



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“ELABORACIÓN DEL DUELO EN MUJERES  
CON ABORTOS PROVOCADOS”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
**JULIA JANETE MARTÍNEZ LABASTIDA**

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA  
REVISORA: LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA



MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero agradecer a Dios por la vida que me ha dado y que me permite seguir viviendo. Por darme la oportunidad de llegar hasta aquí, por ayudarme a ser la mujer que soy, y lo más importante, gracias por la gente que me rodea.

A la Mtra. Cristina Heredia Ancona, por todo lo enseñado, por sus aportaciones, por su gran paciencia, por nunca dejarme ir y por aceptar formar parte de esta investigación, ya que sin usted esto no hubiera sido posible.

A la Lic. Leticia Bustos de la Tijera, por la oportunidad de conocerte. Por mostrarme que puedo dar más de lo que pienso. Gracias por estar siempre ahí, en el lugar de la catarsis, jajaja. Por todas tus aportaciones, ideas, correcciones, alternativas, las cuales hicieron que este trabajo fuera posible.

Lic. Guadalupe Santaella, gracias por todas sus intervenciones, comentarios, correcciones y por mostrarme que esto podía ser mejor.

Lic. Asunción Valenzuela, gracias por su interés en el presente trabajo, por su escucha, sus comentarios y gentileza.

Lic. Araceli Mendoza, gracias por facilitar mi camino, por sus correcciones y atinados comentarios.

A todas, gracias por el tiempo que dedicaron a este trabajo.

## DEDICATORIAS

A mis papás, les agradezco la oportunidad de vivir. Gracias por el apoyo, el amor y la confianza que siempre me han brindado. Gracias por siempre, siempre estar ahí, respaldándome, impulsándome, motivándome, apoyándome.... Gracias por compartir todas mis aventuras, ésta en particular es para ustedes. Los quiero y querré siempre.

A mis karnales, les agradezco el seguir creciendo conmigo. Gracias por las risas, las tristezas, las peleas, las pláticas, su complicidad y todo lo que hemos compartido. Gracias por formar parte de mi vida y de mi familia. Los quiero....

A ti Mario... como empezaré a decirte gracias... no encontraría las palabras adecuadas y precisas que logren expresar todo el profundo agradecimiento que tengo por ti. Comenzaré agradeciendo tu estancia en mi vida. Gracias por estar a mi lado desde el primer momento, por compartirte conmigo siempre, por ser el hombre que eres, por dejarme formar parte de todo lo que te va sucediendo, GRACIAS POR CRECER CONMIGO. Gracias por la oportunidad de compartir nuestras vidas, por el futuro incierto que nos aguarda, por los sueños y los planes, por los deseos y la esperanza, por el apoyo y la confianza, por tu comprensión y lealtad, por tu nobleza y ternura, por las alegrías y las tristezas, por las risas y las lágrimas, por tu paciencia y tolerancia, por las ilusiones y la seguridad, la paz y la tranquilidad que siempre me brindas, por tu incondicionalidad y tu gran apoyo, por consentirme, aceptarme y quererme como soy, gracias por ser el que eres conmigo. No dejaré de agradecerle a Dios el haberte

incluido en mi historia. Te agradezco a ti por haber coincidido conmigo en aquel tiempo, aquel lugar y aquel instante inolvidable. Este trabajo es tuyo también, porque gracias tu incansable motivación se hizo posible. Gracias por ser mi mejor amigo, mi confidente, mi cómplice, mi compañero, mi complemento, my soul mate y el amor de mi vida. Gracias por ser siempre mi mundo aparte y mi lugar seguro.... TE AMO.

Un Agradecimiento especial para tu familia; papás, hermanas, Ashly, cuñados, tíos y tías, primos y primas, por todo el apoyo que siempre nos han brindado.

A mi hunter, le agradezco su existencia en mi vida. Gracias por dejarme ser quien te cuide, te quiere y te alimenta (aparte de mi mamá, jajaja) Te quiero y se que lo sabes... Gracias por no dejarte morir.

A ti Abue: no existen palabras que expresen la profunda gratitud que siento. Eres y seguirás siendo por siempre uno de mis más grandes ejemplos y apoyos. Te quiero Abue por todo lo que eres, por todo lo que representas, por la familia que has forjado. Por la fortaleza que tienes, la tranquilidad que inspiras, la paciencia que has tenido para educarme, alimentarme, apoyarme y bendecirme con tu sola presencia. Le agradezco a Dios el tenerte, te quiero Abue...

A ti Abuelito (q.e.p.d.): se que donde quiera que te encuentres eres testigo de lo que me va ocurriendo y en lo que me voy convirtiendo. Has sido el mejor ser humano que Dios me ha permitido conocer, y se que en el lugar donde estés, estas orgulloso de mi y de este logro que también es tuyo. Te quiero abue y siempre estarás y vivirás en mí...

A ti Madrina Malena (q.e.p.d.), te agradezco todos los momentos que compartiste con nosotros. Gracias por tu gran ejemplo de vida y por luchar hasta el último momento. Se que estas donde debes estar y que sea cual sea la estrella que eres, te pido que no dejes de brillar, ni de iluminar nuestras vidas que se quedaron a oscuras sin ti.

A ti Madrina Lupita gracias por la gran lección, por tu fortaleza y por tu amor incondicional. Gracias por compartirte con nosotros a lo largo de nuestras vidas, gracias por DAR una parte de ti sin pedir nada a cambio, gracias por seguir luchando y por no dejarte vencer.

A ti Madrina Anita, te agradezco tu apoyo incondicional. Gracias por ayudarme a crecer y por formar parte de mi vida. Por tu amor, tus cuidados, tus consejos, tus buenos deseos y por siempre estar para mí.

A mis primos y primas. Gracias por ser la familia que son y por su apoyo incondicional. Gracias por todos los momentos compartidos; las risas, las fiestas, las borracheras, las viudas, las vaca en el Dorados, las pijamadas, las parodias, y por todo lo que hemos vivido y lo que nos falta todavía... gracias por ser mi familia y por mantenerse unidos.

A mis tíos y tías, madrinas y padrinos, gracias por revelarme el camino para lograr una familia como la que somos. Gracias por su apoyo.

A mis sobrinos y mi ahijadita, gracias por su existencia y por seguir creciendo. Gracias por sus risas y sus travesuras, sin ustedes la familia estaría incompleta. Los quiero...

A Valeria, mi hermanita. Te agradezco el dejarnos ser parte de tu vida y ser testigos de tu crecimiento. Gracias por ser como eres y por compartir tu locura conmigo.

A las familias Martínez Butanda, Sánchez Butanda, Henkel Butanda y a los abuelitos que no conocí. Gracias por compartir momentos de vida con mi familia y por dejarnos entrar en las suyas.

A ustedes Carlos y Murguía (q.e.p.d.), les agradezco la oportunidad de conocerlos y aunque la relación terrenal se interrumpió, sé que volveremos a encontrarnos en el momento y lugar adecuados. Dondequiera que estén, este trabajo es de ustedes y para ustedes.

A mis grandes amigas, hermanas: Sara, Liz y Alma. Gracias por enseñarme que la amistad puede ser para toda la vida. Por el respaldo, la complicidad, el apoyo, el cariño, la amistad y la hermandad. A ti Sarito te agradezco tu compañía, tu escucha, tu sinceridad, tu confianza, tu forma de ser y tu existencia, gracias por ser una de las mejores personas que conozco. A ti mi querida Liz, te agradezco las aventuras, las pláticas, los jueves de arqui, los chismes, las risas, las confesiones, la amistad que me has brindado durante todos estos años. Un agradecimiento especial por prestarme tu compu para la realización de este trabajo. Gracias por emprender este viaje conmigo. A ti Alma te agradezco todos los momentos que hemos vivido y que por situaciones del destino tuvimos que interrumpir, pero tengo la confianza de que algún día retomaremos. A las tres les agradezco el formar parte de mi vida y dejarme formar parte de la suya. Larga vida a las cuatreras...

A mis súper cuates de la Prepa 4: Jerry, Gabriel, Iván, Beto, Abel, Vladi, Germán, y los que me faltan, les agradezco el seguir formando parte importante de mi vida. Gracias por su amistad y por todos los momentos compartidos, y los que nos faltan, jajaja. Sin ustedes mi vida no sería la que es...

A los MALÚS: Malú, Buitre, Gonzo, Daniel, Leonel, Genaro, Esaú, Hugo, les agradezco su influencia en mi vida. Gracias por todo lo que me enseñaron y por las experiencias vividas.

A Gabriel, Roberto, Celis, Héctor, Jorge y al resto de los LOBATOS quienes formaron parte de una de las mejores etapas de mi vida y que me hacen ser la persona que soy. Gracias por su amistad y por las pintas a parque lira.

A todo el equipo de voli de la Prepa 4, gracias por dejarme formar parte de la odisea de los interpretas, al Zurdo, Pollito, Pollo, Socio, Isaac, Laura y los demás, gracias.

A Kathia y Mónica, gracias por lo vivido y lo que nos faltó. Un saludo donde quiera que se encuentren.

A Sergio, Víctor, Gabriel, Esaú, Iván, Pancho por todas las ilusiones y los buenos recuerdos. Pancho gracias por enseñarme a vivir...

A la gloriosa y Triple H Prepa 4 por todo lo que aprendí y por las personas que me permitiste conocer dentro de tus instalaciones.

A la facultad de Psicología le agradezco la oportunidad de caminar por sus pasillos y estudiar dentro de sus aulas. Gracias por dejarme formar parte de las generaciones que han emanado de ti, por la oportunidad de ampliar mi conocimiento y por todo lo vivido. GRACIAS.

A los profesores que tuve la dicha de conocer en esta aventura universitaria, gracias por sus conocimientos, por el tiempo, los comentarios y la retroalimentación.

A mi queridísimo clon Phillip Anselmo alias Felipe, por cruzarte en mi vida y quedarte en ella. Gracias por todo lo que eres y por compartirlo conmigo, por todas las experiencias vividas, por las risas, el llanto, las bromas, las burlas, las escapadas al cine, la pérdida que nos dimos en CU con el buen amigo James, por todos los recuerdos. Gracias por crecer conmigo. Te quiero mucho clon...

A mi súper entrañable amigo Jaime. Te dedico este trabajo porque de alguna manera estás en él. Has sido un gran ejemplo para mí y para muchos. Gracias por ser la persona que eres y porque a pesar de la distancia sigues y seguirás siendo una de las mejores amistades que he podido tener. Gracias por la oportunidad de conocerte y por compartirte conmigo. Te quiero Jaime...

A ustedes Gaby, Caro, Irene, Juan Carlos, Claudia, Erik, Paty, Alma, Ely, Yazmín, Adela, Ariadna, Javier, Alex, Johana, Araceli, Lorena, Tere, y los que faltan, gracias por formar parte de mis mejores recuerdos de la facultad.

A Celia, Lis y Claudia por la complicidad, la amistad, los secretos y los buenos momentos que pasamos.

A ti Orla y Kari, gracias por todo lo que pudimos vivir y compartir. Gracias por ser mis cuates, por las risas, las parrandas, las fiestas, el viaje a Cuba y los cumpleaños.

A mis súper cuates: Jenny, Adal, Mau, Gabo, Danza, Fer, Pancho, Marquitos, Richard, Esme, Rulo, Sandra, Nelly, Gaby, Omar, Pablo, Víctor, Chambert, Flor, Lucero, Claudia, Chucho, Pelucas, Elsita, Tavo, les agradezco su amistad y todo lo que hemos vivido y lo que nos queda por vivir. Gracias por las risas, las fiestas, el llanto, las confesiones, la confianza, el fútbol, el voli, las clases compartidas, las canciones, las cervezas, las comidas, las fotos, los viajes, los cursos, los congresos, la vida compartida. Gracias por formar parte de mi vida.

Jenny te agradezco todo lo que vivimos, la complicidad, la amistad y la hermandad. Espero que sigas formando parte de mi vida. Este trabajo también es para ti.

Adal, este trabajo es igual tuyo que mío. Gracias por todo lo que significas, por los recuerdos y vivencias, por las risas y el llanto, la confusión y la claridad. Gracias por haber sido tú.

Gracias Gabo por ser uno de los mejores amigos que puedo tener, por ayudarme en la realización de este trabajo. Te quiero morenazo.

A ti Mau te agradezco todo lo que conocimos, vivimos y compartimos. Te quiero mucho y gracias por estar siempre.

A todos los equipos de voli a los que pertenecí, gracias por los buenos momentos y los juegos realizados. Muy en especial a ti Ana por tu paciencia y entrega, a ti Esaú por todas tus enseñanzas y buen humor y a ti Fer por tu apoyo y amistad.

Al buen Poncho... ¿Qué hubiera sido de mi paso por la facultad sin tu apoyo? Gracias por la confianza y por tu valiosa amistad. Gracias por ayudarme cuando más lo necesité y porque de otra manera mis días en la facultad hubieran sido muy diferentes. Gracias por introducirme a tu familia y adoptarme como un miembro más.

A César, mi compañero astral, gracias por estar y compartir conmigo durante todo este tiempo. Gracias por dejarme ser testigo de las miles metamorfosis que has enfrentado. Gracias por ser mi amigo y mi confidente.

A Marisol y Lli's, mis cuatas las lokas. Gracias por todo lo que hemos vivido y lo que nos falta vivir. Por el tiempo, las lokeras, las risas, el inglés, el YAK, las apuestas, las pláticas, las confesiones, las llamadas, los mensajes, el messenger, los mails, y todo lo que las hace ser una parte fundamental en mi vida. Las quiero lokas.

A todas las personas que conocí en el Harmon Hall, gracias por su apoyo, su enseñanza y simpatía. Gracias por darme la oportunidad de encontrar dos buenas amigas.

A mis queridos amigos de tanatología: Fabis, Angie, Lulú y Adib. Les agradezco los momentos que compartimos dentro y fuera del hospital de la Raza. Gracias por compartir conmigo su dolor y sus alegrías, por el relajo, las risas, los chistes, las clases, los trabajos, los dulces, las aventuras, las confesiones y la amistad. Gracias por seguir formando parte de mi vida.

A todos los profesores que conocí dentro del Instituto Mexicano de Tanatología, muchas gracias por compartir sus conocimientos conmigo. Sin ustedes este trabajo no sería el que es. Gracias por la oportunidad de compartir y sanar mis duelos.

#### Con dedicatoria muy especial para:

Consuelo Hernández, porque gracias a ti estoy donde me ves. Porque de no ser por todo lo que te aprendí no hubiera podido levantarme. Gracias por mostrarme lo que me costaba trabajo ver, y sobre todo por ayudarme a enfrentarlo. Gracias porque tu sólo nombre bastaba para continuar.

Sara Cruz, gracias por ayudarme a seguir de pie. Por no soltarme y por brindarme tu tiempo y tus conocimientos. Gracias por mostrarme la verdad sobre la vida, por escucharme, compartirme y darme la oportunidad de comunicarte lo que me iba sucediendo. Gracias por supervisar mi crecimiento profesional y sobre todo personal.  
Con respeto y admiración...

A Jorge Cappon, porque sin saberlo, me has mostrado que más allá del dolor, el duelo es una experiencia de vida. Gracias por ayudarme en la elaboración de los míos.

A Benito Ramírez, muchas gracias por tu colaboración. Sin tus aportaciones, conocimiento y disposición, esto no sería lo que es.

A Hilda Esquivel, te agradezco haber estado en el momento justo, en el tiempo justo. Gracias por tu "aparición" en mi camino, sin ti esto no hubiera sido posible en el tiempo en que es. Gracias por tu ayuda desinteresada.

Especialmente dedicado a todas y cada una de las mujeres participantes que hicieron posible esta investigación. Sin su colaboración y experiencias esto no se hubiera llevado a cabo. Gracias por compartirme su dolor y permitirme compartirlo al mundo.

Va dedicado primordialmente a las vidas no vividas, a los bebés abortados que forman parte esencial de este trabajo. Por esas personitas que no tuvimos la oportunidad de conocer.

Al Instituto para la Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA), por las facilidades otorgadas para la realización del presente trabajo. Gracias por dejarme formar parte de su equipo y por permitirme llevar las experiencias vividas más allá del consultorio. Gracias Maricarmen Alva y Maricarmen Aguilar por su ejemplo de vida y por las oportunidades brindadas.

A todas las personas que consciente o inconscientemente he omitido, gracias por cruzarse en mi vida. Algunas de ustedes se quedaron y otras no, pero todas al final serán un buen recuerdo. Gracias a todos, sin ustedes y la influencia que han tenido en mi vida, este trabajo nunca se hubiera realizado.

Con amor..... JULIA

# ÍNDICE

Resumen

Introducción

## Capítulo I. La Maternidad

- 1.1 Conceptos y Definiciones
- 1.2 La mujer y la Maternidad
- 1.3 La mujer y la Familia
- 1.4 Maternidad y Aborto

## Capítulo II. El Aborto

- 2.1 Definiciones
- 2.2 Clasificación del Aborto
- 2.3 ¿Por qué aborta la mujer?
- 2.4 Consecuencias del Aborto
- 2.5 Síndrome Posaborto
- 2.6 Mecanismos de Defensa en el Síndrome Posaborto
- 2.7 Fundamentación Teórica
- 2.8 Manifestación del Síndrome Posaborto. Signos y Síntomas

## Capítulo III. El Duelo por Aborto

- 3.1 Definiciones
- 3.2 Clasificación de las Pérdidas
- 3.3 Definición de Duelo
- 3.4 Clasificación de Duelo
- 3.5 Etapas o Fases del Duelo
- 3.6 Etapas de duelo en el Síndrome Posaborto

## Capítulo IV. Método

- 4.1 Planteamiento del Problema
- 4.2 Hipótesis
- 4.3 Variables
- 4.4 Sujetos
- 4.5 Muestra
- 4.6 Escenario
- 4.7 Instrumento
- 4.8 Tipo de Estudio
- 4.9 Diseño
- 4.0 Procedimiento

## Capítulo V. Resultados

- 5.1 Análisis Descriptivo
- 5.2 Análisis Inferencial

Discusión y Conclusiones

Limitaciones y Sugerencias

Bibliografía

Apéndice A

## Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo confirmar si las mujeres que abortan de manera provocada, atraviesan por un proceso de duelo y si su sana o patológica elaboración depende directamente del tiempo que transcurre entre el aborto y la solicitud de ayuda posaborto. Paralelamente, se pretende observar si la manifestación e intensidad de los signos y síntomas del Síndrome Posaborto dependen igualmente del tiempo transcurrido.

En el presente estudio participó una muestra compuesta por un grupo de 40 mujeres, todas con experiencia de aborto provocado, fue dividida en dos grupos. El primero estuvo constituido por mujeres que presentaban una espera menor a dos años entre el momento del aborto y el día en que solicitaron ayuda posaborto. El segundo grupo incluyó mujeres con un tiempo mayor a dos años en la solicitud de ayuda posaborto.

Por medio de la entrevista y el cuestionario utilizado dentro del Instituto para la Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA, A.C.), se identificaron los mecanismos de defensa y los síntomas del Síndrome Posaborto manifestados por las mujeres que integraron la muestra. Al realizar una comparación de síntomas de manera general entre ambos grupos, encontramos que no existen diferencias entre un grupo y otro. A través de un análisis factorial se obtuvieron cuatro paquetes de síntomas: 1. sentimientos y conductas negativas, 2. miedos y conductas depresivas, 3. fantasías y alucinaciones, 4. sentimientos de culpabilidad. Al realizar una comparación de los factores obtenidos encontramos que, al agrupar los síntomas, las mujeres responden de forma distinta ante éstos. En los factores uno y cuatro, las mujeres de ambos grupos presentan los signos y síntomas del Síndrome Posaborto con la misma frecuencia e intensidad. Sin embargo, en los factores restantes, dos y tres, se halló que a diferencia de la comparación general, las mujeres pertenecientes al segundo grupo tienden a manifestar los síntomas referentes al miedo y conductas negativas, así como las fantasías y alucinaciones, de forma más intensa y frecuente que las mujeres del primer grupo. Con respecto al tipo de duelo que elaboren las mujeres, ya sea sano o patológico, no estará determinado por el tiempo que tarden en solicitar ayuda después de su aborto. Sin embargo, la manifestación de los síntomas será un factor importante en el proceso de elaboración de duelo, ya que puede influir de manera directa en el tipo de duelo que las mujeres elaboren, obstaculizando su pronta y sana resolución.

## Introducción

La maternidad es un concepto que en nuestros días ha sufrido varios cambios. En un principio era considerada como un estado de “perfección de la mujer” (Alva, M. 1999), ya que tanto su cuerpo como su mente están en espera de este suceso para “complementar” su vida.

En la actualidad la mujer ha logrado superar las limitaciones que se le imponían en distintos terrenos sobre todo en el sexual, aunque en nuestros días se ha alcanzado una libertad sexual y social que anteriormente no se permitía. Desafortunadamente, y como consecuencia de dicha libertad, las circunstancias culturales y económicas imponen graves restricciones a la maternidad. (Langer, M. 1951).

Algunas de estas restricciones se relacionan directamente con la decisión que toma la mujer ante un embarazo inesperado. Existen un gran número de influencias que ejercen una enorme presión sobre la mujer, incluso sin que ella lo sepa, y que la impulsan a aceptar o rechazar la carga de una nueva vida que ella asume durante nueve meses. (Lesure, M. 1991). La estructura de personalidad que posea, su capacidad de decisión, voluntad e inteligencia, los medios de comunicación, la sociedad, los amigos e incluso la familia, pueden facilitar u obstaculizar el camino hacia el aborto. Hoy en día la mujer piensa en el embarazo como la pérdida total de control sobre su propia vida presente y futura. (Mendoza, N. 2004), lo que resulta otro argumento a favor del aborto.

Debido a las influencias antes mencionadas, además del contexto socio-cultural que rodea a la mujer en el momento de su embarazo, la “alternativa” del aborto se concibe como la solución más práctica e inmediata, y por supuesto la que tendrá menores consecuencias. Desgraciadamente, esto último no es del todo cierto. Después de un aborto existen consecuencias y no sólo a nivel físico, sino también y sobre todo, a nivel psicológico. Lo anterior debido a que desde el momento de la concepción madre e hijo monitorean sus respectivas químicas en sangre y emociones, no existe mayor intimidad humana (Ney, 1997). Por eso a medida que el embarazo continúa, el vínculo materno-filial se afianza.

Es aquí donde probablemente los mecanismos de defensa jueguen uno de sus papeles más importantes. Cuando la mujer insiste en considerar al aborto como la mejor opción a pesar del vínculo ya establecido, los mecanismos de defensa,

principalmente el de la negación y la represión, desempeñarán el rol principal dentro de este proceso de toma de decisión. Y es así que al negar el vínculo materno-filial y reprimir los sentimientos y pensamientos referentes al bebé, la mujer llega a la conclusión de abortar; lo que desencadenará la manifestación de los signos y síntomas correspondientes al Síndrome Posaborto.

El Síndrome Posaborto es la incapacidad de resolver el temor, el coraje, la tristeza y la pena que se asocian con la pérdida de un hijo abortado (Willkie, J. 2000). Lo anterior nos indica que el aborto es experimentado como una pérdida, la pérdida de su hijo, por lo que la mujer tendrá que atravesar las etapas correspondientes al duelo por aborto.

Diversas investigaciones han revelado que existen patrones de emociones identificables durante el duelo. El conocimiento de estos patrones, puede ayudar en el reconocimiento de la conmoción y el dolor que se siente, además de que son parte del proceso de cicatrización de la herida que dejó la muerte. (O' Connor, 2003).

En el caso del aborto, la herida es igual, puesto que hay una pérdida, que tal vez aún no ha sido reconocida, pero que a lo largo del proceso de duelo, se reconocerá para dar pie así a una recuperación, aunque para llegar a ésta hay que recorrer un largo camino. El proceso de elaboración de duelo está constituido por diversas etapas o fases, las cuales tiene que ser vividas por el doliente, o sea, por la persona que ha sufrido la pérdida. Es necesario pasar por dichas etapas para lograr una pronta y sana resolución de duelo. En cuanto al aborto se toman como base las etapas propuestas por la Dra. Kübler Ross, más una fase adaptada para las mujeres posaborto, la culpa. Por lo tanto las etapas que la mujer posaborto debe resolver son: 1. Negación y aislamiento, 2. Enojo, 3. Negociación o regateo, 4. Depresión, 5. Culpa o vergüenza y 6. Aceptación.

Dentro del dolor que deja la herida, es decir, el proceso de duelo, se van presentando los signos y síntomas correspondientes al Síndrome Posaborto. La manifestación e intensidad de los mismos, así como la sana o patológica elaboración del duelo pudieran estar relacionadas con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda, lo cual es el objetivo principal del presente estudio.

*“No existe en toda la creación,  
una misión que supere en importancia  
la tarea de ser madre.  
Cada mujer desempeña el papel  
-humilde y grandioso a la vez-  
de un eslabón que liga pasado con futuro  
en el presente fecundo.”  
Concepción Ramírez.*

## CAPITULO I. Maternidad y Familia

### 1.1 Concepto y Definiciones

El concepto de maternidad en nuestra sociedad, ha sufrido varios cambios a través del tiempo. En un principio la maternidad era considerada como un estado de plenitud en la mujer tal como lo menciona María del Carmen Alva: “La maternidad es el estado perfecto de la mujer, porque desde que ella concibe a un hijo todo su ser se desarrolla y crece en una misma dirección, en el dar y entregarse plenamente. Por eso se elude a una maternidad biológica, psicológica y social, que no puede desligar ninguno de esos aspectos. Una mujer siempre es madre en potencia, puesto que en su cuerpo, en su mente y en su actitud hacia los demás, están todas las características para hacerlo” (1999, pág. 44). Desgraciadamente, diversos factores socio-culturales e ideosincráticos han ido desacreditando este rol, quitándole perfección a la maternidad, como lo mencionó la autora anterior. Hoy en día encontramos que la maternidad ya no es un rol importante que puede ejercer la mujer, sino que por el contrario, ser madre en nuestros días resulta un obstáculo para lograr principalmente objetivos profesionales. Actualmente la maternidad se concibe como un “bache” en el camino hacia el éxito profesional, económico y social.

En la clasificación hecha por Díaz Guerrero en su libro *La Psicología del Mexicano; descubrimiento de la etnopsicología* (1994), se dice que “La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos grandes proposiciones principales; la supremacía indiscutible del padre y el necesario y absoluto sacrificio de la madre”. Es importante mencionar a este autor, pues en su opinión, desde siempre se ha considerado a la madre como “abnegada, lo que significa, negarse absolutamente a toda satisfacción

propia, por ser considerada como egoísta” (pág.36); lo que desde mi punto de vista resulta solo otro argumento más en contra de la maternidad.

En estas páginas, Díaz Guerrero menciona en términos generales, el papel que ha venido jugando la mujer dentro de la sociedad mexicana. Relata la vida que deberá vivir desde el vientre hasta su muerte pasando por todas sus etapas, cumpliendo así el “destino” que le ha sido impuesto. Maneja principalmente, teorías con fundamentos machistas, al menos desde mi perspectiva, en donde la mujer se ve oprimida por el hombre y por la sociedad, quedando obligada a cumplir con el rol impuesto por estos mismos, siendo así abnegada y sumisa, dejando obviamente, de lado sus propias inquietudes. Ejemplifiquemos lo anterior con los párrafos siguientes; “La niña debe crecer hasta ser igual a su destino: feminidad superlativa, el hogar, la maternidad. De pequeña se entretiene con muñecas y jugando a la casita. Deberá mantenerse alejada de los juegos bruscos de los niños porque eso no es propio de una mujercita” (pág. 36); “Después de terminada la primaria, se le retorna al hogar. No es femenino obtener conocimientos superiores. Durante la adolescencia, las mujeres aprenden más y mejor los variados aspectos de su papel en la vida, sustituyendo o ayudando a la madre en su cuidado y atención a los varones” (pág. 39). Se puede considerar que, afortunadamente, la situación anteriormente planteada ha cambiado. En nuestros días los roles han evolucionado y la mujer ya no solo nace para sufrir, ni crece para servir, como lo describe el autor, sino que, dentro de esta evolución, se han creado profesiones y funciones, fuera del ámbito hogareño, que complementan el papel de esposa y madre, realizándose así plenamente en su rol de mujer.

Ahora bien, se sabe que entre el hombre y la mujer existen diferencias, y contrariamente a lo inicialmente pensado, hoy en día, esas diferencias han detonado una lucha constante de géneros, una competencia donde necesariamente habrá un vencedor y desgraciadamente, un vencido. Pareciera que dichas diferencias, hoy nos minimizan ante el otro género, nos contraponen, nos incitan a una disputa en donde probablemente no exista ganador. En un principio, el ser diferentes nos permitía ejercer nuestra individualidad, ahora es motivo de desigualdad social. Dada esta situación, es difícil hablar de una complementación, por el contrario, hoy en día se exige “igualdad social”; “igualdad de género”, todo esto como muestra de un “feminismo” que lamentablemente, lo único que ha logrado es el surgimiento de una corriente opuesta al

machismo pero que desgraciadamente, posee las mismas bases, es decir, su objetivo es ejercer todo el poder sobre el otro género, lejos de lograr la igualdad tanto proclamada, parece que lo que se ha conseguido es un distanciamiento aún mayor y una confusión en el ejercicio de roles. Esta confusión puede decirse que aparece con el surgimiento de la ideología feminista, y con el “levantamiento” de la mujer en la sociedad. Es decir, el ser madre, que fuese en un principio considerado como rol principal de la mujer, ha quedado relegado por otras funciones que hoy en día son pensadas mucho más importantes que la maternidad.

