarto (los padres estaban mal de salud). Sufrió sola la culpa durante 6 años. Había pensado decírselo a un tío que era sacerdote, pero antes de que pudiera hablar con él, murió de un infarto. Durante el duelo por su muerte y por las muertes anteriores, planeó su propia muerte para poner fin a su dolor y reunirse con sus hijos y su tío.

En un tercer caso, un varón de 18 años que trabajaba en una gasolinera se pegó un tiro y murió tres meses después de la inesperada muerte de su padre. Sólo su mejor amigo sabía que cuando se suicidó estaba abatido por el aborto de su novia. Su hijo había sido concebido el día de la muerte de su padre. Se había hecho una imagen mental del niño y había dicho a sus amigos que quería ponerle el nombre de su padre. La pérdida de su hijo y de lo que representaba fue más de lo que pudo soportar.

Abortos de segundo trimestre en EEUU, D. Grimes, Family Planning Perspectives 16/6: 260, Nov. Dec 1984. Entre las 92 muertes de mujeres con abortos de segundo trimestre entre 1972 y 1981, dos fueron debidas al suicidio.

Daños físicos y psicológicos en mujeres después de un aborto: Akron Pregnancy Services Survey L.H. Gesselman, ASSOCIATION FOR INTERDISCIPLINARY RESEARCH NEWSLETTER 5(4):1-8 SEPT/OCT 1993.

En un estudio de 344 mujeres después de abortar atendidas en Akron entre 1988 y 1993, el 16% tenía impulsos suicidas, el 7% estaba preocupada con la idea de la muerte y el 7% había intentado suicidarse.

Intentos suicidas de adolescentes después de un aborto provocado Carl Tischler, PEDIATRICS, 68 (5): 670 (1981).

Estudio de casos de intento de suicidio en el aniversario del que habría sido el nacimiento de su hijo abortado.

Los aspectos psicosociales del estrés después de un aborto, Anne C. Speckhard (Kansas City: Sheed and Ward, 1987)

30 mujeres que sufrían estrés post-aborto fueron entrevistadas de 5 a 10 años después del aborto. El 65% tenía ideas suicidas y el 31% había intentado suicidarse.

Abortos terapéuticos y trastornos psiquiátricos en mujeres E.R. Greenglass, CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION JOURNAL 21: 453-459 (1976).

De 188 mujeres entrevistadas, 5 intentaron suicidarse unos 2,6 meses después del aborto.

Psicosis post-aborto, Myre Sim and Robert Neisser, en THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ABORTION", Editor D. Mall y W.F. Watts, (Washington D.C.: University Publications of America, 1979).

58 mujeres de un hospital estatal israelí informaron de que el aborto, provocado o natural, les había llevado al hospital psiquiátrico. 7 intentaron suicidarse y otras 3 amenazaron con hacerlo.

Trastornos mentales después de un aborto, B. Jansson, ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 41:87 (1965).

En un estudio sueco de 57 mujeres con problemas psiquiátricos previos que abortaron posteriormente, 3 se suicidaron, según estudios de seguimiento a largo plazo de 8-13 años después de su aborto. Por el contrario, de 195 mujeres con problemas psiquiátricos previos que dieron a luz, ninguna se suicidó.

Consecuencias emocionales, psicológicas y psiquiátricas del aborto (11)

¿El aborto provoca problemas emocionales, psicológicos y psiquiátricos?

Sí, el aborto provoca serios problemas emocionales como: Remordimientos – La mayoría de las mujeres que abortaron tuvieron sentimientos de remordimiento por la falta del hijo que "debería haber dado a luz".

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.

Los síntomas clínicos del remordimiento que ello provoca, varían y perduran hasta muchos años después del evento. La Dra. Marie A. Peeterers-Ney afirma:

"EN LA LITERATURA APARECEN SÍNTOMAS TALES COMO (...) EL DEL ANIVERSARIO DE LA FECHA DEL ABORTO O DE LAS FECHA EN QUE HUBIESE NACIDO EL BEBÉ, CON MOTIVO DEL CUAL LA MUJER TIENE DOLORES ABDOMINALES, MIGRAÑA, AFECCIONES PSICOLÓGICAS O DISFUNCIONES SEXUALES".

El aborto marca para siempre, como lo confirman numerosos testimonios: "NO SÉ POR QUÉ LO HICE," declaró una mujer, "PERO DE LO QUE SÍ ESTOY SEGURA ES QUE AÚN NO ME RECUPERO DE ESA EXPERIENCIA. LAS PESADILLAS NO ME DEJAN VIVIR EN PAZ."

Ansiedad y depresión – Las adolescentes son más propensas que las mujeres adultas a sufrir las secuelas psicológicas. Aunque la primera reacción puede ser de alivio por no estar más embarazada, la ansiedad, la depresión y el sentimiento de culpa, aparecen pronto.

Síndrome post-aborto – No cabe duda que la práctica de el aborto, provoca graves tensiones. La mujer, posee un instinto materno dado por la misma naturaleza. Violentarla significa acumular traumas que a veces se manifiestan poco después, pero en otras ocasiones quedan latentes y explotan años más tarde, en las formas más inesperadas como patologías y reacciones psicológicas anómalas.

Es cada día más evidente que, en algunos casos, la respuesta de la mujer a ese trauma es similar a la neurosis post-traumática ("post traumatic stress disorder") de algunos veteranos de guerra.

Algunos de estos reflejos son: angustia, ansiedad, uso de drogas, pérdida de la autoestima, sentimiento de culpa, insomnio, pesadillas aterradoras, abuso de fármacos, afecciones psicosomáticas, agotamiento, dificultad de concentración, misantropía y depresión. Este cuadro se agrava si la mujer intenta acallar su conciencia negando que el aborto fue el asesinato de su propio hijo. El negarse a reconocer el propio crimen provoca en ella reacciones psicológicas profundas y desencontradas, que la catapultan a un estado de ansiedad, traumas nerviosos e irritabilidad casi insoportable.

A su vez, la Dra. Maria Simon, psicóloga en la Clínica Ginecológica Universitaria de Würzburg (Alemania), señala que: "tras un aborto se acumulan las siguientes consecuencias psíquicas: sentimientos de remordimiento y de culpa, oscilaciones de ánimo y depresiones, llanto inmotivado, estados de miedo y pesadillas. Frecuentemente, afirma, estos fenómenos van acompañados de perturbaciones físicas, como alteraciones del ritmo cardíaco o de la tensión arterial, migraña, trastornos del aparato digestivo o calambres en el vientre. Inmediatamente tras el aborto y bastante tiempo después, las pesadillas tienen como tema niños pequeños muertos. Al 52 % de las encuestadas les molesta ver a mujeres embarazadas porque les recuerdan sus propios hijos abortados. En el 70 % de las mujeres surge una y otra vez el pensamiento de cómo serían las cosas si el niño abortado viviera ahora. Además, las encuestas arrojan proporciones de hasta 50 % de uniones que se rompen después de un aborto."

La Dra. Wanda Franz, de la Universidad de West Virginia (EE.UU.) indica el remedio para las mujeres que alguna vez abortaron: "Ante todo y principalmente, es necesario enfrentar la realidad de haber cometido un

aborto. La verdad es que, cuando una mujer acepta someterse a un aborto, ella consiente en asistir a la ejecución de su propio hijo. Esa amarga realidad se opone a la realidad biológica de la mujer, que ha sido ordenada precisamente para el cuidado y nutrición de su hijo, incluso no nacido. Asumir el papel de "verdugo", especialmente de su propio hijo, sobre el cual ella misma reconoce la responsabilidad de protegerlo, es extremadamente doloroso y difícil. El aborto es todo lo contrario al orden natural de las cosas y automáticamente induce a una sensación de culpa. La mujer debe, sin embargo, admitir su culpa para poder convivir con ella".

La Profesora María Esther Perea de Martínez cita el interesante testimonio de la escritora alemana Karin Struk, quien tuvo cuatro niños y abortó uno. Después de referirse a lo que denominó "una de las experiencias más espantosas de mi vida", afirmó:

"Después del aborto descubrí que cualquier proceso de cura requiere la ayuda de Dios. La presencia de Jesús era indispensable. Esta pieza que faltaba fue la que me hizo reaccionar"

¿También el padre sufre las consecuencias post-traumáticas del aborto?

Como refiere Eric Pastuszek, las investigaciones señalan que cuando un hombre se da cuenta de que su hijo ha sido abortado, con frecuencia experimenta severas reacciones negativas. Uno de estos padres así lo explicó: "Usted probablemente haya leído acerca de lo que causaron a los veteranos de Vietnam los sentimientos de culpa y las emociones reprimidas. Ellos lo llaman 'neurosis post-traumática'. Este fenómeno resulta básicamente de la intención de acallar o suprimir el recuerdo de la reacción a la muerte y la violencia que los rodeaba. Ese es el mismo tipo de reacción que tuve frente al aborto de mi esposa".

El "stress" que sufre el padre se intensifica cuando la ley le niega todo poder para proteger la vida de su hijo no nacido, como ocurre en los EE.UU, donde la Corte Suprema "determinó que lo que el Estado no tiene (el derecho a prohibir un aborto) no puede concederlo a nadie más." Ello implica "que no existen derechos naturales creados por la paternidad", al punto que una sentencia del Supremo Tribunal de California sugirió que el niño es "un patrimonio del Estado" y si éste no lo valora, "nadie más puede protegerlo, ni siquiera quién lo engendró".

Una de las graves consecuencias de esta situación es que, "si el hombre sabe que no tiene ningún derecho, no crea un vínculo con ese bebé no nacido" y "no protege a la madre que necesita un apoyo de su marido para atravesar el embarazo". De ahí que "la mayor parte de las relaciones se quiebran después del aborto", el 80 % de acuerdo a una estadística de la Abortion Recovery Canada.

Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. *Gómez Lavin, Carmen Dr.*
(12)

Son innumerables las dificultades que se tienen para valorar adecuadamente los efectos psicopatológicos del aborto; puede ser debido

- 1) Que no es fácil la elaboración estadística de los resultados,
- 2) Que tampoco existen valoraciones médicas sistemáticas de estas pacientes después del aborto,
- 3) También a que las mujeres que han abortado no suelen estar propicias a seguir relacionándose con el médico que la ha inducido a él.

Aunque la literatura sobre el aborto es abundante, cuando se trata de exponer las consecuencias psicopatológicas del aborto, faltan todavía estudios científicos serios, y los pocos que se han hecho, rara vez no están marcados por un cierto carácter tendencioso.

Por tanto he de apoyarme, más bien en los datos obtenidos a través de mi propia experiencia psiquiátrica que, por otra parte, son los que tienen más fuerza y te dan mayor seguridad al intentar hablar de este tema o de otros muchos temas en relación con la medicina.

Es un ser plenamente individualizado. Es decir, posee todas las capacidades para convertirse en persona, con una dignidad propia e irrepetible, y los cambios que van a ocurrir son simplemente etapas del crecimiento y maduración. Puede decirse que es una "Persona en camino" con pleno derecho de alcanzar la madurez. O sea, posee ya toda una serie de potencialidades que le permitirá alcanzar su

plenitud personal.

No tiene por tanto ningún sentido considerarlo como un apéndice de su madre. Es un nuevo ser, que puede, incluso, sobrevivir 5 ó 6 días después de fecundado sin necesidad de la madre.

Por eso ha dicho el Prof. Orts Llorca, Maestro de numerosas generaciones y Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid: "No tenemos los años que indica nuestro carnet de identidad, sino nueve más, que han sido los más significativos en nuestro devenir biológico e incluso psicológico".

El nuevo ser tiene en potencia todas las posibilidades del ser humano: comienza a tener sensaciones, percepciones (es sensible al dolor, al tacto, al frío, al sonido y a la luz), tiene sentimientos, ideas.... Por ejemplo, se sabe, que a partir de los 43 días se puede recoger ya impulsos eléctricos en el EEG lo que indica, que el cerebro ha comenzado a funcionar.

Una vez hecho este preámbulo, vamos a tratar de centrarnos más en el tema y enumerar algunas consecuencias psicopatológicas más frecuentes que acontecen en la mujer tras un aborto provocado.

En primer lugar, los más frecuentes son cuadros depresivos que se acompañan de un sentimiento grande de culpabilidad y en lo que todos los autores están de acuerdo.

Es este probablemente, el síntoma sobre el que existe mayor experiencia y mayor acuerdo entre los científicos. Se despierta en ellas un sentimiento grande de culpabilidad. Lo que los psiquiatras llamamos "culpabilidad psicológica". Culpa esta, distinta de esa otra culpa moral -aunque en este caso la incluya-.

He podido constatar que este sentimiento de culpa en muchos casos es irreversible y permanece durante toda la vida de la mujer.

Son pues continuos en las abortistas los autorreproches y la idea de reparación.

Esto no es nada nuevo lo describen varios autores. La Dra. Stanford psiquiatra canadiense, nos cuenta su propia experiencia.

Habla del síndrome postaborto, y señala como la mujer recorre tres estadios:

- 1) Desasosiego y tristeza ("No tiene el alma en paz, ni el espíritu en paz").
- 2) Revive continuamente el momento traumatizante del aborto de un modo muy profundo, aunque pasen 5, 10, 15 años recuerda la vestimenta de la enfermera, las paredes de la habitación donde el aborto sucedió... y se pregunta a menudo ¿cómo sería mi niño ahora?, "suelen justificarlo diciendo que no tenían otra opción, que no podía hacer otra cosa... pero ese pensamiento vuelve".
- 3) El estadio siguiente, es una gran depresión: Depresión profunda con un gran sentimiento de culpabilidad, perdiendo interés por las cosas que antes eran interesantes en su vida, y a veces no ve otras salidas que el suicidio. "No como elección por la muerte en sí, sino como una elección para salir de la situación de dolor, de pena, como un modo de salir de allí"....

Describe también la Dra. Stanford lo que ella llama la depresión de aniversario.... aniversario que se sitúa alrededor de la fecha del posible nacimiento o alrededor de la fecha del aborto.

Quizás sea este uno de los argumentos de más peso que se puede esgrimir tras el aborto provocado: las consecuencias psicopatológicas que se derivan. Por eso ha dicho el Prof. Willke "es más fácil sacar al niño del útero de su madre que sacarlo de su pensamiento".

Quién ha hecho o ha presenciado un aborto se queda para siempre con la impresión imborrable de que ha eliminado una vida humana. Es más, aquellas personas que tienen una cierta predisposición personal o familiar a la enfermedad mental, corren un riesgo mayor, y es raro que no queden con un desequilibrio psíquico tras el aborto, entre otras cosas, por la tensión emocional que siempre produce. Quizás es por esto por lo que en Holanda, donde se permite el aborto, uno de los criterios de selección de las enfermeras en las clínicas, es el que nunca hayan intervenido o se hayan provocado un aborto, porque se considera que las

daña emocionalmente.

De hecho la OMS en celebración oficial en 1970 dijo: "Las mujeres con alguna señal indicativa de trastorno emocional corren mayor riesgo de graves desajustes mentales tras el aborto, y más si tenía alguna enfermedad psiquiátrica previa". Y sigue diciendo "cuanto más serio sea el diagnóstico psiquiátrico, más perjudicial es para ella el aborto".

Y esto incluso, entre no cristianos. Hay abundantes testimonios que demuestran estos hechos. Porque aunque el aborto no suponga una transgresión de la ley civil, siempre contraría la ley natural, y es muy frecuente encontrarse después en tales mujeres con problemas emocionales, y trastornos psiquiátricos persistentes.

Pienso que es bueno que aparezca este sentimiento de culpabilidad, si no existiera, sería que se había borrado en su conciencia, hasta la noción del mal, reflejaría un deterioro psicológico grave, una falta de respuesta emocional con todas las características que ello tiene. Supondría una frialdad afectiva y una insensibilidad grave en cuestiones tan importantes y en sentimientos tan esenciales, como es para la mujer, su sentimiento de maternidad, lo que los psiquiatras llamamos, Psicopatía o Personalidad Anormal.

Si se analiza con objetividad el problema, se observa que nunca el aborto es un hecho aislado, sino que casi siempre irá acompañado de otra serie de trastornos conductuales importantes, muchas veces patológicos, tal como pueden ser las toxicomanías, alcoholismo, perversiones sexuales, intentos de suicidio, etc. Trastornos de conductas importantes que suponen un deterioro grande en la vida personal, familiar, y social: suelen ser consecuencia de una gran relajación o infravaloración de los principios más elementales éticos y morales.

Otra de las consecuencias del aborto, suele ser el rechazo de su propia sexualidad. Presentan sentimientos de animadversión y rechazo a su propia pareja, que pueden interrelacionarse con sentimientos de frigidéz sexual, esterilidad futura y distintas dificultades específicas en la adaptación sexual. En general suelen ser mujeres con poca identidad femenina y con rechazo de su papel maternal, que puede llevar en algunos casos a la destrucción de su

matrimonio.

No es raro tampoco encontrarse con que son mujeres muy inmaduras. A la vez que buscan la protección de algún hombre, rechazan todo lo que pueda suponer compromiso, porque de alguna forma lo consideran como debilidad y sumisión.

Ford hace un estudio entre 40 mujeres que solicitan el aborto para ver cual es su actitud hacia la maternidad y dice que sólo 8 de 40 ó sea el 20% de las mujeres, expresan comentarios positivos respecto a la propia imagen.

También el mismo autor relata la proporción de síntomas psíquicos que aparecen en estas mujeres en relación al grupo control y encuentra: depresión (97,5%), ansiedad (82,5%), insomnio (77,5%), pérdida de la libido (72,5%), ideas de suicidio (55%), anorexia (45%).

Son mujeres que a la vez que tienen una gran necesidad de afecto, apoyo y atención, que buscan frecuentemente por estratagemas inconscientes, aunque evitan involucrarse afectivamente en sus relaciones y tienden a aislarse.

En este sentido, no es infrecuente encontrarse con lo que pudiéramos llamar un síndrome independentista. Hay en estas mujeres como una incapacidad para contraer vínculos duraderos, y poder establecer una buena relación interpersonal.

En general, puede decirse que todos los abortos, también desde este punto de vista psicológico, tienen consecuencias negativas no solo para la propia mujer sino también para su familia y para la sociedad en general.

Se podría seguir enumerando distintos síntomas psicopatológicos que siempre se encuentran en mujeres abortistas, pero no voy a alargarme, solo pretendía que se viera a través de mi propia casuística, avalada por 25 años de dedicación a la clínica, y atención ambulatoria de enfermos, la problemática con la que generalmente me encuentro.

Por eso pienso, que quizá uno de los argumentos más poderosos que puede haber en contra del aborto, es precisamente las consecuencias psicopatológicas, porque como decimos al principio con frase del propio Profesor Willke: "es más fácil sacar

al niño del útero de su madre que sacárselo de su pensamiento.

Actualmente la mayor parte de los investigadores están de acuerdo de que en algún nivel, al aborto es una experiencia estresante para todas las mujeres. La Asociación Psiquiátrica American en su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR acepta que el aborto es un estresor psicosocial. (13)

En conclusión los investigadores en general, no han logrado ponerse de acuerdo en tres puntos básicos:

1. La cantidad de mujeres que experimentan Síndrome Pos Aborto (SPA).
2. La severidad de los síntomas y su clasificación.
3. En qué medida constituye el síndrome un problema de salud pública.

CAPÍTULO 2

EL ESTRÉS Y SUS REPERCUSIONES

Psicología del estrés (13)

La psicología del estrés resulta compleja, para entenderla definiremos lo que es un psicotrauma. El primero en utilizar este término fue el neurólogo alemán Eulemburg (1878), quien pensaba en un “shock psíquico”, que se expresaba por intensas emociones de terror, ira o tristeza y provocaba una verdadera “conmoción de las moléculas” del cerebro semejante a la que ocurren los traumatismos mecánicos. Posteriormente, Freud y Breuer (1895) reutilizaron el término psicotrauma asociándolo con la noción de inconsciente.

El psicotrauma intelectual y psicosocial se distingue de los estresores físicos, químicos y fisiológicos debido a que resulta mediado por las cogniciones de las que depende su naturaleza psíquica. Psicotrauma es equivalente a la noción de estresor negativo, nocivo, no saludable o distrés. Por otra parte, la intensidad del impacto psicotraumático, depende del estresor y de la vulnerabilidad del sujeto.

Son diversas circunstancias que provocan las situaciones psicotraumáticas. El estrés puede ser causado por falta de amor; por la frustración de necesidades como el deseo sexual o el hambre, por duelos, pérdidas o daño a personas o a objetos queridos. Los psicotraumas también pueden consistir en daño a la autoestima y pérdida de la estima social; en presión, violencia y abusos físicos o psicológicos; en riesgo de fracaso en algún desempeño importante o frente a una tarea difícil, novedosa y poco comprensible como así también en amenaza de castigo por haber realizado un trabajo en forma errónea o imperfecta.

Los conflictos de tipo “trampa”-así denominados porque resulta imposible predecirlos, escapar o tener control sobre ellos- originan percepciones de indefensión y desamparo, por lo que también son generadores de situaciones psicotraumáticas. Por último, el riesgo de daño físico, el dolor o la incomodidad pueden significarse como psicotraumas.

En los estudios sobre psicotraumas los temas más frecuentes resultan los duelos, los conflictos sexuales y sentimentales, las discordias familiares y el estrés ocupacional. Una de las tareas más importantes del terapeuta en la atención de las enfermedades

por el estrés, es el reconocimiento de los psicotraumas mediante la entrevista o valiéndose de inventarios.

Al igual que una herida física, el efecto de los psicotraumas puede ser agudo o crónico; en el último caso las consecuencias suelen mantenerse durante años y el sujeto puede recordar o, mediante el olvido, reprimir el suceso dramático.

Para describir la patogenia o el modo de originarse de las enfermedades producidas por el estrés, se utilizará el siguiente esquema, propuesto por Kogan y Levi en la figura 1.

| | |
|---|--|
| 1) ESTRUCTURA SOCIAL | Pareja, familia, instituciones, comunidad, etc. |
| 2) PROCESO SOCIAL | Relaciones sentimentales, aprendizaje, trabajo, etc. |
| 3) ESTIMULOS PSICOSOCIALES | Rivalidad amorosa, duelo, diagnóstico médico, exámenes, etc. |
| 4) RECURSOS DE LA PERSONALIDAD | <p>A. Cogniciones, mecanismos de enfrentamiento, sistemas de valores. Red solidaria.</p> <p>B. Factores genéticos. Influencia ambiental previa.</p> <p>C. Vulnerabilidad y resistencia</p> |
| 5) MECANISMOS DEL ESTRÉS | Cambios endócrinos y vegetativos. Ansiedad. Agresividad. Alcoholismo. Tabaquismo. Privación del sueño. Hiperorexia, etc. |
| 6) DESARREGLOS PRECURSORES DE LA ENFERMEDAD | Sentimientos podrómicos de malestar. |
| | <p>a) Psíquica, Psicósomática.</p> <p>b) Enfermedad por estrés.</p> |

| | |
|---------------|---|
| 7) ENFERMEDAD | c) Enfermedad mixta d) El estrés como desencadenante |
|---------------|---|

Figura 1. Esquema de Kogan y Levi. "El estrés. Qué es y cómo evitarlo". Orlandini, Alberto.

El esquema de Kogan y Levi, proponen siete eslabones con tres elementos sociales, uno sobre la personalidad y tres aspectos de la patogenia de la enfermedad.

- 1) *La estructura social.* Es el modo en que están organizadas y funcionan la comunidad y las instituciones en las que participa el sujeto. Los desarreglos en la estructura de la pareja, la familia, la escuela, el hospital o las empresas, pueden ocasionar procesos sociales nocivos.
- 2) *Los procesos sociales.* Se definen como el tipo particular de actividades que realiza el sujeto en cada institución. En este sentido, en la pareja ocurren relaciones sexuales y sentimentales; en los hospitales se cura la enfermedad; en la escuela se aprende; y en las empresas se llevan a cabo tareas de trabajo. Las disfunciones e incompatibilidades sexuales y sentimentales, la iatrogenia, los errores pedagógicos y los conflictos en el trabajo, pueden convertirse en estímulos de estrés.
- 3) *Los Estímulos Psicosociales.* En los procesos sociales ocurren situaciones como la rivalidad amorosa, el duelo, los exámenes académicos, el diagnóstico médico o los horarios nocturnos de trabajo. A estos procesos se los denomina estímulos psicosociales y componen el "material" que procesa la persona.
- 4) *Los recursos de la personalidad.* El estímulo psicosocial es refractado o filtrado por la personalidad mediante las condiciones y las operaciones de la inteligencia, las motivaciones y los estados de ánimo, los mecanismos de enfrentamiento y las defensas, y el sistema de valores. Algunos componentes sociales del sujeto, como el estatus, el rol social y las redes de apoyo solidario, también intervienen como recursos de la personalidad. Las "armas del carácter" están determinadas por la herencia genética y la experiencia previa, que, si son suficientes, posibilitan la resistencia, y si son defectuosas, determinan la vulnerabilidad. El estímulo social es elaborado por los componentes de la personalidad, y el resultado final otorga la significación y la magnitud positivas o negativas del suceso ambiental, la resistencia ocurre cuando el individuo entiende que son los recursos de su personalidad los que

pueden manejar favorablemente la situación de estrés. Por el contrario, la vulnerabilidad significa que el estresor sobrepasa los recursos de la persona y la resistencia de los mecanismos defensivos de la psiquis.

- 5) *Mecanismos del estrés.* Comprenden las respuestas fisiológicas, intelectuales, emocionales y conductuales que resultan del significado que se atribuye al estímulo social. Estos mecanismos comprenden los cambios endocrinos y vegetativos, la fatiga, la ansiedad o la ira, el consumo de drogas, los desarreglos en los hábitos de vida, etcétera.
- 6) *Mecanismos precursores de la enfermedad.* El efecto prolongado de los mecanismos del estrés provoca cambios funcionales en el cerebro y en las vísceras; en un primer momento no se expresan como una enfermedad para el médico clínico, sino que se revelan como sensaciones subjetivas de malestar.
- 7) *La enfermedad.* Si el estrés perdura, ocurre la enfermedad que incluso puede manifestarse de manera orgánica con daño en los tejidos de las vísceras. Por el grado de lesión de los tejidos, las enfermedades por el estrés pueden clasificarse como funcionales y orgánicas. La frecuencia con que ocurren las primeras es mucho más elevada que el diagnóstico de trastornos orgánicos. De acuerdo con el predominio en la mente o en el cuerpo, las enfermedades se clasifican como psíquicas o somáticas, aunque esta distinción es relativa, ya que toda enfermedad psíquica tiene componentes corporales y todas las somáticas resultan más o menos influidas por la psiquis.

La vulnerabilidad para enfermarse por el estrés depende de aspectos psicológicos y biológicos. La susceptibilidad psicológica se determina por puntos sensibles a los traumas, por carencia de inteligencia, o defecto en los mecanismos de enfrentamiento y las defensas. Por otra parte, la vulnerabilidad biológica, constitucional o endógena, se explica por causas genéticas y orgánicas que ocasionan anormalidades bioquímicas o fisiológicas en el cerebro.

De acuerdo a la importancia que revista el impacto del estrés o la vulnerabilidad endógena, pueden admitirse tres tipos de trastornos:

1. Enfermedades situacionales o por estrés
2. Enfermedad mixta

3. Enfermedades constitucionales o no exógenas.

El estrés es la causa de todas las dolencias en el primero de los casos. En la enfermedad mixta-neurosis y trastornos de la personalidad- el 50% de la causa es el estrés y el resto depende de la vulnerabilidad biológica. En las enfermedades constitucionales –esquizofrenia o depresión endógena- todo o casi todo es determinado por la anormalidad genética biológica.

Los síntomas psíquicos más comunes de la enfermedad situacional del estrés son:

1. Dificultades en la concentración y en la memoria
2. Ansiedad
3. Cansancio exagerado
4. Crisis de cólera, irascibilidad y malhumor
5. Falta de ánimo: aburrimiento, tristeza, decaimiento, llanto, pesimismo, ideación suicida
6. Exceso o defecto del apetito y cambios marcados en el peso corporal
7. Reducción del deseo y desarreglos del desempeño sexual
8. Consumo aumentado de café, tabaco, alcohol, y automedicación con drogas analgésicas o psicotrópicas
9. Retraimiento, maltrato o violencia con la pareja, la familia u otras personas
10. Dificultad para realizar las tareas domésticas, el estudio o el trabajo, o rechazo de la casa, la escuela o el lugar de trabajo
11. Cambios en los hábitos de vida (en la sociabilidad, en las recreaciones, en el ejercicio físico, en los horarios, etcétera)

FORMAS CLINICAS PSIQUICAS DE LA ENFERMEDAD POR ESTRÉS.

- I. Formas especiales de la infancia
 1. Ansiedad por separación
 2. Depresión anaclítica

3. Institucionalismo hospitalario y “casero”
 4. Fobia escolar situacional
 5. Timidez
 6. Agresividad y berrinches
 7. Bajo rendimiento académico por estrés
 8. Conducta antisocial
- II. Formas según el síndrome
1. Síndrome ansioso
 2. Síndrome depresivo
 3. Crisis de cólera
 4. Síndrome neurasteniforme o burn-out
 5. Síndrome fóbico
 6. Síndromes y síntomas histéricos
 7. Síndrome paranoide y contagio de psicosis
 8. Intento suicida y suicidio exitoso
- III. Formas según la evolución
1. Curso breve o reacción aguda de gran tensión
 2. Curso intermedio de semanas a un año o más
 3. Curso prolongado o trastornos postraumáticos por estrés
- IV. Con dependencia del consumo de drogas
1. Automedicación
 2. Consumo de drogas, café o tabaco
 3. Alcoholismo transitorio por estrés

V. Formas según síntomas somáticos

1. Trastornos del sueño: insomnio, hipersomnia y pesadillas
2. Trastornos del apetito; consumo exagerado de agua o potomania, anorexia e hiperorexia
3. Deterioro del deseo sexual, la excitación sexual o el orgasmo
4. Trastornos con expresión corporal: desarreglos respiratorios, síndromes cardiocirculatorios, trastornos digestivos, desarreglos de la musculatura estriada.

VI. Formas dependientes del psicotrauma

1. Estrés marital
2. Estrés sexual
3. Estrés familiar
4. Reacciones de duelo
5. Estrés académico
6. Estrés deportivo
7. Estrés ocupacional
8. Estrés militar y de la guerra
9. Estrés de las catástrofes
10. Estrés por encarcelamiento
11. Estrés por tortura
12. Estrés médico y iatrogenia

VII. Formas con gran participación de la predisposición constitucional

1. Las neurosis
2. Las psicopatías o desarreglos del carácter

VIII. Otras formas de enfermedad situacional

1. Propensión a los accidentes en los deportes, la ocupación, la vida cotidiana y el tránsito debido a la distraibilidad, el sueño, la ansiedad y la cólera.

Se ha reconocido que algunos estresores hieren de tal manera la psiquis que ocasionan un daño permanente; de ahí la denominación de trastornos postraumáticos por estrés o evolución prolongada. En estos casos hay presencia de síntomas aunque el agente traumático haya desaparecido largo tiempo atrás. Las manifestaciones del estrés pueden comenzar inmediatamente después del suceso traumático o luego de meses o años. Los psiquiatras norteamericanos definen estos desarreglos por los componentes que se describen a continuación:

- Gran intensidad del agente nocivo capaz de provocar trastornos en la mayoría de las personas
- El suceso traumático se vuelve a experimentar ya sea por rememoraciones recurrentes parecidas a las obsesiones o por pesadillas con el tema traumático
- Se hacen evidentes: “anestesia afectiva” y sentimiento de extrañeza y apartamiento de las personas
- Síntomas crónicos de ansiedad, insomnio, “culpa del sobreviviente”
- Desarreglos de la atención y la memoria
- Evitación de situaciones que evoquen el suceso traumático
- Intensificación de las manifestaciones ante situaciones evocadoras del evento

El estrés por duelo (13)

La respuesta al estrés provocado por la muerte de personas queridas se designa como reacción de duelo. En la actualidad este concepto ha sido ampliado a otro tipo de pérdidas como la enfermedad, las deformidades o la amputación de órganos del cuerpo, la desaparición de posesiones u objetos valiosos, el abandono del amante y las separaciones de los hijos y los amigos.

El estrés de la pérdida de un familiar o de un amigo aumenta su efecto nocivo cuando se asocia a la privación de sueño por velar las noches del moribundo; por el dolor que provoca la percepción de los sufrimientos y el deterioro corporal del enfermo.

Las personas más vulnerables al estrés por duelo suelen ser los niños, las madres, los sujetos con predisposición a deprimirse, quienes tenían gran afecto y dependencia con el fallecido, aquellas personas que quedan solas, y los que carecen de valores que los compensen y los conforten.

La evolución de la aflicción puede ser de una duración breve de dos a tres semanas en el duelo normal, y de largos meses o años en el duelo patológico. Algunos investigadores refieren que los sentimientos dolorosos máximos ocurren luego de uno o dos años de la muerte del familiar, y aún al decenio de la pérdida el recuerdo provoca dolor en relación con la persona desaparecida.

Las cogniciones anómalas (13)

La escuela conductista postula que el estrés se debe a cogniciones o pensamientos anómalos y sus tratamientos apuntan a modificar estas ideas. Las cogniciones enfermizas provocan estrés al aumentar la intensidad del impacto de un suceso trivial o realmente amenazante.

Las cogniciones ansiogénicas o provocadoras de ansiedad son típicas de la angustia por insuficiente desempeño en la copulación y ocasionan desarreglos de la respuesta sexual. “voy a fallar nuevamente”; “mi cuerpo no me obedece como yo quiero”; “todos lo hacen mejor que yo”; “voy a quedar en ridículo”; “esta vez me desprestigiaré”; “yo no tengo control en este asunto”.

Estas cogniciones también se observan en ocasiones en que se espera un determinado rendimiento. Los pensamientos referidos resultan típicos de las personalidades inseguras, ansiosas y obsesivas.

Otro tipo de pensamientos anómalos son las ideas de desamparo, conocidas como cogniciones de desvalimiento o provocadoras de depresión, porque favorecen el desarrollo de la tristeza y de las ideas suicidas. Ante una contingencia de estrés el desvalido piensa: “siempre voy a fracasar”; “nada me sale bien”; “no soy inteligente”; “soy feo, no tengo gracia ni simpatía”; “soy aburrido y nadie me quiere”; “siempre soy un perdedor”; “los fracasos se deben a mi incapacidad”; o “mi vida carece de futuro”.

Estos pensamientos se relacionan con una escasa estimación de sí mismo y se originan en niños no amados, criticados con exceso y sin respeto. Las cogniciones de desamparo se observan en las personalidades depresivas y dependientes.

Las cogniciones persecutorias y provocadoras de paranoia resultan características de las personalidades anormales de tipo paranoide, que se caracterizan por la desconfianza, los celos, el odio a supuestos enemigos y las discusiones y pleitos interminables. Por ello, en los encuentros interpersonales, estas cogniciones sugieren ideas como “estoy rodeado de enemigos y traidores”; “me está estudiando para hacerme daño”; “su saludo es una máscara hipócrita que disimula su odio hacia mí”; “los demás crean calamidades para herirme”; “busca defectos para burlarse de mí”; “todas las mujeres son infieles” ó “todos los hombres son adúlteros”; “no se puede confiar en nadie”; “todo lo que me dicen es mentira”; o “los negros son traicioneros y miran de forma agresiva”.

La escuela psicoanalítica entiende las cogniciones paranoides como una proyección de los deseos o sentimientos inconscientes del propio sujeto, que éste atribuye erróneamente a los demás. Para los conductistas, las cogniciones paranoides se aprenden en familias, instituciones o comunidades con un clima odioso de desconfianza, castigos y persecuciones.

Como se desprende de los ejemplos citados, estas cogniciones originan percepciones del prójimo que son interpretadas como amenaza, ataque, burla, desprecio o despojo, y ocasionan el consiguiente estrés emocional. Los pensamientos paranoides provocan relaciones dañinas con las otras personas debido al humor discutidor y crítico, los pleitos, los celos y la violencia.

En síntesis, las cogniciones modulan la percepción del estrés de tal manera que aumenta o disminuyen el impacto del psicotrauma y la cadena de acontecimientos fisiológicos y psicológicos que terminan provocando ya el endurecimiento de la personalidad o, en el peor de los casos, la enfermedad.

Mecanismos de enfrentamiento

Los sujetos ante un conflicto sentimental, responden de distinta manera para resolver la situación. Se ha establecido que estos mecanismos operan en tres direcciones. Pueden actuar sobre el conflicto para modificarlo favorablemente, o cambiar el modo

de interpretarlo, o manejar los sentimientos desagradables que ocasiona el psicotrauma.

Son variantes personales del manejo del conflicto: atacar o evitar, pensar continuamente o ignorar el asunto, culparse a sí mismo o a los otros, y aislarse o buscar consuelo en los otros. Tomando en cuenta la salud, los mecanismos de enfrentamiento pueden ser sanos, inadecuados u ostensiblemente patológicos.

Los mecanismos de enfrentamiento resultan facilitados por experiencias previas exitosas, una autoestima adecuada o alta, el estado de ánimo alegre y dispuesto, la esperanza en la solución del conflicto y el aliento que provee la red de apoyo social. Por el contrario, los fracasos previos, la baja autoestima, la tristeza, la ansiedad y la fatiga, el pesimismo, y la censura o el desaliento de personas cercanas, se consideran aspectos que dificultan la acción de los mecanismos de respuesta.

Los modos de enfrentamiento más elementales, como la agresión, la evitación o la huida, parecen ser heredados y estarían impresos en el cerebro por mecanismos genéticos. Otras respuestas son aprendidas durante toda la existencia de manera involuntaria, imitando los modelos que proveen la familia, la escuela, la cultura del grupo o de la etnia de pertenencia.

Entre las respuestas socializadas pueden mencionarse los rituales de duelo, la utilización de los recursos que provee la ley y la solicitud de ayuda médica. Las sociedades primitivas pautan de manera opresiva y rígida los escasos mecanismos de enfrentamiento de que disponen. En las sociedades modernas las personas poseen más diversidad y libertad de respuesta.

Se hace evidente que los individuos despliegan un repertorio múltiple y simultáneo de mecanismos de enfrentamiento. Sin embargo, son los sujetos más sanos quienes disponen de mayor variedad de recursos de respuestas realistas y eficaces. La elección del tipo de mecanismo debe ser flexible pues una respuesta no resulta adecuada para todas las circunstancias, sino que debe ajustarse y resultar pertinente para cada contingencia.

Los procesos de enfrentamiento significan los esfuerzos intrapsíquicos y de la acción para controlar, tolerar, reducir o menospreciar las demandas internas o del ambiente.

Las defensas y sus distinción de los mecanismos de enfrentamiento

Descritas ya por Freud y su escuela psicoanalítica en el trabajo “Las neuropsicosis de defensa” (1894), las defensas son un tipo particular de mecanismos de enfrentamiento.

Las defensas son procesos automáticos e inconscientes que dominan el psiquismo consciente y tiene carácter repetitivo. Responden escasamente a la realidad, dependen mayormente de conflictos inconscientes y son capaces de deformar las percepciones y los juicios sobre la propia persona y la realidad. Significan protección contra la angustia y el odio intolerables a la conciencia; no son necesariamente patológicas y se observan en personas normales.