Diversas autoras, principalmente las dedicadas a la difusión de la corriente feminista, han publicado artículos y libros, en donde se habla de la maternidad, desde su muy particular perspectiva. Un ejemplo de lo anterior, es la autora Graciela Hierro, quien dice: “Las mujeres tienen el deber moral de elevar la maternidad a la jerarquía axiológica de la producción; resulta indispensable que la maternidad se ejercite como un proyecto humano y no, como ha sido hasta ahora, como una función natural” (1985, pág. 116). De acuerdo con esta autora, la maternidad debería dejar de considerarse como algo natural dentro de la bio-fisiología de la mujer, aún cuando sea así, para referirse a ella como una opción más, cómo una decisión que la mujer tiene que tomar cuando se sienta “preparada” social y culturalmente, en lugar de cuando su naturaleza se lo indique.

Hoy en día, de acuerdo con la ideología feminista, la maternidad se observa como algo impuesto. Lo anterior se debe a la falsa creencia de que la mujer no se considera completamente realizada mientras no sea madre. Además la maternidad se observa, dentro de esta corriente, como una exigencia del hombre hacia la mujer, tal como lo menciona la misma autora citada por Victoria Sau en donde afirma que: “La maternidad es valorada positiva o negativamente en función de los intereses del grupo hegemónico, los cuales no coinciden necesariamente con los femeninos. La maternidad paradójicamente, no es materia de decisión femenina sino lo que los hombres han resuelto que debe constituir su vida”. (1999, pág. 26). Revisemos otra autora. Natividad Corral, quien citada por María Asunción González (1999, pág. 33), dice que: “La maternidad ha resultado la mejor arma usada –y abusada- por el patriarcado. Pero no en menor medida, la maternidad [...] se ha constituido en la coartada perfecta de las mujeres para eludir el vacío que engendra el deseo”. (1996, pág. 78)

De acuerdo con esta última cita, se entiende entonces que, la maternidad y el deseo en la mujer no son conceptos complementarios, por el contrario se plantean como contrarios. La maternidad, según lo que hemos revisado hasta ahora se contempla pues, dentro de esta perspectiva feminista, como una conducta impuesta por el hombre, más que como un instinto, como algo natural. Otros autores como Marie Langer a quien revisaremos a continuación, confirma la idea del instinto maternal y sostiene que la frigidez, esterilidad, trastornos en la menstruación y menarca, desfloración, dificultades en el embarazo, parto y lactancia son trastornos psicossomáticos de la mujer moderna ocasionados por la insatisfacción de los instintos maternales. (citada por la Lic. Teresa Wasserman "Adoptivo los hijos del corazón" 2005, pág. 33). En su libro "Maternidad y sexo" Langer explica el conflicto en estos términos: "antaño la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual... y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternales. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psiconeuróticas en la mujer, [...] Actualmente el campo ha cambiado. En este último siglo la mujer ha adquirido una libertad sexual y social totalmente desconocida tres generaciones atrás. En cambio, las circunstancias culturales y económicas imponen graves restricciones a la maternidad". Esta autora se contrapone a lo expuesto por la ideología feminista. Por un lado asevera a la maternidad como instinto, y por el otro, afirma que la insatisfacción del mismo provoca trastornos psicológicos en la mujer, contrariando así las concepciones feministas con respecto a la maternidad desarrolladas anteriormente.

Sería importante contemplar en capítulos posteriores a la autora antes citada, ya que de ser cierto que la insatisfacción del instinto maternal trae como consecuencia trastornos psicológicos en la mujer, entonces el síndrome posaborto si es una reacción lógica a esta negación de la maternidad.

Otro aspecto negativo que hoy en día se le ha atribuido a la maternidad, por la influencia de los medios de comunicación principalmente, es el cambio en la imagen corporal, la metamorfosis del cuerpo. Es un hecho que la maternidad exige un cambio en el cuerpo de la mujer debido a, lo que todos conocemos, la gestación del niño dentro de su cuerpo. Aunque esto no necesariamente tiene que ser del todo negativo. En nuestros días existe una gran diversidad de rutinas de ejercicio, dietas, masajes e incluso cirugías que muy probablemente le devuelvan a la mujer su cuerpo inicial. Dora

Kweller al respecto dice que: "Algunas mujeres narcisistas no pueden tolerar el cambio de su imagen corporal ni elaborar la ansiedad que les despierta la posibilidad de un hijo que no sea similar a la imagen deseada. También podemos pensar en mujeres fóbicas, con temores irracionales a ser destruidas por esta situación nueva y desconocida. Otras temen ser desbordadas por el bebé, no poder cumplir con el papel de madre y recuerdan a su propia madre con la que se sintieron desatendidas y abandonadas. Este temor se desplaza a veces a la pareja y piensan que con el bebé no podrán retener el amor de su esposo ni adaptarse al nuevo equilibrio familiar [...]". (2005, p. 36) Las ideas previas forman parte de la gran influencia que rodea la decisión de abortar. La presión social que existe alrededor del cuerpo de la mujer en nuestra sociedad actual se impone. A la mujer de hoy se le exige una serie de cosas para considerarse exitosa, por llamarlo de alguna manera, y el conservar un cuerpo delgado es algo vital en nuestros días, por lo que la maternidad, por consiguiente, se concibe como una amenaza para la mujer. A este respecto Kweller, menciona:

*"La mujer actual ha transitado un largo camino para superar estas arduas barreras y lograr una sexualidad mas placentera. Sin embargo, hay dos valores femeninos que prevalecen y con los que la publicidad (como representante de ciertas ideologías) nos bombardea: el cuerpo y la maternidad.*

*La mujer debe ser hermosa, delgada, de piernas finas, de nalgas marcadas; no hay producto o servicio dirigido a los hombres que no se publicite con alguna parte del cuerpo femenino.*

*La presión social que ejercen estos modelos ocasiona que la mujer se obsesione por ofrecer esta imagen impuesta, donde no se le reconoce ni se le respeta como persona, y se deja atrapar por la preocupación de cumplir con ciertos estándares de belleza: caderas estrechas, busto firme, piernas delgadas, etcétera.*

*Si para seducir al hombre la mujer debe parcializar su cuerpo y mantener su silueta esbelta, ¿Cómo vive el embarazo y los consecuentes cambios corporales?[...] El hijo parece atentar contra su cuerpo trabajosamente logrado, y la maternidad puede hacer tambalear la seguridad y el control, que creía tener sobre él; teme perder su capacidad de seducción y, por lo tanto su esencia femenina, por otro lado, se idealiza la maternidad como un valor de sí mismo: la madre doméstica. Abnegada, asexual, solo puede ir al club, como dice un anuncio de hamburguesas, después de haber servido a toda la familia que la ignora más allá de su papel alimentario". (2005, p. 35)*

Esta autora contraria a las anteriores, concibe a una mujer que puede considerarse como completa, ejerciendo distintos roles y sin la necesidad de reprimirse en ningún sentido. No se tendría entonces que sacrificar la maternidad por el éxito social o profesional, como lo plantea la ideología feminista, y no tendría porque ser así, aunque

todavía diversos autores (algunos citados anteriormente) y la visión que se ha planteado de la mujer del nuevo siglo (feminismo), lo consideran así. Por ejemplo, la autora Sheila Kitzinger, citada por María Asunción González (1999, pág. 35), menciona "... dado que los niños, a medida que crecen, hacen demandas diversas, las madres deben ser capaces de ser elásticas y adaptarse a los cambios, lo que puede crear en ellas una constante incertidumbre. La madre no podría tener ninguna otra identidad fuera de la maternal, debería mostrar una incondicionalidad absoluta y constante y tendría que encontrar su principal gratificación en pasar los días rodeada sólo de niños pequeños". (Rich, 1976, Kitzinger, 1978). La anterior autora plantea que una mujer actual, no puede ser madre y profesionalista a la vez ya que la crianza de los hijos exige a la mujer sacrificar alguno de sus roles, principalmente el profesional-laboral, para así poder dedicarse sólo a los hijos. Aunque lo que yo considero es que se debería de promover el ejercicio pleno de los distintos roles que la mujer puede ejercer. Al respecto la autora Dora Kweller sugiere también que: "[...] para ser madre no hace falta dejar de ser mujer; si bien los primeros años de vida, el bebé necesita casi exclusivamente de su mamá, la feminidad no debe ser anulada, sino desarrollada a través de este nuevo papel. Las demás áreas que deben ser postergadas pueden luego retomarse tratando de mantener el difícil equilibrio (y este es el desafío social para la mujer) entre la organización familiar y el crecimiento personal". (Kweller, 2005, pág. 35))

Nadie dice que obtener el equilibrio será fácil, pero tampoco es imposible. Es cuestión de aceptación y deseos de realización plena en todos los roles que se pueden ejercer, al menos en mi opinión.

*"La maternidad es una finalidad fisiológica esencial de la mujer ... su organismo se desarrolla en función de esta condición futura de madre.*

*Suzanne Simon*

## 1.2 La Mujer y la Maternidad

Resulta complicado definir lo que es la maternidad y el papel que juega dentro de la familia sin caer en el juego de las ideologías y las corrientes actuales. El papel que desempeña la mujer dentro de esta institución, actualmente se ha visto perjudicado por

esta misma situación. En la época actual, la mujer sigue representando la educación y la formación dentro de la familia, aunque se ha desvalorizado este rol. La mujer, por un lado anhela una familia e hijos; por otro lado, exige independencia, igualdad, desarrollo profesional y laboral, reconocimiento social y alta remuneración económica. Esta situación ha generado un conflicto que no permite la complementación de la mujer, que de ninguna manera acepta el binomio maternidad-desarrollo personal, sino que por el contrario, obliga a la mujer a elegir entre ser “exitosa” o ser madre, esto planteado por los autores anteriormente revisados. La mujer que elija esto último, ser solamente madre, tendrá que asumir el hecho de ser calificada como “anticuada, sumisa, abnegada o enrolada”, y por supuesto será relegada de cualquier oportunidad laboral que pudiese complementar con su papel de madre. Desafortunadamente, la identidad de la mujer actual, no da cabida a la maternidad. Los hijos se perciben como “estorbos”, como obstáculos en el camino; por lo que el pensamiento hacia éstos es de rechazo anticipado. Lo que quiero decir es que, incluso desde antes de siquiera embarazarse, la mujer se “programa” para la no aceptación de la maternidad. La influencia de la familia, la pareja, las amistades y la sociedad a través de los medios de comunicación es vital en este rechazo anticipado. La autora Mireille Lescure en su libro *Psicología de la primera infancia*, menciona: “[...] La propia madre se encuentra involucrada en una red de relaciones que pueden influir en ella, incluso sin que lo sepa, e impulsar a aceptar o rechazar la carga de una nueva vida que ella asume, más que cualquier otra persona, durante nueve meses”. (1991, p. 26) Actualmente podríamos hablar de la existencia de una mentalidad anticonceptiva, que es “La actitud de rechazo anticipado y constante a la concepción de un nuevo ser [...] Es un sexo seguro para las relaciones pre o extramatrimoniales de adolescentes y adultos; es un no a la responsabilidad y compromiso, es un sí al placer aislado del amor y un no a sus consecuencias” (Alva, 1999, pág. 64). Por ejemplo, las distintas campañas a favor de los anticonceptivos y el uso del condón, utilizan diferentes slogans que llevan implícitamente el mensaje “hay que cuidarse”; lo interesante es pensar Cuidarse..... ¿De qué?, y la primera respuesta que viene a la mente es: Cuidarte de un embarazo. Y es que posterior a la aparición del embarazo en nuestra mente, aparecen casi de inmediato, las enfermedades de transmisión sexual. Éstas son igualmente importantes dentro del vasto mundo de los anticonceptivos, ya que es otra de las funciones que tienen, evitar el contagio de alguna

de éstas enfermedades, especialmente el preservativo o condón. Desde esta perspectiva no resulta tan difícil considerar al embarazo como otra enfermedad de la que hay que “cuidarse” y no como un proceso natural, o como algo que inevitablemente puede pasar si se tienen relaciones sexuales, lo que desde otra perspectiva resulta lógico, al ser uno de los fines explícitos de las relaciones sexuales. Actualmente la responsabilidad de un embarazo se desplaza hacia los métodos anticonceptivos, es decir, cuando una mujer que “se protegió” adecuadamente, queda embarazada, se desliga de toda responsabilidad a las personas implicadas, dejándosela a los métodos. El pensamiento entonces es que la falla aparente es del método que no funcionó como debería, cuando en realidad la responsabilidad es de la persona. Lo anterior facilita la desvinculación de los sentimientos positivos ante la maternidad, y en consecuencia la decisión de abortar es la más factible y por supuesto, la aparentemente mas sencilla. Esta decisión se basa en la ya citada, ideología feminista, la cual propone que “las mujeres deben recuperar el poder de decisión sobre su propio cuerpo” (Sau, Victoria, 1999, pág. 27), aunque dicho feminismo se ha olvidado de que este “derecho”, como todos, tiene limitaciones. “Están las limitaciones morales (por ejemplo, no atentar contra la propia integridad física), y por los derechos de los demás. Entre los derechos ajenos se encuentra el derecho a la vida del no nacido; luego, la madre no puede disponer arbitrariamente de su cuerpo, si ello ocasiona la muerte de una persona”. (Mendoza, N. 2004). Esto último es precisamente lo que el aborto ocasiona, la muerte de una persona, aunque diversos grupos se han encargado de anular tal concepto, desvalorizando la vida del no nacido y reduciéndola a un “cúmulo de células” o “tejido orgánico”, lo que facilita su aniquilación. Aunque existen autores, como por ejemplo el Prof. Ashley Montagu quien plantea que: “La vida comienza, no al nacer, sino en el momento de la concepción. Esto significa que un niño en desarrollo está vivo, no sólo por el hecho de que está compuesto por tejidos vivos, sino también por el hecho de que, desde el momento de su concepción, ocurren acontecimientos para él. [...] aunque no tenga más de dos semanas de vida y se asemeje más bien a otra criatura de otro mundo que a un ser humano, y aun cuando la fecha de su nacimiento este fijada para ocho meses y medio después, no deja de reaccionar. A pesar de su existencia apenas esbozada y su apariencia, es un ser humano vivo en lucha por la supervivencia desde su origen. (A. Montagu cit. Lescure 1991, pág. 26).

Desafortunadamente, hoy en día se ve a la maternidad como “la pérdida total de control sobre su propia vida presente y futura [...] Ellas sienten así la alternativa: Mi vida se acaba, o la vida de este nuevo niño se tiene que acabar”. Desde esta perspectiva la elección del aborto se convierte en un modo de defensa, postura más asumible tanto para el protagonista como para quienes la apoyan” (Mendoza, N. 2004).

Entonces con todo este bombardeo y manejo de información, no es difícil llegar a pensar en la maternidad como una amenaza ante el futuro. Resulta de suma importancia replantear los conceptos, que se tienen hoy en día acerca de la maternidad. Podríamos comenzar recordando que “La maternidad está dentro del orden de la naturaleza” (Mendoza, N. 2004), y que entonces, el aborto rompe con este orden, al interrumpir el embarazo.

Como resultado de toda esta influencia social y cultural por la que atraviesa la mujer, no resulta tan difícil entonces imaginar que la toma de decisión ante el aborto, no resulta tan sencilla como lo han hecho creer. La mujer al saber de su embarazo, se encuentra ante quizá, la encrucijada de su vida, ya que de esta decisión dependerá el ser madre o dejar de serlo. Con respecto a lo anterior, citaremos al autor Robert Debré, quien dice:

*“Al principio del embarazo la mujer se siente a menudo conturbada, ambivalente, tironeada por una parte, entre aquel instinto fisiológico que la impulsa a ser madre (el instinto maternal es, en toda mujer, un instinto profundo, que es deseable satisfacer) y, por otra, un deseo de rechazar al nuevo ser que se implanta en ella. [...]”. (cit. Lescure 1991, p.26)*

La mujer entonces, se encontrará viviendo un “conflicto interno” entre el deber ser y el querer ser, entre el abortar o ser madre, entre seguir el instinto de vida o el instinto de muerte. Por lo anterior, no nos resulte complicado entonces, concebir que después del aborto la mujer manifieste el Síndrome Posaborto, ya que al decidirse dejar de lado el instinto maternal, está dejando de lado también, quizá la única posibilidad de ser madre, satisfaciendo así dicho instinto, y al darse cuenta de esto los síntomas comiencen con su manifestación, la cual se explicará mas adelante.

### 1.3 La Mujer y la Familia

La mujer en la actualidad ejerce diversos roles, pero sin duda el más importante de ellos es el de esposa y madre de familia. La familia al ser la institución más importante dentro de cualquier sociedad, requiere de bases sólidas y consolidadas. En este caso, el núcleo familiar proveerá a la sociedad de estas bases.

La mujer juega un papel primordial dentro de la familia. No sólo es la esposa que acompaña y comparte la vida de su pareja, sino que es la educadora y forjadora de los miembros restantes, los hijos.

Lauro Estrada en su libro "El ciclo vital de la familia" dice: "Es un hecho que la más imprescindible y elemental de todas las relaciones es aquella entre mujer, hombre y niño. No puede existir ninguna filosofía de la vida que pueda llamarse adecuada o que siquiera pueda ser llamada filosofía, que no maneje esta relación esencial. Si una relación profunda entre hombre y mujer no termina en niños, es incompleta". (1997, pág. 95). Este autor considera que una pareja, hombre y mujer, será completa en la medida en que tengan hijos, por lo tanto trascenderá por medio de ellos. Si tomamos en cuenta que "el ser humano además de ser bio-psico-socio-espiritual es un ser trascendental" (Diplomado de tanatología, 2004), y que desde siempre se ha preocupado por "dejar algo" en este mundo, entonces los hijos serán el "legado" que dejarán los padres, la trascendencia de la pareja: hombre y mujer. Por lo anterior es por lo que los hijos se consideran, como la consolidación de un matrimonio. Lauro Estrada dice al respecto que "... la llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. Esto implica la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial y las reglas que hasta entonces han venido rigiendo ese matrimonio" (1997, pág. 96). Lo anterior nos confirma que los roles que deberán ejercer tanto el hombre como la mujer dentro de la familia, serán imprescindibles para la educación de los hijos y la consolidación de la misma; además de acuerdo con el autor, debe existir una reestructuración. Lo que desde mi punto de vista quizá se refiere a que el hombre y la mujer ya no sólo serán "esposos" uno del otro, sino que ahora ejercerán un rol diferente, ser padres. El padre de familia será el encargado de provisionar lo necesario para el buen funcionamiento familiar en varios aspectos, económico, emocional, moral, educativo, social y psicológico, por mencionar algunos; mientras que la mujer tendrá la misión de cuidar, guiar, amar, proteger, educar, y por

supuesto generar a los hijos. Como podemos observar el papel de la mujer dentro de la familia, es principalmente el de formar la personalidad de los hijos a través del aspecto emocional, o sea del amor. Retomando el papel del hombre dentro de la parentalidad es vital ya que “¡También los padres esperan a los hijos! [...]” (cit. Lescure, 1991, p. 30). Es importante mencionar lo anterior ya que en términos generales, en la toma de decisión ante el aborto, el hombre juega, desgraciadamente, un papel pasivo, ya sea por voluntad propia o por decisión de la mujer, quien desea tomar esa decisión sola y enfrentar las consecuencias de igual modo.

Con respecto a lo anterior, Díaz Guerrero opina que “La madre mexicana es profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora del infante. Nada se niega y todo se da a los bebés. El infante es hondamente amado, acariciado y admirado durante los dos primeros años y luego, con presión de intensidad siempre creciente, el infante y el niño deberán llegar a ser bien educados. Deberán convertirse en los niños modelos que tendrán por fuerza que encajar en el sistema de obediencia absoluta de los padres. [...] Para terminar esta descripción, digamos que la madre, con su actitud y afecto, es la fuente de toda la ternura, la sentimentalidad y aun de la porción mas amplia de las expresiones culturales del mexicano”. (1994, p.39).

Es por todo lo anteriormente explicado que la relación madre-hijo sea importante en toda relación interpersonal establecida por la mujer. No obstante, se le ha restado importancia en los últimos años, tanto que se ha promovido su eliminación, el ejemplo claro es el aborto. Con respecto a lo anterior, la autora Mireille Lescure dice: “[...] por eso, las leyes de diversos países permiten a los padres, en particular a la madre, terminar con ella, con dicha relación. Pero esto no sólo significa la muerte del feto, sino también, por lo menos desde el punto de vista psicológico (y a menudo biológico para la madre) una interrupción en el proceso biológico de la maternidad y la paternidad. En la mayoría de los casos la experiencia podrá repetirse, pero será otra experiencia, con otro niño. Rara vez se llega a plantear una relación interpersonal en términos tan antinómicos de vida y de muerte. Las futuras madres no siempre la perciben con la debida agudeza. [...]”. (1991, p.34)

En lo personal, considero que la maternidad, más que una imposición del hombre, como lo plantea la ideología del patriarcado, es escuchar y hacer lo que dicta el instinto. Es un comportamiento, la maternidad difiere de sólo la gestación de los hijos. Una cosa

es ejercer la maternidad y otra es gestar hijos. Me parece que la maternidad es innata en toda mujer y que es independiente de su sexualidad, su estado civil o del número de hijos que tenga. En el siglo actual, se reduce a la maternidad como esto último, tener hijos, cuando en realidad es mucho más. El tener hijos forma parte de la maternidad pero no lo es todo. Al mencionar a la maternidad como comportamiento, me refiero a que se puede ejercer se tenga hijos o no, por ejemplo, una niña pequeña al cuidar al hermano menor; una jovencita con su novio al proporcionarle amor y cuidados; cualquier mujer con su grupo de amigos, una mujer que aún no haya gestado niños y que canaliza su maternidad hacia los sobrinos. De los casos anteriores, ninguno ejemplifica más el ejercicio de la maternidad que la adopción.

La adopción es un proceso. “La paternidad adoptiva involucra convertirse en padres de hijos que no son procreados, sino que fueron otros los progenitores” (Mendoza, N. 2004). La definición anterior nos demuestra que no sólo las mujeres que biológicamente tienen hijos pueden ser madres, sino también las que no poseen esta capacidad física. Esto refuerza mi punto de vista acerca de la maternidad, ya que en la adopción se ejercerán los roles de la misma manera que en la paternidad natural, o sea, los padres progenitores. La madre adoptante ejercerá el rol de educadora, amante incansable de sus hijos (a pesar de no haberlos procreado), y forjadora de la personalidad de éstos, canalizando y ejerciendo así su maternidad.

#### 1.4 Maternidad y Aborto

*“Introducimos al mundo del aborto  
implica prestar atención no sólo a la vida naciente,  
sino a la vida de la mujer que se queda [...]” Carolina Pavía*

Varios autores, como Levinson y su teoría de la Estructura (1978), o como Erick Erickson y su teoría de las Tareas Evolutivas, o también llamada “Desarrollo Psicosocial” (1959-1968), consideran que durante el transcurso de nuestra vida atravesamos por diferentes etapas o crisis. De acuerdo con Erickson, la maternidad (y la paternidad) son etapas del desarrollo individual. “El prohibirle alcanzar esta etapa a alguien que tiende normalmente a proseguir con su desarrollo, equivale a bloquear su avance e imponerle una cierta detención en su crecimiento y maduración. Ciertas personas pueden

experimentar, en una forma más o menos conciente, semejante “bloqueo” como algo intolerable, y huir de una existencia desesperada para ellas. [...]” (cit. Lescure 1991, pág. 29). Conforme a lo planteado por Erickson, la negación de la maternidad por medio del aborto, en este caso, “bloqueará” las posteriores etapas de la mujer. En la teoría planteada por este autor, las crisis son consideradas como crecimiento o desarrollo, lo que implica mejoría y avance, ya que el ser humano pasará de una etapa a otra por medio de la resolución de la crisis. Desgraciadamente, hoy en día se percibe a la crisis como un conflicto, como algo amenazante.

Si vemos al embarazo como un cambio en la vida de la mujer, independientemente de si es apreciado como bueno o malo, podemos considerarlo como una crisis vital, ya que implica la necesidad de acomodación y asimilación porque hay que adaptarse a un nuevo estado, la maternidad, lo que implica pasar de una etapa a otra. “Si el embarazo no es una crisis, entonces la pareja no atraviesa por los cambios necesarios para convertirse en padres. Ser padres crea siempre una situación de kiros, o una serie de crisis” (Ney, 1997; p. 154). En el caso de un embarazo en crisis o inesperado, que es por el que generalmente atraviesa una mujer que piensa en el aborto como solución, la crisis se agudiza, lo que ejercerá una mayor influencia en la toma de decisión de acoger o rechazar a su bebé. Cuando la mujer no cuenta con una autoestima lo suficientemente adecuada para enfrentar esta situación de crisis, recurrirá a su contexto familiar o a su círculo social en busca de una solución. Dependerá mucho la actitud de la mujer ante el embarazo de su contexto familiar y social, será un factor determinante ante la decisión de abortar, conservar o dar en adopción a su bebé. En capítulos posteriores se profundizará en los factores determinantes en la decisión de abortar.

Hablemos ahora del vínculo innegable que existe entre una madre y su hijo. Dicho vínculo se presenta tanto a nivel biológico como psicológico. El primero se comprueba a través de los cambios hormonales que se presentan en la mujer desde el momento de la concepción. Al respecto, Ney menciona que inmediatamente después de la concepción, el óvulo fertilizado se acomoda en los pliegues del revestimiento del útero y se desarrolla la placenta. Es así como la madre envuelve al bebé y éste se liga íntimamente a su madre. A cada instante madre e hijo monitorean sangre y emociones. (Ney, 1997)

La intensidad del vínculo madre-hijo se afianza a medida que el embarazo continúa. Dependerá también del vínculo de la madre con sus progenitores, el que ésta se

muestre sensible al suyo con su hijo. Retomemos pues el contexto familiar y social del que antes hablamos, ya que dependerá de sus propias experiencias o vivencias familiares, sobre todo parentales, la sensibilización o falta de sensibilidad ante los sentimientos y emociones que genere la maternidad, fomentándose o no el vínculo con su hijo. Lo anterior jugará un papel determinante en la toma de decisión ante el aborto, ya que al desensibilizarse de su propia maternidad, resultará mucho más fácil entonces, abortar. Lo anterior resulta de la desvinculación con el hijo, pues al dejar de verse como tal, es más sencillo deshacerse de él. Con respecto a lo anterior Carolina Pavía en su artículo "Aborto: cicatriz indeleble" señala que "desafectarse con el bebé predispone a disolver el freno de la agresión con la propia cría. Con ello el aborto cuestiona, indirectamente la disolución de los mecanismos adaptativos básicos, biológicos y necesarios para preservar la especie. [...] Tanto la desafectación vincular con respecto al hijo, como la desensibilización de los propios sentimientos e instintos maternos pueden considerarse punto de partida del proceso psicológico subyacente a la decisión y al acto de abortar, pues facilitan el proceso de deshumanización personal, tanto de la propia madre como del hijo por nacer, haciendo factible la terminación biológica y física del embarazo tras la ruptura del vínculo psicológico. Una vez tomada la decisión de abortar, se refuerzan los mecanismos de negación, racionalización y represión que permiten continuar con el proceso psicológico ya desencadenado. No se trata ahora de un hijo, sino de un "puñado de células" o "un tejido orgánico" del cual es más fácil despojarse". (ISTMO Núm. 251 pág. 33). Por lo anterior podemos observar que los mecanismos de defensa resultan vitales en el proceso de toma de decisión frente al aborto, ya que estos "facilitarán o entorpecerán" la decisión de la mujer ante su embarazo.

Es importante recordar que todo lo que sucede en el cuerpo se registra en la mente, lo anterior sustenta el vínculo psicológico. "El cuerpo de la madre se une al bebé y el bebé a la madre. Este hecho físico crea una unión psicológica con los padres, más allá de que el bebé sea o no querido". (Ney, 1997; p. 149). Me resulta necesario diferir en esto último, ya que desde mi punto de vista, el hecho de que un bebé no este incluido en los planes de vida de los padres, no significa que sea indeseado; en este caso podríamos hablar de un hijo no planeado, el cual no necesariamente tendrá que ser indeseado o no querido, como lo menciona el autor. Observamos entonces que el lenguaje utilizado resulta otra influencia más (subjetiva) en la toma de decisión de la

mujer. Hay que tomar en cuenta también que: “La propia madre se encuentra involucrada en una red de relaciones que pueden influir en ella, incluso sin que lo sepa, e impulsar a aceptar o rechazar la carga de una nueva vida que ella asume, más que cualquier otra persona, durante nueve meses”. (Lescure 1991, pág. 26) Existen entonces, como hemos revisado, distintas influencias en la toma de decisión de la mujer ante el aborto, por lo que resulta comprensible que la mujer viva un conflicto interno debido a esto.