De acuerdo con la calidad adaptativa, realismo, madurez y sacrificio del Yo, se clasifican en:

- Maladaptativas (proyección, agresión pasiva, regresión y acting-out)
- Distorsionadoras de la realidad (clivaje, idealización, omnipotencia/devaluación)
- Autosacrificio (formación reactiva)
- Adaptativas o maduras (sublimación, altruismo, humor, supresión y anticipación)

Las defensas adquieren carácter enfermizo cuando distorsionan seriamente la realidad y dañan al sujeto u a otra persona. A diferencia de las defensas, los mecanismos de enfrentamiento resultan predominantemente conscientes, no poseen un carácter imperativo, automático ni repetitivo, y se originan en cogniciones más realistas dependiendo en menor grado de razones inconscientes. Generalmente, los mecanismos de enfrentamiento son operaciones aprendidas de la comunidad cultural.

Tipos de mecanismos de enfrentamiento

Según Lazarus, un estudioso del estrés psicológico, los mecanismos de enfrentamiento pueden ser clasificados en cuatro tipos.

1. De búsqueda de información. Se fundamenta en que el conocimiento de la situación psicotraumática reduce el estrés. Sin embargo, Lazarus hace la salvedad de algunos

casos de estrés por enfermedades en los cuales ciertas personas se sienten mejor evitando la información, pues la incertidumbre facilitaría la esperanza.

2. De la acción directa. Es decir, la respuesta por agresividad, asertividad, confianza, toma de medicamentos o práctica de ejercicios físicos.

3. De la inhibición de la acción. Actúa inhibiendo la conducta sexual, la agresividad o la respuesta verbal a una ofensa.

Mecanismos de enfrentamiento

1) *Agresión, amenazas y castigos*. Un modo primitivo y dañino de resolver las desavenencias es a través de las agresiones y de las amenazas verbales y físicas. Éstas sólo son saludables y justificadas en contadas excepciones. Los castigos desproporcionados, humillantes y crueles provocan una espiral de violencia entre las personas y, con posterioridad, debido a las represalias, aumentan la situación de estrés. Cuando se aleja de sí a los familiares ya amigos, y destruye su propia red de apoyo social, el sujeto agresivo suele quedar desamparado.

2) *Habilidad asertiva*. La capacidad de defender y expresar los derechos, preferencias, ideas o sentimientos sin dañar los intereses del prójimo y sin que ocurra agresión, sometimiento, miedo ni culpa. Esta destreza supone la capacidad para discrepar sin que medien ofensas, y la posibilidad de pedir ayuda o aclaraciones, y de admitir ignorancia sobre algo. Como casos particulares de esta conducta se suelen citar la negociación y la habilidad para ganarse al prójimo.

3) *Negociación*. Ésta es lo opuesto a la agresión y consiste en la disposición de otorgar concesiones a cambio de algunas ventajas. La negociación resulta una de las operaciones más saludables para resolver el estrés marital y familiar, y los desacuerdos en el trabajo.

Mecanismos de enfrentamiento

| MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO | DEFENSAS INCONSCIENTES |
|--|------------------------------------|
| 1) Agresión, amenazas y castigos | 1) Represión |
| 2) Habilidad asertiva | 2) Negación |
| 3) Negociación | 3) Proyección |
| 4) Ganarse al prójimo | 4) Introyección |
| 5) Sumisión | 5) Desplazamiento |
| 6) Evitación | 6) Clivaje, escisión y disociación |
| 7) Ventilación y confidencias | 7) Aislamiento |
| 8)Elaboración de un programa y desempeño de tareas | 8) Idealización |
| 9) Modificación de la meta | 9) Agresividad pasiva |
| 10) Descalificación del objeto | 10) Acting-out |
| 11) Fantasías vigiles | 11) Defensa maníaca |
| 12) El humor | 12) Vuelta sobre sí mismo |
| 13) La religiosidad | 13) Identificación con el agresor |
| 14) La oración | 14) Externalización |
| 15) La resignación | 15) Racionalización |
| 16) La parálisis del deseo | 16) Intelectualización |
| 17) Comparaciones optimistas | 17) Transformación en lo contrario |
| 18) Elogios a sí mismo | 18) Altruismo |
| 19) Culpabilizar al otro | 19) Sublimación |
| 20) Distracción evasiva | |
| 21) Consumo de drogas y alcohol | |
| 22) Anticipación | |
| 23) Supresión | |
| 24) Búsqueda de información | |
| 25) Afiliación y petición de ayuda a la red solidaria | |
| 26) Solicitud de asistencia profesional | |
| 27) Otros: conducta consumatoria de sexo o alimentación, esperanza, ocio, música, etc. | |

4) *Ganarse al prójimo.* Para conquistar poder sobre el otro algunas personas apelan a las alabanzas, a la seducción, a la gentileza, a la oferta de servicio

o a regalar objetos. El primer paso de esta estrategia consiste en identificar qué puede gustarle al sujeto en cuestión para ser complacido. A diferencia de la negociación, esta transacción no es explícita, y el interesado invierte sin garantías de retribución inmediata y sin ningún contrato verbal. Los objetivos que se pretenden obtener pueden ser favores sexuales, aprobación, protección, o distintos servicios.

- 5) *Sumisión*. El sometimiento es un comportamiento común al hombre y a los animales que negocian la entrega a cambio del cese de la agresión o de la obtención de objetos o servicios que debe proveer el otro.
- 6) *Evitación*. El sujeto evita a las personas, los lugares y situaciones donde ha sido perjudicado. De esta manera, un fracaso sexual se resuelve con la evitación del sexo: la discordia marital ocasiona que se evite el contacto con la pareja; y el estrés laboral da lugar al ausentismo y a la deserción.
- 7) *Catarsis y confidencias*. Este comportamiento consiste en obtener alivio mediante la verbalización del conflicto. La mayoría de las personas se conforta y desahoga relatando sus desventuras a su familia, a los amigos o al médico.
- 8) *Elaboración de un programa y desempeño de tareas*. La elaboración de un plan y la posterior ejecución de algunas acciones para resolver una tara o un conflicto, actúan como un factor de tranquilidad para el sujeto. Por el contrario, la ausencia de planes ante los problemas, aumenta la ansiedad, la perplejidad y el desamparo.
- 9) *Modificación de la meta*. Cuando se fracasa en algún empeño, las personas suelen cambiar los fines perseguidos. De esta manera, un amante rechazado escoge otra pareja, o ante una dificultad profesional, el sujeto cambia de oficio.
- 10) *Descalificación del objeto*. Ciertos individuos, para minimizar un infortunio, quitan el valor al objeto perdido o a la tara en la que no se tuvo éxito. “La mujer que me fue infiel era ridícula y no servía para nada” y “El trabajo que perdí sólo me creaba problemas”, son frases ilustrativas de este comportamiento.
- 11) *Fantasías vigiles*. El odio que no se puede aliviar, los amores frustrados y las carencias, se pueden compensar mediante fantasías voluntarias y conscientes. Así, el rencor a una persona se mitiga imaginando el modo de hacerla sufrir; la

privación sexual se satisface pensando en escenas eróticas con amantes ideales; la pobreza se consuela con fantasías de enormes riquezas; y las minusvalías se compensan con la imaginación de éxito y poder.

12) *El humor*. De acuerdo con el grado de determinación inconsciente, el humor –la reacción al estrés mediante una broma- puede ser considerado como una defensa psicoanalítica o un mecanismo de enfrentamiento. La risa y el miedo son emociones antagónicas; por eso el humor reduce el temor ante situaciones de amenaza. El chiste propicia el afecto animado, permite las agresiones al hacer difíciles las represalias, quita solemnidad a los objetos temidos y provoca un distanciamiento saludable de las situaciones de riesgo. El humor resulta una de las defensas más maduras y eficaces.

13) *La religiosidad: consuelo y esperanza mágica o mística*. La indefensión del hombre ha creado dioses, espíritus y ángeles para que lo protejan en situaciones de riesgo, perdonen sus transgresiones y lo consuelen de las pérdidas. Los brujos, en culturas interpretan las causas de las desgracias y anulan las malas influencias espirituales mediante manipulaciones mágicas. Indudablemente, los rituales religiosos alivian a los creyentes bajo condiciones de estrés.

14) *La oración*. Una antigua maniobra de la mente para propiciar estados de relajación psíquica y suprimir la ansiedad y la cólera, es el orar. El sujeto se retira a un lugar sosegado, adopta una posición corporal pasiva y se concentra en la repetición de un texto simple que le provoca un estado de serenidad y quietud.

15) *La resignación*. La aceptación de una carencia, una limitación o una pérdida puede significar un modo razonable de resolver algunos conflictos que no tienen solución.

16) *Parálisis del deseo*. Cuando el estrés del deseo no puede ser satisfecho suele suprimirse la motivación. Esta parálisis del deseo puede ser considerada como una represión de los impulsos instintivos. El malestar que ocasionan algunas disfunciones sexuales suele inhibir los deseos eróticos que luego reaparecen al superarse el problema.

- 17) *Comparaciones optimistas*. Las comparaciones con las desventuras ajenas mejoran la autoestima y dan lugar a algún grado de conformidad. Este mecanismo se expresa en frases tales como “a todo el mundo le puede pasar esto”, “hay quienes están peor que nosotros” ó “habiendo tantas desgracias, a nosotros no nos pasa nada”.
- 18) *Elogios de sí mismo*. Las percepciones de desamparo, la noción de la propia vulnerabilidad, el dolor, los reveses y las tragedias, deterioran la propia estimación, que suele compensarse con ponderaciones a la propia persona. Esto se evidencia en discursos como “esta vez me salió mal pese a mi genialidad”, “sé que mi ex marido no resiste mi belleza” ó “sigo siendo el más inteligente de todos”.
- 19) *Culpabilizar al otro*. Para protegerse del deterioro de la autoestima que supone un fracaso, y para responder a las demandas y críticas, algunos sujetos optan por culpar a los demás. El psicoanálisis interpreta esta operación como una proyección.
- 20) *Distracción evasiva*. Se produce cuando el individuo focaliza la atención en la lectura, en pasatiempos, mirando programas de televisión, y gasta el tiempo que debiera dedicar a las actividades que evade.
- 21) *Consumo de alcohol y drogas*. En la búsqueda de crearse paraísos artificiales, intentando evitar una realidad displacentera, para mitigar sentimientos de inconformidad o los síntomas del estrés, determinados sujetos consumen drogas. A su vez, los tranquilizantes atenúan la ansiedad; los hipnóticos aumentan las horas de sueño; y el alcohol, las anfetaminas y la cocaína provocan una alegría transitoria.
- 22) *Anticipación*. El individuo a veces es capaz de prever el malestar que le provocará un acontecimiento futuro, por lo que planifica el modo de enfrentarlo. Mediante las operaciones de anticipación la gente se prepara para contingencias como una intervención quirúrgica, una muerte por enfermedad o un divorcio.
- 23) *Supresión*. La persona reconoce una tarea o un conflicto pero difiere el momento de resolverlo. Luego, el sujeto recuerda la tarea y se ocupa de ella.

24) *Búsqueda de información.* El estrés de lo desconocido, lo novedoso y la incertidumbre, se atenúa cuando se obtiene suficiente conocimiento de la situación. La información origina la noción de control de los acontecimientos. Se ha observado que cuando los enfermos que deben ser sometidos a procedimientos de diagnóstico o cirugía obtienen información suficiente, presentan menos manifestaciones de estrés.

25) *Afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social.* Durante el enfrentamiento al psicotrauma, la persona amortigua el impacto del estresor mediante la afiliación a grupos o solicitando ayuda a su red de apoyo social, que provee solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.

26) *Solicitud de ayuda psicológica, social y legal.* Algunas personas responden al psicotrauma solicitando ayuda psicológica, social o legal o buscando obtener información, sostén, alivio de los síntomas y protección con profesionales. En estas circunstancias el sujeto consulta a médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, fiscales o policías.

27) *Otros mecanismos de enfrentamiento* son las conductas consumatorias de sexo o alimentación, la esperanza, el perdón, el ocio, las recreaciones, el placer de escuchar o hacer música, el ejercicio físico, etcétera.

Defensas inconsciente(13)

El antagonismo entre el estrés de las necesidades del instinto y la censura del superyó o de la realidad, provocan sentimientos displacenteros que se resuelven de modo automático mediante las defensas inconscientes. Al igual que como resulta en los mecanismos de enfrentamiento, la variedad de defensas inconscientes es considerable.

1) *Represión.* Las situaciones inaceptables, como el odio al padre o los deseos homosexuales, no emergen en la conciencia y, aparentemente, se olvidan pero permanecen en la inconsciencia. Son reprimidos. Si un hombre llora sin que reconozca la causa, se afirma que está ocurriendo una represión del motivo, pero sin

no reconoce la presencia de lágrimas ni la muerte de un familiar significativo, se califica el hecho como una negación.

2) *Negación*. Un deseo, una idea o una realidad inaceptables pueden llegar a la consciencia pero resultar negados. La psicodinamia freudiana explica que cuando un sujeto expresa “no vaya a pensar que quiero decirle algo ofensivo”, en realidad ha sucedido previamente y de modo no consciente un verdadero pensamiento ofensivo. “Es absurdo pensar en enamorarse de la propia madre”; “nunca he deseado la muerte de mi padre”; o “la pobreza no existe”, son frases que resultan negaciones.

3) *Proyección*. Para mantener el propio Yo idealizado y exento de imperfecciones, los deseos inaceptables se atribuyen al otro. En la proyección ocurre el siguiente razonamiento: “yo no soy tal cosa (repudiable). El otro lo es”. Entonces, el “yo los odio” se convierte en “ellos me odian” y “ésta es mi culpa”, se transforma en “la culpa es de ellos”.

4) *Introyección*. Ésta es lo opuesto a la proyección y consiste en asimilar cualidades de los otros para satisfacer el propio Yo. La identificación de una persona con su torturador se manifiesta cuando la víctima comienza a mortificar a otros. Un pequeño personaje mejora su autoestima al imitarlos modales de altos dirigentes de su empresa u organización.

5) *Desplazamiento*. Esto sucede cuando los sentimientos que provoca una persona o una situación se transfieren a otro sujeto más vulnerable. Así el odio contra el marido puede desplazarse como castigos a un hijo, o luego de un conflicto con su mujer el marido se reconcilia pero comienza a tener una mala relación con la familia de ésta. Los “chivos expiatorios” resultan los receptáculos del desplazamiento del odio.

6) *Clivaje, escisión o disociación*. Según Melanie Klein, el niño no puede aceptar las partes malas de su madre y la escinde en una parte buena, que es fuente de placer, y en otra independiente que le provoca frustración.

7) *Aislamiento*. Se produce cuando se separan dos ideas que están naturalmente relacionadas para evitar el malestar emocional que supone el reconocimiento de esta asociación. Como ejemplo, una persona que se suicida

debido a maltratos y el victimario no relaciona los dos acontecimientos para evitar los sentimientos de culpa.

8) *Idealización*. Resulta la exaltación de la perfección de una persona u objeto, excluyendo sus aspectos negativos y sobredimensionando sus virtudes. La idealización de sí mismo favorece la autoestima. La idealización del otro puede aplicarse a las figuras parentales, a médicos o a líderes sociales. La idealización del poder y de la sabiduría del médico, contribuye a crear sentimientos de seguridad y de esperanza en la curación.

9) *Agresividad pasiva*. La cólera se expresa molestando al otro de manera indirecta. Por ejemplo, un niño no se higieniza, comete errores en sus tareas y se comporta de manera ostensiblemente tonta para provocar el fastidio de sus padres.

10) *Acting-out*. Son los deseos y conflictos inconscientes que se convierten en acciones impulsivas para evitar ser registrados en la conciencia. El acting-out se expresa como un ataque erótico u odioso, consumo de drogas o conductas trasgresoras.

11) *Defensa maníaca*. Se asocia con sentimientos de alegría; a la vez, el sujeto tiene la impresión de que tanto las personas como los objetos pueden ser dominados y manipulados de forma omnipotente. Es discutible si la defensa maníaca es un mecanismo de la mente o una consecuencia o epifenómeno de la enfermedad endógena del humor que se denomina manía.

12) *Vuelta sobre sí mismo*. La agresividad contra el otro puede resultar intolerable por el miedo de dañar al prójimo o por temor a las represalias. En estos casos la ira se vuelve contra el propio sujeto. Es el caso del hijo que para no criticar a sus padres se critica a sí mismo, o el de las personas que para no herir dirigen la violencia contra sí mismas, como conductas autodestructivas, lesiones auto infligidas o suicidio.

13) *Identificador con el agresor*. Al identificarse con el agresor, la víctima la emprende contra sí mismo o contra los demás. El sujeto es capaz de criticarse más duramente que sus perseguidores y parece querer expresar el deseo de que lo dejen en paz, ya que él es suficiente para flagelarse de modo aún más severo.

14) *Externalización*. Mediante los procesos de clivaje y de proyección, un conflicto intrapsíquico se transforma en una dificultad interpersonal. Un ejemplo es el caso de una mujer que no desea embarazarse y, sin embargo, acusa al marido de no querer tener hijos. Ella queda ante sí misma como una buena madre.

15) *Racionalización*. Resulta cuando la persona inventa una explicación socialmente aceptable de las motivaciones inconscientes de carácter inadmisibles. Una madre rechazante que castiga duramente a su hijo para favorecer su mejoramiento, y la explicación del odio visceral a una persona por supuestas imperfecciones morales, son ejemplos.

16) *Intelectualización*. Ocurre cuando los deseos instintivos y los conflictos que evocan sentimientos desagradables se tratan de manera distante, formal y abstracta, que pierden su contenido emocional. De esta manera, una falla en la sexualidad se explica por teorizaciones sobre el machismo y el hembrismo, o un odio a determinada persona se interpreta por una discordancia de ideologías o de raíces étnicas.

17) *Transformación en lo contrario y formación reactiva*. En esta defensa la mente convierte un deseo instintivo, una emoción o una idea inaceptable, en su opuesto. De este modo, un amor que no se puede asumir, se transforma en odio, y un odio repudiable se vuelve en amor. Ejemplo de esto es el caso del niño que tiene el impulso de dañar a su hermano, pero en lugar de herirlo le hace una caricia. Si este mecanismo ocurre de manera no sistemática, se denomina transformación en lo contrario; pero si corresponde a un rasgo de carácter permanente, se califica como formación reactiva. Son casos de defensa reactiva por formación cuando las tendencias al exhibicionismo y a la coquetería originan modestia; cuando la crueldad da lugar a un comportamiento piadoso o las perversiones sexuales se vuelven en un carácter ascético y puritano; o cuando las tendencias homosexuales masculinas se transforman en actitudes de supermacho.

18) *Altruismo*. Este mecanismo se considera una defensa madura y consiste en convertir las tendencias instintivas en ayuda y servicio a los demás de modo gratificante para el que da y el que recibe.

19) *Sublimación*. Ésta es otra defensa madura en la cual los deseos instintivos se canalizan de modo creativo y socialmente aceptable. La sublimación

puede ejemplificarse con las perversiones del marqués de Sade, que fueron convertidas en literatura erótica.

Personalidades vulnerables y resistentes al estrés(13)

Según Selye, no importa tanto lo que suceda como el significado que se le atribuya, con dependencia del carácter del sujeto. Ante un agente de estrés, de acuerdo con los recursos de que disponga la personalidad, ocurre el ajuste o la enfermedad. Los aspectos que aumentan la vulnerabilidad de la persona al estrés son:

- los antecedentes genéticos de enfermedades psíquicas
- las minusvalías sensoriales, motoras o corporales
- las lesiones orgánicas cerebrales
- las cogniciones anómalas
- la escasa o avanzada edad
- la inteligencia subnormal
- la carencia de cultura
- las personalidades anormales
- el carácter rígido
- la intolerancia a la ambigüedad
- la baja autoestima
- poseer un carácter tipo A
- las personalidades blandas de Kobasa
- los comportamientos introvertidos, esquizoides, aislados y con dificultades para desarrollar redes de apoyo social

A su vez, los rasgos que aumentan la resistencia al estrés son:

- la ausencia de antecedentes genéticos de enfermedades mentales y de minusvalías sensoriales, motoras o corporales

- inexistencia de lesiones orgánicas cerebrales
- las cogniciones realistas y antiestrés
- la edad adulta
- la inteligencia normal o superior
- un alto nivel cultural
- las personalidades no morbosas
- el carácter plástico
- la tolerancia a la ambigüedad
- una autoestima adecuada o alta
- poseer un carácter del tipo B
- las personalidades duras de Kobasa
- los comportamientos extrovertidos con facilidad para crearse redes de apoyo social

Los antecedentes genéticos de enfermedad mental y la organicidad cerebral resultan fundamentales en relación con la respuesta al estrés. Algunas enfermedades psíquicas se transmiten de manera genética y aumenta la vulnerabilidad al estrés. Del mismo modo, la presencia de lesiones cerebrales orgánicas da lugar a alteraciones cognoscitivas a los estresores.

Un estudioso del estrés, llamado Frankenhauser, expuso que en determinadas tareas a desarrollar la mujer tiene mayores incomodidades e insatisfacciones psicológicas, mientras que el hombre desarrolla una mayor alarma fisiológica o somática, que se expresa mediante la secreción aumentada de cortisol y catecolaminas. Dicho de otra manera, el estrés tendría más costo psicológico para la mujer y más costo fisiológico para el hombre. Sin embargo, se ha observado que las mujeres con personalidades más duras y ambiciosas responden al estrés de igual forma que los hombres

El sexo femenino parece preferentemente sensible al estrés provocado por las desavenencias familiares y el abandono de la pareja. Obviamente, la menstruación, el aborto, las gestaciones no deseadas, la violación y la victimización

por perversos sexuales, por lo general están relacionadas con el sexo femenino. A su vez, las tensiones dependientes del cuidado de los hijos o de padres ancianos, y las tareas domésticas afectan particularmente a las mujeres.

El hombre resulta más vulnerable al estrés del desempeño sexual y de las tendencias homosexuales. El estrés legal, de reclusión, de la guerra y el económico son más frecuentes en el sexo femenino. Por su mayor fuerza corporal y su crianza dura, el hombre soporta mejor el estrés de los deportes violentos, de los trabajos de gran esfuerzo corporal y de las tareas militares. Por lo expuesto, no debe pensarse que el hombre es más resistente que la mujer al estrés, sino que ambos tienen vulnerabilidades y resistencias específicas dependientes de su sexo corporal y de su rol genérico social.

Otro factor de vulnerabilidad o resistencia depende de la inteligencia y de la cultura del individuo. A mayor grado de inteligencia se dispondrá de mayor cantidad de recursos de enfrentamiento al estrés.

La cultura provee al individuo habilidades y procedimientos antiestrés para enfrentar a los estresores. Las nociones de autoayuda en psicología, el humor, la práctica de recreaciones y juegos, el entrenamiento en el desarrollo de las tareas domésticas, y otros aspectos de la cultura, dotan a la persona para poder resistir al estrés y facilitar la respuesta de relajación. Por el contrario, una escasa cultura se asocia con la pobreza de mecanismos de enfrentamiento eficientes, con sentimientos de perplejidad, vivencias de desamparo y enfermedades por estrés.

Un psiquiatra alemán expuso que las personalidades anormales se definen por sufrir o hacer sufrir al prójimo en situaciones de estrés. Por lo tanto, debido a sus deformaciones cognoscitivas, a la baja autoestima, al desarreglo emocional y al insuficiente control de impulsos, las personalidades anómalas resultan más vulnerables al estrés. Cada tipo de personalidad anómala parece particularmente sensible a algún tipo de estresor.

La personalidad ansiosa se descompensa en situaciones de riesgo y en evaluaciones de desempeño académico, ocupacional o sexual. El sujeto tímido exhibe ansiedad cuando debe establecer relación con personas con las cuales no está familiarizado. La personalidad obsesiva entra en crisis en circunstancias novedosas y de desorden, ya que no puede controlar el ambiente. El histérico se enferma en

contingencias de frustración, cuando se contradicen sus deseos. El paranoico, a su vez, resulta notablemente sensible al engaño, al desaire o a la ofensa, y el hipocondriaco es vulnerable a las sensaciones corporales y al dolor, a las situaciones de enfermedad, al contacto con los médicos y a la iatrogenia.

Las personalidades tipo A y B(13)

En la década de los setenta Friedman y Rosenman trataron de clasificar las personalidades en relación con el estrés ocupacional y su vinculación con la enfermedad coronaria. Ellos llamaron personalidad de tipo A, a la predisponente a la enfermedad coronaria, que coincide con un temperamento colérico y con los caracteres que la psiquiatría define como obsesivos y paranoicos. En un estudio se encontró que la enfermedad coronaria era 6.5 veces más frecuente en el carácter A que en el B. en otro trabajo realizado en Japón se halló que el 64% de los individuos consultados con isquemia coronaria, correspondía a personalidades tipo A.

Los individuos con este tipo de personalidad evidencian una presión o urgencia de tiempo, es decir, tratan de hacer más cosas en menos tiempo, y se esfuerzan por pensar y realizar varias tareas a la vez. Tienen tendencias a los sobrehorarios y al trabajo en el tiempo de reposo de los fines de semana, ya que padecen dificultades para disfrutar del ocio y para no obsesionarse con sus ocupaciones. Por ello, sufren de impedimentos para un buen reposo, para la relajación y la inactividad; y cosa notable, cuando están descansando se sienten vagamente culpables de algo que no pueden determinar.

Las personalidades tipo A, asumen que para asegurar una tarea deben realizarla ellas mismas porque desprecian la responsabilidad y la competencia de sus subordinados. En general, se sienten insatisfechas tanto de sus jefes como de sus subalternos. Entonces, tienden a acumular tareas que se imponen a sí mismas o a petición de los demás (que de esta forma aseguran su cumplimiento). Además tiene afición por la perfección en los trabajos y un compromiso máximo con la empresa a la que pertenecen.

Por lo general, también son propensas a preocuparse por todo en demasía y no toleran el ocio de los demás. Estos sujetos se autoseleccionan para cargos y profesiones de gran estrés; tiene ambiciones excesivas; tendencia a la hostilidad y

desconfianza en el otro; y perciben el entorno como opuesto a sus objetivos y amenazador de su autoestima.

Como se ha visto, la actitud predominante de las personalidades tipo A, consiste en la acción, la tendencia a la dominación y la inclinación a competir. Son hiperactivas. Se mueven, caminan y hablan rápidamente, y son propensas al aumento de la tensión de la musculatura facial y de la mandíbula. Sin embargo, necesitan afirmarse permanentemente a través de logros personales y de cogniciones de control. En situaciones de estrés, tienen mayor respuesta de hipertensión arterial, un mayor estado de alerta cerebral, y mayor cantidad de lípidos sanguíneos y secreción de cortisol y catecolaminas que los sujetos de tipo B ante demandas semejantes.

La personalidad tipo A resulta predispuesta a la enfermedad coronaria, a cefaleas tensionales, bruxismo, insomnio, fatiga patológica, desarreglos digestivos y carcinoma de mama. Añadiendo a esto su gran consumo de tabaco y café.

Los individuos con personalidades tipo B, presentan características opuestas a los de tipo A. Por lo común, no tienen presión o urgencia de tiempo, no realizan más de una tarea a la vez, no se obligan a los sobrehorarios ni se exigen trabajos en el descanso del fin de semana. Son capaces de disfrutar el ocio y sólo piensan y se ocupan de sus tareas en horarios de trabajo. No sienten culpa cuando están relajados ni se muestran intolerantes al ocio o a la relajación de los demás.

Estos sujetos delegan sus tareas u obligan al otro a realizarlas, por lo que no las acumulan, como así tampoco lo hacen con cargos o responsabilidades que sobrecarguen sus esquemas de trabajo-ocio. Son capaces de negarse a las demandas de los demás. Aspiran a un buen resultado de su trabajo sin exigencias perfeccionistas, ya que no se preocupan por sus tareas más allá de lo necesario. Se comprometen, pero sin esclavizarse, con las empresas u organizaciones.

Aunque por lo general asumen tareas con eficacia, las personalidades tipo B, no se autoseleccionan para cargos y profesiones de gran estrés, no son ambiciosas en demasía ni exageradamente competitivas. Tampoco necesitan afirmarse mediante el éxito permanente ni por cogniciones de control de ambiente. No suelen ser hostiles ni desconfiadas más allá de lo necesario, ya que no son personalidades que se sientan amenazadas ni desafiadas en su autoestima.

Las personalidades tipo B, no presentan hiperactividad motora y tienen menor reactividad fisiológica y cardiocirculatoria ante situaciones de estrés que las personalidades tipo A. sin embargo, cabe aclarar que las personalidades de tipo B están motivadas y realizan sus tareas con competencia, por lo que deben ser distinguidas de los trabajadores alienados, no comprometidos, flojos, desinteresados y despreocupados, que incumplen sus obligaciones o rechazan el trabajo.

Personalidades duras y blandas de Kobasa(13)

En relación con las fuerzas para enfrentar las contingencias ambientales, Kobasa y sus colaboradores describieron dos tipos de personalidades que denominaron duras y blandas.

Las primeras se distinguen por encontrar las experiencias vitales interesantes y significativas, viven los cambios como sucesos normales que promueven su desarrollo como personas y en ellas predominan las actitudes de desafío sobre las de evitación. Las personalidades duras creen disponer de poder para controlar y modificar los hechos ambientales y resultan escasamente sensibles a las percepciones de derrota.

En cambio, las personalidades blandas encuentran la vida aburrida, amenazante, carente e significación. No se sienten capaces de modificar el ambiente a su favor, por lo que adoptan actitudes pasivas. Para este tipo de personalidad, la mejor vida es aquella en la que no ocurren variaciones. No es extraño que un sujeto con personalidad blanda se exprese mediante frases como “con los cambios insignificantes se me acaba el mundo”, “me ahogo en un vaso de agua o “dudo permanentemente entre si puedo o no puedo”.

Kobasa y sus colaboradores refieren que los caracteres duros presentan menos enfermedades por estrés que otro tipo de personalidad.

Es importante recordar que la red de apoyo social que provee la pareja, la familia, los vecinos, los amigos, etc., actúa como amortiguador del impacto de los estresores. Los sujetos extravertidos con facilidad para establecer una amplia red de apoyo social resultan más resistentes al estrés. Por el contrario, los individuos introvertidos, retraídos, aislados y con dificultades para establecer relaciones personales, son más sensibles al efecto de los psicotraumas, por su escasa red solidaria.

Formas de respuesta al estrés psicosocial(13)

En los mecanismos de respuesta al estrés se observan formas especiales que corresponden a cada tipo de carácter, aunque también existen modalidades comunes a todas las personas. Los autores norteamericanos Krupnick y Horowitz han descrito una serie de contenidos comunes en los síndromes psíquicos por el estrés.

Miedo a la repetición. El sujeto teme que se repita la circunstancia psicotraumática. Así, luego de un terremoto se establece el pánico a la reiteración de la catástrofe; un chofer que ha tenido un accidente teme que esto ocurra otra vez cuando vuelve a conducir; luego del fallecimiento de un familiar el sujeto supone con ansiedad que otra persona cercana puede morir; un individuo tiene un fallo sexual y teme que se repita en otros encuentros amorosos.

Miedo de similitud con la víctima. La persona se identifica con la víctima y teme que pueda ocurrirle la misma desventura. Así, a la hija de una mujer con carcinoma se le ocurre que también tiene una neoplasia; un alumno de medicina cree tener las mismas enfermedades de los pacientes que estudia; una mujer se entera de que el marido de su amiga le es infiel y supone que su propio marido también lo es.

Inconformidad con la propia vulnerabilidad. El individuo se siente mal por no haber sabido evitar la situación negativa o sus consecuencias. La víctima nunca pensó que pudiera verse involucrada en tales desgracias, por un sentimiento ingenuo de invulnerabilidad. Estas personas se dicen: “Esto no puede sucederme a mí”.

Ira sobre el culpable. El sujeto dirige su cólera contra el causante real de la desgracia o hacia otro al que se le atribuye el papel de chivo expiatorio. No es infrecuente observar en casos de duelo que la cólera se dirige contra médicos o enfermeras por su “incapacidad para evitar la muerte”.

Ira sobre los exceptuados. En esta variedad de respuesta la ira se dirige hacia las personas que no han sufrido daño en un hecho desgraciado. El sujeto, por ejemplo, piensa: “En realidad tendría que haber muerto mi tío, que era odioso, y no mi prima”.

Remordimiento por agresividad previa. En caso de duelo una persona puede culparse por pensamientos y acciones hostiles en relación con el sujeto muerto.

Culpa por responsabilidad. Significa el remordimiento de conciencia por no haber tomado todas las previsiones para evitar un suceso luctuoso. Un sujeto puede

culpase porque al haber estado muy ocupado no ha podido evitar el suicidio de su hermano.

Culpa por sobreviviente. Los sobrevivientes de accidentes, acciones militares o catástrofes, muchas veces piensan que no tienen derecho a estar vivos y sienten que deberían haber muerto junto a sus familias o amigos.

Tristeza por la pérdida. Éste resulta el modo de respuesta más común en casos de duelo o pérdida de objetos valiosos.

Krupnick y Horowitz, al estudiar situaciones de duelo, encontraron que los temas más comunes fueron tristeza por la pérdida (93%); inconformidad con la propia vulnerabilidad (87%); e ira sobre el culpable (80%).

En otro grupo, al que denominaron “por injuria personal”, relacionado con robos, asaltos, accidentes de tránsito y operaciones de mastectomía, los mismos autores hallaron que los temas más frecuentes fueron miedos a la repetición (87%); culpa por responsabilidad (80%); ira sobre el culpable (73%); e incomodidad con la propia vulnerabilidad (73%).

La red de apoyo social en la prevención y la amortiguación del estrés

Se ha comprobado que los animales que tiene compañía sufren menos estrés que los que están en situación de aislamiento. En los últimos, las úlceras gástricas causadas por descargas eléctricas resultaron más frecuentes. La red solidaria que la familia, la pareja o los amigos proveen al hombre, reduce las respuestas mórbidas al estrés y facilita los estados de bienestar y de salud. Para que la red social resulte realmente protectora es necesario que las relaciones sean cercanas o íntimas, ya que las personas que se consideran simplemente como conocidas no operan como sujetos de lazos solidarios.

Las características de una amistad verdadera son la confianza, la disponibilidad o fácil acceso, el tiempo y las cosas para compartir, la comprensión y la continuidad a través de los años. La red social proporciona consejo, escucha lo que haya que contar, brinda compañía, seguridad, las gestiones necesarias e, incluso, ayuda económica. Se ha especulado que la red solidaria actúa mejorando la autoestima, confirmando los puntos de vista del sujeto bajo estrés y permitiendo las confidencias.

En un estudio se observó que las mujeres que tenían confidentes padecían diez veces menos estados depresivos que la que carecían de amistades íntimas. Cuando la desventura resulta de tal magnitud que el sujeto pierde familia y amigos, el impacto de la desgracia es notablemente mayor. Algunas comunidades, organizaciones y familias –como así también los torturadores-, tratan de aislar al sujeto para que el impacto del daño y del castigo sea más devastador.

Según la sociología, la red solidaria puede medirse según la intimidad, la frecuencia y la duración de las relaciones, la intensidad de los lazos, la accesibilidad de los agentes y el tamaño de la red. Por ello, cuando un médico trata a un sujeto bajo estrés debe establecer el diagnóstico de la red solidaria con el fin de utilizarla, reforzarla o crearla.

Las redes solidarias pueden ser espontáneas o informales como en los casos de la familia o los amigos, o creadas intencionalmente por los terapeutas como grupos de apoyo para sujetos con estrés ocupacional, médico o legal. Se han utilizados grupos de apoyo para sostener a pacientes y familiares con SIDA, diagnóstico de cáncer, arritmias cardíacas que amenazan la vida, niños con enfermedades crónicas y demencias seniles. Otras variedades de redes de apoyo son los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, de adictos al sexo, de fóbicos y de personas solitarias sin pareja romántica.

Al no poder evitar la ocurrencia de estresores ni modificar la vulnerabilidad genética a enfermarse, la única forma de prevenir el estrés consiste en fomentar el desarrollo de redes solidarias.

Los sistemas de valores y el estrés(13)

Valores salúferos y nocivos.

El valor puede definirse como la importancia o significación que se atribuye a personas, objetos, acciones o ideas. Al opinar que algo es más sano, más justo o más bello que otra cosa, lo que se está haciendo es expresar un valor. En general, la calificación y la medida de un valor se establecen por la utilidad de un objeto para provocar satisfacción o bienestar.

Las ideas de valor suelen tener contenidos relacionados con la salud, la moral, la estética o la ideología. Además de la significación conceptual, las creencias

poseen una carga emocional de placer, miedos u odios. Algunos principios se fundamentan en la ciencia y la razón mientras otros resultan marcadamente falsos, prejuiciosos, mágicos o irracionales.

Los sistemas ideológicos se crean en las comunidades y se asimilan a través de la mediación de la familia, la escuela, la iglesia, las organizaciones políticas y los medios masivos de comunicación. Cada persona dispone de un sistema y una escala de valores que le permite dar sentido a su vida y orientarse o adaptarse rápidamente a una situación.

Los valores que se relacionan con el estrés son:

Valores del estilo de vida. Sus temas se refieren al aprecio por el contacto o la evitación de la naturaleza; el consumo o atesoramiento de dinero y objetos; la estimación del juego y las recreaciones; la importancia que se atribuya al arte de la cocina y del comer; la adhesión a la higiene, a los tratamientos y al cuidado de la salud; el significado que se asigna al consumo de café, tabaco y drogas; la valorización de los estados de sueño y relajación y de trabajo y de ejercicio psíquico y corporal.

Principios aplicados al trato con las personas. Estas consignas se refieren al amor y la tolerancia a la gente; el humorismo; las costumbres gentiles; la hospitalidad; la solidaridad; el internacionalismo; el uso, la explotación y el saqueo del prójimo; el egoísmo; la intolerancia; la xenofobia; el chovinismo y el racismo.

Valores relacionados con el trabajo. Los aristócratas desprecian el trabajo físico e intelectual, que se convierte en un valor significativo para los burgueses y la clase obrera. Salvo la guerra, al antiguo hidalgo español le estaba vedada toda actividad que significara esfuerzo. En los países industrializados se ha desarrollado el culto al éxito, a la velocidad y a los altos rendimientos. Algunos aprecian la creatividad y otros se adhieren a los procedimientos burocráticos. En los países socialistas se había establecido el culto al heroísmo laboral. Las personalidades del tipo A sobrevaloran de tal modo el trabajo que lo sitúan por encima de la propia salud, o agotan o enferman a sus subordinados.

Valores sexuales. Ciertos individuos estiman la ternura, y otros solamente al sexo. Algunas personas aprecian el placer, y otras el rendimiento sexual. Las ideologías machistas y descalificadoras de la mujer se oponen a las concepciones igualitarias de

de ambos sexos. Las personas más sanas asumen la tolerancia amorosa, y las más enfermas se convierten en perseguidores de los individuos con otras opciones sexuales.

Desde el punto de vista de la higiene, los valores pueden ser considerados salúferos o nocivos. Se consideran valores sanos el contacto con la naturaleza; las ideas opuestas al consumo de drogas; el amor y la tolerancia al otro; la estimación por el trabajo y la creatividad; la consideración e la ternura y el placer en el amor. Los valores nocivos son la desestimación de la relajación y de la recreación; la desvalorización del sueño; el culto a la velocidad y a las metas desmesuradas en el trabajo; el racismo; y el culto al desempeño sexual y al machismo.

El predominio excesivo de algún valor permite la descripción de algunos tipos de caracteres aberrantes; el glotón estima las comidas en demasía; el lujurioso sólo busca sexo; la personalidad del tipo A tiene una adhesión morbosa al trabajo; el codicioso solamente aprecia el dinero y los objetos de consumo; y el adicto vive para consumir estupefacientes.

El estrés moral ocurre por conflictos entre distintos valores y puede provocar desarreglos mentales. El terapeuta que trata el estrés debe hacer un inventario del sistema de valores de su paciente con el fin de reducir las magnitudes exageradas, ampliar las variedades cuando resulten escasas, propiciar los valores salúferos y desestimar los principios nocivos.