Otro pensamiento que influye en la mujer es que desgraciadamente en esta época se piensa que “de un embarazo no planificado nada bueno puede resultar” (Mendoza, N. 2004), y la maternidad se ve entonces como una amenaza, como algo que obstaculiza el presente y que arruinará el futuro, por lo que el aborto se verá como la única defensa ante dicha amenaza. Es importante que aclaremos que el aborto no le quitará el embarazo a la mujer, ya que un aborto no “desembaraza”; ni siquiera se puede pensar en regresar a la situación anterior al embarazo, por el contrario, el aborto traerá todo tipo de consecuencias, y no sólo a la mujer, sino a todos los involucrados en el proceso: pareja, padres, abuelos, hermanos, hijos anteriores o posteriores; dichas consecuencias aparecerán independientemente de la decisión que tome la mujer, esto es, sea cual sea la “solución al problema” del embarazo (quedarse con el hijo, abortar o darlo en adopción), la mujer nunca volverá a ser la que fue. Resulta entonces falso creer que el abortar traerá paz y tranquilidad a la vida de la mujer, creer que la mujer y los demás implicados en el aborto, continuarán sus respectivas vidas “como si nada hubiera pasado”. Por el contrario, la pérdida del hijo necesariamente acarreará la elaboración de un duelo, además de, en el caso del aborto, la manifestación del Síndrome Posaborto, la cual se explicará mas adelante.

## Capítulo II. El Aborto

### 2.1 Definiciones

Establecer una sola definición de aborto, resulta casi imposible, ya que dependerá de la perspectiva en que lo veamos, establecer un concepto. Es por esta razón que en el presente apartado se presentarán las distintas definiciones que existen con respecto al aborto de acuerdo a la perspectiva revisada.

Antes de introducirnos en el tema del aborto, consideraremos primero algunas definiciones que existen del embarazo, esto porque se entenderá que no existe aborto sin embarazo.

Antes que nada recordemos que existen cuatro dimensiones que constituyen al ser humano; biológica, psicológica, social y espiritual, aunque incluso hoy en día se habla de una quinta, la trascendental (Diplomado de tanatología, 2004). Tomando en cuenta lo anterior, y recordando que el ser humano es un ser integral, si alguna de estas dimensiones se ve afectada, por cualquier circunstancia, ésta afectará a las dimensiones restantes, trayendo como consecuencia un desequilibrio en el ser humano. En el caso del aborto, la principal área afectada, supondríamos que es la física, ya que el aborto es una operación quirúrgica; pero basándonos en el supuesto anterior, podemos decir que además de dicha área, las dimensiones restantes se verán también afectadas por el aborto, y traerá como consecuencia un desequilibrio integral.

El embarazo según Alva, es el tiempo de espera. Estado físico y psicológico que va de la concepción al nacimiento del nuevo ser. (Alva, María del Carmen, 1999)

De acuerdo con Magaly Llaguno la nueva definición del embarazo dice así: "Es aquella parte del proceso de la reproducción humana que se inicia con la implantación del conceptus en una mujer y termina con el nacimiento de un producto o con un aborto". (Llaguno Magaly, 2000). En lo posterior, haremos referencia a estas definiciones al hablar del embarazo.

Una vez repasadas las definiciones de embarazo propuestas por ambas autoras, queda entendido que implica desde el momento de la concepción hasta el nacimiento del nuevo ser o con su interrupción por medio de un aborto. Lo anterior habrá que tomarlo en cuenta durante el desarrollo de la presente investigación, ya que forma parte de la justificación del Síndrome Posaborto, tema que se revisará mas adelante.

Primeramente, para hablar de aborto, nos remitiremos a la definición etimológica y conceptual; en sentido estricto viene de las partículas “ab y ortus, que literalmente significan privación del nacimiento u origen, interrupción del embarazo siendo espontánea o provocadamente”. (Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, 2000, pág. 3).

Desde la perspectiva médica revisemos al Dr. Manuel Mateos Candano quien define al aborto como: “La expulsión o extracción de toda (completa) o una parte (incompleta) de la placenta o de las membranas, sin un feto identificable o con un feto vivo o muerto que pese menos de 550 grs.” (1980, pág. 17)

Ahora revisemos que se dice con respecto al aborto. De acuerdo con la página [www.alipso.com](http://www.alipso.com), el aborto se define como “La interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente”. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.

El aborto, desde una perspectiva antropológica, se define como “la terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto.” (Vargas, L. 1980, p. 155-156), Para el Derecho penal, el aborto es “provocar la muerte del producto en cualquier momento del embarazo.” (Lima, M. 1995, p. 22). La punibilidad impuesta por la ley para el que realiza esta conducta, dependerá del tipo de aborto; por lo general, se impone pena privativa de la libertad de entre tres y seis años, esto es, porque el aborto en nuestro país no es legal y se juzga como delito, por lo que está penalizado. En algunos códigos penales se establece la pena de multa. Dependerá de cada país y sus legislaciones, la pena otorgada a las personas involucradas en el aborto. Sería importante mencionar que actualmente en nuestro país se esta luchando por su despenalización, la cual se ha logrado en varios estados.

La iglesia católica se refiere al aborto como: “la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción” (Comité Episcopal para la defensa de la Vida 1995, p.75). Así fue declarado el 23 de mayo de 1988 por la Comisión para la Interpretación Auténtica del Código de Derecho Canónico. Antiguamente se excomulgaba de la Iglesia a toda persona que había abortado provocadamente, pero actualmente, la Iglesia toma en cuenta muchos más aspectos en torno al aborto, antes de otorgar la ex-comunión a una persona.

De esta manera nos damos cuenta de que no existe una definición exacta, ni homogénea, y que efectivamente, dependerá del punto de vista con el que se vea al embarazo, el concepto que se tenga de éste, y por lo tanto del aborto. El tema del aborto es por demás controversial, y la opinión que cada uno de nosotros tenga acerca de éste dependerá de las experiencias vividas, además de las influencias que se han tenido a lo largo de nuestra vida.

Para fines de la presente investigación y tomando en cuenta los aspectos y las disciplinas anteriormente descritas, se manejará el siguiente concepto de Aborto: “toda expulsión o muerte del feto, producto de la concepción, en cualquier periodo de su vida intrauterina. Puede ser en forma espontánea o provocada”. (Alva, M.C. 1999). Cabe hacer la aclaración que en el presente estudio se hablará todo el tiempo de aborto provocado, ya que es éste el que presenta la muestra que se utilizará en este estudio. Además de que el aborto provocado al haberse realizado de forma inducida y voluntaria, trae un mayor número de consecuencias, es decir, el fin logrado proviene de una causa querida y realizada con la intención y voluntad de conseguir dicho fin, el de abortar, además de ser la principal característica de la muestra requerida, como ya se mencionó.

## 2.2 Clasificación Del Aborto

El aborto, como se ha mencionado anteriormente, se clasifica de acuerdo a su etiología en espontáneo y provocado. El primero puede ser por diversas razones; por anomalías en el feto o en la placenta, expulsando al feto involuntariamente del vientre materno, este tipo de aborto puede traer tanto consecuencias físicas en el organismo, como emocionales, ya que al tratarse también de una pérdida, se tendrá que elaborar el duelo y la mujer podría presentar algunos de los síntomas del Síndrome Posaborto (para efectos prácticos posteriormente nos referiremos a éste como SPA), obviamente manifestados de diferente manera que en el provocado, debido a que la naturaleza de ambos es distinta, aunque compartan la misma finalidad, expulsar del cuerpo de la mujer al feto. En cuanto al segundo, que es el que nos compete, existe la voluntad, el deseo de deshacerse del feto, la intención de expulsar al producto, la decisión de “deshacerse del problema”, en una palabra abortar. Este tipo de aborto al ser provocado, trae como consecuencia una serie de signos y síntomas que conforman el SPA, y que serán manifestados de diferente manera por las mujeres que lo llevan a cabo. Hay que enfatizar el hecho de que la

manifestación de dichos signos y síntomas varía dependiendo de cada mujer, ya que tiene que ver mucho la estructura emocional, la historia personal, la estructura familiar, es decir, todos los aspectos que en algún momento pudieron ser una fuerte influencia en la toma de decisiones al momento de abortar, como se mencionó en el capítulo pasado.

A continuación se profundizarán las diferencias entre los tipos de aborto:

1.-Aborto Espontáneo: se produce en forma involuntaria y obedecen a situaciones de diversa naturaleza, es decir, no deliberadamente; surge la muerte intrauterina, o puede ser por diversas causas que motivan la expulsión del feto al exterior, en donde fallece. Y puede ser:

- a) esporádico: es el que se produce en una sola ocasión
- b) habitual o repetido: es la ocurrencia de tres o más abortos espontáneos consecutivos; no debiendo intercalarse entre ellos embarazos a término, ni aún embarazos que hayan terminado en partos prematuros. (Arellano, E. 1989)

Se han relacionado los abortos espontáneos con los provocados, siendo que los primeros son, frecuentemente, una consecuencia de los segundos, es decir, una mujer que se ha practicado un aborto, esta propensa a tener abortos espontáneos posteriores. Lo anterior se considera como uno de los síntomas del SPA.

2.-Aborto Provocado: es la interrupción deliberada del embarazo por cualquier medio. Se puede clasificar de la siguiente forma:

\* Razones médicas:

-*terapéutico*: es el que se efectúa cuando la continuación del embarazo puede causar la muerte de la gestante o agravar cualquier enfermedad física o mental que padezca.

-*eugenésica*: es el que se realiza con el fin de prevenir enfermedades congénitas de naturaleza ambiental o genética.

\*Razones éticas o humanísticas: cuando el embarazo es producto de una violación, incesto, trato sexual con menores o personas con enfermedad o deficiencia mental.

\*Razones sociales: se toman en cuenta factores como la comunidad, familia, planificación familiar, ilegitimidad.

\*Razones personales: el que se realiza por voluntad propia y sin necesidad de aducir a causales. (Arellano, E. 1989)

### 2.3 ¿Por Qué Aborta La Mujer?

Como se ha venido mencionando, el tema del aborto es por demás controversial, y la opinión que cada uno de nosotros tenga acerca de este dependerá de las experiencias vividas, además de las influencias que se han tenido a lo largo de nuestra vida.

Retomando esto último, revisaremos las diferentes influencias que llevan a la mujer a tomar la decisión de abortar. Primeramente, es importante señalar que “La vida comienza, no al nacer, sino en el momento de la concepción. Esto significa que un niño en desarrollo está vivo, no sólo en el sentido de que está compuesto por tejidos vivos, sino también por el hecho de que, desde el momento de su concepción ocurren acontecimientos para él. Además cuando se producen estos acontecimientos [...], no deja de reaccionar. A pesar de su existencia apenas esbozada y su apariencia, es un ser humano vivo, en lucha por la supervivencia desde su origen [...]” (A. Montagu cit. Lescure 1991, pág. 26). Retomando lo anterior, no resulta difícil imaginar por qué para la mujer el tomar la decisión de abortar es por demás abrumadora, ya que se encuentra en una de las etapas más importantes de su vida, el embarazo. Hay que tomar en cuenta que dicha etapa podría dejar de ser primordial para convertirse en una “situación amenazante” o un “problema”, es entonces que hablaríamos de un embarazo inesperado. En una situación tan estresante como un embarazo inesperado, la mujer lo que pretende es hallar una solución a su “problema”, una salida rápida ante esta situación que considera amenazante. Es entonces que el aborto se considera como la salida más adecuada a dicha amenaza.

Este tipo de respuestas y/o soluciones rápidas, son el resultado de una mentalidad anticonceptiva que es: “La actitud de rechazo anticipado y constante a la concepción de un nuevo ser [...] Es un sexo seguro para las relaciones pre o extramatrimoniales de adolescentes y adultos; es un no a la responsabilidad y compromiso, es un sí al placer aislado del amor y un no a sus consecuencias” (Alva, 1999, pág. 64). Son una serie de mensajes que a través de distintos medios (familia, amigos, pareja, comunicación, sociedad), han llegado a formar parte de nuestra vida, y que influyen de manera importante ante estas situaciones estresantes.

Los medios de comunicación ejercen una fuerte influencia en el caso del embarazo inesperado. Existen frases correspondientes al control de la natalidad que nos van orillando a tomar decisiones apresuradas, dejando la responsabilidad de

nuestros actos en terceros, por ejemplo: “si tu método anticonceptivo te falló o se te olvidó usar alguno, existen las pastillas de anticoncepción de emergencia”, o “no traigas hijos al mundo sin desearlos, mejor cuídate”; “Se responsable, utiliza anticonceptivos”, esta serie de mensajes, lo único que hacen es generar una constante evasión de responsabilidades. Y ahora veamos, ¿Qué sucede cuando los métodos anticonceptivos fallan?. De acuerdo con Alva: “La responsabilidad, aparentemente, ya se tuvo. Pensar así es un error, creer que la anticoncepción es responsable de la libertad sexual y que si el método falla se puede recurrir al aborto, ya que se trata de un hijo no deseado, planeado o “bien querido” [...]” (Alva, M.1999, pág. 64). Lo que realmente se hace es un desplazamiento de responsabilidades. Al usar un método anticonceptivo que por alguna razón falla, se deja de lado la propia responsabilidad, se olvida que quien decidió usarlo fue la propia persona y que por lo tanto la falla no radica en el método. Ésta al igual que muchas, es otra influencia para la mujer que está pasando por la experiencia de un embarazo inesperado y que ha considerado abortar.

No podemos dejar de lado el hecho de que la maternidad es propia de la mujer, y que es la naturaleza de cada una el dar a luz a un hijo tal como lo menciona Suzanne Simon: “La maternidad es una finalidad fisiológica esencial de la mujer ... su organismo se desarrolla en función de esta condición futura de madre”. (1969, pág. 271).

Tomando en cuenta lo anterior, podemos ver al embarazo como un vínculo bio-psico-socio-espiritual que se crea entre madre e hijo, debido a que es un proceso natural para el cual se preparan mente y cuerpo. El autor Ney menciona al respecto; “Apenas luego de la concepción, el óvulo fertilizado se acomoda en los pliegues del revestimiento del útero. Rápidamente, se desarrolla la placenta. De esta manera, la madre envuelve al bebé y éste se une íntimamente a su madre. A cada segundo madre e hijo monitorean sus respectivas químicas en sangre y emociones. No existe mayor intimidad humana”. (1997, pág. 154). Es decir, tanto el embarazo como la maternidad están dentro del orden de la naturaleza (Mendoza, N. 2004), por lo que se consideran procesos naturales, por lo tanto el aborto sería entonces un proceso antinatural al interrumpir el embarazo.

Ahora bien, una mujer que pasa por un embarazo inesperado, se encuentra ante uno de los momentos más vulnerables de su vida, y por lo tanto, uno de los menos indicados para tomar una buena decisión, sin embargo es cuando se ve obligada a

hacerlo. Dentro del marco del embarazo inesperado, la mujer quizá se encuentra rodeada de una serie de circunstancias adversas a la maternidad, circunstancias que la llevarán a tomar una decisión que marcará el resto de su vida. Al respecto Alva menciona: “Muchos sentimientos complejos y contradictorios intervienen ante la encrucijada del aborto. Si bien la mayoría de las mujeres recurren a este método para solucionar de inmediato un problema, es decir el embarazo, la verdadera problemática que ella enfrenta es otra en realidad.” (1999, pág. 55). Entonces tenemos que la mujer recurre al aborto en busca de una solución ante su embarazo inesperado.

Cuando el ambiente en el que se desenvuelve la mujer es adverso, conflictivo, represivo, amenazante, entonces el embarazo viene a formar parte de éste, convirtiéndose así en una amenaza; aunque, también es cierto que el mismo contexto se convierte en una de las principales influencias en la decisión de abortar, tal como lo dijo Alva en el Primer Coloquio sobre Posaborto: “Una mujer a quien le falta el apoyo positivo y el ánimo alentador del padre para ayudar a criar el niño, es más probable que llegue a escoger el aborto”. (Alva, 2000). Cuando se habla de ambiente, se hace referencia a todas las áreas en donde la mujer interactúe, es decir, la familia, la sociedad, la escuela, el trabajo, los amigos, la pareja, la estructura emocional de la mujer, ya que son factores indispensables en la decisión de abortar.

Por su parte, el autor Robert Debré citado por Lescure menciona al respecto que: “Al principio del embarazo la mujer se siente a menudo conturbada, ambivalente, tironeada por una parte, entre aquel instinto fisiológico que la impulsa a ser madre (el instinto maternal es, en toda mujer, un instinto profundo, que es deseable satisfacer) y, por otra, un deseo de rechazar al nuevo ser que se implanta en ella. [...]”. (1991, p. 26)

En general, cuando una mujer está a punto de tomar una decisión tan importante como la de continuar con el embarazo o abortar, está rodeada de diversas opiniones, sobre todo si el embarazo es inesperado, ya que al enterarse de éste, la mujer se bloquea emocionalmente y lo único que desea es liberarse de ese problema, por lo tanto aceptará cualquier consejo o ayuda que considere útil. Es aquí donde la idea de abortar resulta no ser tan indiferente para la mujer y todas las influencias antes desarrolladas, ejercerán presión ante la toma de decisión de la mujer. A continuación se describirán las consecuencias del aborto.

## 2.4 Consecuencias Del Aborto

Después de haber presentado los antecedentes del aborto, se mencionarán a continuación las diversas consecuencias que trae la práctica del aborto provocado. Nos basaremos en la clasificación hecha por Alva en su libro "Y después del aborto ¿qué?". (Alva, M. 1999. Pág. 72)

### Físicas: Complicaciones Inmediatas

a) en el legrado o aspiración:

- \* Laceración del cuello uterino por el uso de dilatadores
- \* Perforación del útero
- \* Hemorragias uterinas
- \* Infección uterina secundaria por el aborto

b) En el aborto por solución salina:

- \* Retención de la placenta y hemorragias
- \* Mismas complicaciones que en legrado
- \* Formación de adherencias
- \* Infección y endometritis (inflamación del endometrio)
- \* Hemorragias abundantes
- \* Intoxicación por retención de agua
- \* Posible falla del funcionamiento del corazón y consecuentemente, la muerte
- \* Posible filtración de la solución salina al torrente circulatorio de la madre, con efectos mortales
- \* Mayor peligro de muerte que en legrado

c) En la histerotomía o microcesárea:

- \* Mismos riesgos y complicaciones que todo acto quirúrgico al interior del abdomen
- \* Hemorragia
- \* Infección
- \* Peritonitis
- \* Lesiones de vejiga o de uréteres

### Complicaciones Tardías:

Estas se presentan dentro de las siguientes dos o tres semanas de haberse practicado el aborto o en presencia de otro embarazo:

- a) Probable esterilidad, debido a que las trompas del útero tienen una estructura frágil, la cual se desorganiza con la menor infección.

- b) Posibilidad de tener embarazos extrauterinos, puesto que después de un aborto las trompas de Falopio no están taponadas, sino que detienen el huevo.
- c) Puede darse una apertura permanente del cuello uterino. "No se puede abrir un cuello sin violentarlo..., y nunca se está seguro de que recobrará su estado anterior" (Léjeune, J 1980. Pág. 98).

No se presentan molestias tiempo normal, pero en cada embarazo podría suceder que el cuello uterino resultará incapaz de retener al feto a los cuatro o cinco meses, o bien, se tendrían partos prematuros.

- d) Sinequías o adherencias entre las paredes uterinas puestas al vivo por raspado (que en casi todos los métodos se tienen que efectuar para verificar que no quede ninguna partícula dentro de la matriz.
- e) Si se realiza la histerotomía, un embarazo resultaría mas peligroso, que después de una cesárea en su tiempo, porque el útero debe cortarse (en caso de presentarse perforaciones uterinas, accidentes por administración de anestesia, hemorragias (cuando se parte la placenta en trozos).
- f) La utilización de drogas, como las prostaglandinas (muy recientemente puestas en el mercado internacional), sin intervención manual o instrumental, estimulan al útero a contraerse y al expulsar su contenido, afectando con esto a otras muchas vísceras además del útero; quizá produzca la migración de un cálculo biliar, la perforación de un apéndice o el infarto cardiaco.

(Alva, M. 1999. Pág. 73)

## El Cáncer De Mama y su relación con el Aborto

Retomemos la idea de que el aborto es un hecho antinatural, porque inhibe un proceso natural, el embarazo, estando en contra del instinto de supervivencia propio del Ser Humano, entonces, esta interrupción violenta del embarazo o gestación afecta las células de las mamas, haciéndolas sensiblemente más propensas al cáncer. Esto es porque desde el momento en que se da la concepción el cuerpo de la mujer sufre cambios, no sólo a nivel físico, sino también psicológico y social. Detengámonos a pensar en los cambios físicos. Cuando una mujer está encinta, se siente distinta. A los pocos días de la concepción, aún antes de que el pequeño embrión se haya anidado en la pared del útero, las hormonas ya se encuentran en la sangre, avisando a las células del cuerpo del embarazo. Nuevas células empiezan a

crecer en sus senos, células que habrán de madurar y producir leche preparada especialmente para las necesidades del recién nacido. (Alva M., 2000) por lo tanto si se produce el aborto, se termina con este proceso de maduración y producción de las células que habitan en los senos, la leche que ya se ha producido queda almacenada en los senos, provocando el nacimiento de nódulos de leche que posteriormente resultarán malignos para el organismo de la mujer. La probabilidad de desarrollar cáncer se incrementa si la mujer es nulípara, es decir, que no ha tenido hijos. Joel Brind, Ph.D. ha señalado en diversos estudios, que no se trata de una mera conexión estadística, sino que se apoya en datos biológicos y endocrinológicos.

“El cáncer de mama ha alcanzado proporciones alarmantes en Estados Unidos En 1973, cuando se legalizó el aborto en todo el país, alrededor de 85 mujeres de cada 100,000 sufrían esta terrible enfermedad. Para 1983 la proporción había aumentado a 95 de cada 100,000. Hoy en día es más de 110 de cada 100,000. Cada año alrededor de 182,000 mujeres reciben este temible diagnóstico. Este tipo de cáncer también está aumentando en el mundo entero. Los científicos han podido identificar muchos de los factores de riesgo asociados con el aumento del cáncer del seno, tales como el tipo de alimentos que se consume y los desórdenes genéticos.” (Revista “Escoge la Vida” Estados Unidos, julio-agosto 1994)

### **Consecuencias Sociales:**

Como se mencionó al principio de este capítulo, el ser humano es un ser integral, y está conformado de distintas dimensiones, una de ellas es la social, dentro de esta dimensión “tenemos a las relaciones interpersonales del medio que rodea a la mujer que ha abortado, las cuales se encontrarán fuertemente comprometidas”. [...]. (Alva, 2000, pág. 74)

- 1.- Entre los esposos o futuros esposos. Si se encuentran antes del matrimonio o no tienen pensado casarse, algunos llegan a perder la confianza y estima por la mujer que ha abortado (o viceversa, si él la indujo al aborto), reduciendo la posibilidad de matrimonio o credibilidad hacia la pareja. Si el aborto se practica dentro del matrimonio, puede haber hostilidad y/o desprecio si se ha ocultado al cónyuge o si se ha obligado a la mujer a realizárselo, o bien puede generar conflictos familiares.
- 2.- La relación madre-hijo(s) puede verse deteriorada en cuanto a la autoridad, respeto, confianza, comunicación y valía.

3.- El personal médico implicado corre el riesgo de ser denunciado y perder con esto su cédula profesional, el prestigio, la confianza y la fama.

4.- El aborto, al convertirse en un hecho cotidiano, se convierte en la solución más fácil cuando los anticonceptivos fallan.

5.- posible legislación si es que más gente lo promueve, lo cual es un paso al infanticidio y a la eutanasia.

6.- Problemas sociales ante la desintegración de las familias e inestabilidad psicológica de las mujeres. (Alva, M. págs. 74-75)

Como podemos observar, el aborto también afecta el área social de la mujer, aunque cabe mencionar que como lo plantea la autora, también afectará el medio en el que la mujer se desarrolla, es decir las personas que hayan estado o estén involucradas en el aborto.

#### **Consecuencias Psicológicas:**

Una mujer que ha pasado por una experiencia de aborto, por lo general, manifiesta sentimientos de culpa, llanto, tristeza, depresión, alteraciones en el sueño o en el comer, aunque esto solo es el principio de una serie de signos y síntomas los cuales se repercutirán en las dimensiones, ya mencionadas, que conforman al Ser Humano. Los efectos psicológicos también pueden ser manifestados por otros miembros de la familia (si es que los hay), novio, amigos, esposo, abuelos, tíos, hermanos, hijos previos o en los futuros hijos que se pudieran tener. Todo lo anteriormente mencionado forma parte de lo que se conoce como el Síndrome Posaborto, el cual definiremos detalladamente en las siguientes páginas.

Concluyendo, las complicaciones físicas posteriores a la interrupción del embarazo de manera provocada se dividen en dos: complicaciones inmediatas y tardías. Dentro de las primeras tenemos la fiebre, hemorragia, perforación uterina, desgarros cervicales, quemaduras por ácido cáustico, desgarros vaginales, deciduomiometritis, abscesos pélvicos, pelviperitonitis, shock séptico, shock hipovolémico, síndrome de coagulación intravascular diseminada y muerte. Entre las segundas se encuentran la esterilidad, infertilidad, metropatías, hemorragias posabortivas. Dentro de las consecuencias sociales encontramos alteraciones familiares, conyugales o fraternales. Por último, tenemos las que posiblemente sean

las más difíciles de superar y las que describiremos a continuación, las psicológicas, es decir lo que llamamos Síndrome Posaborto.

## 2.5 Síndrome Posaborto

*“Introducirnos en el mundo del aborto implica prestar atención no sólo a la vida naciente que muere, sino a la vida de la mujer que se queda”*

*Carolina Pavía*

La realización de un aborto implica mucho más que el haber tomado una decisión, implica un cambio en la vida emocional y física tanto para la mujer que aborta, como para quien la acompaña en este proceso voluntaria o involuntariamente. La mujer que elige abortar se encuentra en una situación muy distinta a la que sufre un aborto espontáneo. El periodo anterior al que la mujer aborta, es un tiempo de crisis personal, tal como se mencionó en el primer capítulo.

“[...] La gran mayoría de las mujeres que abortan experimentan presiones externas, y las necesidades internas demandan una rápida solución a la crisis por la que atraviesan. El deseo de abortar no siempre será conciente, ni irá acompañado de un conocimiento completo y profundo acerca de lo que el aborto implica o puede ocasionar. En el caso de que existiera conocimiento alguno, siempre será más fuerte la angustia, el miedo y la desesperación, que el razonamiento que pueda hacerse para no abortar” (Alva, M. 1999, pág. 83).

Definamos pues el Síndrome Posaborto. El Dr. J.C. Willke define al Síndrome Posaborto como “La incapacidad de resolver el temor, el coraje, la tristeza y la pena que se asocian con la pérdida de un hijo abortado”. (Willke, 2000)

En un momento determinado, la mujer después de haber pasado la angustia, indecisión, urgencia para abortar, se da cuenta de un modo u otro de lo que hizo con su propio hijo (deseado o no), es capaz de percibir que nunca tendrá un hijo que supla a éste, esto puede presentarse inmediatamente después de haber abortado o en el transcurso de los años. En ocasiones se presentan en la mujer trastornos psicológicos o emocionales, los cuales nunca son asociados con la experiencia de aborto, sino que son atribuidos a cualquier otra experiencia que esté viviendo en ese momento. Es un modo de evadir, racionalizar y negar el problema de

aborto que tuvo, probablemente para evitar los sentimientos de culpa, la sensación de arrepentimiento.

La autora Sheila Fabricant, citada por Alva, dice: “[...] la angustia que provoca un aborto puede permanecer oculta y sin resolver, debido a la magnitud del sentimiento de culpa; ésta es una manifestación del síndrome posaborto, cuando la mujer permanece en silencio, incluso con ella misma, porque no puede afrontar la carga tan pesada que es la de haber matado a su propio hijo; éste es un mecanismo de defensa natural ante el dolor que le provoca el recuerdo”. (1999, pág. 84).

Alva menciona que quienes han buscado la curación del SPA, lo describen como:

- a) Una condición en la cual el aborto destruye el enlace natural entre los padres y el niño; la madre y el padre tienen la sensación de estar incompletos (si es el caso).
- b) Un conflicto creado en la mujer entre su papel como madre y su papel en la destrucción de la vida de su hijo.
- c) Una negación de la pena. La mujer reprime el luto y el dolor que siente por su hijo abortado. Falta de apoyo o aliento de la familia o amigos para expresión de la tristeza o arrepentimiento.
- d) Falta de una imagen concreta del niño para decirle adiós.
- e) Una condición que la debilita tanto física como emocionalmente, y que puede disminuir el funcionamiento y bienestar de la mujer ya sea en forma individual o social, o bien dentro de su familia.
- f) Un conflicto que otros miembros de la familia también padecen después de un aborto. (Alva, M. 1999, págs. 84, 85)

Como vemos el Síndrome Posaborto encierra una serie de circunstancias que afectan a la mujer y a las personas involucradas, aunque principalmente a la mujer al ser ella quien lo vive en carne propia. Es de suma importancia señalar que el SPA no aparece exclusivamente después de la práctica del aborto, sino que aparece incluso, antes de que éste se lleve a cabo. Es decir, la mujer en la toma de decisión se enfrenta, como se ha venido diciendo, ante una serie de situaciones que favorecerán o entorpecerán el camino hacia el aborto, y dentro de este camino también encontraremos los llamados mecanismos de defensa, que son la base del SPA, y que juegan un papel fundamental dentro de la toma de decisión de la mujer, tal como se explicará a continuación.

## 2.6 Mecanismos De Defensa en el SPA

Una mujer a la que se le presenta la alternativa del aborto es muy probable que no imagine las consecuencias psicológicas y emocionales que podrían presentarse posteriores a éste. Al enfrentar esta dificultad, la mujer debe estar consciente de lo grave de un aborto, pero también debe conocer de qué forma le afectará; sin duda debería cuestionarse si el problema que la orilla al aborto es mayor que las consecuencias que éste pueda traer.

El Síndrome Posaborto tiene su origen en una continua negación, represión y racionalización de pensamientos y sentimientos hasta que comienzan a manifestarse en los diversos signos y síntomas, como ya se mencionó.

Este síndrome consiste en creer en la liberación de un problema (en este caso el embarazo inesperado), y en negar consecuentemente que percibe dolor o remordimiento alguno. Este sentimiento va acompañado generalmente de angustia, depresión y/o sentimiento de una culpa que no logra entender de manera consciente. Este proceso lo padece temprana o tardíamente la mujer, por el solo hecho de haber abortado. Debido a lo antes descrito, la mujer solicitará ayuda y orientación, que por sí sola no puede obtener, puesto que ella misma no reconocerá que su problemática se debe al aborto.

En México contamos con muy poca ayuda especializada dirigida a la mujer que ha abortado, ya que desgraciadamente el Síndrome Posaborto no ha sido identificado en nuestro país como una patología psiquiátrica o psicológica y desafortunadamente ni siquiera es reconocido por los médicos que practican el aborto, ni por todas las personas a favor de él. Y si acaso lo reconocen, consideran que las manifestaciones son producto de sentimientos de culpa ocasionados por convencionalismos, moralismos, presiones sociales o cuestiones religiosas. Al respecto Alva menciona: "El aborto es una experiencia sumamente antinatural para el cuerpo femenino y para sus instintos maternos. Las reacciones negativas han de esperarse, y no dependen de las creencias religiosas de la persona ni de su salud mental en general". (Alva, 2000). Como se mencionó anteriormente, el Síndrome Posaborto no comienza con el aborto mismo, sino con el proceso de toma de decisiones que desembocan en él. Es aquí donde radica principalmente la presencia del SPA, cuando la mujer, posiblemente para evitar el dolor, comienza con la utilización de los mecanismos de defensa, los cuales como ya se dijo, son la base del SPA.

Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas (Valenzuela, J. 1999).

Es parte de la naturaleza humana buscar la coherencia entre lo que se piensa y lo que se hace, por lo que el aceptar que una decisión ha sido muy grave genera una serie de mecanismos de defensa (Alva, M. 1999), y son éstos los que nos ayudan a mediatizar las reacciones ante una posible amenaza externa, nos aminoran el dolor. Es la forma que utiliza la persona para dar su propia explicación sobre un hecho doloroso y le permite aminorar el dolor.

Cuando estas explicaciones se llegan a convertir en argumentos que dirigen la vida (estilo de vida), es cuando decimos que los mecanismos de defensa se han desviado de su función primordial, y rigen la vida de la persona. En el caso de la mujer posaborto, la utilización de los mecanismos de defensa, principalmente la negación, puede prolongarse por tiempo indefinido, se puede decir que la mujer estará viviendo en negación hasta que llegue un detonante que le recuerde la vivencia del aborto, por ejemplo la muerte de algún ser querido.

A continuación se mencionan algunos de los mecanismos más importantes dentro del SPA, aunque no quiere decir que sean los únicos, aunque si son los más recurridos por las mujeres posaborto.<sup>1</sup>:

1. *Negación*: es la base del SPA, al ser éste el mecanismo de defensa más primitivo con el que cuenta todo ser humano, es el primero en aparecer. Comienza en el momento en que la mujer descubre que está embarazada. La primera reacción es de incredulidad, de una completa negación, “no, no puede ser”; “estos análisis deben estar equivocados”; “ay no, esto no es cierto”; “no lo puedo creer”.
2. *Racionalización*: implica la búsqueda de razones lógicas, excusas o explicaciones que justifiquen el aborto, ejemplo, muchas veces se dirá: “no estaba preparada para ser madre en estas circunstancias”.
3. *Represión*: forma de prevenir que la información inconsciente alcance un nivel consciente a través de los sentimientos dolorosos que rodean al aborto, ejemplo, “yo hice lo correcto, estoy segura. En ocasiones me siento un poco mal, pero eso no me molesta”. La culpa y la represión son mecanismos que pueden durar

---

<sup>1</sup> Adaptación del libro “Y después del aborto ¿qué?” para la capacitación de orientación posaborto del Instituto IRMA, A.C. en Agosto de 2003.

años, hasta que un evento force a la mujer a confrontar sus sentimientos no resueltos.

4. *Compensación*: luego de un aborto surgen deseos por compensar el acto haciendo cosas buenas o aceptadas socialmente, ejemplo, “involucrarse en actividades religiosas, o trabajar en un movimiento a favor de la vida, o si tiene hijos, convertirse en una súper mamá; por ejemplo la mujer que abortó por no sacrificar una carrera prometedor, hará todo lo posible porque así sea, porque realmente su carrera sea un gran suceso”.
5. *Formación Reactiva*: se busca reprimir en una forma exagerada los sentimientos de culpa y pensamientos relacionados con el aborto, haciendo exactamente lo contrario, como una manera de justificarse el haber abortado, ejemplo, “reclutarse en movimientos feministas o a favor del aborto, tratando de convencer a otros, incluso a ella misma de que su decisión fue la correcta”.

Estos mecanismos, tal como se mencionó al principio, son los más utilizados por las mujeres posaborto aunque no son los únicos. También es importante mencionar que el orden en el que se expusieron no necesariamente es el que manifiestan las mujeres, recordemos que todo ser humano es único e irrepetible y que en este caso dependerá de la necesidad psicológica por la que esté atravesando la mujer el uso de cada mecanismo.

## 2.7 Fundamentación Teórica

El Síndrome Posaborto tiene su origen en el Síndrome de Estrés Postraumático. Tal como lo dice el Dr. Willke: “Para la mayoría de las mujeres, el aborto es una experiencia traumática, tanto física como emocionalmente. Para algunas, el impacto emocional se ha comparado al que se observa entre los veteranos de la guerra de Vietnam, y entre personas que vivieran otras situaciones extremadamente traumáticas. Esta reacción se conoce como el Síndrome de Estrés Postraumático”. (Willke, 2000)

Por su parte, el terapeuta J. Denton Collins citado por Reisser, dice al respecto: “El Síndrome Posaborto es un Estrés Postraumático comúnmente experimentado por mujeres que han tenido uno o más abortos. A través del proceso de negación, la mujer bloquea naturalmente el proceso de aflicción de la muerte de su hijo, y por lo general niega su responsabilidad en el aborto. [...]” (Reisser, T. 1999). La característica esencial de este desorden es el desarrollo de síntomas característicos que siguen a un

evento psicológicamente doloroso que sale del rango de la experiencia humana usual (por ejemplo: fuera del rango de algunas experiencias comunes como la simple aflicción, enfermedad crónica, pérdida en los negocios, conflicto marital). En este caso, el evento traumático es el aborto, que como ya se ha mencionado, es un proceso antinatural en contra del cuerpo de la mujer, y por lo tanto resulta traumático, mucho más si tomamos en cuenta el contexto en el que la mujer toma la decisión, se realiza el aborto y manifiesta el síndrome posaborto. Vemos pues que el SPA es una forma del Estrés Postraumático. Este desorden describe la adaptación disfuncional que una persona experimenta cuando las emociones dolorosas que rodean un evento traumático no han sido procesadas. (Reisser, T. 1999).

A continuación nos basaremos en el breviario del DSM-IV, en la parte donde se hace referencia al Síndrome de Estrés Postraumático, para observar así, las similitudes que tiene con respecto al SPA y así comprenderemos mejor por qué es la base de este padecimiento.

El detonante que produce este síndrome puede ser señalado como doloroso para casi todas las personas y usualmente se experimenta con intenso miedo, terror e impotencia. Los síntomas característicos incluyen la re-experiencia del evento traumático, evitar estímulos asociados con el evento o el entumecimiento de respuestas generales así como el aumento de excitación. El trauma más común implica serias amenazas a la propia vida o a la integridad física, serias amenazas o daño a los propios hijos, esposo, parientes cercanos o amigos; destrucción repentina del propio hogar o de la comunidad; o ver a otra persona que recientemente fue o está lastimada o muerta como resultado de un accidente o violencia física. En algunos casos el trauma puede ser por una seria amenaza o daño que se realizó a un amigo cercano o algún pariente. Ejemplo: que un niño haya sido raptado, torturado o matado.

El trauma se puede experimentar solo (ejemplo: violación o asalto) o en compañía de un grupo de personas (ejemplo: combate militar). El estresor que produce este desorden incluye también desastres naturales (ejemplo: inundaciones, terremotos), desastres por accidentes (ejemplo: accidentes automovilísticos con serios daños físicos, choque de avión, incendios, derrumbes), o desastres causados deliberadamente (ejemplo: tortura), y otros producidos sólo de forma ocasional (ejemplo: desastres naturales o accidentes automovilísticos). Algunas veces hay un componente físico concomitante en el trauma que puede implicar daño directo al

sistema nervioso central (ejemplo: desnutrición, daño cerebral). El desorden es aparentemente más severo y permanente cuando el estresor es de diseño humano.

El evento traumático puede ser experimentado nuevamente de diferentes formas. Comúnmente la persona tiene recuerdos recurrentes del suceso o sueños constantes en donde éste es re-experimentado. En raras ocasiones hay estados disociativos que duran desde unos segundos a varias horas o días durante los cuales los componentes del suceso son re-experimentados en ese momento. Por lo general hay intensa angustia psicológica cuando la persona esté expuesta a acontecimientos que se asemejan en ciertos aspectos al evento traumático o que lo simbolizan como puede ser el aniversario de ese suceso.

Además de la re-experiencia del trauma hay una constante evasión de los estímulos asociados con éste o un entumecimiento general de las responsabilidades que no estaban presentes antes del trauma. La persona comúnmente realiza esfuerzos deliberados para evadir pensamientos o sentimientos acerca del suceso traumático y de las actividades o situaciones que despierten recuerdos del mismo. Esta evasión de los recuerdos del trauma incluye amnesia psicógena de un aspecto importante del evento traumático.

La disminución de las respuestas hacia el mundo exterior, son referidas como “entumecimiento psicológico” o “anestesia emocional” que generalmente aparece inmediatamente después del evento traumático. Una persona puede quejarse de sentirse separada o alejada de otras personas, que él o ella perdieron la habilidad de interesarse en actividades que antes disfrutaban o que la habilidad de sentir emociones de cualquier tipo, especialmente aquellas asociadas con la intimidad, ternura y sexualidad han disminuido considerablemente.

Los síntomas persistentes de un incremento de excitación que no estaban presentes antes del trauma, incluye el quedarse dormido (pesadillas recurrentes durante las cuales el acontecimiento traumático es aliviado, y está, algunas veces, acompañado por perturbaciones en la mitad o al final del sueño), hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Algunos se quejan de dificultad en concentrarse o en terminar tareas. Muchos reportan cambios en la agresión. En casos leves, este cambio puede tomar la forma de irritabilidad con miedo de perder el control. En casos más duros, particularmente en donde el sobreviviente ha cometido actos de violencia (como los veteranos de guerra), el miedo es consciente y la reducida capacidad de modulación puede expresarse en explosiones

impredecibles de comportamiento agresivo o en la inhabilidad de expresar sentimientos de enojo.

Los síntomas característicos del Síndrome de Estrés Postraumático, son generalmente intensificados o precipitados cuando la persona se expone a situaciones o actividades que se asemejen o simbolicen el trauma original (ejemplo: el clima frío y nevado o los guardias uniformados para los sobrevivientes de los campos de concentración en climas fríos: el clima húmedo para los veteranos del Pacífico Sur).

**Características específicas de la edad.** Ocasionalmente, un niño puede quedarse mudo o rehusarse a discutir el trauma, pero no se debe confundir con la inhabilidad de recordar lo que ocurrió. En niños pequeños los sueños angustiantes del evento, pueden, en varias semanas, cambiar en pesadillas generalizadas de monstruos o de rescatar a otros o de amenazas a uno mismo o a otros. Los niños pequeños no tienen el sentido de que ellos están reviviendo el pasado, revivir el trauma ocurre en la acción, a través del juego repetitivo.

La disminución del interés en actividades significantes y en sus afectos, pueden ser difíciles de expresar para los niños y debe ser cuidadosamente evaluado en los informes de los padres, maestros y otros observadores. Un síntoma del Síndrome del Estrés Post-traumático en los niños puede ser un cambio significativo en la orientación con respecto del futuro. Esto incluye en el sentido de un futuro corto, por ejemplo, un niño puede no esperar el tener una carrera o el casarse. También existe la "formación del presagio" que es la creencia en la habilidad de profetizar eventos futuros desfavorables.

Los niños pueden manifestar varios síntomas físicos como dolor de estómago, dolor de cabeza, además de los síntomas específicos que se han tratado anteriormente.

**Rasgos asociados.** Los síntomas de la depresión y ansiedad son comunes y en algunos casos son suficientemente fuertes para diagnosticarlos como un Desorden de Ansiedad o Depresión. El comportamiento impulsivo puede ocurrir como un cambio repentino de residencia, ausencias inexplicables u otros cambios en el estilo de vida. Pueden existir también síntomas de un Desorden Orgánico Mental como falla de memoria, dificultad en concentrarse, cambios emocionales, dolores de cabeza y vértigo. En el caso de un trauma ocasionado por amenazar contra la propia vida dentro de un grupo de personas, los sobrevivientes generalmente describen

sentimientos dolorosos de culpa por haber sobrevivido cuando otros no lo hicieron o bien, acerca de las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir.

**Edad.** El desorden puede ocurrir en cualquier edad, incluso en la niñez

**El curso y los subtipos.** Los síntomas usualmente comienzan de forma inmediata o poco después del trauma. Los síntomas de la re-experiencia pueden desarrollarse después de un período latente de meses o años siguientes al trauma, sin embargo, los síntomas de evasión por lo general se presentan durante este periodo.

**Daños y complicaciones:** Los daños pueden ser tanto leves como severos y afectar casi cada aspecto de la vida. Evasión fóbica de situaciones o actividades que se asemejen o simbolizen el trauma original, puede interferir con las relaciones interpersonales como el matrimonio o la vida en familia. Problemas emocionales, depresión y culpa pueden acabar en comportamientos autodestructivos o en acciones suicidas.

**Factores que predisponen.** Varios estudios indican que las condiciones psicopatológicas preexistentes, predisponen el desarrollo de este desorden. Sin embargo, el desorden puede desarrollarse en personas que no tengan estas condiciones preexistentes, particularmente si el estresor es extremo.

**Diagnóstico diferencial.** Si la ansiedad, la depresión o el Desorden Orgánico Mental se desarrollan después del trauma, los diagnósticos deben realizarse también.

1. La persona ha experimentado un evento que se encuentra fuera del rango de la experiencia humana usual y que puede ser notablemente angustiante para casi cualquier persona, por ejemplo: serias amenazas a la propia vida o a la integridad física, serias amenazas o daño a los propios hijos, esposo, parientes cercanos o amigos; destrucción repentina del propio hogar o de la comunidad; o ver a otra persona que recientemente fue o está lastimada o muerta como resultado de un accidente o violencia física.

2. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en por lo menos una de las siguientes formas:

- Recuerdos dolorosos recurrentes del suceso (en niños pequeños, el juego repetitivo en donde temas o aspectos del trauma son expresados).
- Sueños angustiosos recurrentes del suceso.
- Acciones o sentimientos repentinos como si el suceso traumático se repitiera (incluye un sentido de revivir la experiencia, ilusiones,

alucinaciones y episodios disociativos (flashbacks), aún cuando esto ocurra después de despertar o cuando se está intoxicado.

- Dolor psicológico intenso al exponerse a sucesos que simbolizar o se asemejan en algún aspecto al suceso traumático, incluyendo el aniversario del trauma.

3. Evasión persistente de estímulos asociados con el trauma o el entumecimiento de la respuesta general (no estaba presente antes del trauma), indicado por lo menos con tres de los siguientes:

- Esfuerzos para evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma
- Esfuerzos para evitar actividades o situaciones que despierten recuerdos del trauma
- Inhabilidad para recordar un aspecto importante del trauma (amnesia psicológica)
- Notable disminución del interés en actividades significantes ( en niños pequeños, la pérdida de habilidades recientemente adquiridas como el entrenamiento para ir al baño o habilidades lingüísticas)
- Sentimiento de separación o alejamiento de otros.
- Rango restringido de afecto (ejemplo: no espera tener una carrera, casarse o tener hijos o bien una vida larga)
- Sentido de un futuro corto, ejemplo: no espera tener una carrera casarse o tener hijos o bien una vida larga.

4. Síntomas persistentes de incremento de excitación (no estaban presentes antes del trauma), indicados por lo menos dos de los siguientes:

- Dificultad para dormir
- Irritabilidad o manifestaciones violentas de enojo
- Dificultad para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuesta exagerada de sobresalto
- Reacción psicológica después de exponerse a eventos que simbolizan o asemejan un aspecto del suceso traumático (ejemplo: una mujer que fue violada en un elevador, empieza a sudar cuando entra en un elevador).

5. Duración de la perturbación (síntomas en b, c, y d) por lo menos en un mes.

**Tardanza específica del inicio de los síntomas.** Si el principio de los síntomas fue por lo menos seis meses después del trauma. (DSM-IV Breviario Criterios Diagnósticos)

Una vez revisado el Síndrome de Estrés Postraumático, se explica mejor su relación con el SPA y porque distintos autores, incluyendo esta investigación, se hayan basado en él para realizar la clasificación del SPA. A continuación se detallará la manifestación del SPA, explicando los signos y síntomas que lo conforman.

## 2.8 Manifestación del Síndrome Posaborto. Signos y Síntomas

Existen una serie de signos y síntomas que conforman al SPA. No todas las mujeres los presentan de la misma manera ni en el mismo tiempo, pero si todas las mujeres con abortos provocados manifiestan uno o más de los que se describen a continuación. Comenzaremos definiendo y diferenciando el signo, el síntoma y el síndrome <sup>2</sup>.

Signo: Es una manifestación de enfermedad que puede ser descubierta por otra persona o por el mismo paciente, siendo un rasgo objetivo.

Síntoma: Es toda manifestación de enfermedad y quien lo advierte principalmente es el paciente, siendo un rasgo subjetivo.

Síndrome: Es el conjunto de signos y síntomas relacionados entre sí, que recurrentemente aparecen juntos.

Estos síntomas se encuentran en el formato del DSM-IV en el apéndice; este lenguaje se aproxima a cómo las características del SPA deberán ser descritas a la comunidad profesional. <sup>3</sup>

### Negación

Como se mencionó anteriormente, este es el mecanismo más primitivo del ser humano, esto es porque al sufrir alguna pérdida, cualquiera que ésta sea, lo primero que viene a nuestra mente es negar tal situación, lo hacemos para aminorar el dolor que esta circunstancia nos causa. Alva habla de la negación y dice: "A través del

---

<sup>2</sup> Adaptación para la capacitación de Orientación posaborto realizada por el Instituto I.R.M.A. A.C. Agosto de 2003.

<sup>3</sup> Adaptación ala ponencia de la Lic. Carolina Pavía en México para la capacitación de orientación posaborto del Instituto I.R.M.A. A.C. en Octubre de 2003.

proceso de negación, la mujer se bloquea naturalmente ante el lastimoso proceso de la muerte de su hijo, y rehúsa o niega toda responsabilidad ante el aborto. Esta negación suele ser el factor psicológico más importante dentro del síndrome, es el primer síntoma, pero es muy difícil dar el segundo paso o dar entrada a la manifestación de los demás síntomas, se convierte en un bloqueo, en una barrera para la búsqueda de ayuda, en esta primera etapa, el mal se profundiza porque se vive en la irrealidad. La mujer dirá, por ejemplo: "¡Yo no tengo nada!", "¡me siento perfectamente!", "¡fue la mejor decisión!", "¡fue mentira eso de que el aborto me perjudicaría!", "si me sucediera otra vez, lo volvería a hacer". (Alva, M. 1999, pág. 97)

Vemos pues que la negación juega un papel importante dentro de esta manifestación del SPA, ya que de no dejar a un lado este "bloqueo", la mujer no podrá pasar a la siguiente etapa de la elaboración de su duelo y por lo tanto, su resolución se postergará indefinidamente. Al respecto, Alva menciona: "La negación es parte intrínseca de la experiencia del aborto, hasta que llega el momento en que ocurre una reconciliación total de los sentimientos. La demora sólo significa un potencial mayor de dolor, conflicto y síntomas. La negación se vuelve un estilo de vida en donde la mujer ya no se da cuenta de la causa de sus males, sino sólo recuerda sus síntomas (en el momento que éstos lleguen a presentarse). Piensa que si admite el trastorno que le provocó el aborto, va a tener que enfrentarlo sin la ayuda de sus familiares o amigos que la acompañaron o encauzaron a practicarse el aborto; hacerlo significaría retractarse, rectificar el camino o culparlos por no haberla orientado realmente. Además, hay una profunda convicción de que ya nada tiene solución, entonces, ¿para qué recordarlo? Y buscará a toda costa diferentes formas - consciente o inconscientemente - de negar su aborto". (Alva, M. 1999, págs. 97, 98)

El doctor en psiquiatría Pablo Verdier citado por Alva, afirma que después de la psicoterapia, sus pacientes comentaron que nunca imaginaron el tormento emocional y la cantidad de angustia que inconscientemente negaban. Esta negación es quizá uno de los motivos por los cuales es tan difícil que un médico no informado diagnostique el síndrome posaborto. (Alva, M. 1999, pág. 98)

Hay que recordar que al igual que todos los mecanismos de defensa mencionados anteriormente, la negación se manifiesta de distintas formas, dependerá de la persona y de la situación. Podría darse el caso de una mujer que trate de ocultarse, a ella misma y a los que la rodean, que se siente mal a causa del aborto. Habrá quien "presuma" de haberse practicado varios abortos y no sentir

ningún malestar, y que por el contrario, cada aborto la hace sentir mejor con ella misma, dirá que es "madura" y "responsable" por tomar las decisiones por ella misma. Puede ser también quien diga que no se arrepiente en lo absoluto de lo que hizo, pero tratará de evadir siempre el tema, tratará por todos los medios de evitar conversaciones al respecto.

#### Trastornos Emocionales y/o Afectivos:

- *Culpa*. La culpa es lo que una persona siente cuando él o ella han violado su código moral personal.
- *Ansiedad*. La ansiedad es definida como "un estado de aprehensión desagradable a nivel físico y emocional". Se puede experimentar por cualquiera de lo siguiente:
  - Tensión (inhabilidad para relajarse, irritabilidad.)
  - Respuestas físicas (mareos, fuertes latidos del corazón, malestar estomacal, dolor de cabeza, calambres).
  - Preocupación sobre el futuro
  - Dificultad para concentrarse
  - Desórdenes del sueño

#### Trastornos De Comunicación O Relacionales

- *Entumecimiento Psicológica*. Una persona que ha experimentado una pérdida dolorosa puede desarrollar un instinto de protegerse en contra de futuras situaciones que le traigan mucho dolor nuevamente. Muchas mujeres posaborto, trabajan muy duro para mantener sus emociones en un nivel muy bajo, impidiendo estupendamente, su habilidad para formar y mantener relaciones interpersonales cercanas.
- *Relaciones Interpersonales*. Uno de cada cinco abortos es realizado por mujeres casadas. Variedad de razones:

El matrimonio está en proceso de terminar (un embarazo puede ser el problema)

El embarazo es resultado de una aventura extramarital (especialmente desconcertante si el esposo se hizo la vasectomía)

Mujer mayor (preocupada tanto por su salud y la del bebé, así como del impacto emocional)

Malas noticias de los resultados de la prueba genética.

Un bebé puede interrumpir el curso de una carrera profesional.

La presión del esposo, las razones incluyen la cuestión económica, el miedo de que el bebé acapare la atención de la esposa.

- *Ruptura De Relaciones Sentimentales:* El fracaso del hombre de “proteger el nido”, lleva a una desilusión muy profunda por parte de la mujer. Si la decisión fue tomada en contra del deseo del hombre, él sentirá que fracasó profundamente en la protección de la vida de su hijo y puede incluso cuestionarse su identidad masculina. Además, el aborto al constituir una experiencia de muerte, coloca un estrés increíble en la relación, que trae como consecuencia sentimientos de aislamiento de cada uno teniendo.
- *Problemas De Comunicación:* El hombre es legalmente excluido de la decisión de abortar; frecuentemente pareciera que no tiene el derecho de expresar su deseo de que el embarazo continúe. El resentimiento se desarrolla en ambos lados, especialmente si ella descubre después que él no quería que el aborto se llevara a cabo. Los hombres pueden no entender que la mujer establece un lazo emocional en las primeras etapas del embarazo; al expresar alivio después de haber abortado puede ser malinterpretado de parte de ellos.

Pared de protección (entumecimiento emocional) puede impedir la habilidad de ser vulnerable con la pareja.

La pareja es forzada a llorar la pérdida sin el reconocimiento social por ella.

- *Amenazas A La Estructura Familiar:* El sentido del “nosotros” se destruye por el derecho legal que tiene la mujer para tomar una decisión de muerte, de forma autónoma.

La decisión de abortar puede cortar profundamente la definición tradicional de lo que es una mujer (la habilidad de criar un niño, la habilidad de sobreponerse y sobrevivir a las circunstancias abrumadoras).

Para el hombre, la pérdida de la identidad masculina como un “padre-protector”; sentimientos de castración.

#### **Trastornos En La Alimentación:**

El considerable aumento o pérdida de peso se asocia con el deseo de no ser atractiva tal vez inconscientemente reduciendo la probabilidad de quedar nuevamente embarazada o puede verlo como una muerte lenta al privarse de la ingesta alimenticia. Probablemente pretenda llenar el vacío que le dejó su bebé por medio de la comida.

## Trastornos Neurovegetativos O Psicósomáticos

Las mujeres con SPA al no expresar sus sentimientos y/o pensamientos pueden ser manifestados por medio del cuerpo, es decir, presentando malestares estomacales o dolores de cabeza o mareos o gripes o alergias o cualquier otro tipo de enfermedad.

## Trastornos En La Esfera Sexual

La mujer posaborto, puede establecer relaciones abusivas, caer en la promiscuidad, experimentar frigidez o la pérdida del deseo sexual.

El deseo sexual femenino es reducido drásticamente después de un aborto (la recuperación física, el miedo de quedar embarazada otra vez, los sentimientos negativos hacia la pareja debido a la enfermiza resolución de la decisión de abortar).

En algunos casos el deterioro de la auto-estima puede provocar una búsqueda compulsiva de encuentros sexuales como un medio de reforzar el ego.

El hombre frecuentemente presiona para reanudar las relaciones sexuales inmediatamente después del procedimiento para así confirmar que su pareja todavía lo ama y tal vez para asegurarse a sí mismo que su masculinidad está intacta. La resistencia a su proposición puede traer como consecuencia sentimientos futuros de castración y fracaso.

## Trastornos Del Sueño

Las mujeres posaborto pueden presentar sueños recurrentes de bebés en peligro o llenos de sangre o tener pesadillas. Además de presentar insomnio o dormir demasiado.

## Trastornos De Tipo Obsesivo

*Comportamientos Evasivos:* El instinto humano evita aquello que ha sido experimentado como desagradable. La mujer post-aborto, por lo general, evitará situaciones u objetos que le recuerden su embarazo o los niños, por ejemplo, rehusará invitaciones a baby showers, cambiará el canal cuando aparezca un comercial de pañales.

*Re-experimentación:* Se puede experimentar "flashbacks" dolorosos del aborto causado por detonadores ambientales (aspiradora, comerciales de bebés). Las pesadillas recurrentes sobre bebés son muy comunes, incluyendo temas como la pérdida, el desmembramiento o llanto de bebés.

*Sentimientos De Culpa:* En el intento de aminorar el sentimiento de culpa por ser la "sobreviviente" en la decisión de abortar, la mujer entra en una "forma de compensación" intensa e irreal por la cual intenta enmendar su elección egoísta.

### **Trastornos de Tipo Depresivo:**

Pérdida de interés por las cosas de la vida, tristeza, humor disfórico, depresión, crisis de llanto, angustia existencial, ideas o intentos suicidas.