El estrés por duelo

La respuesta al estrés provocado por la muerte de personas queridas se designa como reacción de duelo. En la actualidad este concepto ha sido ampliado a otro tipo de pérdidas como la enfermedad, las deformidades o la amputación de órganos del cuerpo, la desaparición de posesiones u objetos valiosos, el abandono del amante y las separaciones de los hijos y los amigos.

El estrés de la pérdida de un familiar o de un amigo aumenta su efecto nocivo cuando se asocia a la privación de sueño por velar las noches del moribundo; por el dolor que provoca la percepción de los sufrimientos y el deterioro corporal del enfermo; cuando se deben pasar días en ambientes hospitalarios observando otras situaciones dramáticas; por el estrés económico que provocan los gastos por la enfermedad y los funerales; y por el desamparo en el que quedan algunos deudos.

Las personas más vulnerables al estrés por duelo suelen ser los niños, las madres, los sujetos con predisposición a deprimirse, quienes tenían gran afecto y dependencia con el fallecido, aquellas personas que quedan solas, y los que carecen de valores que los compensen y los conforten.

Son distintas formas de respuesta al duelo el miedo a la repetición de la pérdida de otro familiar; el temor a morir de la misma enfermedad; la cólera sobre familiares menos queridos que no murieron; la ira sobre un real o supuesto culpable de la muerte; la culpa por no haber dado más amor –a su tiempo- a la persona fallecida; los remordimientos por no haber tomado todas las providencias que hubieran podido postergar o evitar la muerte; y la tristeza por la pérdida. En casos de accidentes se ha observado culpa por haber sobrevivido a los muertos.

El impacto por la pérdida se amortigua mediante diferentes mecanismos de enfrentamiento. Algunas personas expresan sus sentimientos mediante el llanto y frases y gestos rituales de desesperación. Otras “ventilan” o comunican pensamientos que evocan la pérdida de familiares o amigos. Hay quienes niegan lo ocurrido, consumen alcohol o se automedican. Los creyentes acuden a la oración y al consuelo religioso. Ciertos individuos buscan la palabra de consuelo en parientes y amigos; otros se resignan o apelan a rituales mortuorios o solicitan ayuda médica.

La forma clínica más común del duelo es la depresión con llanto, ansiedad e ira. Otros síndromes menos frecuentes son la amnesia histórica con un olvido total de la persona muerta, los trastornos psicósomáticos, el consumo transitorio de alcohol o drogas, y el suicidio.

Clayton y sus colaboradores estudiaron el duelo normal y pudieron comprobar que quienes lo experimentaban sentían tristeza, crisis de llanto, aumentaban el consumo de alcohol, padecían anorexia, estaban irritables y mostraban falta de interés en las noticias y los programas televisivos. En la mayoría de los sujetos los síntomas desaparecieron entre la sexta y la décima semana. En valoraciones posteriores se estableció que a los tres meses había mejorado el 81% de los casos, mientras que el 15% continuaba en el mismo estado y el 4% había agravado. Casi ninguna persona consultó al médico por estos trastornos, ya que suponían que tenían desarreglos normales. Clayton y sus colaboradores opinan que el duelo normal no es realmente normal, sino que debe considerarse como una depresión breve.

Otros investigadores refirieron que los sentimientos dolorosos máximos ocurren luego de uno o dos años de la muerte de un familiar, y aún un decenio de la pérdida el recuerdo provoca dolor en relación con la persona desaparecida.

El estrés de la tortura, el encarcelamiento y los campos de concentración.

Por lo general, el daño que se inflige al prójimo resulta inconsciente y de escasa premeditación. Pero cuando un tormento es deliberado, e inclusive con alguna tecnología psicológica o instrumental, se denomina tortura. Pueden observarse formas menores de tortura en el maltrato a los niños, en los abusos sexuales, en una pareja marital desavenida, en algunas intervenciones policiales y en ciertos procedimientos rutinarios en las cárceles.

Desde la antigüedad, los regímenes autoritarios utilizaron la tortura para intimidar, castigar, conseguir colaboración, obtener información o lograr una confesión. Con este propósito se crearon instrumentos e instituciones de tortura en los organismos policiales, de la justicia y de los ejércitos.

Las motivaciones del torturador suelen ser el odio visceral en los sujetos crueles por naturaleza o las altamente sofisticadas –como las que responden a valores morales religiosos o políticos- que justifican la mortificación por un bien supremo. También resultan estimulantes el placer del dominio absoluto sobre el prójimo, las gratificaciones sexuales sádicas que proporciona la víctima o el botín de guerra que se obtiene de las propiedades del prisionero.

Durante el procedimiento del suplicio, el torturador utiliza distintos mecanismos par mortificar y doblegar a sus víctimas. Por medio de la incomunicación y el aislamiento social el prisionero es privado del afecto y la solidaridad de sus familiares, amigos y compañeros; y puede ser dejado durante meses, solo, en una celda, sin poder hablar con nadie. La privación sensorial consiste en que desde el momento de la detención se suprime la visión de la víctima por medio de una venda, capucha o tela adhesiva, y en algunas ocasiones también se dificulta la audición por medio de tapones en los oídos.

Cuando el sujeto es mortificado por un exceso de ruido y la exposición permanente a una luz intensa, se habla de sobrecarga sensorial; mientras que la privación de sueño, el cambio de horarios de la vigilia y el no saber si es de día o de noche, causan gran efecto nocivo y tienen como objetivo debilitar a la víctima.

Tanto la expectativa de sentir dolor corporal como el propio suplicio suelen resultar el foco principal de la tortura. El torturador amenaza los valores más significativos del prisionero, es decir su vida, la de sus familiares y compañeros, y su integridad física y moral. En la víctima se crea el temor de quedar con “marcas psicológicas” o secuelas orgánicas irreversibles. De esta manera, los golpes en el cráneo son relacionados con la pérdida de las capacidades intelectuales, y la aplicación de electricidad en los genitales hace suponer a la víctima que quedará con disfunciones sexuales permanentes.

La degradación sexual y la violación son procedimientos rutinarios en la tortura. Para aumentar el traumatismo sexual se han utilizado mujeres torturadoras, homosexuales y perros entrenados para ese fin. En ocasión del secuestro de parejas el torturador opera sobre ambos miembros simultáneamente. Cuando un hombre es torturado por una mujer, ésta lo humilla acerca del tamaño de su pene, le profiere amenazas que giran sobre la impotencia y, si la víctima grita mucho, lo acusa de ser afeminado.

Además, el suplico por hambre y sed, la limitación de la movilidad corporal por medio de cadenas y estacas, el mantener al prisionero en posiciones incómodas de pie o de rodillas, el confinamiento en nichos estrechos –capaces de llevar a la desesperación a alguien que sufra de claustrofobia-, y las palabras soeces y otras tácticas para humillar y deteriorar la autoestima de las víctimas, son otros mecanismos operantes en la tortura.

El dolor se puede aumentar mediante procedimientos como la posibilidad de oír la tortura y los gritos de otras víctimas; el tormento a familiares para que la víctima presencie el dolor de su pareja, padres o hijos; la creación de dudas sobre la lealtad de familiares o compañeros; los simulacros de fusilamiento, la vivencia de la agonía por dificultad respiratoria que causa la aplicación de drogas; la exposición a la intemperie sin ropa adecuada; o el “entorno persecutorio” imprevisible e incontrolable por el sujeto.

Aparte del sufrimiento agudo, la tortura ocasiona síndromes crónicos de estrés postraumático. Barudy y sus colaboradores, al estudiar casos de ex prisioneros chilenos del régimen de Augusto Pinochet, observaron estados de tensión permanentes y crisis de angustia provocadas por situaciones que recordaban el suceso traumático, fobias a la electricidad y al personal uniformado –que en un caso

incluyó a los inspectores de boletos de ferrocarril de países europeos-, y dificultades de la atención voluntaria y de la memoria.

Los ex prisioneros también presentaban fatiga, disfunciones sexuales y rechazo físico a la relación sexual, incapacidad para relacionarse afectivamente con otras personas y trastornos psicossomáticos. En un sujeto al que habían dejado durante mucho tiempo incomunicado, se observó que no podía permanecer en ningún momento sin compañía.

En la Argentina, los investigadores Villar y Miranda estudiaron a treinta ex prisioneros de campos de concentración nazis y observaron un notable predominio de la ansiedad y la tristeza, crisis de “evocación del campo”, pesadillas cuyos contenidos rememoraban las experiencias como reclusos, y cambios en el carácter, con retraimiento e interpretaciones persecutorias.

En los Estados Unidos, Kinze y sus colaboradores relataron los trastornos de trece camboyanos torturados en los campos de concentración de Pol Pot. Esos síntomas fueron tristeza, evitación de hablar del tema traumático y de conocer noticias tanto de su país como de temas de violencia o desastres naturales. También eran persistentes los recuerdos del campo de concentración, las reacciones exageradas de alertamiento, el miedo y el alejamiento afectivo de las personas, la culpa y la vergüenza, y los trastornos de la atención, la memoria y el sueño. Los autores citados observaron que la enfermedad de los camboyanos evolucionaba de modo crónico y se reactivaba fácilmente al menor estrés.

CAPÍTULO 3

CLASIFICACION SEGÚN DSM-IV-TR DE LOS TRASTORNOS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD CON EL SINDROME POS ABORTO

3.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD(14)

Psicopatología de la ansiedad.

La ansiedad es una reacción emocional necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

- trastornos físicos y
- trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos.

- trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- trastornos digestivos (colon irritable, úlcera)
- trastornos respiratorios (asma)
- trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
- y trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También se han encontrado niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante.

Entre los trastornos mentales, los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos desórdenes mentales, entre ellos:

- los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),
- las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, etc.),
- los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
- trastornos del sueño,
- trastornos sexuales,
- trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
- trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.).

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos, ubicados en la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana en el DSM-IV-TR. Se mencionarán los trastornos que están suscritos en este apartado y se ampliará en aquellos que presentan una mayor comorbilidad con el síndrome post aborto.

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
 - Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
 - Trastorno de angustia con agorafobia (F41.01)
 - Agorafobia sin historias de trastorno de angustia (F40.00)
- Fobia específica (F40.02)
- Fobia social (F40.1)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)
- Trastorno por estrés postraumático (F3.1)
- Trastorno por estrés agudo (F43.0)
- Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)

- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en el DSM-IV-TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

3.1.1 Criterios para el diagnóstico de estrés postraumático.

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han aplicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse. Nota: los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 4. Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., no espera obtener empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. Irritabilidad o ataques de ira
 3. Dificultades para concentrarse
 4. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) ser prolongan más de 1 mes.

- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

3.1.2 Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. Desrealización
4. Despersonalización
5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

- C. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en al menos de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la actividad (arousal)(p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener ayuda o los recursos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

3.1.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
 2. Fatigabilidad fácil
 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. Irritabilidad
 5. Tensión muscular
 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

3.1.4 Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave)
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.
- Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.
- Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

3.2 SINDROME DEPRESIVO MAYOR(14)

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Para realizar el diagnóstico depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debido a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo que respecta a este manual, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un depresivo mayor al menos durante dos meses seguidos. Durante este período de dos meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar el trastorno está en remisión parcial o en remisión total.

Sí se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancia o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o son síntomas mixtos).

Síntomas y trastornos asociados.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con

trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en estudios epidemiológicos y en un 15-25% en la población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los individuos que padecen enfermedades médicas crónicas o graves presenta un mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable. Además, el pronóstico del trastorno depresivo mayor es peor (p. ej., episodios más largos o respuestas más pobres al tratamiento) si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes.

Prevalencia. Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en los adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Curso. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos

epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tiene episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que al menos un 60% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tiene un 70% de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener le cuarto. Entre el 5 y el 10% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maniaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I)

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcia interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total y sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tiene una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración.

Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de 1 año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor el 40% de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20% sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor (p. e., trastorno depresivo mayor, en remisión parcial) y un 40% no presenta trastorno del estado del ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser

predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Es difícil predecir en qué casos el primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse finalmente en un trastorno bipolar. Algunos datos sugieren que el inicio agudo de una depresión grave, especialmente con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor, en una persona joven sin psicopatología prepuberal, es probable que sea predictor de un curso bipolar también es sugerente de la aparición de un trastorno bipolar.

Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, episodio único.

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancia o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total
- Crónico
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, recidivante.

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Nota: para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- D. Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:
 - Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos
 - Con síntomas melancólicos

- Con síntomas atípicos
 - De inicio en el período posparto
- E. Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:
- En remisión parcial, en remisión total
 - Crónico
 - Con síntomas melancólicos
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el período posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

CAPITULO 4

SINDROME POS ABORTO (15)

El ritmo de vida actual para todos los miembros de la sociedad, presenta grandes ventajas y beneficios, así también grandes retos por cumplir y nuevos roles sociales que llenar.

Entre las ventajas tenemos el rompimiento de muchos tabúes con respecto a la sexualidad, sin embargo, siguen siendo temas tratados a medias y vistos con recelo. Esto nos lleva a una mala interpretación de la información y por lo tanto, al mal ejercicio de la misma, trayendo consecuencias no deseadas, entre ellas infecciones de transmisión sexual y los embarazos inesperados.

El embarazo es visto como un “problema” que requiere una pronta solución y el cual es internalizado en el inconsciente por las personas de esta manera, producto de la cultura y la educación.

Ante esta última consecuencia, la respuesta inmediata es recurrir al aborto como solución para el “problema”. La decisión para realizarlo se toma en condiciones de intenso estrés, muchos miedos y dudas. Entre ellos, la postura del esposo, novio, pareja o amigo, la familia, cambio en los planes de vida, compromiso mutuo real con la pareja y un factor importante que presiona para sea tomada de manera rápida es: la economía personal y/o de pareja.

Desafortunadamente las consecuencias de esta decisión no son informadas a la mujer y al hombre, tampoco se informa el impacto en la familia y a la sociedad. Los resultados a nivel físico pueden ser tan devastadores como los efectos psicológicos.

La naturaleza de la maternidad y la paternidad es parte integral de la conservación de la especie, función inherente a la sexualidad, junto con la integración de la pareja para la facilitación de la procreación y la crianza de la nueva generación.

Al presentarse un embarazo inesperado las personas entran en un conflicto intenso a partir de sus percepciones, creencia, principios y valores que se ponen en duda por la presión a la que se encuentra sometidas por la influencia familiar, social, política y económica, provocando en ellas una crisis con niveles muy altos, extremos, de ansiedad y estrés que impiden la toma de decisión libre y sana, donde se puedan

conocer alternativas al aborto y las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y familiares de cada uno de los implicados.

Dentro de las consecuencias psicológicas en la mujer, a través de diversas investigaciones en el área psiquiátrica y psicológica se han encontrado similitudes en los resultados proponiendo el trastorno al cual se ha denominado Síndrome Pos Aborto (SPA), el cual es una entidad patológica conocida por la Organización Mundial de la salud, citamos: “Las mujeres con alguna señal indicativa de trastorno emocional corren mayor riesgo de graves desajustes mentales tras el aborto, y más si tenían alguna enfermedad psiquiátrica previa; y cuanto más serio sea el diagnóstico psiquiátrico, más perjudicial es para ellas el aborto”.

El SPA, tiene su aparición con síntomas y signos que preceden a la experiencia de uno o varios abortos. El aborto es vivido como un acontecimiento traumático y estresante por la persona, ya que esta se vio envuelta en un evento que representa un peligro real para su vida o de otros y/o amenaza para su integridad, conocido como trastorno de estrés postraumático presentándose una comorbilidad significativa con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, consumo de sustancias tóxicas y somatización e ideación e intento suicida, trastornos alimenticios y trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos emocionales y/o afectivos, de comunicación o relacionales, neuro-vegetativos y trastornos de la esfera sexual, entre otros.

Desde el punto de vista tanatológico el dolor de la pérdida y la forma en que estas mujeres y hombres viven el duelo, tienen un doble impacto, pues a la pérdida del hijo no nacido se añade la culpa del parricidio, aunado a una historia clínica previa de trastornos emocionales dificultará la superación del duelo, pudiendo llegar a convertirse en un duelo patológico.

Ya que el duelo es la respuesta de la persona ante una pérdida o un cambio, sin importar lo insignificante o profundo que sea, es frecuente un período de desequilibrio donde el sufrimiento, la desesperanza, la desilusión y el dolor profundo son síntomas frecuentes. Existe un espectro y una profundidad de emociones y sentimientos que no se han experimentado antes o no son de habituales, por esta razón las personas desconocen como enfrentarlas de manera adecuada, ya que no pueden utilizar los mecanismos normales de afrontamiento.

El duelo es el proceso de asimilación de una pérdida, cuya ausencia es transformada en una presencia interna o en la negación de dicha ausencia. En éste, hay una inversión emocional importante que conlleva a una falta de interés en el mundo exterior, conflictos en los vínculos interpersonales, todo lo cual implica una inversión de tiempo más o menos prolongada.

En el presente trabajo se muestran las investigaciones más relevantes que demuestran la existencia del SPA, sus consecuencias para todos lo implicados, con la intención de demostrar que es un problema de salud pública que debe ser atendido y la información del dominio público como una medida preventiva.

Una de las principales noticias que pueden respaldar lo peligroso del SPA, es que en el estado de Nebraska, en Estados Unidos, se aprobó en el mes de Julio de 2010, la primera ley que le permite a la mujer demandar por daños psicológicos pos aborto. Sin duda alguna este es un primer paso que ayudará a que se tome con más interés la investigación sobre las consecuencias del aborto.