### **Trastornos Típicos:**

*Problemas De Fertilidad Y Lazos Familiares:* Preocupación de quedar nuevamente embarazada: un porcentaje considerable de mujeres posaborto, se embarazan después de un año de haber abortado.

Ansiedad sobre la fertilidad y el dar a luz a un hijo. Algunas mujeres post-aborto, han escuchado correctamente que el aborto aumenta el riesgo de futuros abortos espontáneos. Los cristianos pueden sentir miedo de anomalías fetales, de que el bebé nazca muerto o de un aborto espontáneo como un castigo de Dios por haber abortado.

La interrupción de los lazos con los niños presentes y/o futuros: Puede no permitirse a sí misma relacionarse adecuadamente con otro bebé en el útero por el miedo a perderlo. O puede convertirse en la "mamá más perfecta del mundo". O puede empezar a ver a sus hijos bajo una perspectiva diferente, y de forma inconsciente "devaluarlos". O bien se puede convertir en sobreprotectora y estar obsesivamente involucrada con sus hijos.

*Reacción De Aniversario:* Un incremento de los síntomas alrededor de la fecha de aniversario del aborto y /o de lo que pudo haber sido la fecha de nacimiento del bebé abortado.

*Pensamientos Suicidas:* Una mujer posaborto puede experimentar pensamientos de muerte constantes y/o presentar una depresión severa además de lo siguiente:

Tristeza

Episodios de llanto, repentinos e incontrolables.

Autoestima baja

Reducción de la motivación.

Ruptura o separación de las relaciones interpersonales.

Pensamientos de suicidio.

### **Comportamientos Auto-Destructivos:**

*Abuso de drogas o de alcohol.* Por lo general comienza como una forma de auto-medicación, una manera de hacer frente a la angustia mental de los recuerdos del aborto.

Puede descuidar los aspectos de la salud en ella misma o en los demás o sentir el deseo de herirse físicamente.

Concluiremos este capítulo diciendo que el Síndrome Posaborto tiene su origen en los mecanismos de defensa que utiliza la mujer, su base y su justificación teórica en el Síndrome de Estrés Postraumático y que está conformado por una serie de signos y síntomas que dificultan o postergan la elaboración del duelo en la mujer. Por esta razón la manifestación de éstos constituye uno de los elementos más importantes en el presente estudio, al igual que el tiempo que las mujeres tardan en elaborar su duelo por el aborto, este último conforma el tema a tratar en el siguiente capítulo.

## CAPITULO III. El Duelo por Aborto

### 3.1 Definiciones

Desde el momento de nacer, hasta el momento de morir, el ser humano experimenta pérdidas constantes. Será inevitable ante estas situaciones, atravesar por un proceso de duelo.

Como se menciona, para que haya una elaboración de duelo, debe existir, primeramente una pérdida. Es por esta razón que comenzaremos este capítulo definiendo las pérdidas y su clasificación.

Generalmente cuando escuchamos hablar de las pérdidas, creemos que se habla de la muerte exclusivamente, y dejamos de lado el resto de pérdidas por las que atravesamos a lo largo de nuestra vida. Se nos olvida que desde el momento en que nacemos, estamos perdiendo algo, un lugar que nos pertenecía y al que pertenecíamos, el vientre materno. Desde ese momento, el ser humano tiene que atravesar por un proceso de duelo, que quiere decir que se tiene que adaptar a lo nuevo a lo desconocido y así aprender a vivir sin lo que se dejó atrás, sin lo que perdió. La autora Dora Kweller menciona que “[...] la angustia del nacimiento, cuando se deja el vientre materno (que contiene alimento y protege) y se comienza a vivir un espacio lleno de estímulos externos e internos que el nuevo ser debe enfrentar. El nacimiento es el “primer abandono” de la madre, que al expulsar al bebé de su cuerpo, lo priva de la satisfacción constante del calor, del placer, de la protección y del alimento. [...]”. (Kweller, D. 2005, p.22). Lo anterior confirma que una vez que nacemos, comenzamos a experimentar pérdidas y el ser humano tendrá que elaborar un duelo para superarlas y seguir adelante.

En el momento en que la persona experimente alguna pérdida, el dolor y sufrimiento serán inevitables. Las pérdidas y el dolor van de la mano, no existe la pérdida sin el dolor. Por lo tanto, en toda pérdida se tendrá que sufrir, para después “adaptarse” a la vida sin lo que se perdió. Esta adaptación será un proceso doloroso, un proceso de duelo. La psicoterapeuta Teri Reisser menciona que “El dolor es un proceso de sufrimiento emocional generalmente causado por la pérdida de algo o alguien muy importante para nosotros. La aflicción, la tristeza, la pena, el desprendimiento, el remordimiento y la falta de esperanza son parte del duelo”. (Reisser, T.1989)

No todas las personas experimentamos las pérdidas de la misma manera. Esto debido a la individualidad de cada uno de nosotros. Al ser únicos e irrepetibles, el ser humano, ante un mismo estímulo, reaccionara de modo diferente y la experiencia tendrá un significado distinto para cada uno. La historia de vida será un factor importante en esta distinción. Tal como dice Nancy O'Connor en su libro Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo, "Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc., y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción". (O'Connor, N. 2003, p. 23).

En el caso del aborto, también existe una pérdida, la pérdida de un hijo. Por lo tanto, la mujer y todas las personas involucradas en el aborto, sentirán dolor ante dicha pérdida y tendrán que elaborar su duelo. Al respecto Carolina Pavía dice que resulta más fácil resolver el duelo si el niño es bienvenido o aceptado, no así cuando es rechazado. Esto cobra importancia frente al aborto, pues a pesar de haber rechazado al niño el vínculo ya se entabló y es necesario elaborar el duelo correspondiente. Y cita a Ney diciendo: "La falta de aceptación del bebé no impide que el vínculo se desarrolle. [...] Debido a que es imposible evitar el vínculo con el bebé no nacido, tampoco es evitable penar la pérdida del bebé cuando muere" (Pavía, C. ISTMO pág. 251)

Para definir la pérdida, me basaré en distintos autores. Primeramente, Neimeyer (2002), define a la pérdida como el quedar privado de algo que se ha tenido, fracasar en el mantenimiento de una cosa que nosotros valoramos. Para Harvey y Weber (1998), las pérdidas son cualquier disminución de los recursos de una persona, ya sean personales, materiales o simbólicos, a los cuales la persona se encontraba emocionalmente vinculada. Sluzki (1991), define a la pérdida de manera más poética como la sombra de toda posesión. En cualquiera de las definiciones anteriores podemos observar que los autores consideran que después de una pérdida existirá inminentemente un sentimiento de dolor., el cual, de no ser trabajado adecuadamente, prevalecerá de modo permanente y crónico en la persona que sufra la pérdida.

Todos aquellos objetos, procesos o personas que perdemos y que considerábamos como “nuestros”, son pérdidas. Es decir, las posesiones a la larga serán una pérdida. Con lo anterior, se hace patente el sentido de “impermanencia” de aquello que es considerado como posesión. (Poch, C. 2003)

Nancy O’connor define a la pérdida de alguien como “una herida” dice que “al igual que en el caso de una lesión, enfermedad o herida física, se debe de dar tiempo para sanar ese mal”. (2003, p. 23)

El psiquiatra George Engel planteó en un ensayo publicado en Psychosomatic Medicine que la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano físico. Argumenta que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesitará un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón Engel ve al proceso de duelo como un proceso de curación. (cit. en Worden, W. 1997, p.26)

William Worden realiza la siguiente pregunta ¿Es necesario elaborar un duelo?, a lo que responde ¡Sí! “Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio y para completar el proceso de duelo”. (1997, p.26). Las “tareas” mencionadas por este autor se desarrollarán mas adelante, al igual que revisaremos otras propuestas de elaboración de duelo planteadas por diversos autores.

Por otro lado, existen pérdidas que lejos de dañar al ser humano, mejoran su calidad de vida. Aunque esto no quiere decir que no les corresponda un sufrimiento, un dolor. “Que el presente sea mejor que le pasado no quiere decir que yo no tenga que elaborar el duelo (Bucay, J. Pág. 27). Aún cuando la pérdida resulte para beneficio de quien la experimenta, se requerirá de la elaboración de su respectivo duelo. Dentro de éstas pérdidas beneficiarias encontramos los cambios de domicilio, de estatus, de estado civil, de posición laboral, de escuela, de rol.

Ya se revisaron distintas opiniones acerca de lo que es una pérdida, y si lo aterrizamos al aborto, la pérdida del bebé trae como consecuencia una elaboración de duelo por parte de quien experimente la pérdida, con esto quiero decir que no sólo le corresponde a la mujer por ser ella quien lo vive, sino que también las personas que

estuvieron involucradas en el aborto, tendrán sentimientos que resolver, un duelo que elaborar.

Por todo lo anteriormente revisado, podemos decir que no sólo existe un tipo de pérdida, por lo que a continuación se profundizará en su clasificación.

### 3.2 Clasificación de las Pérdidas

*“Hay que aprender a recorrer este camino,  
que es el camino de las pérdidas, hay que aprender  
a sanar estas heridas que se producen cuando algo cambia,  
cuando el otro parte, cuando la situación se acaba,  
cuando ya no tengo aquello que tenía o creía que tenía [...]”*

*Jorge Bucay*

Como se mencionó anteriormente, existen diversas pérdidas a lo largo de la vida, aunque la muerte y la separación son consideradas como las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona. (O'Connor, N. 2003)

De hecho la muerte es considerada por diversos tanatólogos como “La Pérdida de Pérdidas”, siendo la más complicada en cuanto a la elaboración de duelo se refiere y la que generalmente se dificulta más para los seres humanos. (Diplomado en Tanatología 2004)

Nancy O'Connor considera que la pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo. (O'Connor, 2003). Se dice que cuando muere una persona que ha sido significativa para nosotros, nos afecta de tal manera que la sana elaboración de nuestro proceso de duelo, resulta a veces muy compleja; aunque pocas veces nos detenemos a pensar que pasaría si esa persona que muriese fuera yo. Cuando perdemos un ser querido se pierde también la relación que manteníamos con él, y por lo tanto deja un vacío imposible de llenar en nuestras vidas. Pero ¿Qué pasa cuando el que muere soy yo? Cuando morimos nosotros mismos no sólo se pierde la vida, sino todo lo que se deja en ella. Siendo así la pérdida más importante que tendremos a lo largo de nuestra vida.

Otro tipo de pérdida manejada por O'Connor es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio y abandono. Dentro de esta clasificación, estarían los accidentes, los ultrajes y los asaltos. (O'Connor, 2003). Observamos que éste pareciera un tipo de pérdida menos dolorosa que nuestra propia muerte. En este tipo de situaciones se requerirá la elaboración de duelo, ya que a pesar de que no en todas se encuentra presente la muerte, si existe una modificación en nuestro yo, es decir, el yo que tenemos después de alguna pérdida significativa, tendrá que readaptarse y reestructurarse. Por ejemplo, cuando sufrimos un accidente en el que perdemos algún miembro de nuestro cuerpo, nuestro estilo de vida tendrá que modificarse a través de la elaboración de duelo que nos otorgará la aceptación de mi nuevo cuerpo, de mi nuevo yo. El cuerpo con el que nacemos dejará de ser el mismo para convertirse en el cuerpo que nos dejó el accidente.

En el tercer tipo de pérdidas, la autora menciona que se requiere de ajustes a nuevas formas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida. Dentro de este tercer tipo encontramos los que llamamos anteriormente procesos. Se refiere a los cambios que sufrimos a través de la vida. Uno de los más significativos sería el paso de la infancia a la adolescencia, o de la madurez a la vejez, ya que se requerirá de una elaboración adecuada del duelo para una adaptación adecuada a la siguiente etapa del desarrollo. De otra manera, se experimentará con diversas dificultades y con desagrado por el avance que va teniendo nuestra vida y se deseará "quedarse" en la etapa anterior, provocando así el estancamiento del duelo y por lo tanto una mala elaboración del mismo.

En la cuarta área encontramos la pérdida de objetos importantes, como el dinero, la esperanza, las aspiraciones, los cambios en el medio social. En este caso la elaboración de duelo estaría íntimamente relacionada con la importancia que tengan dichos objetos para nosotros. Existirá una correspondencia entre dolor y significado, es decir, que a mayor significado mayor será el dolor que sentiremos por la pérdida y viceversa. "Cada pérdida nos causa dolor, y éste es mayor o menor en proporción a la severidad de la pérdida" (O'Connor, N. 2003. pág. 155). El dolor o sufrimiento que nos provoque la pérdida, estará relacionada con cuatro factores principalmente:

1. Grado de Liga Emocional
2. Tipo de Pérdida

3. Personalidad. Manejo de Pérdidas Anteriores
4. Circunstancias y Conocimiento Previo de la Pérdida (O'Connor, 2003)
1. Grado De Liga Emocional. Este factor tiene que ver con la dependencia emocional que tengamos con el objeto, proceso o persona que perdemos. "Cada pérdida significativa es como si perdiéramos una parte de nosotros mismos en la muerte. [...] el temor que producen las pérdidas se origina, al menos inconscientemente, por la amenaza que representa para nuestra sobrevivencia. (O'Connor, N. 2003. pág. 156).
2. Tipo De Pérdida. En este caso se refiere a lo que perdimos, si fue un objeto, un proceso o una persona. Como ya se ha explicado, en el caso de que la pérdida sea de una persona significativa, el efecto que tendrá sobre nosotros será mayor que si la pérdida es de algún objeto, por valioso que este resulte para nosotros. Generalmente depositamos emociones en los objetos que poseemos. Si perdemos alguno que sea "de un gran valor sentimental", la pérdida se considerará como insustituible, aunque materialmente pueda ser remplazado, debido a la liga emocional que existía.
3. Personalidad Y Pérdidas Anteriores. Este factor se refiere a la forma en que hemos manejado las pérdidas que hemos tenido en la vida. Como se explicó anteriormente, desde el momento del nacimiento, todos los seres humanos experimentamos pérdidas, y la manera en la que manejemos la primera de ellas, será como enfrentemos las demás. Los mecanismos de defensa jugarán un papel fundamental en este factor, ya que la negación y la evasión son principalmente, los factores que influyen para la elaboración patológica de los duelos por lo tanto la no aceptación de la pérdida. "Casi todos los seres humanos ofrecen cierta resistencia al dolor que producen las pérdidas en sus vidas. Todos desearíamos que desaparecieran el malestar y la pena, y la vida volviera a la normalidad (O'Connor, N. 2003. pág. 158). Lo único que conseguiremos con la postergación de los duelos es la magnificación de nuestros sentimientos en el momento en que se presente la siguiente pérdida. Lo aconsejable sería enfrentar el sufrimiento causado por cada pérdida que se presenta a lo largo de nuestra vida en el justo momento en el que suceda. De este modo no acumularemos dolores y seremos

capaces de enfrentar con seguridad la siguiente pérdida, elaborando así de forma sana nuestro duelo.

4. **Circunstancias Y Conocimiento Previo.** Se refiere a lo que sabemos acerca de la pérdida que se avecina. Es un periodo de preparación ante la pérdida inevitable, en éste se tiene la oportunidad de prepararse para el cambio, para la adaptación y para elaborar el duelo anticipadamente. En el caso de muerte por enfermedad crónica, las personas tienen la oportunidad de prepararse para la muerte del ser querido anticipándose así a su dolor, lo que facilitará su elaboración sana del duelo. En el caso de las separaciones o divorcios, se maneja de la misma manera, siendo que mientras se lleva a cabo el divorcio o la separación, tienes un periodo de "ensayo" de pérdida, en el que te podrás preparar para cuando ésta llegue. Aunque no significa que este ensayo te otorgará "inmunidad" en el momento en que la muerte suceda, solo disminuirá el dolor, pero la etapa de negación o shock será inevitable en el momento de muerte del ser querido.

Revisaremos ahora otro autor y su clasificación de pérdidas, Jorge Bucay (2002), clasifica a las pérdidas de la siguiente manera:

1. **Pérdidas Inevitables.** Son las pérdidas por las que atravesamos a lo largo de nuestra vida. Por ejemplo, la pérdida de ilusiones, esperanzas, sueños, seguridad, juventud. Son las pérdidas que nos ayudarán a crecer, a madurar según se vayan presentando. Son hechos por los que todo ser humano atravesará irremediablemente, pero que a larga le proporcionará identidad de acuerdo a la manera en que sean enfrentadas. "Somos quienes somos gracias a todo lo perdido y a cómo nos hemos conducido frente a esas pérdidas" (Bucay, J. 2002. pág. 31).
2. **Pérdidas Grandes Y Pequeñas Pérdidas.** Se refiere a que toda pérdida requiere una elaboración. Todas las pérdidas que se tengan a través de la vida, requerirán de un trabajo del dolor, sin importar que tipo de pérdida sea. Sin embargo, dependerá del tamaño de la pérdida, el dolor y por lo tanto el trabajo que ésta implique. En esta clasificación se incluye la propia muerte, que será la pérdida más grande, como ya se ha mencionado, y que demandará un mayor trabajo tan sólo el imaginarlo. Pero se debe aceptar que tarde o temprano llegará el momento en que se deje todo lo que se conoce y que ese momento será

inevitable. Se morirá irremediabilmente. Mientras más se abandone esta idea, esta realidad, más pesado será el trabajo que se hará en el momento en el que se suscite la muerte y se crearán falsas expectativas de la existencia, generándose en la mente una falsa inmortalidad. “[...] si yo muriera antes de que me dejen y no quiero aceptar que de todas maneras todo seguirá sin mí, deberé admitir que seré yo el que abandona y será innoble no estar alerta, para no retener, para no atrapar, para no apagar, para no encerrar, para no inventar falsas eternidades incumplibles” (Bucay, J. 2002. pág. 48).

Comparando las clasificaciones propuestas por los autores anteriores, encontramos que ambas coinciden en que la pérdida mayor por la que atraviesa el ser humano es la de él mismo, aunque regularmente, de eso no somos capaces de darnos cuenta. Lo que hacemos es negarnos a la idea de morir, pensamos que de alguna manera somos diferentes a los que mueren y vemos a la muerte como un acontecimiento lejano, en la vejez por ejemplo, creemos que moriremos cuando lo deseemos, después y sólo después de haber realizado y cumplido nuestros sueños, después de haber alcanzado nuestras metas, después de haber vivido plenamente; dejando de lado una muerte súbita, repentina, que nos arrebate todo lo que conocemos y poseemos. Los seres humanos vivimos en una inmortalidad diseñada para evitar el sufrimiento a toda costa, una inmortalidad que nos inmuniza de cualquier dolor, que nos niega la oportunidad de madurar y de crecer.

Otra clasificación de las pérdidas propuesta por el Dr. Jose Manuel Manzano (2004) es la siguiente:

1. Pérdidas Oportunas. Éstas se refieren a cuando la pérdida llega en el “momento justo”. Consideramos que era un buen momento para que ocurriera, cuando la calidad de vida va más allá de lo que podemos admitir. En las enfermedades crónico degenerativas, el desarrollo de la enfermedad disminuirá la calidad de vida de la persona que la padece, por lo que la muerte se considera como la mejor opción.
2. Pérdidas Inoportunas. Son las que consideramos llegan en mal momento. Son repentinas, inesperadas y rompen con algo ya establecido. Un divorcio, por ejemplo, cuando lo que teníamos pensado en el momento de contraer

matrimonio era estar juntos “para toda la vida”. En estos casos, la pérdida demandará un mayor trabajo por parte de la persona que la padece.

3. Pérdidas Inadmisibles. Son las pérdidas que sufrimos a causa de terceros. Por ejemplo, cuando un ser querido se quita la vida, resulta inadmisibile que tengamos que sufrir por su causa. En este tipo de pérdidas los mecanismos de negación y evasión, son vitales, ya que dependerá de su duración el tiempo que tardemos en enfrentar el dolor y sufrimiento ante la pérdida. Una negligencia médica o un accidente fatal, pertenecen a esta clasificación. (Diplomado de tanatología, 2004).

Por último revisaremos la clasificación propuesta por la autora Theresa Rando (1993).

1. Pérdidas Físicas. Dentro de éstas se consideran la pérdida de algún miembro del cuerpo, o de algún objeto valioso para la persona. Son las pérdidas tangibles. Estas pérdidas son fáciles de entender para las personas que no las viven ya que resultan mucho más fáciles de comprender cuando ellos también son partícipes, aunque de forma indirecta, de la pérdida.
2. Pérdidas Psicológicas O Simbólicas. Es decir, la pérdida de algo que idealizamos, como los sueños, las esperanzas, las metas, las relaciones. Son pérdidas de naturaleza psicosocial o intangibles. En este tipo de pérdidas, resulta mucho menor la comprensión por parte de personas ajenas a la pérdida. Incluso muchas veces ni el mismo doliente es capaz de darse cuenta de la pérdida sufrida, por lo que la elaboración de duelo resultará compleja.

Es importante señalar que se pueden combinar las pérdidas, es decir, una pérdida puede traer a colación otra pérdida. Una pérdida física puede consecuentar una pérdida psicológica y viceversa.

Como vemos las pérdidas son muchas y constantes, por lo que el ser humano continuamente se encuentra en proceso de duelo. Para lo anterior se requerirá de una sana elaboración de cada uno de los procesos, para continuar el siguiente y así ir avanzando en el camino de la vida. De otra manera, la acumulación de duelos, resultará un obstáculo importante y paralizante para la persona doliente, postergándose su recuperación y pronta rehabilitación.

Como podemos observar, todos los autores revisados coinciden en que después de una pérdida, necesariamente se tendrá que elaborar un duelo para la pronta recuperación de la persona y sanación de la herida, además que la pérdida de los seres queridos resultan las más complicadas y que dependerá de diversos factores su pronta resolución y sanación. Por lo que en el aborto, al tratarse de la pérdida de un hijo, se puede observar tanto a nivel físico como psicológico, siendo así un duelo difícil de enfrentar y por lo tanto una elaboración compleja del duelo. Retomando la clasificación hecha por la autora Theresa Rando (1993) y enfocándola al aborto, la pérdida en este caso sería tanto a nivel físico como psicológico, ya que en el plano físico se pierde la maternidad, los cambios corporales que causa, los hormonales que provoca, los psicológicos que desencadena, en fin se pierde todo este proceso para el que el cuerpo de la mujer, se supone preparado. Y en el plano psicológico o simbólico, la pérdida del bebé es algo que solo la madre, la mayoría de las veces, puede entender, ya que nadie se percató del embarazo por lo que no existirá el apoyo social para la pronta elaboración del duelo, este será un factor determinante en el camino hacia la sana o patológica elaboración del mismo. Se profundizará en este tema más adelante.

### 3.3 Definición De Duelo

Considerando que el duelo es un proceso complejo, resulta complicado establecer una sola definición por lo que se presentan a continuación algunas propuestas realizadas por diversos autores.

Comencemos con la definición etimológica de duelo que significa “dolor” y también “desafío o combate entre dos”, ambas definiciones se aplican tanto al dolor que la misma pérdida implica, como al proceso de recuperación o readaptación a la nueva realidad, la realidad sin la persona u objeto que perdimos.

Revisemos ahora a Ney, quien postula: “Toda separación humana requiere de un duelo. Si no lo elaboran, comenzarán a desarrollar síntomas que surgen de un duelo parcial o patológico. Toda pérdida debe ser elaborada en algún momento; cuanto más ambivalente sea el vínculo, más difícil será su elaboración. La negación no es efectiva por mucho tiempo. Las defensas de aislamiento y distracción no perduran definitivamente”. (Ney, 1997, pág. 149).

Por su parte, Nancy O'Connor define al duelo como la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional. [...] (O'Connor, 2003, p. 155)

Theresa Rando dice que el duelo no es un estado, sino el proceso de experimentar reacciones psicológicas, sociales y físicas ante la percepción de una pérdida. (Rando, cit. Poch 2003, p. 61)

Para Olga Herrero y Concepción Poch el duelo es una reacción natural, normal y esperable cuando se produce una pérdida. El duelo no es, en ningún sentido, una enfermedad. (Poch y Herrero, 2003, p. 62).

El Dr. Marcos Gómez Sancho describe al duelo como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. También, como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (Gómez, S. 2004)

Vemos que J. William Worden ve al duelo como un proceso de adaptación a la pérdida que implica cuatro tareas básicas: Aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. (Worden, 1997, p. 27-36). Estas tareas se explicarán más adelante.

El psiquiatra George Engel plantea que la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano fisiológico. Argumenta que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo se necesita un periodo de tiempo para el que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Engel ve el proceso de duelo similar al proceso de curación. (cit. Worden, W. 1997, p. 26).

El autor Jorge Bucay plantea que "El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad. Elaborar el duelo significa

ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia". (2002, p. 85)

La Psicóloga Isa Fonnegra dice que "el duelo comprende todos los sentimientos y las cosas raras que sentimos después de que alguien muy importante para nosotros ha muerto. La persona puede sentirse enojada, triste, sola, asustada, con remordimiento o avergonzada, y todo ello es normal". (2001, p. 248)

La Dra. Kübler Ross, que ha trabajado durante más de veinticinco años tanto con enfermos terminales, como con personas en duelo después de una experiencia de pérdida de un ser querido. Inicialmente desarrolló su modelo de fases basándose en la práctica clínica con personas que sufrían una enfermedad terminal. Posteriormente su modelo se amplió a personas que estaban elaborando procesos de duelo y se aplicó a las mismas como forma de explicar lo que sucede detrás de una pérdida. (cit. en Poch, 2003, p. 72). Las fases o etapas son cinco: 1.-negación y aislamiento, 2.-ira o enojo, 3.-pacto o negociación, 4.-depresión y 5.-aceptación. Dichas etapas son las que se adaptarán más adelante para las mujeres posaborto, por lo tanto se desarrollarán en el apartado correspondiente.

Una vez expuestas las diversas definiciones de duelo que existen, se observa que en todas ellas prevalece un común denominador, el proceso. Todos los autores coinciden en que el duelo es un proceso natural que sigue a una pérdida. También todos mencionan que para lograr una sana elaboración del duelo, es necesario realizar una serie de tareas, o pasar por distintas etapas, que nos ayudarán a la aceptación y superación de la pérdida que vivimos. Aunque la clave es el proceso, no todos son iguales, ni todas las personas los experimentamos de la misma manera, por lo que existen diversas teorías acerca de su elaboración. Podemos concluir diciendo que lo que sigue después del aborto es el proceso de elaboración de un duelo por la pérdida vivida, el que sea sano o patológico dependerá de muchos factores, los que se desarrollarán a continuación.

### 3.4 Clasificación De Duelo

Existen diversos autores que hablan de la existencia de un duelo sano y uno patológico, la diferencia, en general, radica en el tiempo que tarde la persona en

resolverlo, además de sus experiencias de vida, el contexto en el que se realizó la pérdida, la edad, su estructura de personalidad, algunos incluso consideran el género, y para tener una mejor idea de la diferencia entre ambos, revisaremos algunos de los autores.

Recordemos que el duelo se experimenta por pérdidas que manifiesta objetivamente, no parece ser de tanta magnitud, aunque la persona puede reaccionar con angustia o depresión frente a una fuerte separación, o ante la pérdida de un objeto o recuerdo que contenga algo emocionalmente muy valorado, como puede ser en este caso, la experiencia de abortar, y lo que ello significa, de tal manera queda claro lo expuesto por Freud cuando dice que el duelo consiste esencialmente en una reacción experimentada frente a la muerte o frente a la pérdida de un ser querido o de una abstracción equivalente. (Grinberg, 1983)

Etimológicamente, como ya vimos, duelo significa “dolor” y también “desafío o combate entre dos”, ambas definiciones se aplican tanto al dolor que la misma pérdida implica, como al proceso de recuperación o readaptación a la nueva realidad, la realidad sin la persona u objeto que perdimos. Esto último, requiere de un combate que la persona tiene que “ganar” en contra del dolor y sufrimiento provocado por la pérdida, para llegar a la elaboración de sana del duelo, de no ser así el duelo se prolongará y se consideraría patológico. Por otra parte, podemos encontrar personas que no lleven este proceso tan dolorosamente, al menos en apariencia, es decir, no manifiestan sentimientos dolorosos posteriores a la pérdida, por lo que su elaboración de duelo podría verse postergada, pero tendrá que realizarse inevitablemente, recordemos que “duelo que no es vivido es postergado” (Manzano, J. 2004), tomemos en cuenta también que la falta de aflicción consciente puede ser considerada como una extensión patológica prolongada de un duelo pendiente por resolver. (Grinberg, 1983)

Resulta difícil establecer una definición precisa de lo que es un duelo patológico, por lo que nos basaremos en la definición propuesta por William Worden, él dice que para la resolución de dicho duelo, hay que ofrecerle a la persona una Terapia en Procesos de Duelo, la cual tiene como finalidad identificar y resolver conflictos de separación que imposibilitan la realización de las etapas correspondientes en personas cuyo duelo no aparece, se retrasa, es excesivo o prolongado. (Worden, 1997) El duelo patológico se presenta por alguna de estas causas:

*Duelo prolongado:* las personas que lo experimentan, son plenamente conscientes de que no están llegando a una resolución adecuada del duelo, pues la pérdida se ha producido hace ya varios meses o años. La razón que hay detrás de este tipo de duelo es un conflicto de separación que impide completar una de las etapas o fases del duelo. Debido a que estas personas son conscientes de que hay un problema, generalmente vienen por decisión propia. Gran parte de la terapia implica averiguar cuál de las etapas no se ha realizado todavía y cuales son los impedimentos para completarla, y avanzar en este asunto.

*Duelo enmascarado o con síntomas somáticos o conductuales:* en éste, los pacientes no son conscientes de que el duelo no resuelto es la razón que hay detrás de los síntomas. Sin embargo, un diagnóstico periférico, revela que la causa es el duelo no elaborado de una pérdida anterior. La gente experimenta este tipo de duelo porque, en el momento de la pérdida, no se produjo o se inhibió su expresión. Por consiguiente no se completó y esto produjo complicaciones que emergieron mas tarde como síntomas somáticos o conductuales.

*Duelo exagerado:* las personas que entran dentro de éste, son las que padecen una depresión o ansiedad excesiva, o alguna otra característica asociada con la conducta normal del duelo, pero manifestada de una manera exagerada, de modo que se les puede definir como disfuncionales y se les puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico. (Worden, 1997)

Curiosamente, en el aborto provocado, estas tres clasificaciones del duelo patológico propuestas por el autor, se presentan en las mujeres. Tal vez no en todas, ni al mismo tiempo, pero la mayoría manifiesta alguna reacción psicósomática después del aborto (enmascarado), depresiones leves o severas (exagerado), o piden ayuda y acuden a la orientación meses o años después de haberse practicado el aborto (prolongado). Es por esto, que se considera al aborto provocado como un duelo patológico, por cumplir con estas características.

Por su parte, Jorge Bucay (2002), señala que las circunstancias de la muerte y las que rodean a la persona que sufre la pérdida son factores que predisponen la intensidad, la duración y la manifestación e intensidad de respuestas dolorosas. Dice también que cuanto más rápida, imprevista y traumática sea la pérdida, será mucho mayor el impacto emocional que tenga la persona. (Bucay, 2002)

Bucay menciona también que “Hay diez factores que intervienen a la hora del duelo. El grado de presencia o ausencia de ellos puede hacer el proceso de elaboración sea más fácil o más difícil”. (Bucay, 2002, págs. 152, 153.)

1. Calidad de la relación con la persona (Íntima o distante. Asuntos inconclusos)
2. Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible)
3. Personalidad de uno (temperamento, historia, conflictos personales)
4. Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer.
5. Disponibilidad o no de apoyo social y familiar.
6. Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades).
7. Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo)
8. Edades extremas en el que pena (muy viejo o muy joven).
9. Pérdidas múltiples o acumuladas (perder varios seres queridos al mismo tiempo).
10. Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal. (Bucay, 2002, págs. 152, 153.)

Con respecto a lo expuesto por el autor, en el caso del aborto se cumplen con varios de estos factores, lo que dificulta o entorpece la sana elaboración de duelo por aborto, este tema se retomará y desarrollará en el siguiente apartado.

La sana o patológica elaboración de duelo es independiente de la relación previa frente a la pérdida, y aunque ésta haya sido una relación positiva, puede aparecer un duelo patológico. En el caso del aborto como ya se dijo, el vínculo entre la madre y el hijo ya se había establecido, aunque éste último ni siquiera haya nacido, es por eso que la pérdida existe y el duelo tendrá que existir también.

### 3.5 Etapas O Fases Del Duelo

Como se ha venido mencionando a lo largo de este capítulo, una vez sufrida la pérdida de un ser querido u objeto con gran valor emocional, inevitablemente requerirá de la elaboración del proceso de duelo. Ahora bien, para llegar a la sana elaboración del mismo, se requerirá atravesar por diversas etapas o fases. A continuación mencionaremos distintos autores y sus propuestas a este respecto.

Comencemos por revisar a Nancy O'Connor. Esta autora establece que la pérdida de alguien por muerte es una herida y al igual que en el caso de una lesión, enfermedad o herida física, se debe dar tiempo para sanar ese mal. Y propone: “Tradicionalmente, el

tiempo oficial de luto ha sido de un año, [...] Con frecuencia, un año no es suficiente, en la pérdida de un cónyuge o un hijo, por ejemplo, un plazo de dos años puede ser una expectativa más realista del tiempo que se requiere para la cicatrización y la recuperación". (O'Connor, N. 2003, pág. 24)

O'Connor sugiere cuatro fases o etapas para una sana elaboración de duelo:

Etapas I: ruptura de los antiguos hábitos. Desde el día del fallecimiento hasta las ocho semanas.

Etapas II: inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año.

Etapas III: búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer año hasta dos.

Etapas IV: terminación del reajuste. Después de los primeros dos años. (O'Connor, N. 2003, pág. 24)

Menciona también que algunos de los factores que influyen en este proceso pueden ser: el grado de intimidad que hayas tenido con la persona que falleció, el conocimiento previo de la pérdida inminente (enfermedad). (O'Connor, N. 2003)

Por su parte, William Worden dice que preguntar cuando ha terminado la elaboración de un duelo no tiene una respuesta disponible. Desde su punto de vista el duelo termina cuando la persona ha completado las cuatro tareas. También dice que: "Cuando se pierde una relación íntima, yo desconfío de que se resuelva plenamente antes de un año; incluso dos años no es demasiado para mucha gente". (Worden, W. 1997, págs. 36, 37)

La propuesta que hace este autor con respecto a las etapas o fases del duelo son la que se describen a continuación. Worden describe cuatro procesos o tareas que debe atravesar quien sufre una pérdida antes de reencontrar en equilibrio en su vida. (Worden, 1997)

Las cuatro tareas del duelo

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

Tarea 2: dar expresión al dolor producido por la pérdida

Tarea 3: adaptarse al ambiente en el que el difunto ya no está presente.

Tarea 4: invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones

Worden dice que "Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor". (Worden, W. 1997, pág. 37) Es

decir, siempre existirá una tristeza por la persona que ya no está con nosotros, pero no siempre deberán permanecer los síntomas a nivel corporal (llanto, opresión en el pecho) relacionados con la muerte de alguien, no si el duelo se elaboró sanamente.

Veamos ahora la propuesta de otro autor, Jorge Bucay. Este autor hace una comparación, al igual que los anteriores, del proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, con la cicatrización de una herida. Menciona que el proceso de curación es muy parecido, y que mientras más grande y profunda haya sido la herida, más tardará su cicatrización. Al igual que los autores citados anteriormente, Bucay, no establece un tiempo determinado para la terminación del duelo, sin embargo señala: “Un duelo ha sido elaborado cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor intenso. Cuando es capaz de volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos. Cuando puede adaptarse a nuevos papeles. Cuando, aunque sea por un instante, experimenta gratitud”. (Bucay, J. 2002, pág. 127) Además hace una propuesta del tiempo en el que el duelo deberá elaborarse para poder considerarse sano:

Un mes de duelo absoluto,  
Seis meses de luto riguroso,  
Un año de medio luto,  
Veinticuatro meses de guardar constrictión.

“Estos periodos se parecen bastante a los tiempos psicológicos que refieren los que han recorrido el camino por la pérdida de alguien muy querido”. (Bucay, J. 2002, pág. 129).

Bucay propone siete etapas por las que los dolientes tendrán que atravesar para lograr elaborar su duelo sanamente.

Etapas del duelo Normal

- I. Incredulidad: parálisis, negación, confusión.
- II. Regresión: llanto explosivo, berrinche, desesperación.
- III. Furia: con el causante de la muerte, con el muerto por abandono.
- IV. Culpa: por no haberlo podido salvar, por lo que no hicimos.
- V. Desolación: impotencia, desasosiego, pseudoalucinaciones, idealización, idea de ruina.
- VI. Fecundidad: acción dedicada, acción inspirada.
- VII. Aceptación: discriminación, interiorización.

De acuerdo con el autor, la cicatrización de la herida termina cuando se concluye con la última etapa. “Cuando el proceso es bueno las cicatrices ya no duelen y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, pero están ahí”. (Bucay, J. 2002, pág. 123).

Por último revisaremos a la autora Kübler Ross. Esta autora trabajó con pacientes con enfermedades incurables y familiares de dichos pacientes, para establecer así cinco etapas para lograr una sana elaboración del duelo: negación, ira o enojo, negociación o pacto, depresión y aceptación.

Kübler Ross es la autora en quien nos basaremos cuando, en lo posterior, se hable de la elaboración de duelo en las mujeres posaborto, por lo que se profundizará en la descripción de sus etapas a continuación, y en el apartado siguiente se adaptarán las etapas Kübler Ross a las etapas Posaborto.

Etapa de Negación: al doliente le cuesta aceptar la realidad de la pérdida y niega la realidad del suceso a la vez que se aísla de su entorno. Es un estado de entumecimiento e incredulidad. Dicho estado protege a la persona y la aísla de la angustia y el sufrimiento que la aceptación de la pérdida acarrea. El periodo de negación produce el efecto benéfico de movilizar los recursos internos para que se pueda enfrentar la realidad. “Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial”. (Kübler R. 2002, pág. 61)

Etapa de Enojo o Ira: “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente, surge la siguiente pregunta: ¿Por qué yo? [...]” (Kübler R. 2002, pág. 73) Este enojo se puede expresar externamente como rabia o internalizarse y experimentarse en forma de depresión. El enojo, también, se puede proyectar hacia otras personas, incluso con D-os. “[...] la ira se proyecta casi en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar” (Kübler R. 2002, pág. 74) “El culpar a otros es una forma de evitar el dolor, aflicción y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que tu vida deberá continuar sin la persona que falleció”. (O’Connor, N. 2003, pág. 39). Esta etapa, a mi consideración, es la más trascendental, ya que dada la importancia de la expresión de sentimientos, si el enojo se “guarda” o se internaliza, la persona podría terminar excluyéndose por completo del mundo, y jamás pasará a la siguiente etapa, y por consiguiente, no elaborará su duelo sanamente. Muchas personas

creen que el expresar el enojo no está bien visto y que por lo tanto, es mejor quedarse callados ante la presencia de éste en sus vidas. Un factor cultural, probablemente, pero en el caso del Síndrome Posaborto, se ha visto que generalmente las mujeres tienden a la depresión y los hombres expresan el enojo canalizándolo hacia otros. (Instituto IRMA, A.C.)

Etapa de Negociación: esta etapa en particular se puede presentar antes y después de la pérdida. Esto es, antes de que se de la muerte, la persona puede realizar una serie de negociaciones con tal de que el deceso no ocurra. Por ejemplo, ante una enfermedad terminal, los familiares de la persona pueden ofrecer dinero a los médicos con tal de que se haga lo posible por salvar a su familiar. En términos generales podríamos decir que esta etapa se da muy a nivel espiritual. Las personas intentan “regatear” con Dios ofreciéndole sacrificios con tal de que escuche y cumpla sus súplicas. “La negociación, antes de que ocurra la muerte, puede consistir en desear que se descubra una nueva cura milagrosa o querer que se prolongue hasta Navidad u otra celebración, o hacer tratos con Dios para que el diagnóstico de la enfermedad esté equivocado”. (O’Connor, N. 2003, pág. 41). Después de que ocurre la pérdida, la negociación de puede presentar, aunque mucho menos fuerte que antes de la muerte; las personas pueden pedir que les aminoren el dolor que sienten a causa de la pérdida o quizá supliquen porque termine pronto. “En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos [...] La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote”. (Kübler R. 1997, pág. 113).

Etapa de Depresión: como se mencionó antes, si el enojo no se expresa, se internaliza y se convierte en depresión. “La depresión se define, con frecuencia, como el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza, impotencia; es una perturbación del ánimo”. (O’Connor, N. 2003, pág. 42). La tristeza después de haber sufrido una pérdida es natural, podría decirse que esa sería una depresión objetiva, ya que la pérdida fue real. Cuando la tristeza se prolonga y pensamos que nunca terminará, y comenzamos a alejarnos de todo y de todos, dejan de gustarnos las cosas que hacíamos antes, dejamos de disfrutar la vida que vivíamos, es entonces cuando la depresión puede tornarse crónica o patológica, y ésta puede ser el obstáculo más grande hacia la elaboración del duelo. “Cuando una persona está deprimida, suele

alejarse de la gente y de las actividades, pierde la capacidad para sentir placer o gozo y evita las situaciones agradables que antes experimentaba en la vida". (O'Connor, N. 2003, pág. 42).

Etapa de Aceptación: para esta etapa las personas ya han librado cuatro etapas, existe por tanto, un cansancio tanto físico como emocional. Las personas desean que su lucha termine, que el dolor y sufrimiento por la persona que se fue cese, que todo lo que han vivido hasta ahora termine. "Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. [...] No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Esta casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado [...]" (Kübler R. 1997, pág. 148). O'Connor dice que la aceptación es "Cuando puedas pensar en el ser amado sin intensos sentimientos emocionales de anhelo y tristeza, cuando lo recuerdes con realismo, ni como un santo idealizado ni como villano. Vivirás en el presente, sin adherirte al pasado y harás planes para el futuro". (O'Connor, N. 2003, pág. 45).

Como se puede observar, todos los autores revisados coinciden en que la terminación del duelo es cuando podemos pensar en la persona que murió sin la necesidad de manifestar síntomas físicos o emocionales tan intensos como en el momento en que la pérdida se suscitó. También pudimos observar que ninguno menciona un tiempo exacto para la resolución del duelo, sin embargo todos coinciden en que dos años pueden ser suficientes para una sana elaboración. Si pasaran dos años y la persona todavía estuviera manifestando los síntomas físicos y emocionales debidos a la pérdida, habrá que revisar en que etapa esta "atorada" y retomar su elaboración desde ese punto. Además de que sería necesaria una revisión de los factores que pudieron entorpecer la resolución del duelo, tal como lo mencionaron autores anteriores.

Como ya se mencionó, para efectos de la presente investigación se utilizarán las etapas propuestas por Kübler Ross, aunque se hará una adaptación para la elaboración el duelo en el aborto. La autora antes mencionada propone cinco etapas fundamentales, revisadas y desarrolladas anteriormente, sin embargo, la primera modificación que se presenta dentro de esta propuesta es agregar una etapa, la culpa. Las mujeres posaborto presentan, además de todas las etapas Kübler Ross, un periodo

de tiempo en el que la culpa es la principal protagonista. A continuación se presenta dicha etapa propuesta por otra autora, Nancy O' Connor.

Etapa de Culpa: esta etapa se caracteriza por las frases "si hubiera", "debí hacer", entre otras. Las personas tienden a culparse por las cosas que sucedieron, por el modo en que sucedieron y comienza a propagarse en la mente la idea, irracional desde mi punto de vista, de que ellas pudieron haber cambiado la historia, piensan que de haber hecho o dicho esto, la persona todavía estaría con ellas, la persona no habría muerto. Es por esta razón que surge la culpa. "La culpa proviene de la idea de algo que hicimos o dijimos y que deseamos no haber hecho o de algo que pensamos que debimos haber dicho o hecho y no lo hicimos. Cada vez que te encuentras a ti mismo diciendo debí o hubiera, te colocas en posición para sentirte culpable". (O' Connor, N. 2003, pág. 43).

Ahora bien, una vez que revisamos todas las etapas, tanto las Kübler Ross, como la etapa de culpa propuesta por O' Connor, pasaremos a la adaptación de dichas etapas a la mujer posaborto.

### 3.6 Etapas De Duelo En El Síndrome Posaborto

*"La madre debe pasar por un duelo parejo  
al que hubiera experimentado de haber perdido  
a un hijo en un percance, [...]"*  
*Dr. J.C. Willke*

La primera autora que revisaremos es Teri Reisser, quien postula: la mujer que sufre el Síndrome Posaborto enfrenta una serie de enormes barreras para pasar por el proceso de llorar su pérdida, o incluso para reconocer que ha llegado a experimentar una pérdida:

- No hay evidencia externa de que su bebé existió alguna vez (no hay fotografías u objetos que lo traigan a la memoria)
- Tal vez ella crea que no tiene derecho a llorar por una pérdida que ella ha elegido crear.

- No hay un foro público para llorar la pérdida de su hijo (no hay un servicio religioso en su memoria o se expresan palabras de elogio por su vida)
- El sistema de apoyo, que por lo general rodea a una madre que ha perdido un hijo, es muy limitado, o no existe para la mujer que ha pasado por un aborto (porque en la mayoría de los casos, son muy pocas las personas que se han informado del proceso, y no es probable que dichas personas después quieran hablar sobre el mismo una y otra vez).
- Si ella se confía a alguien que no sabía del aborto, corre el riesgo de recibir censura o rechazo.
- La preparación para el aborto rara vez incluye alguna discusión sobre los posibles problemas emocionales, especialmente el dolor, que surge posteriormente.
- Si la mujer está atribulada por sentimientos de aflicción después del aborto, es posible que busque la ayuda de algún consejero que tal vez no comprenda el Síndrome Posaborto.

Tomaremos en cuenta la definición de Nancy O'Connor para entender lo que es aborto "La principal diferencia entre la interrupción del embarazo y aborto, consiste en que la primera no la desea la mujer embarazada, y su causa, generalmente, deviene de algún problema físico. El aborto es una intervención quirúrgica o química dirigida a interrumpir y dar fin al embarazo, y por lo general, lo desea la mujer, quien no tenía la intención de embarazarse. Ambos casos implican un dolor psicológico, aflicción y duelo". (2003. pág. 91).

En el aborto provocado, la mujer toma una decisión consciente para darle fin al embarazo. Cuando una mujer se encuentra ante un embarazo inesperado, por lo general se percibe atrapada en la toma de una decisión que cambiará su vida por completo, independientemente de la elección que haga: tener a su bebé o abortar. Por lo general, el Síndrome Posaborto no se presenta hasta que la mujer se realiza el aborto, sino desde el momento en el que se sabe embarazada, es decir, cuando la mujer sabe de su embarazo, surge un bloqueo emocional y los mecanismos de defensa ejercen su función, siendo la negación el primero en aparecer. Se habla de dos procesos de elaboración de duelo en el aborto, porque la mujer atraviesa dos pérdidas importantes en durante este tiempo; la pérdida del rol de mujer soltera y no madre, en donde el

proceso resulta de la adaptación de un rol a otro: el ser madre. El otro proceso resulta del aborto, de la pérdida de su bebé.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, se adaptarán las etapas de la autora Elisabeth Kübler Ross, a las etapas por las que una mujer posaborto debe pasar para lograr su rehabilitación, después de la experiencia de aborto provocado. Dicha adaptación se realizó en el Instituto IRMA, A.C., lugar en donde se realizará la presente investigación.

Primero, se exponen las etapas correspondientes a la mujer posaborto antes de que se realice el aborto.

#### **Primera Etapa: Negación**

Al ser este el mecanismo de defensa más primitivo con el que cuenta todo ser humano, es el primero en aparecer. Comienza en el momento en que la mujer descubre que está embarazada. La primera reacción es de incredulidad, de una completa negación, “no, no puede ser”; “estos análisis deben estar equivocados”; “ay no, esto no es cierto”; “no lo puedo creer”.

#### **Segunda Etapa: Enojo o Ira**

La mujer puede presentar sentimientos de enojo con el padre de su bebé, con su familia, con alguna de sus amigas o amigos, con el doctor que le dio los resultados e incluso con ella misma. Probablemente pensará “¿Por qué a mi?” “¿Por qué yo, por qué no otra?”; “Pero la culpa es de...” “Soy una tonta, ¿cómo es posible que me pase esto a mi?”.

#### **Tercera Etapa: Negociación**

En esta etapa puede que la mujer recurra a sus creencias religiosas, si es que las tiene, en busca de ayuda, en busca de una solución. Puede ser que la mujer intente hacer un trato con Dios, que le ofrezca algo a cambio de no estar embarazada, o por el contrario, le pedirá una señal para saber como solucionar su “problema”.

#### **Cuarta Etapa: Depresión**

Durante esta etapa puede que la mujer presente llanto constante, además de sentimientos de tristeza, impotencia, desesperación. Probablemente sea ésta la etapa más difícil de todo el proceso, pero a su vez resulta ser la etapa decisiva, cuando la mujer decide quedarse con su bebé o abortarlo, esto como consecuencia de su conflicto interno, que es la causa de su depresión y tristeza.

## Quinta Etapa: Aceptación

Para esta etapa la mujer ya ha tomado una decisión. Es en ésta, donde la mujer sabe perfectamente lo que hará, esto en el caso de haber elaborado bien el proceso de duelo. Si la mujer ha decidido abortar, ya para esta etapa, la mujer ya tendrá el lugar en donde se practicará su aborto, el dinero para hacerlo y obviamente la determinación, aunque desconozca las consecuencias de su decisión. Por otro lado, si la mujer decidió conservar a su bebé y llevar a término su embarazo, estará segura de haber elegido bien, ya que consideró todas las posibilidades, durante su elaboración de duelo.

A continuación se presenta el proceso de elaboración de duelo posterior a la práctica del aborto. Se manejarán las mismas etapas Kübler Ross para el desarrollo del proceso, incluyendo la etapa de la culpa, que como ya dijimos, es característica de la mujer posaborto.

### El Modelo Del Duelo Aplicado A La Mujer Posaborto

La Doctora Elisabeth Kubler-Ross es conocida por su trabajo e investigación en el área de la muerte y el agonizante. Ella identifica cinco etapas que una persona experimenta cuando ha sufrido una pérdida: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación, además se incluirá la culpa.<sup>1</sup>

#### 1. Negación/Aislamiento

No habla acerca de sus sentimientos o del procedimiento del aborto. Miente cuando le preguntan si ha tenido algún aborto. Abuso de drogas o alcohol para cubrir el dolor emocional. Evita películas programas de televisión y discusiones personales acerca del nacimiento, la vida, y el aborto. No toma posición en temas de la vida y la muerte. No se permite sufrir por otras formas de separación, ejemplo: temas de muerte, niega tener cualquier tipo de dolor o sentimientos relacionados con la muerte de su hijo por el aborto, niega la conexión de sus problemas actuales con el aborto que se realizó. El aislamiento se presenta cuando se genera la idea de que nadie me puede entender y mi problema es único, por lo tanto, no se abre al diálogo porque no agrada escuchar lo que no queremos oír. O bien por no querer que los demás sufran como ella, o para no

---

<sup>1</sup> La adaptación se realizó por el Instituto IRMA, A.C. para el primer taller de revisión del manual de atención, febrero de 2003.

ser señalada o criticada. La mujer posaborto cree que nadie, ni ella misma, puede entender el por qué de su sufrimiento por una decisión que ella misma tomó, por lo que preferirá encerrarse, aislarse y quedarse sufriendo en silencio.

## **2. Enojo**

Explosión de enojo incontrolado dirigido a los hombres en general, el esposo, los hijos. Síntomas físicos de dolor en el abdomen, dolor de cabeza, tensión, pérdida de tolerancia, problemas en sus relaciones interpersonales, personalidad rígida, irritabilidad, necesidad de controlar la situación, comportamiento compulsivo ejemplo: abuso de alcohol y/o droga. En esta etapa puede portarse pésimo, incluso en contra de sí misma, al grado de causarse daño o dañar a los demás. Lo anterior debido a que está enojada con ella misma y con el mundo, incluso con Dios por haber permitido que el aborto ocurriera, por no haberlas detenido y por no parar el sufrimiento en que vive.

## **3. Negociación o Regateo**

Cambiar la filosofía de la vida, adoptar actitudes con respecto del aborto, con el objeto de eliminar la aflicción y el dolor emocional. Un cambio en la estructura de valores. Actitud de no tomar posición en los problemas. Ambivalencia y ambigüedad relacionadas con la vida. Probablemente la mujer tratará de negociar con ella misma, con sus familiares, sus seres queridos y con Dios. Se negocian todos los sentimientos de culpa, tristeza, enojo, que la mujer pudiera tener en este momento. A mayor culpabilidad, mayor negociación. Ofrecen sacrificios a cambio de la tranquilidad y el cese de los sentimientos negativos.

## **4. Depresión**

Pérdida de peso, retirarse de los amigos y la sociedad, pensamientos de suicidio e intentos, llantos inesperados, no desea levantarse, baja auto estima, cambio de trabajo, cambios geográficos, abuso de drogas y alcohol, culpar a otros por sus sentimientos, divorcio y cambio en sus relaciones interpersonales primarias, pensamientos obsesivos del bebé muerto, pedirle perdón al bebé, comportamientos compulsivos (ejemplo: limpieza, bañarse, gastar) pérdida de sentimientos románticos. Es una etapa de tristeza real, enorme y profunda. En donde también se percibe el descenso significativo en la autoestima. Es aquí donde la mujer se dará la oportunidad de llorar por la pérdida de su hijo. Esta etapa se caracteriza por llanto constante y sentimientos de tristeza profundos.

## 5. Culpa/Vergüenza

Etapa alusiva a las mujeres posaborto. Es muy parecido a la etapa de enojo, pero este es un problema diferente. La culpa/vergüenza y la responsabilidad necesitan ser separadas del proceso del duelo. Sin embargo, la vergüenza y la culpa se discuten mejor en este periodo de tiempo. Se reprime a sí misma. Continúa con comportamientos de autovictimación. En esta etapa seguramente las mujeres pensarán que todo lo que están viviendo es el resultado de su decisión de abortar, se sentirán culpables por haber terminado con la vida de su hijo. Posiblemente toda la tristeza, dolor, sufrimiento que están sintiendo producto de la pérdida de su hijo, la asumirán como un castigo por haber sido las responsables de su muerte. No pensarán en que termine, por el contrario se sentirán merecedoras de este sufrimiento, ya que ellas mismas tomaron la decisión de terminar con su embarazo.

## 6. Aceptación

Habla con otras mujeres posaborto. Retoma sus relaciones interpersonales. Vuelve a la Iglesia. Empieza gradualmente un despertar espiritual. La autodestrucción se reemplaza con autoestima. La aceptación llevará al cambio de vida, a planear un nuevo proyecto y encontrarle sentido a la muerte de su hijo.

### MECANISMOS UTILIZADOS DESPUÉS DEL ABORTO:

- **Negación:** se niega al aborto, cualquier sentimiento de malestar, de culpa.
- **Racionalización:** búsqueda de razones lógicas que justifiquen al aborto.
- **Represión:** se guardan todos los sentimientos negativos relacionados con el aborto. (inconsciente)
- **Sublimación:** se hacen cosas socialmente aceptadas o buenas.
- **Formación reactiva:** se reprimen de forma exagerada el malestar y se hace exactamente lo contrario a lo que se siente como justificación.
- **Compensación:** se sienten deseos por volverse a embarazar, (hijo sustituto).

### Impedimentos Para El Proceso De Duelo

El duelo es un proceso de sufrimiento emocional usualmente causado por la pérdida de algo o alguien muy especial para nosotros. Dolor, aflicción, tristeza, pena, luto, remordimiento y desesperación son todas descripciones del duelo. Como está subrayado en la dinámica del “Desarrollo del SPA”, hay factores que impiden que una mujer identifique el aborto como una pérdida y que pase por el proceso del duelo.

Dolores Kuenning (2003), autora de *Helping People Through Grief* (Ayudando a la Gente a través el Dolor) identifica nueve impedimentos relacionados con la mujer en duelo por la pérdida de su hijo:

1. No hay evidencia externa que un bebé existió alguna vez, entonces no hay prueba de que ella estuvo embarazada. Su bebé vive sólo en su mente y en su corazón.
2. No hay un ritual formal de despedida para la mujer, como un funeral en donde los amigos y los seres queridos saben de su pérdida y comparten su dolor.
3. La mujer no tiene un sistema de apoyo o lo tiene muy limitado ya que pocas personas saben de su aborto. O aquellos que la animaron a que abortara, no quieren hablar más del asunto (“Ya está hecho... ¡olvídalo ya!”).
4. Aún cuando el aborto fuera legal, socialmente ella no tiene el permiso para afligirse abiertamente. Ella por lo general sufre en secreto.
5. La mujer carga con la culpa de haber terminado con la vida de su bebé. Muchas mujeres no parece que se perdonen a sí mismas y viven en el dólar y el asilamiento.
6. Si ella comparte lo que hizo con algún ser querido, ella experimenta rechazo, desaprobación, enojo, humillación y un juicio severo. La reacción a su acto es devastadora, especialmente cuando ella se siente culpable y sola.
7. Hasta este momento, pocos consejeros profesionales han sido entrenados para llevar a estas mujeres a través de los pasos necesarios para lograr la sanación y reconciliación con Dios.
8. Muchos defensores del aborto, brindan una pequeña educación para preparar a la mujer para el tremendo sentido de pérdida que tendrán después de abortar.
9. El ciclo del dolor y la sincronización es diferente a otro tipo de pérdidas. Una mujer puede mantenerse en un estado de negación por años y así posponer el proceso del duelo.

Podemos concluir diciendo que la mujer que, por las razones que sean, se practica un aborto, sufre irremediablemente una pérdida. A causa de esto, la mujer tendrá que elaborar su duelo por el aborto vivido. El tiempo normal para que se elabore sana y satisfactoriamente este duelo es de dos años (según autores revisados), y que la mujer que pase de este tiempo sin terminar su elaboración, estarán viviendo un duelo patológico y necesitará ayuda terapéutica necesariamente.