4.1 CUADRO COMPARATIVO ENTRE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) Y EL SÍNDROME POS ABORTO (SPA).

| | |
|--|---|
| A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido: | A. Exposición al trauma. Los dos elementos siguientes están presentes: |
| La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. | La persona habrá experimentado, presenciado o confrontado un aborto percibido como un suceso traumático en donde está de por medio la muerte de un ser humano no nacido y una amenaza a la integridad física de la persona que experimenta el aborto por los riesgos físico y las consecuencias psicológicas. |
| La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. | La reacción de la persona fue de <i>temor intenso, indefensión y horror con deseos de huida</i> en el momento del aborto sin importar que éste haya sido una decisión propia. |
| B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: | B. Revivir la experiencia. La experiencia del aborto provocado es re-experimentada de una o más de las siguientes formas: |
| Recuerdos del acontecimiento recurrentes (imágenes, pensamientos). | <i>Recuerdos repetidos y vívidos</i> de la experiencia del aborto que producen sentimientos de <i>tristeza o ansiedad</i> . |
| Sueños recurrentes sobre el evento | <i>Sueños repetidos</i> del aborto o del niño no nacido que producen sufrimiento (sueños con bebés o fetos) |

| | |
|--|--|
| Sensación de estar viviendo la experiencia de nuevo (flashback, alucinaciones, ilusiones) | Actuar o sentir como si se estuviera repitiendo el suceso del aborto (<i>flashback, alucinaciones, ilusiones y episodios de disociación</i>) |
| Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. | <i>Malestar psicológico intenso al exponerse a sucesos que simbolizan o se asemejan a la experiencia del aborto</i> (clínicas, mujeres embarazadas, bebés, embarazos posteriores) y también reacciones de intenso dolor y depresión en las fechas de aniversario del aborto o en la <i>fecha prevista para el nacimiento del embrión o feto abortado</i> . |
| Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. | <i>Reacciones fisiológicas</i> frente a estímulos internos o externos que simbolizan o se asemejan a un aspecto del aborto. Como dolores abdominales, taquicardias, etc. |
| C. Evasión persistente frente a los estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas: | C. Evasión persistente frente a los estímulos asociados con el trauma del aborto o adormecimiento de las reacciones en general (no existente antes del aborto), según lo indican por lo menos tres de los siguientes elementos: |
| Se evitan pensamientos, sentimientos o conversaciones | Esfuerzos para evitar <i>pensamientos, también para negar pensamientos o sentimientos asociados con el aborto</i> o el significado negativo derivado de la experiencia. |
| Evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. | Esfuerzos para <i>evitar información, actividades, lugares o personas que puedan despertar el recuerdo</i> del trauma del aborto. |
| Incapacidad e recordar aspectos importantes del trauma | <i>Incapacidad para recordar algún aspecto</i> importante del trauma del aborto |
| Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. | Pérdida marcada del interés por participar en actividades significativas relacionadas con la experiencia. (Bodas, bautizos, fiestas para embarazadas, etc.) |
| Sensación de un futuro desolador, desesperanza. | <i>Disminución del alcance afectivo</i> ; por ejemplo, para sentir amor o compasión. Sensación de no poder tener otros hijos, o vivir durante un período normal de tiempo: en espera de un castigo y con dificultad a tener una relación estable. |
| Sensación de desapego o enajenación de los demás | <i>Sensación de distanciamiento o desapego de los demás</i> , incluida la introversión en las relaciones y una menor comunicación. <i>Sobretudo con la pareja.</i> |
| D. SÍNTOMAS PERSISTENTES DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN (VIGILANCIA)(AUSENTES ANTES DEL TRAUMA), TAL Y COMO INDICAN DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: | D. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS: SÍNTOMAS PERSISTENTES DE VIGILANCIA INTENSA (AUSENTE ANTES DEL TRAUMA DEL ABORTO) REFLEJADOS EN LA PRESENCIA DE DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS: |
| Dificultades para conciliar el sueño | <i>Dificultad para conciliar y conservar el sueño</i> |

| | |
|--|--|
| Irritabilidad o ataques de ira | <i>Irritabilidad o estallidos de ira</i> (contra sí misma, otras personas, el compañero, Dios, mujeres embarazadas o el médico). |
| Dificultades para concentrarse | <i>Dificultad para concentrarse</i> |
| Hipervigilancia | <i>Hipervigilancia</i> |
| Respuestas exageradas de sobresalto | <i>Sobresalto exagerado</i> ante recuerdos vividos del trauma del aborto. |
| | <i>Depresión o pensamientos suicidas.</i> Sentimientos persistentes de vergüenza o culpa ante el hecho de estar viva cuando el ser humano que se abortó no lo está. |
| | <i>Síntomas significativos de menosprecio y/o incapacidad para perdonarse.</i> |
| | <i>Abuso secundario de sustancias</i> |
| | <i>Síntomas de desórdenes alimenticios</i> |
| | <i>Pérdida del interés sexual o búsqueda fingida de muchos compañeros sexuales.</i> |
| E. ESTAS ALTERACIONES (SÍNTOMAS DE LOS CRITERIOS B, C Y D) SE PROLONGAN MÁS DE UN MES | E. LOS SÍNTOMAS DE LOS PUNTOS B, C Y D DURAN MÁS DE UN MES |
| F. ESTAS ALTERACIONES PROVOCAN MALESTAR CLÍNICO SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ÁREAS IMPORTANTES DEL INDIVIDUO. | F. LA PERTURBACIÓN PRODUCE UN SUFRIMIENTO CLÍNICO SIGNIFICATIVO E IMPEDIMIENTOS SOCIALES, OCUPACIONALES O EN OTRAS ÁREAS DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO. |
| G. ESPECIFICAR SÍ: | G. INICIO: |
| 1. Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses | 1 Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses |
| 2. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más | 2. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más |
| 3. De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses | 3. Tardío: si los síntomas aparecen por lo menos 6 meses después del suceso |

Fig. 2 Cuadro comparativo TEPT y SPA, Guía del diagnóstico del Síndrome Pos Aborto. IRMA.

Como puede apreciarse en el cuadro superior, al establecer al aborto como causa del trastorno de estrés, coinciden todos los criterios.

4.2 COMORBILIDAD DEL SPA CON OTROS TRASTORNOS Y SINTOMAS

(15)

Citando nuevamente el DSM-IV-TR en lo referente a síntomas, (trastornos asociados) menciona características descriptivas que también se observan en el SPA:

1. “Los individuos con trastornos por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables, por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida...”

Esto es claramente apreciable en el SPA, ya que la mujer al saberse embarazada y con intención de aborto, reprime y racionaliza la existencia de su hijo, afirmando que todavía no es un ser humano. Sin embargo, pasado el tiempo del aborto expresan que ellas, algunas veces junto con sus parejas, son quienes asumen la responsabilidad de haber quitado la vida no solo a un ser humano, sino a su hijo.

Una gran mayoría, cuando adquiere conciencia de ello, experimenta –además de un sentimiento de culpa- deseos de morir junto con su hijo, en una ideación o intento suicida.

2. “Los patrones de evitación pueden interferir con las relaciones interpersonales y llevar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida de empleo.”

Tratándose de un aborto y de la clara relación de esto con la pareja o cónyuge es más dramático el resultado en la relación. Un alto porcentaje llega a la fractura en su relación llegando tarde o temprano a la separación o divorcio y si no es así, se suscitan relaciones que se viven con altos grados de ansiedad, ira y culpa, en gran medida por la confusión de sentimientos y pensamientos propios del trastorno y por la diferente forma de vivir las experiencias según el género.

3. “Las alucinaciones auditivas y la ideación paranoide pueden estar presentes en algunos casos graves y crónicos.”

Las alucinaciones solo están presentes en casos graves pero no así la ideación paranoide sobre todo cuando la decisión fue tomada sin que los familiares cercanos como los padres o la misma pareja, el padre de su hijo, se enterarán. Así mismo, con mucha frecuencia reportan sueños donde oyen llantos de bebés.

4. “Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares) puede aparecer las siguiente constelación de síntomas

- ❖ Afectación del equilibrio afectivo
- ❖ Comportamiento compulsivo y autodestructivo
- ❖ Síntomas disociativos
- ❖ Molestias somáticas
- ❖ Sentimientos de inutilidad
- ❖ Desesperación o desesperanza
- ❖ Sensación de perjuicio permanente
- ❖ Pérdida de creencias anteriores
- ❖ Hostilidad
- ❖ Retraimiento social
- ❖ Sensación de peligro constante
- ❖ Deterioro de las relaciones con los demás
- ❖ Alteraciones de las características de personalidad previas”.

Casi todos estos síntomas son observables en las personas que han sufrido un aborto provocado, ya que obviamente se refiere a un agente de carácter interpersonal y eso implica lo más íntimo de la identidad de la mujer y el hombre, su capacidad de procreación, propiamente la imagen de su paternidad y maternidad se ven altamente afectadas.

Por lo anterior, en este trastorno, el SPA al igual que en TEPT existe un mayor riesgo de que se instalen otros cuadros clínicos como trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno relacionado con sustancias.

4.3 Subtipos clínicos del Síndrome Pos Aborto

El Dr. Verdier contribuye dándonos algunas directivas para generar una sospecha o hipótesis de la existencia de un aborto que como profesionistas debemos confirmar o descartar, para así poder canalizar o dar el tratamiento adecuado.

Él propone subtipos clínicos del SPA, nos dice que no todos los síntomas del SPA pertenecen a un mismo grupo, ya que surgen diferentes síntomas en momentos distintos, según las etapas de vida de una mujer. También explica que el aborto entre las mujeres jóvenes presenta diferentes síntomas que aquellos observados entre las mujeres mayores de treinta años y propone lo siguiente:

1. Tipo A (adolescentes y jóvenes), presentan los siguientes síntomas o características relevantes:

- Promiscuidad
- Intentos de suicidio
- Autocastigo

En otras palabras, cuando una joven acude a consulta, si después de una primera entrevista se reconocen estos tres síntomas juntos se puede pensar en el aborto. No quiere decir que si se encuentran estos síntomas exista la seguridad absoluta del mismo. Pero si estos tres síntomas están presentes frecuentemente en una mujer que ha abortado, no se debe rechazar la hipótesis hasta que no se demuestre lo contrario. Esto no es fácil de demostrar ya que muchas veces se instala el mecanismo de la negación. El principal objetivo no es confirmar la hipótesis, lo mejor es establecer una buena empatía, si la respuesta fuera el aborto, tarde o temprano sería manifestado por ella. Mientras tanto se podría ir tratando otros aspectos de su vida. Ya que si se invade su intimidad, probablemente abandonará la psicoterapia; ya que se sentirá acusada o incomprendida en cuanto a su problema real o si se ha hecho realmente un aborto, se sentirá forzada a ampliar un tema que es incapaz de manejar.

2. Tipo B (mayores a treinta años). Los síntomas que alertan sobre un posible aborto en su pasado si se presentan todos juntos son:

- Divorcio/Separación
- Depresión

- Angustia

El Doctor Verdier también hace la observación de que con más frecuencia las pacientes adultas han pasado previamente por un tratamiento psicológico. Estos síntomas podrían obtenerse en la primera entrevista. Como en el caso de las jóvenes, se deberá proceder con la misma cautela con respecto a las mayores, para no alarmar a la paciente.

Tanto las jóvenes como las del grupo adulto, temen hablar sobre sus respectivos abortos, aunque por motivos diferentes, las primeras ni siquiera pueden pensar sobre ello, o “qué dirá él/ella (el consejero) cuando se lo cuente”. Las segundas tienen miedo, porque su experiencia, a través de los años, ha sido la de que nadie valora su problema y por lo tanto, no tiene sentido exponer su intimidad sin expectativas de solución. Quizá han pasado por una psicoterapia, y le han constado al terapeuta sobre su aborto y él/ella no lo valoró o lo subestimó, en vista de ello concluye “*no hay salida, nadie me tomará en serio*”, y la soledad continúa con la existencia de este secreto patogénico inconfesable.

El SPA se presenta en comorbilidad con episodios o trastornos depresivos mayores y/o crisis de ansiedad y frecuentemente son los motivos de consulta, presentamos a continuación, también basados en el DSM-IV-TR, los criterios de diagnóstico de estos trastornos para la mejor comprensión y detección del Síndrome Pos Aborto.

4.4 Episodio depresivo y crisis de ansiedad

El episodio depresivo mayor cuya característica principal es que es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y sus principales síntomas son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada otros (por ejemplo, llanto).
- Disminución acusada del interés por sí mismo y actividades que anteriormente eran muy atractivas o de la capacidad para el placer en la mayoría de sus actividades, la

mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto y observan los demás).

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlenteciendo).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad, de baja autoestima o de culpa, excesivos o inapropiados casi cada día, por esta razón pueden boicotear su trabajo o negarse actividades gratas, lo que se le llama auto-castigo.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Sentimientos de soledad y percepción de que nadie la puede entender.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, labora o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El cuadro clínico puede convertirse en trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante en remisión total o parcial pero también como podemos ver en el mismo DSM-IV-TR este trastorno puede presentarse sin episodios depresivos mayores previos en un nivel leve, moderado o grave con o sin síntomas psicóticos, o instalarse como un trastorno crónico acompañado de diferentes conjuntos de síntomas extras ya sean catatónicos, melancólicos o atípicos.

Es importante diferenciar el diagnóstico, ya que es indispensable la valoración psiquiátrica y se requiere el tratamiento médico, por eso la orientación en la rehabilitación de este padecimiento deber ser interdisciplinaria

Las crisis de ansiedad o ataque de pánico son frecuentes en las personas que sufren, ya que al principio puede sentirse un aparente alivio, ya que se realiza el aborto porque se encuentran en una situación de fuerte estrés y verdaderamente, lo ven como la solución a un gran problema y más si sobrevivieron al legado o a la medicación, pero reprimen sentimientos que los lleven a pensar o concientizar en la existencia de su hijo y en la pérdida de éste, por lo que al paso del tiempo esta tensión interna puede ir en aumento y ante cualquier estímulo o circunstancia difícil puede desencadenarse una crisis de ansiedad y es cuando las pacientes buscan ayuda; a continuación se numeran los síntomas que se presentan según clasificación en DSM-IV-TR.

La crisis de angustia se define como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inicia bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudación
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo, desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Hasta el momento se han expuestos por separado los síntomas con base en el Trastorno que corresponde ya sea al TEPT o al SPA y en comorbilidad básicamente al Estado Depresivo Mayor y la Crisis de ansiedad.

4.5 Síntomas SPA y mecanismos de defensa

A continuación se enlistan las nueve categorías de trastornos en los que se engloban los síntomas del SPA.

A) Trastornos emocionales y afectivos.

- Negación
- Autoestima baja
- Inestabilidad emocional
- Sentimientos de culpa
- Angustia
- Tristeza
- Ansiedad
- Sentimiento de fracaso
- Dolor
- Pena
- Llanto frecuente
- Estado de ánimo depresivo

B) Trastornos de comunicación o relacionales

- Agresividad
- Irritabilidad
- Poca tolerancia a la frustración
- Incapacidad para mantener relaciones duraderas
- Ruptura de la relación con el padre del bebé
- Rechazo a la figura masculina
- Rechazo hacia el compromiso

C) Trastornos de la alimentación

- Pérdida o aumento del apetito
- Anorexia
- Bulimia
- Sobrepeso

D) Trastornos neuro-vegetativos

- Malestares abdominales
- Dolores de cabeza
- Mareos

E) Trastornos en la esfera sexual

- Pérdida o disminución de la energía sexual
- Frigidez
- Promiscuidad

F) Trastornos del sueño

- Sueños recurrentes
- Pesadillas
- Insomnio
- Hipersomnia

G) Trastornos de tipo obsesivo

- Ideas catastróficas
- Autorreproches
- Sentimiento de culpa
- Evitar situaciones que recuerden al aborto
- Hiperreflexionar sobre el trauma (rumiación)

H) Trastornos de tipo depresivo

- Pérdida de interés por la vida
- Tristeza
- Estado de ánimo depresivo o episodios depresivos

- Llanto frecuente
- Angustia
- Ansiedad
- Ideas o intentos suicidas

I) Trastornos específicos

- Síndrome de aniversario
- Hijo sustituto
- Hijos previos (maltrato)
- Hijos posteriores (sobreprotección)

El trastorno de SPA se instala al desarrollar ciertos mecanismos de defensa, debido a:

- Lo estresante del embarazo
- Lo traumático del aborto
- Lo doloroso del suceso ya que afecta a todas las áreas de la persona

Los mecanismos de defensa más frecuentes son:

1) Negación.

La persona después del aborto actúa como si no hubiera pasado nada, se quiere convencer y los demás quieren que piense que no pasó nada, se llega a olvidar los lugares y las personas que tuvieron relación con el evento, así como los sentimientos y hechos que se vivieron durante el aborto.

...“no me pasa nada, ya lo estoy superando, y lo repito, no me arrepiento, aunque en ocasiones me ponga un poco triste”...

2) Racionalización.

Implica la búsqueda de razones lógicas y explicaciones a su decisión de aborto.

...“Estaba sola, él no me apoyaba, no tenía dinero”...

...“No quería echar a perder mi vida”...

...“No era un bebé sólo era un saquito con unas células, todavía no tenía forma”...

3) Represión.

Se guardan todos los sentimientos relacionados con el aborto. El problema es que ya tampoco se es capaz de experimentar otras emociones.

...”El daño que me hizo este aborto se mezcló con los sentimientos de abandono que sufrí y que creo disfracé todos estos años”...

4) Sublimación.

Siente la necesidad de compensar haciendo voluntariado o trabajos socialmente aceptados o buenos, quizá hasta dedicarle a actividades contra el aborto.

...”creía que con dedicarme a ayudar a los demás en mi comunidad iba a olvidar todo mi sufrimiento sobre la pérdida de mi bebé, pero la verdad es que no paso así, seguí deprimida y sintiéndome muy mal”...

5) Formación reactiva.

Buscan abatir o reprimir en una forma exagerada los sentimientos relacionados con el aborto. Por ejemplo, si siente mucha tristeza, intenta por todos los medios estar en fiestas y en un estado de alegría artificial, teniendo el peligro de caer en conductas de alto riesgo.

6) Compensación.

Puede sentir deseos de volverse a embarazar creyendo que de esa manera regresará su bebé.

...”en el momento que yo me vuelva a embarazar, sabré que Dios me habrá perdonado y podré recuperar la vida que he perdido”...

CAPITULO 5

SINDROME POS ABORTO EN EL HOMBRE (15)

Ma. Del Carmen Alva en su libro, *Y después del aborto ¿qué?*, comenta que es frecuente que pensemos en el aborto como un tema exclusivo de la mujer, sin embargo, el hombre forma parte activa del acto, y no sólo nos referimos a los actos que pueden comprender apoyo, compañerismo o abandono, sino también, a los que ya han afectado a toda su persona y en referencia especial a su masculinidad. En el hombre las reacciones son distintas según el factor que más influyó en la presión de abortar, dentro de estos factores uno de gran importancia es el hecho de que comúnmente la mujer es la que da la última palabra sobre si aborta o no, dejando a su pareja a un lado. Sin embargo, en muchas ocasiones sabemos que es el hombre quien presiona o abandona a la mujer frente al aborto.

Las reacciones de los papás pueden ser mitigadas en la medida en que estuvieron involucrados o no en el aborto de sus hijos. Podemos clasificar estas reacciones por medio de las siguientes categorías:

- Los papás que se oponen de manera violenta al procedimiento. Ellos reaccionan inmediatamente con furia y con un sentido de impotencia. Necesitarán procesar su enojo, de lo contrario podemos hablar que probablemente serán agresivos o golpeadores.
- Aquellos que se oponen al aborto, pero que no han llegado a tomar medidas urgentes para impedirlo. Estos hombres expresan una gran tristeza y quizás ira, probablemente buscarán embarazar a otra mujer o a la que se hizo practicar el aborto; como una obsesión consciente.
- Los hombres que parecen ser neutrales con respecto al aborto. Son quienes ante la crisis comúnmente dicen a la mujer: *"Tú eres libre y te apoyaré en lo que tú decidas"*. Por lo general, en estos casos no manifiestan secuelas inmediatamente, sino hasta que algún acontecimiento les reviva la experiencia, tomando por sorpresa sus emociones, por ejemplo, cuando son padres nuevamente, al sufrir una pérdida espontánea del embarazo de su mujer o al vivir eventos traumáticos.
- Cuando él ha obligado o presionado a la mujer a optar por el aborto. Son los casos en que amenazan con terminar la relación, no apoyar económicamente, no casarse o

incluso afirmando que no son ellos los padres de la criatura. Puede que estos hombres no le vuelvan a prestar atención a la pérdida que implica el aborto, a no ser que experimenten un cambio en su vida verdaderamente significativo y se hagan conscientes de su responsabilidad.

- Hay padres que no fueron informados acerca de la posibilidad del aborto, hasta que éste se llevó a cabo. Puede ser que ellos se aflijan inmediatamente y que tengan una lucha interior con el surgir de sentimientos variados.

- Los papás que nunca estuvieron seguros de si el aborto tuvo o no lugar. Sin embargo, al saber de las secuelas del aborto en las mujeres, reconocen los síntomas en ella. Estos hombres viven con una pregunta constante: *“¿Qué hubiera sido si...?”*

El silencio, se origina con una gran muralla de prejuicios sociales, de minimizar el hecho difícil o de decir que *“es sólo un asunto de la mujer”*. El papel que muchos hombres desempeñan al saber que su novia está embarazada es el de huir de tal responsabilidad impulsado quizá por una enorme controversia; piensa que la solución a su problema es interrumpir el embarazo. En algunos casos, con el tiempo se va dando cuenta que el problema no ha desaparecido y que estaba sólo dando vueltas en círculos a la misma problemática que acallada y silenciosa crecía más y más.

Usualmente esta problemática sale a flote con los meses o años en momentos relacionados con el aborto; inclusive en la función sexual. Existe registro de casos en que el hombre siente rechazo a su participación paterna por lo que no se sienten dignos de ser padres de nuevo. Constantemente brota la pregunta *“¿soy lo suficientemente hombre?”*. El siguiente testimonio nos viene a confirmar este difícil planteamiento.