## CAPITULO IV. Método

### 4.1 Planteamiento y Justificación Del Problema:

Aunque en nuestro país todavía no se haya reconocido y por esta razón no se tenga información estadística al respecto, diversos estudios, principalmente elaborados en los estados unidos, han demostrado que las mujeres que han pasado por una experiencia de aborto, presentan una serie de signos y síntomas posteriores a éste. Cabe aclarar que dichos síntomas se presentan tanto en el aborto espontáneo como en el provocado. Al ser el aborto una pérdida para la mujer, se ha observado que las mujeres manifiestan una serie de etapas previas a su elaboración de duelo, etapas llamadas Kübler Ross. Esta autora plantea cinco etapas por las que todo ser humano tendrá que atravesar posterior a sufrir la pérdida de un ser querido, o al acercarse a su propio proceso de muerte, como propuso en sus trabajos iniciales con pacientes moribundos. (Kübler-Ross, 2002). Estas etapas son: negación y aislamiento, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación, las cuales se desarrollaron en el capítulo correspondiente, también se mencionó que para efectos del presente estudio se realizó una adaptación de las etapas propuestas por Kübler Ross, y que se añadía una etapa característica de las mujeres posaborto, la culpa. Esta etapa fue propuesta por Nancy O'Connor (2003) en su propuesta de las etapas de duelo. En el presente estudio, se pretende comprobar si las mujeres que abortan de manera provocada, necesariamente atraviesan por un proceso de duelo y si la elaboración de éste depende directamente del tiempo que tardan en solicitar ayuda. Además de si la manifestación e intensidad de los síntomas posaborto dependen, de igual forma, del tiempo transcurrido para solicitar ayuda. Por lo tanto, nuestra pregunta de investigación es:

¿Estarán relacionadas la manifestación e intensidad de los síntomas del Síndrome Posaborto y el tipo de duelo que se elabora con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda?

### 4.2 Hipótesis

Hi: existirán diferencias en la manifestación de los síntomas del Síndrome Posaborto que presentan las mujeres de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda.

Ho: no existirán diferencias en la manifestación de los síntomas del Síndrome Posaborto que presentan las mujeres de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda.

Hi: existirán diferencias en el tipo de duelo que elaboren las mujeres de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda.

Ho: no existirán diferencias en el tipo de duelo que elaboren las mujeres de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el momento del aborto y la solicitud de ayuda.

#### 4.3 Definición de Variables:

Variable Dependiente: Tipo de duelo que se realiza.

Variable Independiente: Tiempo que ha transcurrido entre la experiencia de aborto y la solicitud de ayuda.

#### Definición operacional

Variable Dependiente: Son las respuestas del cuestionario aplicado en el Instituto (IRMA, A.C), en este se observan los signos y síntomas del SPA. Variable

Independiente: Tiempo que ha transcurrido entre la experiencia de aborto y la solicitud de ayuda.

#### Definición Conceptual:

Duelo: son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien.

Duelo Sano o Patológico: para que pueda considerarse sano, tiene que haberse elaborado en un plazo menor o igual a dos años, ya que es una expectativa más realista del tiempo que se requiere para la cicatrización y la recuperación. (O`Connor Nancy, 2003)

#### 4.4 Sujetos

Debido a la naturaleza de la presente investigación, participaron un grupo de 40 mujeres mexicanas que recurrieron o reincidieron en el aborto provocado, además de que solicitaron ayuda posaborto dentro del Instituto IRMA. La muestra se constituyó por pacientes que precisamente, asistieron al Instituto para la Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA), ubicado en la Ciudad de México, y que aceptaron participar en esta investigación.

#### 4.5 Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística e intencional, ya que no todas las mujeres pudieron formar parte de esta investigación debido a que tenían que cumplir con el requisito de recurrencia o reincidencia en el aborto provocado; además de que todas las mujeres que integran la muestra otorgaron su autorización para participar dentro de esta investigación, lo que hace que la muestra sea de sujetos voluntarios. (Hernández, S. et. al. 2000). Es importante mencionar que la autorización también fue concedida por el Instituto I.R.M.A. A.C.

#### 4.6 Escenario

Instituto para la Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA, A.C.), ubicado en la Ciudad de México.

#### 4.7 Instrumento

En la presente investigación se utilizaron como instrumentos la entrevista y el cuestionario utilizado en el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA, A.C.). La entrevista se utilizó para conocer los mecanismos de defensa que la mujer posaborto ha venido utilizando hasta este momento, la entrevista.

El cuestionario estaba dividido en cinco secciones. La primera sección nos arroja datos personales de cada sujeto, en cuanto a su situación personal en el momento del embarazo y el aborto. Parte de estos datos se utilizaron como variables en la presente investigación, tales como la edad, el estado civil, el tipo de aborto que se realizó, cuanto tiempo de embarazo tenían en el momento del aborto y por último, el tiempo que ha pasado desde el momento de su aborto y el día en que solicitaron la ayuda posaborto.

En la segunda sección encontramos oraciones que reflejan la situación personal y psicológica que cada sujeto pudiera haber vivido en el momento de su embarazo y que influyeron en su toma de decisión para abortar. Lo que se busca es que la mujer marque cuales son las que más se acercan a su situación pasada.

La siguiente sección fue la más importante para esta investigación. Es aquí donde el sujeto indica cuales son los signos y síntomas que ha venido presentando desde el momento de su aborto y la intensidad de estos. Esta sección del cuestionario está dividida en tres partes, la primera referente a los síntomas posaborto que el sujeto ha manifestado a lo largo de su elaboración de duelo y la intensidad que han tenido. La segunda parte esta compuesta por oraciones correspondientes a situaciones que han podido intensificar los síntomas posaborto, por último, en la tercera parte encontramos una lista de las posibles reacciones que pudieron presentar los sujetos después de su experiencia de aborto. Como se mencionó anteriormente, esta sección del cuestionario fue la más importante. Aunque sólo la primera parte de la sección se tomó para la realización de la presente investigación.

La cuarta sección consta de diversas preguntas que tienen la finalidad de indagar en la cuestión física y emocional del sujeto antes, durante y después del aborto. En esta sección se le pide al sujeto que conteste con si, no o no sé.

La última parte del cuestionario esta compuesta de distintas preguntas que tienen como objetivo averiguar la intensidad de los síntomas y la manifestación de estos en cada sujeto. Al igual que en la sección pasada se le pide al sujeto que conteste con si, no o no sé. Es importante mencionar que como parte de esta sección, también se incluye una lista de personas con las que el sujeto posiblemente

buscó ayuda antes de iniciar el tratamiento posaborto, y si éstas le proporcionaron ayuda o no.

#### **4.8 Tipo de Estudio**

Es un estudio de campo, ya que se acudió a la Institución para aplicar el cuestionario. Es de tipo transversal porque se recabaron los datos de las mujeres basándonos en el cuestionario ya aplicado. Es de tipo descriptivo, porque se detallarán los signos y síntomas del Síndrome Posaborto que las mujeres que conforman la muestra han manifestado, así como su intensidad.

#### **4.9 Diseño**

Es un diseño no experimental, ya que no fue posible el control sobre las variables, debido a la naturaleza de éstas. (Kerlinger, cit. Hernández, S. 2000, pág. 184) Es decir, tanto la manifestación como la intensidad de los síntomas del Síndrome Posaborto dependían directamente de la situación de realidad de cada mujer. Además, el tiempo transcurrido entre la experiencia de aborto y la solicitud de ayuda fue distinto entre cada una de las mujeres participantes. La muestra se dividió en dos grupos. El primer grupo estaba compuesto por mujeres que presentaban menos de dos años desde el momento de su aborto y el día que solicitaron la ayuda posaborto. El segundo grupo constaba de mujeres con más de dos años en la solicitud de la ayuda posaborto.

#### **4.0 Procedimiento**

Primeramente, se realizó una entrevista de forma individual, en la cual se le hicieron algunas preguntas acerca de su estado anímico actual y del pasado inmediato (posterior al aborto); como fue su experiencia de aborto; razón por la que decidió pedir ayuda; cómo se enteró del Instituto, entre otras. A través de dichas preguntas y por medio de la observación se lograron identificar los mecanismos de defensa que la mujer posaborto ha utilizado hasta el momento. Posteriormente, se les aplicó el cuestionario descrito anteriormente en instrumentos (véase apéndice A), esto con la finalidad de conocer que signos y síntomas del Síndrome Posaborto ha manifestado después de su(s) aborto(s), que información tenía con respecto al aborto, que consecuencias físicas ha presentado, que tipo de ayuda solicitó antes de llegar al Instituto, cuanto tiempo sintió o pensó en aspectos relacionados con el aborto, entre otras manifestaciones del Síndrome que encierra dicho cuestionario. Cabe mencionar que no hubo tiempo límite para contestarlo.

## CAPITULO V. Resultados

### 5.1 Análisis Descriptivo

Para la presente investigación se utilizó como instrumento un cuestionario aplicado en el Instituto de Rehabilitación de la Mujer que ha Abortado A.C. (IRMA), en la entrevista con las mujeres. En la primera sección, se encuentra la historia clínica, que son todos los datos necesarios para crear su expediente, los cuales son estrictamente confidenciales. En el siguiente apartado se presentan ideas relacionadas con el aborto, las cuales pudieran resultar similares o no, a la perspectiva de la mujer frente al aborto, sobre todo antes de que recurriera al suyo. En la siguiente sección, se enlistan una serie de signos y síntomas del Síndrome Posaborto que la mujer puede estar manifestando, lo que se le pide a la mujer es que marque cuales y con que frecuencia los ha estado presentando. En otra sección, se le hacen varias preguntas acerca de las posibles consecuencias del aborto, tanto inmediatas como tardías. Por último, se le pide que indique con qué personas acudió para hablar o tratar su aborto y si dicha persona fue de ayuda o no. (Psicólogo, pareja, amigos). Véase Apéndice A.

En la primera parte de la tercera sección del cuestionario se enlistan 52 síntomas que el sujeto puede estar manifestando como parte de su Síndrome Posaborto. Con la ayuda de una escala tipo Likert, en donde el uno es NUNCA, el dos es EN OCASIONES y el tres SIEMPRE, es decir, la intensidad se da de manera ascendente. Lo que se busca es que el sujeto señale la intensidad de los síntomas durante el tiempo que ha vivido su Síndrome Posaborto.

Las puntuaciones oscilaban entre uno y cuatro. Se otorgaba cuatro a mayor intensidad de los síntomas, tres a la omisión de respuesta, dos a mediana intensidad, y uno a los síntomas con menor intensidad. Se tomaron en cuenta las respuestas en blanco, o sea las que el sujeto no respondió. Lo anterior se consideró importante porque la omisión de las respuestas nos indica que ese síntoma o conducta le resulta difícil al sujeto incluso admitirlo o asimilarlo, o que pudiera estarlo negando debido a la utilización de los mecanismos de defensa, radicando aquí su importancia para la investigación.

En el presente estudio se trabajó con estadística descriptiva. Esta nos auxilia en el conocimiento de las características generales de la muestra, en este caso, mujeres

con experiencia de aborto provocado. La muestra se dividió en dos grupos y la estadística inferencial se utilizó para determinar si existen o no diferencias entre ellos.

La muestra estuvo compuesta por un grupo de 40 mujeres, todas con experiencia de aborto provocado, como se mencionó anteriormente. A continuación se presenta una tabla en donde se observarán de forma gráfica las características de la muestra:

Tabla 1. Edad

VARIABLE		GRUPO 1 19 mujeres		GRUPO 2 21 mujeres	
		No.	%	No.	%
Edad	15-20 años	6	31 %	1	5 %
	21-30 años	10	53 %	10	48 %
	31-40 años	3	16 %	3	14 %
	41-50 años	0	0	4	19 %
	51-60 años	0	0	2	9 %
	61-65 años	0	0	1	5 %

Como podemos observar en la tabla anterior, la mayoría de las mujeres de la muestra se oscilaban entre los 21 y los 30 años. Lo anterior fue similar en ambos grupos.

Tabla 2. Tiempo de espera entre el Aborto y la Solicitud de Ayuda

Tiempo Ayuda		Grupo 1		Grupo 2	
		No.	%	No.	%
Tiempo Ayuda	1-11 meses	10	53 %	0	0
	1-2 años	9	47 %	0	0
	3-10 años	0	0	12	57 %
	11-20 años	0	0	2	10 %
	21-30 años	0	0	7	33 %

En cuanto al tiempo que las mujeres esperaron entre su experiencia de aborto y la solicitud de ayuda, encontramos que en el grupo uno las mujeres acudieron antes de haberse cumplido un año de su aborto. Por el contrario, las mujeres del grupo dos realizaron su solicitud de ayuda una vez que pasaron de tres a diez años después de practicarse el aborto.

Tabla 3. Estado Civil

	Grupo 1		Grupo 2		
Estado Civil	Solteras	16	84 %	8	38 %
	Casadas	2	10 %	10	48 %
	Separadas	0	0	2	9 %
	Unión Libre	1	6 %	1	5 %

La mayoría de las mujeres del grupo uno eran solteras, mientras que el mayor número de mujeres del grupo dos resultaron casadas.

Tabla 4. Tipo de Aborto

	Grupo 1		Grupo 2		
Tipo de Aborto	Legrado	9	47 %	16	76 %
	Succión	5	26 %	1	5 %
	Pastillas	3	16 %	3	14 %
	Otros	2	10 %	1	5 %

En ambos grupos, la mayor parte de las mujeres se decidió por la utilización del método de legrado para realizarse el aborto.

Tabla 5. Tiempo de Embarazo

	Grupo 1		Grupo 2		
Tiempo de Emb.	1-5 semanas	8	42 %	6	28 %
	6-10 semanas	6	31 %	11	52 %
	11-15 semanas	4	21 %	4	19 %
	16-20 semanas	1	5 %	0	0 %

En cuanto al tiempo de embarazo la gran mayoría de las mujeres del grupo uno tenían de una a cinco semanas de gestación, mientras que las mujeres del grupo dos fluctuaban entre las seis y las diez semanas.

Como se pudo notar, la muestra se dividió en dos grupos para poder así observar de manera más clara las diferencias entre las mujeres en cuanto a los síntomas y a su elaboración de duelo. La división anterior se realizó con base en el tiempo transcurrido entre el aborto y la solicitud de ayuda.

Concluyendo, el primer grupo formado por 19 mujeres, las cuales habían esperado menos de dos años para solicitar ayuda posaborto. El segundo grupo se conformó con las 21 mujeres restantes de la muestra, las que acudieron a solicitar ayuda posaborto después de dos años o más posteriores a la experiencia de aborto.

Posteriormente a esta división, se realizó un análisis de cada grupo, para conocer sus características particulares.

## 5.2 Análisis Inferencial

En lo que se refiere a la utilización de la estadística inferencial, primeramente se realizó una prueba T de muestras independientes para saber si existían o no diferencias significativas entre los grupos respecto a la manifestación e intensidad de los síntomas en ambos grupos. Se presenta la comparación de manera gráfica en la tabla siguiente:

	Sujetos	Media	Std. Deviation	Std. Error Mean
<b>Grupo 1</b>	<b>19</b>	<b>170.47</b>	<b>26.58</b>	<b>6.09</b>
<b>Grupo 2</b>	<b>21</b>	<b>177.00</b>	<b>18.70</b>	<b>4.08</b>

t	Sig.
-.905	.062

Una vez realizada la comparación de los grupos en cuanto a intensidad y frecuencia de los síntomas, encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Lo anterior se deduce tomando en cuenta el nivel de significancia de .062, lo que quiere decir que tanto la intensidad como la frecuencia de los síntomas en ambos grupos son similares. Por lo que, tanto las mujeres del primero como del segundo grupo manifiestan síntomas de manera equivalente y con una intensidad muy parecida, a pesar del tiempo de diferencia que hay entre ambos grupos. Posteriormente, se realizó un análisis factorial en ambos grupos, el cual se utilizó para ver si las preguntas, referentes a los síntomas, podían agruparse de alguna manera, es decir, si los síntomas estaban asociados entre ellos. Del análisis realizado se obtuvieron cuatro factores, los que se clasificaron de la siguiente manera:

Factor	Nombre
4	Sentimientos de Culpabilidad
1	Sentimientos y conductas negativas
2	Miedos y conductas depresivas
3	Fantasías y Alucinaciones

Una vez clasificados los factores, se realizó nuevamente una comparación de ambos grupos por medio de una prueba t, con la finalidad de comprobar si efectivamente no existían diferencias entre ellos en relación a los cuatro factores obtenidos. Los resultados obtenidos se presentan a continuación en las siguientes tablas:

FACTOR 1 "SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS NEGATIVAS"		
Indicador	Grupo 1	Grupo 2
1. Desesperanza	x= 3.57	x= 3.71
2. Ansiedad	3.52	3.33
3. Inutilidad	3.52	3.23
4. Soledad	3.73	3.66
5. Lamentación	3.78	3.61
6. Enojo	3.63	3.90
7. Rechazo	3.26	3.09
8. Desesperación	3.63	3.42
9. Degradación	3.33	3.42
10. Indignación	3.42	3.52
11. Remordimientos	3.89	3.90
12. Pena	3.26	3.38
13. Estrés Constante	3.52	3.66
14. Pesadillas	3.15	3.33
15. Alejamiento de la Pareja	3.21	3.52

Grupo uno		Grupo dos	
x:	3.49	x:	3.51
Desv.est:	.22	Desv.est:	.23
t:	-.357	Signif.	.727

Como podemos observar en este primer factor "Sentimientos y conductas negativas", no existe diferencia significativa entre ambos grupos, al ser su significancia de .727. Lo anterior nos sugiere que, igual que en la comparación general, la manifestación e intensidad de los síntomas entre ambos grupos es semejante, al menos en este primer factor. Por lo que se puede decir que tanto las mujeres que esperaron un tiempo menor a dos años, como las que solicitaron ayuda posaborto una vez pasados dos años tienden a manifestar de manera similar los signos y síntomas referentes a las conductas negativas y también sentimientos negativos.

Referente al segundo factor “Miedos y conductas depresivas”, encontramos lo siguiente:

FACTOR 2 “MIEDOS Y CONDUCTAS DEPRESIVAS”			
Indicador		Gpo. 1	Gpo. 2
1.	Falta de concentración	x=3.63	x=3.52
2.	Pérdida de autoestima	3.78	3.76
3.	Dificultad para mantener relaciones interpersonales	3.31	3.66
4.	Pérdida de apetito	3.10	3.38
5.	Aislamiento	3.47	3.52
6.	Miedo de otro embarazo	2.94	3.09
7.	Pérdida de dignidad	3.05	3.38
8.	Miedo a necesitar otro aborto	2.52	3.19
9.	Llanto constante	3.57	3.66
10.	Confusión	3.63	3.61

Grupo uno		Grupo dos	
x:	3.30	x:	3.47
Desv.est:	.39	Desv.est:	.21
t: -2.39		Signif. .040	

Dentro de este segundo factor encontramos que, a diferencia de la comparación general y del factor anterior, aquí si existen diferencias significativas entre los grupos. Lo anterior se deduce tomando en cuenta el nivel de significancia que en este caso es de .040, lo anterior nos indica que las mujeres pertenecientes al segundo grupo o sea las que esperaron un tiempo mayor a dos años para solicitar ayuda posaborto tienden a manifestar de manera más intensa y frecuente los síntomas referentes a “Miedos y conductas depresivas”, comparadas con las mujeres que acudieron antes de los dos años al Instituto en busca de ayuda, al menos en este segundo factor.

En el siguiente factor “Fantasías y Alucinaciones” encontramos:

FACTOR 3 “FANTASÍAS Y ALUCINACIONES”		
Indicadores	Gpo. 1	Gpo 2
1. Excesivo interés en embarazadas	x=2.73	x=3.09
2. Preocupación por la muerte	2.73	2.85
3. Excesivo interés en niños	3.10	3.19
4. Preocupación por el niño que hubiera tenido	3.42	3.57
5. Recuerdos del aborto	3.52	4.00
6. Alucinaciones del aborto	1.89	2.66
7. Miedo sin razón aparente	3.21	3.28
8. Miedo a dañar otros hijos	2.78	3.33
9. Depresión	3.78	3.95

Grupo uno		Grupo dos	
x:	3.01	x:	3.32
Desv.est:	.56	Desv.est:	.45
t:	-3.72	Signif.	.006

Los resultados nos indican que, al igual que en el factor anterior, el nivel de significancia fue menor a .05, lo que significa que si existen diferencias entre los grupos. Es decir, las mujeres pertenecientes al segundo grupo manifiestan de forma más intensa y con mayor frecuencia los síntomas correspondientes al factor de “fantasías y alucinaciones”, en contraste con las mujeres pertenecientes al primer grupo.

Por último, dentro del cuarto factor correspondiente a los “Sentimientos de Culpabilidad”, se obtuvo lo siguiente:

FACTOR 4 “SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD”		
Indicadores	Gpo. 1	Gpo. 2
1. Autocondena	x=3.42	x=3.42
2. No merecer perdón	3.57	3.42
3. Temor de Dios	3.31	3.47
4. Sentimiento general de vacío	3.52	3.80
5. Insomnio	3.26	3.41
6. Vergüenza	3.57	3.41
7. Apetito incontrolable	1.84	2.00
8. Sentimiento suicida	3.15	3.85

Grupo uno		Grupo dos	
x:	3.20	x:	3.34
Desv.est:	.57	Desv.est:	.57
t:	-1.46	Signif.	.186

En este último factor se reiteran los resultados obtenidos en la comparación general, es decir, que no existen diferencias significativas entre los grupos, siendo que el nivel de significancia es de .186. Es decir que los síntomas referentes a los sentimientos de culpabilidad, son manifestados de igual forma por ambos grupos, o sea que tanto las mujeres que esperaron un tiempo menor a dos años para solicitar ayuda como las que aguardaron mas de dos años, exteriorizan la culpa de forma similar.

Para observar con mayor precisión los resultados anteriores, a continuación se presenta la siguiente gráfica, la cual muestra la comparación de medias entre los grupos, las cuales corresponden a los cuatros factores obtenidos.



En la gráfica anterior se puede observar que por lo menos en la comparación de medias, si existen diferencias entre ambos grupos con respecto a los cuatro factores obtenidos del análisis realizado. Sin embargo, tomando en cuenta el nivel de significancia, se puede ver que sólo el segundo y tercer factor revelan la existencia de diferencias entre los grupos, por lo menos en los signos y síntomas que los integran. Siendo los sentimientos de Miedo y conductas depresivas, así como las Fantasías y alucinaciones, los que las mujeres manifiestan de manera distinta, es decir, las mujeres del segundo grupo muestran una mayor intensidad y frecuencia en la manifestación

de los síntomas, en comparación con las mujeres del primer grupo, siendo el tiempo transcurrido entre el aborto y la solicitud de ayuda un factor importante. En cuanto a los signos y síntomas referentes a los factores uno y cuatro, las mujeres tienden a experimentar los síntomas de forma muy similar, es decir que tanto los Sentimientos y conductas negativas, así como los Sentimientos de culpa, los que las mujeres tienden a experimentar de manera muy parecida, siendo el factor tiempo no tan importante, puesto que tanto las mujeres que esperaron un tiempo menor a dos años, como las que solicitaron ayuda una vez pasados los dos años, perciben de igual forma los síntomas correspondientes a estos factores.

## Discusión y Conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue comprobar si las mujeres que abortan de manera provocada, atraviesan por un proceso de duelo y si éste depende o no del tiempo que transcurra entre su experiencia y su solicitud de ayuda posaborto. Paralelamente, se pretendía observar si la manifestación, frecuencia e intensidad de los signos y síntomas del Síndrome Posaborto dependían igualmente del tiempo transcurrido entre el aborto y la solicitud de ayuda.

Durante la primera etapa de la investigación se aplicó un cuestionario. En una de las secciones de éste, se enlistaban 52 signos y síntomas correspondientes al Síndrome Posaborto. Las mujeres indicaban la intensidad y la frecuencia con la que habían percibido dichos síntomas hasta el día de la aplicación del cuestionario.

La muestra que estuvo compuesta por un grupo de 40 mujeres con experiencia de aborto provocado se dividió en dos. Un primer grupo que estaba compuesto por 19 mujeres que presentaban un tiempo menor a dos años desde el momento de su aborto hasta el día de la solicitud de ayuda posaborto. Y un segundo grupo que estuvo conformado por 21 mujeres que acudieron en busca de ayuda posaborto después de pasados dos años desde su experiencia de aborto.

Lo primero fue realizar una comparación general entre ambos grupos. Se comparó la manifestación de los síntomas. Los resultados nos revelan que no existe diferencia entre ambos grupos, en cuanto a la manifestación de los síntomas se refiere, lo cual quiere decir que tanto las mujeres que esperaron un tiempo menor a los dos años como las que acudieron en busca de ayuda después de dos años, tienden a experimentar los síntomas con la misma frecuencia e intensidad. Esta similitud por parte de los dos grupos a manifestar de igual forma los síntomas del Síndrome Posaborto, puede estar directamente relacionada con el tipo de duelo que las mujeres están elaborando. Es decir, si se toma en cuenta que el tiempo que se requiere para la cicatrización y la recuperación de la pérdida y por lo tanto, para que el duelo sea considerado como normal es de dos años (O'Connor, N. 2003), tenemos entonces que a pesar de que es el segundo grupo el que ha rebasado este límite de tiempo, la elaboración de duelo en ambos grupos parece estar inconclusa y por lo tanto puede ser considerada como patológica. Probablemente este duelo patológico es la causa de que su manifestación de síntomas sea igualmente intensa y frecuente por parte de los dos grupos. O puede ser que ésta manifestación de síntomas esté

dificultando la elaboración de duelo en las mujeres que componen ambos grupos. Es decir, que se puede hablar de que existe una relación estrecha y directamente proporcional entre la manifestación de los síntomas y la elaboración de duelo, así pues, tenemos que entre más intensa y frecuente sea la manifestación de los síntomas, más complicada y patológica será la elaboración de duelo, y a su vez ésta no elaboración prolongará la existencia de dichos síntomas en la vida de las mujeres posaborto.

Lo anterior confirma que el Síndrome Posaborto es un Síndrome de Estrés Postraumático (Denton Collins, cit. Reisser, T. 1999), por esa razón es que la frecuencia e intensidad de los síntomas son directamente proporcionales al tiempo de espera para la solicitud de ayuda, y por lo tanto facilitarán o entorpecerán la sana elaboración de duelo. Es decir que la persona que sufre el trauma, al igual que en el Síndrome de Estrés Postraumático, experimentará una adaptación disfuncional mientras las emociones dolorosas que rodean el evento traumático, en este caso el aborto, no hayan sido procesadas. (Reisser, T. 1999). Por lo anterior se podría hablar de que las mujeres de ambos grupos no han procesado sus emociones dolorosas con respecto al aborto, por lo que su manifestación sigue presente, además de su adaptación a la "vida cotidiana" será disfuncional y la resolución del duelo quedará inconclusa hasta que la mujer decida reconocer que lo que ha venido manifestando es consecuencia del aborto realizado y se decida a solicitar ayuda. Probablemente pasen varios meses o quizá años antes de que esto suceda, por lo que su duelo quedará como ya se dijo, inconcluso o fijado en alguna de sus etapas.

Se podría pensar, de acuerdo con las definiciones anteriores, que sólo el segundo grupo, o sea las mujeres que acudieron en busca de ayuda después de dos años, vive un duelo patológico, ya que, como ya se dijo, estas mujeres son las que han rebasado el tiempo estimado normal para concluir su elaboración de duelo. Sin embargo, como se ha venido diciendo, también la manifestación de los síntomas influyen en el tipo de duelo que elaboran las mujeres, por lo que también las mujeres pertenecientes al primer grupo, o sea, las que esperaron un tiempo menor o igual a dos años, podrían estar en el proceso de elaboración de duelo y no haberlo concluído, aunque su solicitud de ayuda haya sido antes del periodo de tiempo considerado normal, o sea dos años.

Posterior a la primera comparación, se realizó un análisis factorial del cual se obtuvieron cuatro factores: 1.- sentimientos y conductas negativas, 2.- miedos y

conductas depresivas, 3.- fantasías y alucinaciones y 4.- sentimientos de culpabilidad. Después se hizo una segunda comparación. Se observa que al agrupar los síntomas, las mujeres responden de diferente manera a ellos. Es decir, las mujeres de ambos grupos manifiestan de manera distinta los síntomas pertenecientes a estos cuatro factores. Por un lado tanto en el primero como en el cuarto factor, las mujeres no muestran alguna diferencia en cuanto a la intensidad y frecuencia de los síntomas correspondientes a las conductas negativas y a los sentimientos de culpa, por lo que ambos grupos experimentan de forma similar la culpa y al mismo tiempo realizan una serie de conductas negativas particulares del Síndrome Posaborto. El sentimiento de culpa es algo que comparten las mujeres de ambos grupos, esto debido a que la angustia que provoca un aborto puede permanecer oculta y sin resolver, debido dicho sentimiento de culpa (Fabricant, S. cit. Alva 1999). Al ser un sentimiento compartido por las mujeres de los dos grupos, resulta más sencillo pensar que dicha culpa sea uno de los obstáculos en el camino hacia la elaboración de duelo, y de la misma forma para la solicitud de ayuda. En cuanto a las conductas negativas que comparten podría decirse que son parte de la adaptación disfuncional (Reisser, T. 1999, que la mujer experimenta después de su aborto.