“En ese instante dejé de ser hombre para convertirme en tirano. Volcar cada segundo mi impotencia al saber que no podría hacer nada por la vida de mi hija... Sacar cada uno de mis instintos salvajes reprimidos (violencia, agresividad, odio, resentimiento...), alimentarme de ellos segundo a segundo. Hubiese querido en ese momento poder cambiar mi vida por la de mi hija. Despojarme ahí del valor que hubiera mostrado un verdadero hombre, por la vida. Dejé de ser hombre para así convertirme en un asesino de mi propia sangre. Dejé de ser hombre para saciar a cada momento el repudio y el asco que me causaban todos y cada uno de mis valores hacia la vida. Todos se esfumaron.

Tener que alimentarme de mis instintos salvajes, para darme fuerza, cuando llegara el momento en que me despojarían de mi hija. Y con ello me despoje de mi vida. Deje de ser hombre cuando tiraron a mi hija a la basura, en una maldita bolsa negra. En esa bolsa negra yo también me fui. La bondad, el amor, la voluntad que tenía para hacer las cosas bien y siempre mejorarlas, las tuve que tragar para según ya no mostrarlas jamás en mi vida. Si es que aún quedaba algo de vida en mí.

Se acabó el ser hombre para mí cuando de un solo tiro me arrebaté el mejorar, en el momento en que me resigné a ver cómo con mis propias manos le quité la vida a mi hija –y sin poder hacer ya nada-.

Deje de ser hombre para convertirme en tirano de mi nula existencia. La cobardía aniquila la existencia de un ser humano llamado hombre”.

En su experiencia clínica, los doctores Gordon, Guy y Coyle han encontrado estas características comunes, después de una experiencia del aborto:

Dificultad en el compromiso

Es común encontrar en cualquier persona el miedo al compromiso, sin embargo, en hombres que han abortado es como una epidemia que hace de un buen hombre responsable y comprometido, un ser pasivo e indiferente.

Eludir la autoridad

Muchos hombres que acarrean un trauma posabortivo reaccionan con irritabilidad y les gusta ser retados. Esto es un peligro en cualquier lugar donde haya una autoridad, al parecer hay una fuerte necesidad inconsciente de ser confrontado, lo que parece ser algo positivo, sin embargo, son personas que enfrentan a sus autoridades y con frecuencia pierden la batalla.

Débil sentido de identidad

Un síndrome posaborto que lleva mucho tiempo sin resolverse salta cuestiones de edades anteriores, es difícil encontrar un sentido a nuestra identidad cuando hay un proceso emocional truncado. Crecer 10 o 15 años con tal tapón emocional es difícil que en momentos circunstanciales de la vida tengamos las herramientas necesarias que nos ayuden a darle sentido y formar nuestra vida adulta.

Miedos inevitables

Algunos con trastornos posabortivos viven con un constante sentido de ansiedad a un peligro eminente. Viven con el miedo de que la vida o Dios les haga pagar por su osadía o bien, sufrir a través de sus seres queridos o en ellos mismos.

No hacerse responsable de sus errores

Es común encontrar al paciente posaborto con una larga lista de errores que ha atribuido a otros. Es como no querer atener ningún problema que mueva el fino tapón emocional debido a un conflicto no resuelto.

Pérdida de la capacidad de mando

Todos contamos con cierta capacidad de mando, algunos más y otros menos, pero el trasfondo de todo esto es la autoridad que viene con la experiencia propia de lo que estás mandando. Al igual que las mujeres pueden caer en sobreprotección a los hijos posteriores.

Mantener alejada a la “mujer ideal”

Muchas mujeres con grandes cualidades y expectativas pasan por la vida de algunos hombres. Los que llegan a cargar el trauma por este lado no se sienten dignos de tenerlas o acompañarlas.

La sintomatología del estrés en el hombre según el Doctor Coyle:

A) Problemas relacionados con el enojo.

- Frecuentes arranques de enojo
- Comportamiento violento
- Enojo a sí mismo
- Frecuentes sentimientos de enojo a su pareja o mujeres en general
- Maltrato conyugal o a la pareja actual o futura

B) Problemas relacionados con la impotencia.

- Confusión del rol masculino en sociedad

- Sentimientos de inadaptación o funcionamiento masculino

C) Problemas relacionados con la ansiedad.

- Dificultad para dormir
- Sueños inquietantes o pesadillas
- Dificultades para concentrarse
- Preocuparse excesivamente
- Sobreprotección hacia los hijos

D) Problemas relacionados con la pareja.

- Aislamiento
- Miedo a la relación
- Promiscuidad
- Problemas sexuales
- Desconfían de las mujeres
- Dificultad para comunicarse (principalmente el tema del aborto)
- Gran preocupación por la mujer y su bienestar
- Buscar un nuevo embarazo

E) Problemas con la culpa

- Frecuente sentimiento de tristeza
- Autocondena, culpa y vergüenza
- Desesperanza
- Pensamientos constantes del aborto o del bebé
- Tristeza en fechas especiales
- No querer tener contacto con otros niños

- Uso y abuso de sustancias (alcohol y drogas)
- Pensamientos suicidas
- Comportamientos arriesgados

CAPÍTULO 6

TESTIMONIOS

Han pasado casi tres años, más de mil días.

El precio de haber abortado me ha llevado por caminos muy extraños y sumamente dolorosos, días interminables de dolor inenarrable, cambios corporales, mentales, biológicos, espirituales, psicológicos, y no sé ya ni cuantos más.

Al principio no entendía que me pasaba, me llevó casi 6 meses saber que era lo que tenía. Las pesadillas sobre niños que perdía o que tenía que rescatar, el insomnio, la ansiedad, tanto miedo sin saber a qué, llanto incontrolable, días enteros sin comer nada y si llegaba a comer.....era obligada y llorando, no me sabía a nada, tenía tantas ganas de desaparecer, de morir, de ya no sentir nada, ese vacío en mi pecho, en mi vientre, en mi alma. Creí que estaba loca, ya no quería pensar, la soledad, el silencio, no sé que era más grande si la desesperanza y la falta de fe o la desesperación de no entender nada, ¿a quién decirle? ¿Con quién compartirlo? Yo lo provoqué, yo la maté, yo maté a mi hija!! No merecía estar aquí, no tenía derecho a estar aquí, yo no era nada, es más, era menos que la nada. Pero no tenía tiempo para pensarlo, aún cuando vivía con el padre de mi hija, no, no podía, no era bueno, cómo yo?? A mi edad, 39 años, iba a embarazarme?? Era malo, no era un buen momento, no había tiempo para pensarlo, sólo había miedo, sorpresa, angustia combinada con alegría, esperanza, falta de apoyo y mucha crítica. No debía, no podía ser. Quería acabar con todo, empezando por mí.

He pasado tanto tiempo preguntándome ¿cómo pude hacerlo?, ¿cómo tuve el valor de hacerlo?, es tan contradictorio poder entenderlo, es tan difícil poder perdonarse a una misma, y esto del perdón, es de todos los días. No ha pasado un solo día desde que aborté que no piense en mi hija, las pesadillas ya no son constantes pero aún se presentan, que los recuerdos me asaltan cuando menos lo espero, sí y es difícil controlar las emociones cuando me doy cuenta que el llanto de un niño me altera, que al ver a una mujer embarazada siento envidia y vergüenza, que tengo que ahogar mis lágrimas, que busco en los ojos de algunos niños los ojos de mi hija. Es muy difícil para mí, pero ahora entiendo que esto parte del síndrome post aborto y que no estoy loca.

¿Qué si esto pasará algún día? No lo sé. Aún estoy viva, sobreviviendo y viviendo lo mejor que puedo. Revalorando lo que tengo y lo que perdí, buscando darle sentido a la muerte de mi hija, dándole sentido a mi vida. Me cuesta mucho trabajo dejar la culpa, es un juego perverso en mis pensamientos, es una lucha interna, intensa y permanente. Me canso y por momentos.....deseo mandar todo al carajo yno puedo, la idea de que quizás no vaya con mi hija, me detiene, además que por egoísmo causaría más dolor a mi seres amados, y así, así es este juego perverso del pensamiento que no se detiene.

La esperanza al final es que asistiré a la cita con mi nena cuando sea el momento adecuado, no cuando yo quiera o deseé, sino a su tiempo, viviré con estos cambios, aceptando que me equivoqué, perdonándome cada vez que lo recuerde, sonriendo día a día un poco más, dándome la oportunidad de volver a amar, de volver a disfrutar mi cuerpo, de volver a compartir, de volver a confiar, de volver a vivir, de construirme. De ser mejor. De tenerme paciencia, de amarme y respetarme, de escucharme. Aún tengo mucho que aprender.

Esta es mi breve historia de un poco más de mil días.

SARA, ABRIL 2011

Estos testimonios fueron publicados en otra de las páginas en la red dedicadas a la difusión del Síndrome Pos Aborto, se transcriben de manera textual. (15)

Aiana: *Por los comentarios que leí, no hay ninguna mujer que no se halla arrepentido después del aborto. Se lo que se siente porque también lo viví y creo que lo que buscamos todas al entrar en esta página es un poco de contención, es decir sabemos lo que hicimos pero no queremos vivir toda la vida con este feo dolor y propongo hacer una página dedicada a la contención para que cada una cuente su propia experiencia, creo que si somos más podemos ayudar a que no les pase lo mismo a otras mujeres y a mirar para adelante... somos humanos y la vida sigue! De ahora en adelante propongámonos defender la vida y no caigamos en depresión, es una mala experiencia que quizá pueda ayudar a otros.*

Kelly Arango: *Señor Enrique Schnake. Lo felicitarlo por su gran labor, esto ayuda a reflexionar a muchas adolescentes y mujeres por las cual han pasado por esta terrible situación a ver la gravedad de este echo y saber las consecuencias que esta deja en la vida cotidiana... Gracias.*

Antonio Ostojic Odak: *Es un excelente artículo reflexivo, que nos hace bien y que nos resitúa en esta lucha a la que estamos llamados todos, porque la protección de la vida humana es vocación universal, y no deberíamos sustraernos con ninguna excusa. Felicitaciones.*

Susan: *De verdad me hacía falta saber del tema a mi paso hace casi 6 meses y trataba de entender mis cambios de ánimo ahora se a qué se debe y también me gustaría tener conocimiento de algún tratamiento, es muy difícil hacer como si nada hubiera pasado.*

Nolvia: *Me ayudó mucho leer sus líneas.*

Karyna: *Felicitaciones por este artículo, yo aborté hace mes y medio, entiendo perfectamente el tema, un aborto cambia la vida, siendo una antes de un aborto, y otra después. Me gustaría que no sólo mencionaran los síntomas de síndrome post aborto, sino también que tratamiento podemos seguir para sentirnos un poco mejor. Gracias.*

Cintia: Yo tengo este síndrome me lo explico la psicóloga hoy y la verdad es que me siento muy mal estoy muy arrepentida de lo que hice y necesito ayuda para superarlo.... Es cierto lo que dicen es algo que lo llevas toda la vida es un dolor que no se compara con nada.

Ada Ferreira: Parabéns pelo artigo. Muito bem escrito!!! É um excelente material para trabalhar com a equipe multiprofissional no hospital onde trabalho.

Catherine Acosta: Ojalá dieran también las herramientas para trabajar en la superación de este trauma. Gracias.

Grecia: Muy buen trabajo espero que la persona antes de deshacerse de su bebé lo piense.

Esmeralda: Hola, el trabajo es bueno, todo lo que aquí dicen es lo que sucede, pero por lo que pude ver está dirigido a personas que decidieron abortar, yo estoy en una situación diferente, yo lo perdí sin querer perderlo y aunque me siento fatal por que los "hubiera" me invaden me gustaría mucho saber como puedo tratar de superarlo, no creo que se pueda pues uno es madre desde el momento que es concebido y aun después de la muerte lo sigue siendo.

Estefanía: El artículo está muy bien me ha gustado ver que hay más chicas que pasan por lo mismo, pero no sé cómo voy a superar esto.

Antonio: Muy bueno a mi parecer describe muchas facetas del comportamiento ya que yo soy un ex padre por así decirlo ,he ido superando cada punto, quien si no a podido superarlo ni un poco fue mi pareja quien se exalta con cualquier palabra, no quiere un compromiso serio, por mas que se lo he propuesto muchas veces, pero ahora comprendo mucho mejor lo que a ella pasa, pero todo esto no a echo que la deje de amar o querer en estos 3 años del suceso, quiero ayudarla por que se que esto me ayudara también, pero de todos modos gracias por la información me ayudó mucho a comprender lo que me pasó y que aun pasa, tanto a mi como a mi pareja. Saludos..

Yohana: Muy interesante porque explica todo lo que una mujer tiene que saber antes de tomar una decisión de la cual se puede arrepentir toda la vida y sin poder volver el tiempo atrás.

Viviana Gerosa: Yo aborté, hace 20 años y no ha pasado un día de mi vida sin que lo recuerde. Todos los síntomas que mencionan ahí, todos los tengo y los sufro día a día, año a año. Lo que les aconsejo a las chicas jóvenes es NO ABORTEN, no es vida lo que sigue, es un sobrevivir continuo y unas ganas locas de no estar en ninguna parte.

Fernanda: Si bien es cierto el trabajo es muy interesante, la teoría es muy completa y todo es cierto y comprobado pero ¿Qué pasa con el tratamiento? El trabajo sólo nos da las causas y efectos pero el aborto va más allá de eso ¿Cómo se sana ese duelo? ¿Cómo supero la culpa?

Marie Stephanie: ¡Excelente! Me ha encantado... Creo que es muy objetivo, pero me gustaría que profundizaran con información acerca de los abortos que son producto de violaciones.

Karen: Es uno de los mejores artículos que he leído sobre el SPA. Lastimosamente no es un síndrome muy conocido, sería bueno que se buscaran formas para que todos estemos más informados con respecto a estos temas, pues las personas que en un momento determinado deciden abortar deberían de saber las consecuencias, sobre todo psicológicas que pueden tener, ya que estas son las más difíciles de curar.

Maria: Lo felicito por este artículo. La información presentada me parece excelente y me ayudará mucho, puesto que estoy próxima a dar una presentación sobre los procedimientos del aborto y sus efectos. Gracias por su trabajo.

Lynda: Muy bueno este artículo y a las que piensen hacerlo por la razón que sea, no lo hagan por que la vida de un inocente les va a pesar de por vida a donde quiera que vayan. Por cierto para Armando no se qué tiene de bueno el aborto solo son cosas negativas, muerte, dolor, culpa no se qué tiene de positivo.

Teresa Olivas: Muy bueno el artículo. Como psicóloga he tenido experiencias en el consultorio que avalan completamente este síndrome.

Blanca Helena: Se habla en el artículo mucho de duelo y poco de culpa. Yo creo que la culpa se impone al duelo y es la que marca el síndrome. El SPA es poco conocido, entre otras cosas, porque la causa o causas que llevaron a la madre a abortar persisten, normalmente, por muchos años. Las madres con SPA callan muchas veces por vergüenza o por temor a enfrentar públicamente las consecuencias de que se sepa lo que pasó y lo que pasa.

Blanca Helena: Como siempre leo entre líneas cometo errores. Veo que en el artículo se habla del SPA, pero claro que hay que diferenciar entre el A. espontáneo y el voluntario. En el espontáneo habrá más duelo, en el voluntario más culpa, aunque en ambos hay de los dos. Digo yo.

Carolina: Es un buen artículo en sí, al leerlo reviví un pasado que aun sigue presente que quisiera dejar atrás no se y aun no entiendo cómo me llegué a convertir en un persona que no es capaz de defender algo tan suyo como un hijo.

Ruben: Natalia: No creo que mujeres que sufran de SPA hayan pensado fríamente como vos lo planteas en "asesinar a su hijo", es un tema mucho más profundo y delicado para abordarlo tan bruscamente. Con respecto al texto me parece excelente ya que me ayudó a comprender muchas experiencias después de lo sucedido.(Por diferentes circunstancias mi novia tuvo que abortar) Es muy difícil continuar la relación pero de a poco lo vamos superando, mi novia en ocasiones me culpa y discutimos bastante sobre el tema. Me gustaría saber como ayudarla a superar su duelo y no olvidar, pero si dejar la culpa atrás. Este mes nuestros mellizos estarían cumpliendo un año, es duro recordar e imaginar como serían, yo por mi parte sé que llevo la parte más liviana e intento distraerla y apoyarla.. A TODAS LAS MUJERES

QUE SUFRAN SPA, LES DESEO PAZ Y FUERZA, Y A LAS QUE NO, SEPAN QUE ERRAR ES HUMANO...

Daniela: *El texto es bueno, lo leí todo, la verdad hace tiempo estoy buscando información sobre el post-aborto, pero también estaba buscando ayuda, como por ejemplo como una mujer puede superarlo yo sé que eso no se olvida jamás en la vida, que fue responsabilidad de uno mismo, pero me gustaría que alguien me dijera como llevar mi carga, todos los síntomas que escribieron, la mayoría veo que son verdad, el artículo me ayudó a entender muchas cosas.*

Marcela Huenchual Vidal : *Muy bueno el informe, con este documento doy confirmado que yo vivo este síndrome después de perder un bebé en gestación por aborto espontáneo, gracias por ser tan claro en la terminología y la explicación de las características de la enfermedad.*

Paulo R: *Mi novia quedó embarazada y decidió hacerse un aborto el mismo día que confirmó su estado. Fue una decisión unilateral y que me lo hizo saber cuando ya lo había hecho. Como hombre, tal vez nunca entienda lo que había en su cabeza ese momento. Terminó la relación y me prohibió que jamás la busque, que todo fue mi culpa. Tengo sueños con mi hijo no nacido, tengo rabia, tengo llanto y me siento impotente. No puedo comentar esto con mis amigos porque siento no me entenderían. Este artículo y todos los aspectos que expone me están ayudando a entender que una acción así afecta a todos los involucrados con la mujer que toma esta decisión. Paz a las mujeres que pasaron por esto.*

America: *Me parece muy buen artículo, aunque no da orientación sobre como superar el duelo post-aborto nos ha ayudado a entender como se siente la mujer después de perder un hijo no nacido. Gracias.*

Andrea: *Hace unos días me practiqué un aborto, y es verdad todo lo que dice el artículo matando a mi bebé me maté el alma.*

Jose Luis Barragán : *Felicidades por su trabajo, ilustra claramente el porque del trauma. Me aclara dudas y me ayudará seguramente en mi trabajo profesional ya que me desvuelvo en un hospital general, aquí en Guad, Jal. Méx.*

Armand: *Los síntomas que el artículo plantea a nivel psicológico y somático pueden ser atribuidos a la pérdida de un ser querido, no necesariamente a un aborto me parece que la información que presenta no es la adecuada, sólo dice lo malo del aborto.*

Adriana: *Lo que informa en su artículo esta muy bien sustentado, es muy parecido a lo que estoy viviendo desde hace 5 años. Tuve un aborto y aun no me recupero. .*

KARLA: *El artículo ayuda a las chicas que están pensando en abortar. Todo lo que dice este trabajo es real, cuando uno toma la decisión de abortar antes de hacerlo hay que informarse realmente.*

Dr. Pablo Valenzuela: *La situación más común es el aborto espontáneo y esa situación no está claramente diferenciada en este trabajo. ¿Hay alguna sintomatología propia del Aborto espontáneo?*

Isabel: *Son unos temas muy importantes con unas respuestas muy claras y entendibles acabo de pasar por un aborto y leí toda la página, me dio mucha fuerza para seguir adelante. Gracias a todo el grupo de personas que forman parte de este excelente trabajo.*

Isabel: *Me parece un tema buenísimo para todas las mujeres que han pasado por esto o pueden pasar hace dos años que aborte y aun no me recupero de este hecho y todo lo que dice aquí es exactamente lo que he y estoy aun viviendo pero hay algo más que debería agregar y es que no solo se siente la culpabilidad si no que uno esta propenso ha sufrir diferentes traumas psicológicos yo luego de abortar me entere que el médico que me hizo el aborto solía violar a las chicas de su consultorio gracias a Dios que eso no me paso a mi, pero me impacté de la noticia y temía haber sido contagiada de ets o el sida. Desde ese momento hasta ahora tengo obsesión obsesiva compulsiva, me lavo las manos a cada momento porque siento que están sucias y que puedo contagiarme si veo sangre. También me da miedo de contagiarme si intento estar con mi enamorado. Quiero superar este miedo y ser normal ...*