Ahora bien, en relación a los factores restantes, el segundo y el tercero, las mujeres mostraron una manifestación diferente en estos factores. Entonces tenemos que en cuanto a los miedos, las conductas depresivas, las fantasías y las alucinaciones, las mujeres del segundo grupo, o sea las que esperaron un tiempo mayor a dos años en su solicitud de ayuda, presentan una mayor intensidad y frecuencia en su manifestación. Por lo anterior podemos decir que ésta manifestación mucho más frecuente y más intensa en cuanto al miedo y conductas depresivas por parte de las mujeres del grupo dos, ha estado postergando su elaboración de duelo, al igual que su solicitud de ayuda. De la misma manera, el tercer factor, fantasías y alucinaciones, ha dificultado el proceso de elaboración de duelo así como la solicitud de ayuda, de las mujeres del segundo grupo, o sea las que esperaron más de dos años después de su aborto. Por lo tanto, el puntuar más alto que las mujeres del grupo uno dentro de este factor, explica porque éstas mujeres esperaron más de dos años en solicitar ayuda, ya que además del sentimiento de culpa y el miedo, antes desarrollados, experimentan una serie de alucinaciones y fantasías con respecto a su aborto que hace que la solicitud de ayuda y el duelo, sean postergados indefinidamente. La mujer permanecerá en silencio ante estas alucinaciones y fantasías, ante los

recuerdos de su aborto, incluso ante ella misma, éste es un mecanismo de defensa natural ante el dolor que le provoca el recuerdo (Fabricant, S. cit. Alva 1999).

Se ha mencionado que probablemente tanto las mujeres del primero como del segundo grupo pueden estar viviendo un duelo inconcluso, fijado en alguna de sus etapas o patológico. Éste último está clasificado en tres tipos: prolongado, enmascarado y exagerado. (Worden, W. 1997)

Worden dice con respecto de la primera categoría que la mayoría de las personas que padecen este tipo de duelo tardan varios meses o años en solicitar ayuda y que la conciencia que tienen del problema es lo que facilita su incursión a una terapia, lo cual realizan por su propia cuenta. En la presente investigación se tomó en cuenta el tiempo que las mujeres tardaron en realizar su solicitud de ayuda, como un factor importante para su separación. Las mujeres del segundo grupo habían tardado más en acudir a la ayuda posaborto, por lo que se asume que su duelo ha estado fijado en alguna etapa o no se ha comenzado aún, y que el tiempo que tardaron en llegar a la ayuda posaborto, es un factor determinante en el tipo de duelo que van o están elaborando. Por lo tanto, en el caso de las mujeres del grupo dos, se cumple con esta primera categoría, el duelo prolongado. No obstante, las mujeres del primer grupo también solicitaron y acudieron por su propia cuenta a la ayuda posaborto, por lo que cumplen igualmente con este primer factor.

Como ya se dijo, la manifestación de los síntomas está ligada también a las características del duelo patológico. Se dice que después de una pérdida el doliente puede experimentar una serie de sentimientos naturales o normales, que son una reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando el vínculo afectivo se rompe. (Gómez, S. 2004). Pero estos sufrimientos y aflicción deberían ir disminuyendo conforme las mujeres avanzan en su proceso de elaboración de duelo, pero como se pudo observar en ésta investigación, las mujeres que han esperado más de dos años para solicitar ayuda, tienden a manifestar los síntomas de manera mas intensa y mucho más frecuente que las mujeres que acudieron en busca de ayuda antes de los dos años posteriores a su aborto, por lo menos en dos de los cuatro factores obtenidos. Y como se ha dicho, éste puede ser un factor importante para que su solicitud de ayuda se haya presentado tiempo después del esperado, o sea dos años. Dicha manifestación de síntomas se mantendrá de forma indefinida, mientras la mujer no solicite ayuda. Este caso sería el mismo para las mujeres del primer grupo, ya que al manifestar los síntomas de forma

similar a las mujeres del grupos dos, al menos en dos factores y en la comparación general, por lo que también su duelo se verá afectado. Lo anterior cumple con la segunda categoría del duelo patológico, o sea el duelo enmascarado o con síntomas somáticos o conductuales. (Worden, W. 1997)

Por último, probablemente las mujeres de ambos grupos han experimentado tristeza profunda o depresión, sin embargo estos síntomas se encuentran ubicados dentro del segundo factor, en donde las mujeres con un tiempo de espera mayor a los dos años muestran una ligera tendencia a puntuar más alto que las mujeres que esperaron un tiempo igual o menor a dos años, por lo que su manifestación de tristeza y depresión se experimenta mucho más intensa y frecuente. Esto confirma la tercera y última característica del duelo patológico, el duelo exagerado. (Worden, W. 1997). Quizá esta característica se cumpla mejor en las mujeres del segundo grupo, debido al tiempo que transcurrido, no obstante las mujeres del primer grupo la experimentan también aunque con menor intensidad y tal vez con mucha menor frecuencia, pero también en un tiempo considerable, y en ambos casos, no fue sino hasta el reconocimiento del Síndrome Posaborto y de los síntomas que lo componen que las mujeres acudieron a solicitar ayuda, como ya se ha mencionado.

Por lo anteriormente planteado, se podría pensar que sólo las mujeres que han esperado más de dos años, tiempo considerado normal, han estado postergando la elaboración de duelo; han manifestado más intensa y frecuentemente los síntomas, han vivido la tristeza y la depresión durante más tiempo del considerado natural posterior a una pérdida, por lo tanto su elaboración de duelo ha sido patológica hasta el momento de su solicitud de ayuda. Sin embargo, las comparaciones entre ambos grupos, han mostrado que en realidad no existen diferencias entre ellos y que independientemente del tiempo que tarden en solicitar ayuda su elaboración de duelo está inconclusa, el duelo es patológico en ambos grupos por cumplir con las tres categorías propuestas por Worden (1997), y la manifestación de los síntomas ocurre de manera similar. Por lo tanto, las hipótesis nulas quedan confirmadas, al plantear que el tiempo no influirá en la manifestación e intensidad de los síntomas posaborto, ni en el tipo de duelo que elaboren las mujeres.

Una vez corroboradas las hipótesis, al comparar ambos grupos en cuanto a manifestación de síntomas y tipo de duelo, tenemos que:

- La intensidad y frecuencia de los síntomas del Síndrome Posaborto es equivalente en ambos grupos, así que tanto las mujeres con una espera menor a dos años, como las que esperaron más de dos años en la solicitud de ayuda, no presentan diferencias en ésta comparación general de manifestación de síntomas.
- En la comparación de los grupos una vez realizado el análisis factorial, encontramos que si existen diferencias entre los grupos. El factor referente a los Miedos y conductas depresivas y el correspondiente a las Fantasías y alucinaciones, muestran una ligera tendencia a manifestarse más intensa y frecuentemente pro parte del grupo dos. Por lo que puede ser un obstáculo importante en la no elaboración de duelo en éstas mujeres.
- Las mujeres del grupo uno cumplen con el requisito de solicitar ayuda posaborto antes que se cumpla el plazo considerado como normal. Sin embargo, no se puede hablar de un duelo total y sanamente elaborado, pero si de que su solicitud de ayuda se realizó antes del plazo propuesto por los autores revisados, dos años. (O'Connor, 2003). En cambio, las mujeres del segundo grupo superaron este tiempo, ya que la solicitud se hizo tiempo después de pasados los dos años, lo que hace pensar que su duelo también está inconcluso, o ni siquiera iniciado. Por lo que no se podría hablar de un duelo sano en ninguno de los casos aquí presentados, por el contrario, se puede decir que el duelo de las mujeres de ambos grupos es un duelo parcial o patológico (Ney, 1997).
- Los mecanismos de defensa utilizados por las mujeres del primer grupo, fueron usados para aminorar el dolor causado por la pérdida, y como se vió en el capítulo correspondiente, en cualquier tipo de pérdida existirá la utilización de éstos, al menos durante los primeros dos años, principalmente el de la negación. Aunque éste mecanismo de negación no es efectivo por mucho tiempo (Ney, 1997), ya que tanto las mujeres pertenecientes al primer grupo como las del grupo dos, terminaron con este mecanismo en el momento que solicitaron ayuda y decidieron reconciliarse totalmente con sus sentimientos. La demora sólo significa un potencial mayor de dolor, conflicto y síntomas. (Alva, M. 1999). Esto último explicaría el porque las mujeres pertenecientes al segundo grupo, mostraron una ligera tendencia a puntuar más alto en dos de los factores obtenidos. Como lo menciona Alva (1999), la

demora, es decir, el tiempo que pase, sólo aumentará la manifestación de los síntomas. La diferencia radica, como se observa, en el tiempo que transcurrió entre su aborto y la solicitud de ayuda. La utilización del mecanismo de negación por parte de las mujeres del grupo dos, más que una “parte intrínseca de la experiencia de aborto” (Alva, M. 1999), se convierte en un estilo de vida en donde la mujer ya no se da cuenta de sus males, sino sólo recuerda sus síntomas (Alva, M. 1999), al no enfrentar sus sentimientos en un lapso menor a dos años, la mujer piensa y siente que con el paso del tiempo cesarán, lo que hace que su duelo quede inconcluso y se prolongue hasta que la conciencia se haga presente y acuda en busca de ayuda, lo que ocurrió, en el presente estudio, después de dos años.

Por lo tanto, el tiempo no será un factor determinante en el tipo de duelo que las mujeres elaboren. Mientras que la manifestación de los síntomas, parece ser una gran influencia en la elaboración de duelo. Aunque en el análisis general las mujeres no presentaron diferencia alguna, en la comparación factorial se observó una diferencia entre ambos grupos referente a los factores dos y tres; Miedos y conductas depresivas y Fantasías y alucinaciones. Esta tendencia a puntuar más alto por parte de las mujeres del segundo grupo, se debe a que a mayor tiempo, mayor intensidad y frecuencia de los síntomas, por lo que el duelo se verá obstaculizado para lograr su sana elaboración, al menos en estos dos factores. También está relacionado con una mayor espera por parte de las mujeres pertenecientes a este segundo grupo, ya que este grupo de mujeres dejaron pasar mucho más tiempo que las mujeres del primer grupo, por lo que los síntomas se hicieron más constantes e intensos, y los mecanismos de defensa, principalmente la negación, se hizo presente como estilo de vida y contribuyó al paso del tiempo por parte de éstas mujeres.

## Limitaciones y Sugerencias

En el desarrollo del presente estudio se presentaron ciertas limitaciones, se muestran a continuación algunas de ellas:

1. La muestra constaba de un grupo de mujeres que pasaron por la experiencia de aborto provocado y que habían solicitado ayuda en el Instituto I.R.M.A., A.C., por lo que no se incluyeron en la muestra mujeres externas a este Instituto, y para investigaciones posteriores, se sugiere incluir a mujeres tomadas al azar, para así obtener una muestra menos sesgada y los resultados puedan ser más exactos.
2. A lo largo de la investigación se habló de la manifestación de los signos y síntomas del SPA, aunque no se hizo referencia de algún estudio realizado anteriormente en nuestro país. Esto, porque no existe bibliografía al respecto, ya que los médicos, psicólogos, psiquiatras y demás personal médico se han empeñado en su no reconocimiento dentro de la comunidad médica, y por lo tanto dentro del manual de psiquiatría DSM.
3. El cuestionario utilizado dentro de esta investigación no ha sido debidamente estandarizado ni validado, por lo que sería importante contar con un instrumento que fuera lo suficientemente confiable como para que las investigaciones posteriores pudieran tener la suficiente validez como para ser reconocidas a nivel médico.

Asimismo, es importante mencionar algunas sugerencias para posteriores investigaciones respecto a este tema:

1. Sería primordial realizar un instrumento más fino que fuera capaz de medir y explicar el por qué la tendencia a puntuar más alto de las mujeres del grupo dos, o sea las que han tardado más tiempo en acudir a la ayuda posaborto, es mayor en los factores dos y tres "Miedos y Conductas Negativas" y "Fantasías y Alucinaciones", respectivamente, en comparación con las mujeres del grupo uno.
2. Sería bueno realizar otra investigación con respecto a este tema que comprobara que efectivamente después de un aborto existe un síndrome como consecuencia de éste. Y que además las mujeres manifiestan una serie de signos y síntomas muy particulares que corresponden al Síndrome

Posaborto. Una vez que se haya realizado, sería probablemente mucho más sencillo su incorporación al manual de psiquiatría DSM-V.

3. Posterior a su reconocimiento, lo recomendable sería comenzar con su difusión, y paralelamente con su prevención y rehabilitación, según corresponda.

Fecha\_\_\_\_\_

## DATOS GENERALES (SPA)

(Confidencial)

### I. Contesta en los espacios

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad actual \_\_\_\_\_ Estado civil actual \_\_\_\_\_

Grado superior de estudios cursado \_\_\_\_\_

¿Cuántos abortos te has practicado? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenías? \_\_\_\_\_

¿Cuál era tu estado civil en ese entonces? \_\_\_\_\_

¿Cuál era tu grado de estudios? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo de embarazo tenías? \_\_\_\_\_

¿Tenías hijos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenían? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tienen actualmente? \_\_\_\_\_

¿Qué procedimiento utilizaron en tu aborto? : succión \_\_\_\_\_ legrado \_\_\_\_\_ inyección salina \_\_\_\_\_  
otro \_\_\_\_\_

¿Estuviste despierta durante el procedimiento? : si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ no recuerdo \_\_\_\_\_

¿Te dieron algún tipo de anestesia? \_\_\_\_\_ ¿Te dieron calmantes para el dolor o  
analgésicos después de la operación? \_\_\_\_\_ medicamento \_\_\_\_\_

sustancia naturista \_\_\_\_\_

II. En las preguntas que a continuación se presentan, deberás marcar con una X el número que corresponda de acuerdo con la siguiente escala:

1 si                      2 más o menos                      3 no                      4 no me acuerdo

1. Abortar iba de acuerdo con lo que yo pensaba acerca del aborto.                      1 2 3 4

2. Yo creía que el aborto debería ser una opción legal de la mujer.                      1 2 3 4

3. Abortar fue consistente con lo que pensaba acerca del aborto.                      1 2 3 4

4. Mi decisión fue contraria a mis ideales.                      1 2 3 4

4. Después de abortar sentí que me moría.                      1 2 3 4

5. Antes de mi aborto, yo era una persona religiosa.                      1 2 3 4

6. Antes de mi aborto, recibí orientación profesional por problemas  
psicológicos o emocionales.                      1 2 3 4

7. He padecido depresiones antes de mi aborto.                      1 2 3 4



30. Miedo a tomar decisiones	1	2	3
31. Miedo sin razón aparente	1	2	3
32. Pesadillas	1	2	3
33. Insomnio	1	2	3
34. Recuerdos del aborto	1	2	3
35. Llanto incontrolable	1	2	3
36. Sentimiento suicida	1	2	3
37. Alejamiento de mi pareja	1	2	3
38. Pérdida de confianza en mi misma	1	2	3
39. Pérdida de autoestima	1	2	3
40. Pérdida de dignidad	1	2	3
41. Sentido general de pérdida	1	2	3
42. Alucinaciones del aborto	1	2	3
43. Pérdida de apetito	1	2	3
44. Apetito incontrolable	1	2	3
45. Sentimiento general de vacío	1	2	3
46. Inestabilidad en los trabajos	1	2	3
47. Falta de concentración	1	2	3
48. Dificultad al mantener relaciones personales	1	2	3
49. Preocupación por la muerte	1	2	3
50. Preocupación por el niño que hubiera tenido	1	2	3
51. Excesivo interés en embarazadas	1	2	3
52. Excesivo interés en bebés	1	2	3

*A partir de aquí la escala cambia a:*

*1 si            2 no            3 no sé*

***MIS SENTIMIENTOS NEGATIVOS AL RESPECTO EMPEORARON:***

53. En la fecha en la que el bebé hubiera nacido	1	2	3
54. En la fecha de aniversario de mi aborto	1	2	3
55. En alguno de mis embarazos.	1	2	3
56. Al momento de nacimiento de otro hijo	1	2	3
57. Cuando escucho hablar de una boda	1	2	3
58. Cuando después intente embarazarme	1	2	3
59. Cuando escuché o vi propaganda pro-vida	1	2	3
60. En fechas especiales (día de las madres, del niño, navidad, etc.)	1	2	3
61. Al tener un aborto espontáneo (si es el caso)			

***DESPUÉS DEL ABORTO:***

62. Me sentí más conciente de mis emociones	1	2	3
63. Sentía la necesidad de olvidar mis emociones	1	2	3
64. La vida me parecía más difícil	1	2	3
65. Mi actitud hacia la vida fue más dura	1	2	3
66. Tomé el control de mi vida	1	2	3
67. Comencé a perder el carácter	1	2	3
68. Me volví más violenta	1	2	3

69. Comencé a tomar en exceso	1	2	3
70. Empecé a consumir drogas	1	2	3
71. Comía en exceso	1	2	3

*IV. Responde seleccionando la respuesta correcta.*

1. ¿Hubo algún momento después del aborto en que pensaste que no había otra alternativa?

SI            NO            NO SE

2. ¿Hubo algún momento después de tu aborto en el que animaste o apoyaste a una mujer en una situación similar en donde se consideraba el aborto?

SI            NO            NO SE

¿Para que no lo hiciera? \_\_\_\_\_

¿Para que abortara? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez te haz arrepentido del aborto?

SI            NO            NO SE

4. ¿Has tenido alguna visita durante tus sueños del bebé abortado?

SI            NO            NO SE

5. ¿Alguna vez le hablaste al bebé abortado antes del aborto?

SI            NO            NO SE

6. ¿Alguna vez le hablaste al bebé después del aborto?

SI            NO            NO SE

7. ¿La relación con tu pareja se terminó después del aborto?

8. SI            NO            NO SE

9. ¿Experimentaste períodos irregulares de tu menstruación después del aborto?

SI            NO            NO SE

10. ¿Has tenido sangrados abundantes después del aborto?

SI            NO            NO SE

11. ¿Has tenido dolor en el abdomen?

SI NO NO SE

12. ¿Has experimentado sensación de dolor durante las relaciones sexuales?

SI NO NO SE

13. ¿Has experimentado pérdida de placer durante las relaciones sexuales?

SI NO NO SE

14. ¿Has experimentado rechazo al acto sexual?

SI NO NO SE

15. ¿Te sientes insatisfecha durante el acto sexual?

SI NO NO SE

16. ¿Aumentaron el número de compañeros sexuales después del aborto?

SI NO NO SE

17. ¿Experimentaste temor de estar embarazada al esperar cada período de menstruación?

SI NO NO SE

18. ¿Te has sometido a una esterilización para evitar el riesgo de tener que recurrir nuevamente a un aborto?

SI NO NO SE

19. ¿Has experimentado una falsa alarma de embarazo después del aborto?

SI NO NO SE

20. ¿Intentaste reparar el aborto por medio de otro embarazo?

SI NO NO SE

21. ¿Has intentado el suicidio?

SI NO NO SE

22. ¿Fuiste abusada sexualmente de niña?

SI NO NO SE

23. ¿Fuiste abusada físicamente de niña?

SI            NO            NO SE

24. ¿Abusaste físicamente de tus hijos antes del aborto?

SI            NO            NO SE

25. ¿Abusaste emocionalmente de tus hijos antes del aborto?

SI            NO            NO SE

26. ¿Abusaste físicamente de tus hijos después del aborto?

SI            NO            NO SE

27. ¿Abusaste emocionalmente de tus hijos después del aborto?

SI            NO            NO SE

28. ¿Después del aborto, ¿experimentaste un fuerte sentimiento de alivio?

SI            NO            NO SE

Si fue así, cuanto duró:    \_\_\_\_\_ semanas    \_\_\_\_\_ meses    \_\_\_\_\_ años

29. ¿Después de tu aborto, ¿tuviste reacciones negativas o sentimientos contradictorios?

SI            NO            NO SE

Si así fue, la primera vez se dio:

\_\_\_\_\_ inmediatamente    \_\_\_\_\_ en los primeros 6 meses    \_\_\_\_\_ después de un año o más

Si así fue: ¿cuándo experimentaste los peores sentimientos?

\_\_\_\_\_ inmediatamente    \_\_\_\_\_ en los primeros 6 meses    \_\_\_\_\_ después de un año o más

30. Tomando en cuenta donde te encuentras hoy día, ¿el aborto mejoró tú vida?

SI            NO            NO SE

*V. Si nunca has experimentado sentimientos negativos sobre el aborto o sentimientos inexplicables, puedes parar en esta parte. Gracias por tu valiosa participación.*

1. ¿Hubo algún momento en tu vida en que los efectos del aborto fueron tan severos que no podías actuar normalmente en tu casa, trabajo, o tus relaciones personales?

SI            NO            NO SE

Si fue así: ¿Cuánto tiempo duró? \_\_\_\_\_

2. Te puedes describir a ti misma como autodestructiva?

SI            NO            NO SE

3. ¿Sufriste una crisis nerviosa en algún momento, después de tu aborto?

SI            NO            NO SE

4. ¿Estuviste hospitalizada en algún momento para recibir tratamiento psiquiátrico después del aborto?

SI            NO            NO SE

5. ¿Hubo algún período de tiempo en el que no reconociste los sentimientos negativos sobre el aborto?

SI            NO            NO SE

6. Aparte de tus sentimientos negativos, ¿aún crees que la elección del aborto fue lo más correcto?

SI            NO            NO SE

Si no, ¿hubo algún momento antes en que sí lo pensaste?

SI            NO            NO SE

Si así fue, ¿cuánto duró? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuánto tiempo te tomó empezar la reconciliación sobre la experiencia de aborto?

\_\_\_\_\_ semanas    \_\_\_\_\_ meses    \_\_\_\_\_ años

8. ¿Qué tan gravemente fueron afectados tus sentimientos después del aborto?

\_\_\_ más o menos            \_\_\_ moderado            \_\_\_severo            \_\_\_muy severo

9. ¿Crees que el aborto afectó negativamente tu vida?

SI            NO            NO SE

10. Pon una X para identificar las personas con las que acudiste para hablar de tus sentimientos y si esta fue de ayuda o no.

Hablé con:	Me ayudó	No me ayudó
Psicólogo	___	___
Psiquiatra	___	___
Trabajador social / orientador	___	___
Sacerdote	___	___
Padres	___	___
Esposo/Novio	___	___
Amigos	___	___
Grupo de orientación de Síndrome Posaborto	___	___
Otros _____	___	___

Motivo de abandono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gracias por tu confianza**

## Bibliografía

- Alva, M. (1999) Y después del aborto ¿Qué? México. Trillas. P. 44, 45, 64, 72-75, 83-85, 97, 98.
- Alva, M. (2000) Memorias del primer coloquio sobre posaborto. México. pp. 3
- Arellano, E. (1989) Entorno psicosocial que dificulta la elaboración de duelo en el aborto. México. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Bucay, J. (2002) El camino de las lágrimas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Océano. P. 27, 31, 48, 85, 123, 127, 129, 152, 153.
- Candano, M. (1980) El problema del aborto en México. Porrúa. México. P. 17
- Comité episcopal para la defensa de la vida. (1995) El aborto. Ediciones Palabra. España. P. 75
- Corral, N. (1996) El cortejo del mal. Ética feminista y psicoanálisis. Madrid. P. 78
- Díaz-Guerrero, R. (1994) Psicología del mexicano: Descubrimiento de la etnopsicología. Sexta edición. México. Trillas. P. 36-39
- Diccionario enciclopédico Larousse ilustrado. (2000). P. 3
- Diplomado de Tanatología. (2004) Instituto Mexicano de Tanatología. México, D.F.
- Escoge la vida. (1994) El cáncer de mama y el aborto. Revista.
- Estrada, I. (1997) El ciclo vital de la familia. Grijalbo. México. p. 95, 96
- Fonnegra, I. (2001) De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. Barcelona, Andres Bello. P. 248
- Gómez, S. (2004) La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid, España. Editorial Arán.
- González, M. (1999) Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. Madrid. Siglo XXI España editores. P. 26, 33
- Gringerg, L. (1983) Culpa y depresión. Madrid, España. Alianza editorial.
- Harvey, J. y Webber, A. (1998) Why there must be a psychology of loss, en J. H. Harvey (comp), perspectives on loss: A sourcebook, Filadelfia. Taylor and Francis.
- Hernández, S. et. al. (2000) Metodología de la Investigación. México D.F. Mc Graw Hill.
- Hierro, G. (1985) Ética y feminismo. México. Universidad Nacional Autónoma de México. P. 116

- Kitzinger, S (1980) *Donne come madri*. Milano. Editorial Bompiani. (tit. Orig: *Women as mothers*, 1978)
- Kitzinger, S. (1999) Capítulo 4. en González, M. (comp) *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid. Siglo XXI España editores p. 35
- Kübler-Ross, E. (2002) *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona. Editorial Mondadori. P. 61, 73, 74, 113, 148.
- Kuenning, D. (2003) *Helping people through grief*.
- Kweller, D. (2005) *Adoptivo los hijos del corazón*. México. Trillas. P. 22, 35, 36
- Langer, M. (1951) *Maternidad y sexo*. Argentina. Paidós. P. 13
- Lejeune, J. (1992) *El crimen del aborto: aspectos científicos*. Memorias del primer encuentro latinoamericano de líderes pro-vida. México.
- Lejeune, J. et al. (1980) *Déjalos vivir*. Rialp Madrid. P. 98
- Lescure, M. (1991) *Psicología de la primera infancia. De la concepción a los tres años. Génesis de la relación*. México. Trillas. P. 26, 29, 30, 34.
- Lima, M. (1995) Capítulo 2 en Ortiz, A. (comp.) *Razones y Pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México. Edamex.
- Llaguno, M. et. al.(2000) boletín núm. 78. *Contemplan imponer el aborto en México. ¿Posible repercusión en América Latina?*
- Manzano, J. (2004) Módulo IV *El hombre frente a la muerte*. Diplomado de Tanatología. Instituto Mexicano de Tanatología. México.
- Material para el primer taller de revisión del manual de atención posaborto (2003) Instituto I.R.M.A, A.C. México.
- Material para la capacitación del Instituto I.R.M.A, A.C. (2003) *Adaptación del libro Y después del aborto ¿Qué?*, Alva, M.
- Mendoza, A. (2004) *Adopción es familia; proceso de adopción y su significado*. México. Trillas.
- Montagu, A. (1965) *Life before birth*. Signet books. New York. New American Library. P. 12
- Neimeyer, R. et. al (2002) *The meaning of your absence traumatic loss and narrative reconstruction*, en J Kauffman (copm) *Loss of the Assumptive World. A theory of traumatic loss*, New York. Bruner-Routledge.
- Ney, P. (1997) *Deeply damage*. Pioner Victoria B-C p. 149- 154

- O'Connor, N. (2003) Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. México. Trillas. P. 23, 24, 39, 41, 42, 43, 45, 91, 151, 156, 158.
- Pavía, C. (2000) PAS: Una figura olvidada por las políticas de salud reproductiva. México. ponencia. pp. 1-13
- Pavía, C. El aborto: una cicatriz indeleble. ISTMO, núm. 251. pp. 32-35
- Poch, C. y Herrero, O. (2003) La muerte y el duelo en el contexto educativo: reflexiones, testimonios y actividades. Barcelona. Editorial Paidós. P. 61, 62, 72.
- Ramírez, C. (1998) El poder de ser madre: Pensamiento filosófico sobre el valor de ser mujer. México. Trillas. P. 14
- Rando, T. (1993) Treatment of complicated mourning. Champaign, IL. Research Press.
- Reisser, T. (1999) A solitary sorrow finding healing and wholeness alter abortion. Wheaton, IL. Editorial Hardd Shaw
- Reisser, T. et. al (1989) Help for the post-abortion woman. Grand Rapids, Zandurvan. Folleto.
- Reisser, T. et. al. (2001) Sanidad después del aborto. Identificando y venciendo el Síndrome Posaborto. California, E.U. Enfoque a la familia. Folleto.
- Sau, V. (1986) Maternología, en aportaciones para una lógica del feminismo. Barcelona; La Sal. P. 67-72
- Sau, V. (1999) Capítulo 3. en González, M. (comp) Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. Madrid. Siglo XXI España editores. P.26, 27
- Simon, S. (1969) El carácter de las mujeres. Herder. Barcelona. P. 271
- Sluzki, C. (1991) Foreword, en Walsh y McGoldrick (copms) Living beyond loss, New York, Norton.
- Valenzuela, J. (1999) Psicopatología I. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, L. (1980) El aborto. Un enfoque multidisciplinario. México. Universidad Nacional Autónoma de México. P. 155-156
- Wasserman, T. (2005) Capítulo 6. en Kweller, D. (comp) Adoptivo los hijos del corazón. México. Trillas. P. 33
- Willke, J. (2000) A las mujeres les duele... pero ud. puede ayudar. Ohio. Editorial Hayes. Folleto.
- Worden, W. (1997) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. España. Paidós. P. 26, 27, 36, 37.