Carolina: *Este artículo resulta de gran ayuda, sin embargo el leerlo y no tener con quien comentarlo es muy triste, me practique un aborto hace un poco más de una año, fue una dedición rápida pues de la prueba de embarazo al aborto solo pasaron dos horas, nadie lo supo y nadie hasta ahora lo sabe... después de eso he tenido dos abortos espontáneos y ya no puedo tener hijos, entonces ahora comprendo el error tan grande que cometí, pensé que al hacerlo rápidamente no sentiría ningún dolor porque no me había encariñado, pero no fue así.*

Natalia: *Me alegra, que existan personas capaces de decir la verdad cuando el mundo entero quiere taparnos los ojos con mentiras, la gente no sabe asumir responsabilidades y cree que asesinando a una criatura en su interior soluciona los problemas y la realidad es que es ahí donde comienzan, no se pueden tapar el sol con un dedo y debemos educar en la responsabilidad, en asumirla y enfrentarla. La vida la da Dios y la quita Dios, y si una madre es capaz de quitarle la vida a un ser indefenso... su hijo...que podemos pedirle al mundo... Gracias a todos los que están en contra del aborto.*

Vanesa Serrano: *No soy una experta, no tenía ni idea de que después de abortar, todo esto pasaría. Leyendo he encontrado algún por qué, pero supongo que con eso no basta. Gracias, gracias por estudiar e investigar, para ayudar a mujeres como yo, pero es tan difícil...Os mando un beso enorme....y gracias de nuevo.*

Dr. Lescano.: *Muy interesante aporte. En una época en que la Reproducción y/o Fertilidad Asistida están en auge, es preciso que ginecólogos, obstetras y biólogos tenga en cuenta la posibilidad de ocurrencia del S.P.A. o que el aborta sea una posibilidad necesaria.*

Jenny Alexandra: *Hola Doctor Schnake. Su revisión es muy interesante, pero le faltó lo más importante, ¿cómo realizar este duelo?, ¿cómo superar un evento como este?, ¿cómo luchar contra la humanidad, no sólo la externa, sino la interna, la propia, la que nos lleva a realizar actos abominables, la antagonista de la conciencia? Ojalá usted en verdad leyera este mensaje y me respondiera, porque aunque su revisión está basada en la ciencia, no es un consuelo para quien busca una respuesta y, al contrario, puede llegar a reafirmar los conflictos internos y hacer más dolorosa y agónica la experiencia de alguien que haya sufrido un evento como este.*

Rocio Laconte: *Como comenté en otro trabajo con el mismo título que se publica en Psicología de la Salud, hay una descripción muy precisa de los síntomas del post aborto que deberían conocer las mujeres que ya han pasado por esta experiencia y aquellas que han pensado en provocarse un aborto por problemas de solvencia económica o miedo. Es muy valioso lo que comenta, y doloroso, especialmente en casos donde el aborto no se ha buscado o se ejecuta por orden médica. Se requiere de la oportuna y adecuada intervención del psicólogo para superar el trauma que esta experiencia provoca y este apoyo vale para la madre, el padre y el círculo familiar cercano de la gestante víctima. Gracias.*

MARIA ELENA: *Bueno a mí me parece que está muy claro porque son todos los síntomas que estoy pasando; sé que todo tiene solución pero es muy difícil afrontar esta situación. Está muy buena la información.*

Claudia: *Un trabajo bastante interesante y claro. Se conjugan muchos temas de orden moral, económico, cultural, educacional, etc... El tema de la educación sexual en Chile, es NO HABLARLO, ES EVITARLO, ES TAPARLO. Chile, como nación y como patria mater (estoy generalizando) también abortó, y muchos países han abortado, con dictaduras y guerras. Han vivido dolores y han salido adelante... Creo que para sanar el dolor en general, debe estar el PERDON y el perdón es olvidar, y saber perdonarse a una misma es saber valorarse como mujer y ser humano. lo que implica AMOR a todos y a uno mismo. Los miedos deben conversarse y enfrentarse.*

Carolina: *Está muy bueno;, opino que deberían decir cómo se sale o qué terapias hay que hacer para sobrellevar esto.*

Valeria: *La información es buena. No tiene un carácter de moral o de ético; la mirada pragmática que la hace llegar. Pero al hecho de abortar un hijo no te desvaloriza como mujer, pienso que para parir un hijo hay que ser valiente y para abortarlo, también. Cada mujer decide cuándo y cuántos hijos tener.*

Sara: *Me parece un artículo un tanto moralista. Yo me practiqué un aborto porque no tenía los suficientes recursos económicos y otras circunstancias. No creo que haya sido la peor decisión de mi vida ni mucho menos, ya que eso me ha permitido acceder a un nivel de vida más holgado y saludable para que los hijos que vengan en el futuro no tengan que pasar hambre ni otro tipo de carencias. Si una mujer no desea tener un hijo no debe tenerlo. Cuando una mujer se siente insegura o presionada debe pensarlo muy bien antes de realizar cualquier acción, ya que por no estar seguras vienen secuelas y los traumas.*

Aracely Herrera Rodz: *El artículo es bueno, sobre todo ahora que en México se legisla sobre el tema. Aunque he estado en debates y conferencias del tema por mi profesión, personalmente considero que se debe alertar a las personas sobre ello y que debemos ubicarnos más en una sociedad que en lugar de juzgar a los que pasan por eso, prevenga, informe y tenga conciencia del asunto, pues parte de las decisiones que conllevan a un aborto tienen que ver con la forma de sociedad en que vivimos.*

JOHANNA: *Hace 3 meses me practique un aborto, fue con medicina y pensé que había sido muy fácil y que no había tenido sentimientos de duelo; ahora que leo el artículo me doy cuenta que solo los he negado, pues presento varios de los pasos aquí planteados, termine con mi pareja, aunque tengo sueños con el bebe nunca los comento con nadie, aunque a veces me siento triste nunca lo comento frente a las personas, evito hablar de mi bebe, aunque llevo las cuentas de los meses que debería tener y la fecha en la que debería nacer.*

Pilar: *Me parece bastante interesante la información expuesta. Me ha sido útil para el desarrollo de un debate [contra el aborto]. Es una buena fuente de información para aquellas mujeres que piensan en abortar o que ya lo hicieron. Al igual que varios, creo que faltaría una segunda publicación que incluya cómo salir del SPA. Felicidades.*

ALMA DELIA: *Es muy buena información ya que ayuda a muchas mujeres con respecto al aborto.*

Dylan: *Interesante, pero sería bueno que ofrecieran un panorama más amplio en el caso de un aborto diferido y/o en el caso de un caso embrionario o fetal -ambos por muerte espontánea del embrión que conduce a su respectivo legrado uterino.*

Heber: *El texto es bastante claro y descriptivo. En pocas líneas, es capaz de generar interés por la problemática.*

Claudia: *El artículo es bastante atinado. Yo tuve esa experiencia y tengo tres años de ella; siempre vivo la nostalgia del bebé que perdí. Reconstruir la relación entre mi esposo y yo ha sido muy dura; no terminamos la relación, pero sí tenemos muchos temores aun para intentar otro embarazo, quizá sea producto de esa situación vivida. Yo no estoy en contra o a favor del aborto, simplemente pienso que hay que advertir y educar a las personas que no desean tener un hijo una vez lo han concebido, acerca de las connotaciones emocionales que se sufren como consecuencia de ello. Lo mejor es prevenir.*

Gabriela: *En el país donde vivo, el rechazo social por la mujer que aborta es inmenso. Esto dificulta el proceso de sanación de la mujer que ha abortado. No obstante, considero que una buena terapia para el SPA es hablar con mujeres que lo han hecho y que se encuentran en la misma situación de crisis emocional. De esta manera, al crear un estilo de asociación guiada por un profesional, se pueden compartir experiencias y entrar al análisis interno de cada una.*

juan cristóbal: *El artículo podría mejorar con comentarios sobre cómo evitar un aborto.*

Christian Schnake: *Deseo aclarar que el SPA, aún cuando se produce en abortos espontáneos, sus síntomas se ven acentuados en los abortos provocados, sin importar la legalidad o ilegalidad en que la paciente se encuentre al cometer dicho acto.*

TOTTYMORENO: *Me gustó el artículo, ya que me muestra una visión concisa y entendible acerca de la situación planteada. Sin embargo, al final es el mismo artículo el que marca la carga emocional, física y mental a la que se somete tras ser el aborto una actividad clandestina y castigada socialmente, a tal punto que el autor termina mencionando que quienes lo apoyan o hagan desconocen totalmente este tipo de riesgos, como si refiriera al apoyo de no hacerlo por que es "malo". Espero equivocarme, pues tal vez lo entendí de otra manera, pero así lo interpreté.*

Gladys: *El artículo es bueno, me ha aclarado algunas cosas pero además podría considerarse pautas para salir de la DPA, sin apoyo familiar ni de la pareja y cómo superar los miedos a enfrentar un nuevo embarazo, etc.*

Jorge Eduardo Valderrama: *Es un muy buen artículo. Me ha ayudado a aclarar algunas cosas que me faltaban, pero como dice el otro comentario, sería también bueno que escribieran un artículo acerca de cómo salir del SPA. Gracias.*

Marisol: *Sería ideal que publicara un artículo de los métodos para salir del SPA. Sería de mucha ayuda. Gracias.*

Antonieta: *Me parece que es bastante bueno, pero falta información acerca del castigo social y de la visión y los traumas del hombre como pareja acerca del aborto.*

CAPÍTULO 7

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Esperando que a través de todo lo antes expuesto haya logrado cautivar el interés y la curiosidad de quien lea este trabajo, y nazca en Ustedes el impulso de buscar mayor información, que ésta, sea puesta al servicio de todas aquellas mujeres y demás involucrados que presentan los síntomas complejos del Síndrome Pos Aborto.

El trabajo bibliográfico es amplio pero no suficiente para la problemática que representa, es posible darnos cuenta de la magnitud del problema. Aún con toda esta revisión hay quienes se empeñan en demeritar las consecuencias del aborto, y se dedican a promoverlo como un derecho de la mujer, mi pregunta es ¿un derecho a violentarse de manera brutal?, es de gran importancia promover el derecho a la información de manera completa, sin sesgos ni ideologías particulares. Proveer a la mujer en un embarazo inesperado los elementos necesarios para sentirse acompañada y segura al momento de la toma de decisión.

Se ha señalado que el momento es vivido como un “problema que se tiene que resolver ya”, el malestar que sienten provocado por el estrés, aunado a los factores hormonales, de pareja (si la hay), de familia, laborales, económicos, crean estados de ansiedad generalizada y por lo tanto la decisión suele realizarse de manera impulsiva.

Es este probablemente, el síntoma sobre el que existe mayor experiencia y mayor acuerdo entre los científicos. Se despierta en ellas un sentimiento grande de culpabilidad. Lo que los psiquiatras llaman "culpabilidad psicológica". Culpa esta, distinta de esa otra culpa moral -aunque en este caso la incluya-. En muchos casos es irreversible y permanece durante toda la vida de la mujer. Son pues continuos en las abortistas los autorreproches y la idea de reparación. Está más arraigada en los complejos procesos cognitivos de cada persona, en la parte más profunda de ellos.

De esta culpa psicológica podemos decir que es donde nace el pensamiento y la ideación suicida, sabemos que el suicida en realidad no desea morir, pero el dolor que siente no le permite ver otra salida, añadiendo a esto las percepciones y sentimientos de desesperanza, desvalimiento, minusvalía, vacío, ira, etc., crean en ellas la fantasía tentadora de poner fin a ese dolor, a ese interminable sufrimiento.

De hecho la OMS en celebración oficial en 1970 dijo: "Las mujeres con alguna señal indicativa de trastorno emocional corren mayor riesgo de graves desajustes mentales tras el aborto, y más si tenía alguna enfermedad psiquiátrica previa". Y sigue diciendo "cuanto más serio sea el diagnóstico psiquiátrico, más perjudicial es para ella el aborto".

Pienso que es bueno que aparezca este sentimiento de culpabilidad, si no existiera, sería que se había borrado en su conciencia, hasta la noción del mal, reflejaría un deterioro psicológico grave, una falta de respuesta emocional con todas las características que ello tiene. Supondría una frialdad afectiva y una insensibilidad grave en cuestiones tan importantes y en sentimientos tan esenciales, como es para la mujer, su sentimiento de maternidad, lo que los psiquiatras llaman, Psicopatía o Personalidad Anormal.

En los comentarios del capítulo 6, es evidente y reiterativa la demanda de información sobre este trastorno para que pueda hablarse de una intervención oportuna el diagnóstico temprano es esencial. Sin embargo, si dentro del mismo ambiente médico este síndrome no es lo suficientemente conocido, será más difícil que las mujeres en general tengan acceso a este conocimiento. Esto a su vez provoca otra dificultad para que sean atendidas de manera pronta, pues generalmente son ellas quienes al comenzar a desesperarse por la molestia generalizada en cuerpo, emociones, sentimientos, pensamientos y conductas perciben la gravedad del "verdadero problema" pero no hay con quien hablarlo. No saben qué pasa y mucho menos pueden saber que hay ayuda para y por ellas. Pueden pasar meses o años, para decidirse a pedir ayuda. Recordemos la consigna social actuar y vivir "como si no hubiera pasado nada".

Por último la propuesta de una evaluación e historia clínica pre-aborto sobre la salud mental de la mujer con la finalidad de prevenir los efectos secundarios tan devastadores del Síndrome Pos Aborto (SPA), la información de los resultados obtenidos de dicha evaluación a la mujer y la familia, sus posibles consecuencias, proporcionar los lugares donde se les puede brindar el apoyo, sea cual sea la decisión que tomen.

Seguimiento pos aborto a nivel físico, psicológico y espiritual durante un tiempo prolongado como medida preventiva y de una intervención pronta ante los primeros síntomas de el Síndrome Pos Aborto.

En cuanto a la intervención tanatológica considero importante que los profesionales en esta rama de la salud mental tengan muy presente la clasificación que hace el Dr. Verdier en el capítulo 4, y presten mucha atención a los síntomas. Por otra parte, recordar la diferencia que existe entre la culpa moral y la culpa psicológica, la manera en que la segunda juega un papel importante en la psique que no permite llevar a cabo de manera normal el duelo, llegando a convertirse en patológico. Donde las ideas y pensamientos suicidas, son constantes y vividos como la única salida a tanto dolor y silencio.

El acompañamiento debe ir integrado por el apoyo psiquiátrico y farmacológico, el apoyo espiritual (independientemente de la religión que se profese), el seguimiento ginecológico y por supuesto el tanatólogo que intervenga con este tipo de pacientes es importante tenga formación psicológica, pues otro tipo de profesional podría no entender la manera en que trabaja el pensamiento. También se hace énfasis en que se deberá contar con una enorme dosis de paciencia y amor incondicional ya que suele haber recaídas a lo largo de varios años.

De ser posible se trabajará con la pareja y la familia, si están en la disposición de aceptar la ayuda ofrecida.

III. BIBLIOGRAFÍA

1. NEW STUDY AFFIRMS LINK BETWEEN ABORTION AND SUBSEQUENT MENTAL HEALTH PROBLEMS. Increase in suicidal thoughts, substance use and other problems after abortion. Springfield, Illinois. 10 de mayo, 2010. Consultada 23 de septiembre de 2010
2. EFECTOS SECUNDARIOS PSICOLÓGICOS. <http://www.vozvictimas.org/documentos/index.php#>. Consultada 20 de septiembre de 2010
3. ESTUDIOS RECIENTES SOBRE EL DAÑO QUE EL ABORTO CAUSA A LA MUJER. <http://www.nomassilencio.com>. Consultada 20 de septiembre de 2010.
4. ENCUESTA INSTITUTO ELLIOT. www.afterabortion.org/Survey2.htm. Consultada 20 de septiembre de 2010
5. UN NUEVO ESTUDIO RELACIONA LA DEPRESION CON EL ABORTO. Los investigadores piden más estudios sobre los riesgos emocionales del aborto. [Http: //www.nomassilencio.com/Aborto y depresión](http://www.nomassilencio.com/Aborto_y_depresion). 6 de mayo de 2003. Consultada 20 de septiembre de 2010
6. ESTUDIO COMPLETO, http://www.medscimonit.com/medscimonit/modules.php?name=Current_Issue&d_op=summary&id=3074. Consultada 23 de septiembre de 2010
7. LA DEPRESION CLINICA DESPUES DE UN EMBARAZO NO DESEADO ESTA LIGADA AL ABORTO. www.nomassilencio.com Consultada 23 de septiembre de 2010
8. LA CONEXIÓN ABORTO/SUICIDIO. David C. Reardon, Ph.D. <http://www.nomassilencio.com> Consultada 23 de septiembre de 2010
9. The PostAbortion Review 1(2) Verano 1993. Copyright 1993 Elliot Institute. <http://www.nomassilencio.com> Consultada 23 de septiembre de 2010
10. Artículos.
<http://www.decidiabortar.com/content/blogcategory/16/28/>,
<http://www.decidiabortar.com/content/view/21/32/>
Consultadas 25 de septiembre de 2010
11. **Consecuencias emocionales, psicológicas y psiquiátricas del aborto**
<http://www.fadm.org.ar/biblioteca/familia/aborto/aborto12.htm> Consultada 25 de septiembre de 2010
12. **Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer** Gómez Lavin, Carmen Dr. (12) www.decidiabortar.com/articulos
13. **El estrés**. Qué es y cómo evitarlo. Orlandini, Alberto.

14. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*) Cuarta Edición, Texto Revisado. Barcelona: Masson; 2008. ISBN: 844581087-1
15. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-173-1-sindrome-del-post-aborto-%28spa%29.html>. Visitada el 26 noviembre de 2011. Testimonios.
16. **Guía de Diagnóstico del Síndrome Pos Aborto**. Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia (IRMA). Alva López, Ma Carmen, Cárdena Rioseco, Ma Luisa, Cardoso Escamilla, Ma Esther, Zavala Bonachea, Ma Teresa.

Bibliografía recomendada.

1. Reardon, David C. *Abortion Trauma and Child Abuse*, en *Post-Abortion Review*, Volume 6, number 1 (winter, 1998)
2. Burke, Theresa. *Abortion and post-traumatic stress disorder, the evidence keeps piling up*. HLI Reports, Florida, marzo 1994, vol. 12, núm 3.
3. Ney Philip. *Relationship Betwin Abortion & Child Abuse*, in *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 24, 1979.
4. Ney Philip and Peeters Marie, *Post-Abortion Survivors Syndrome* (Victoria, British Columbia: Pioneer Publishing, 1993)
5. Reardon, David C, Ph.D. *Abortion is four times deadlier than childbirth*, *Post-Abortion Review*, Volume 8, number 2 (spring, 2000)
6. Rue, Vincent M Ph.D *La seguridad psicológica del aborto: la necesidad de reconsideración*, *The Post-Abortion Review*. Volume 5, Number 4, Fall 1997
7. Reardon, David C. *Aborted women, silent no more*, Cossway Book. Westchester, Illinois. 4th. Edition 1990, USA.

IV. REFERENCIA INSTITUCIONAL

El Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, AC. (IRMA) es una institución que brinda sin fines de lucro un servicio profesional a pacientes, instituciones y especialistas en torno al tema del aborto. Orientación tanatológica, terapéutica, capacitación, conferencias y documentación en materia del Síndrome Pos Aborto.

Instituto I.R.M.A. Distrito Federal Tel. (55) 5260-3178 y (55) 5260-8859

Instituto I.R.M.A. Jalisco Tel. (33) 1203-0824. irmaacjal@yahoo.com.mx

Instituto I.R.M.A. Toluca Tel (72) 2219-6125

www.irma.org.mx

ayuda@irma.org.mx

irmaacmx@yahoo.com.mx