



ha | [documentación](#)

Categorización diagnóstica del síndrome postaborto

Por Carmen Gómez Lavín, Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud | Jesús Manuel Hermoso de Mendoza, Médico de empresa. Clínica Universitaria de Navarra | Ricardo Zapata García, Psiquiatra. Clínica Universitaria de Navarra

Resumen

Con objeto de asignar categoría diagnóstica al síndrome postaborto (SPA) se estudian –mediante historia clínica vivencial y exploración psicopatológica estandarizada - diez pacientes con dicho síndrome, se realiza el diagnóstico según criterios DSM-IV y CDI-10 y se analizan cualitativamente los síntomas más significativos. Se comprueba que, aunque los síntomas del SPA coinciden en general con los de los diversos trastornos psicopatológicos adaptativos, en los diez casos de SPA estudiados se cumplen los criterios diagnósticos de trastorno postraumático. Además, las pacientes con SPA presentan, algunos síntomas de especial interés cualitativo como reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionados con el aborto, intensos sentimientos de culpa y la “necesidad de reparar”. Se concluye que el SPA debe considerarse un tipo más de estrés postraumático, aunque con características propias muy relevantes a la hora de la comprensión vivencial del paciente y de la intervención psicoterápica.

Introducción

Uno de los problemas de mayor actualidad, hoy en día, es el constituido por el aborto provocado, también conocido como aborto intencionado o “voluntario”. Se trata de un complejísimo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, demográfico, etc. A pesar de que pocos asuntos médicos tienen tan fuertes implicaciones sociológicas, políticas, culturales, morales, etc., como el aborto, son innumerables las dificultades para valorar adecuadamente los efectos psicopatológicos, entre otras cosas porque: 1) no es fácil la elaboración estadística de los datos; 2) apenas existen valoraciones médicas sistemáticas de las pacientes tras el aborto; 3) generalmente las mujeres que han abortado no suelen ser propicias a seguir relacionándose con el médico que les realizó el aborto, ni a querer hablar de ello.

Con todo, después de años de subestimar y de negar los efectos psicopatológicos del aborto, la sociedad científica, ante la evidencia de una variedad de trastornos, comienza ahora a admitir la existencia de secuelas tras abortos voluntarios. Así, incluso “Paternidad planificada” –que como es sabido es la mayor proveedora de abortos de EE.UU. - ha confirmado la incidencia del síndrome postaborto; y diversas organizaciones abortistas han desarrollado sus propios programas para responder a dicho trastorno como una necesidad real (bien es cierto que intentan demostrar que el trauma estaría creado por las protestas de los pro-Vida y, en general, de los que se oponen al aborto).

En uno de los estudios más recientes (1), realizado por un equipo de investigadores, la Dra. Brenda Mayor, señala un total de 500.000 mujeres con SPA entre los 40 millones que se practicaron el aborto en EE.UU. desde 1972; concluyendo que, aunque en el conjunto, el porcentaje sólo suponga un 1'4 %, merecía la pena prestar atención a ese medio millón de mujeres que han padecido el trastorno. En dicho estudio, la Dra. Ham Sderberger señala que muchas mujeres de la muestra seleccionada no quisieron participar “por el sentimiento de culpa y los remordimientos que les embargaban” y que su respuesta era siempre la misma: “No quiero hablar de esto, sólo quiero olvidar”. A pesar de ello, los resultados muestran que el 60 % de la muestra -854 mujeres - presentaban un problema emocional tras el aborto, algunas en grado muy severo.

En definitiva, se puede afirmar (2) que toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, queda profundamente afectada, aunque no quiera o no pueda reconocerlo; y que en el aborto provocado, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, se produce una reacción de ansiedad y depresión. Dicha reacción suele acompañarse de un sentimiento de culpa y del correspondiente proceso de duelo.

Por supuesto que, en la paciente que aborta intencionadamente, tanto los sentimientos de culpa (3) como el proceso del duelo postaborto (4) van a estar modulados por influencias culturales, por las características de su personalidad y por la problemática previa de la persona.

Así, como ante cualquier otro acontecimiento estresante de pérdida, pueden darse desde una ausencia psicopática del sentimiento de culpa, hasta sentimientos patológicos de culpa de tipo delirante o afectivo que complican el proceso de duelo; proceso que, en principio, puede seguir desde un desarrollo normal hasta cualquiera de las posibles desviaciones patológicas del mismo: ausencia de duelo, cronificación del proceso de duelo y reacciones de hiperactividad compulsiva. (5)

Clasificación diagnóstica del síndrome postaborto

Tanto la falta de estudios epidemiológicos sobre el síndrome postaborto como las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica, parecen ser debidas, además de a determinados intereses ideológicos, a la falta de una categorización diagnóstica del síndrome que permita su incorporación por derecho

propio a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica.

En este sentido, es evidente que el síndrome postaborto se encuadra entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante (tabla 1), y que en principio, dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un "estrés psicosocial identificable, sino como un estrés traumático, excepcional (físico o psicológico que cumple con los criterios diagnósticos de la DSM-IV y CIE-10 de Trastornos por Estrés Postraumático, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones a estrés grave.

Tabla 1: POSIBLES CORRESPONDENCIAS DIAGNÓSTICAS DEL SÍNDROME POSTABORTO EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES CDI-10 Y DSM-IV

REACCIONES A ESTRÉS GRAVE (Estrés traumático, excepcional, catastrófico)	
F43.0	Trastorno por estrés agudo (DSM-IV: 308.3) Reacción a estrés agudo (CDI-10)
F43.1	Trastorno por estrés Postraumático (DSM-IV: 309.81) Trastorno de estrés post-traumático (CDI-10)
TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (Estrés identificable pero no inusual ni catastrófico)	
F43.20-28	Trastorno adaptativo (DSM-IV) Trastorno de adaptación (CDI-10)

Así mismo, si analizamos las dos variables (tiempo de latencia y duración de los síntomas) sobre las que se basan las diferencias entre las reacciones a estrés grave, obtenemos, como se refleja en la tabla 2, las posibles caracterizaciones del síndrome postaborto como reacción ante el acontecimiento traumático del aborto: Como un trastorno por estrés agudo y como un trastorno postraumático.

Tabla 2: CUALIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL SÍNDROME POSTABORTO POR ESTRÉS GRAVE SEGÚN TIEMPO DE LATENCIA Y DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

	Reacción a estrés agudo	Estrés postraumático
TIEMPO DE LATENCIA DE LOS SÍNTOMAS		
Inmediato o durante el primer mes	+	+
Diferido después de los seis meses		+
DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS		
No más de 4 semanas	+	
De 8 a 48 horas	+	
Indefinido		+

Objetivos y métodos

Con estos presupuestos, y convencidos de que, como en cualquier otro trastorno, la realización de un acertado diagnóstico psicopatológico y vivencial, es paso imprescindible para la aplicación de medidas terapéuticas específicas y eficaces, decidimos estudiar una muestra de pacientes con síndrome postaborto, aplicándoles los criterios diagnósticos correspondientes al apartado F43 (Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación)

de la DCI -10 y a los apartados F43.0 (Trastorno por estrés agudo) y F43.1 (Trastorno por estrés postraumático) de la DSM-IV.

Así, tras realizar una historia clínica vivencial y una exploración psicopatológica estandarizada (8) a diez pacientes con un diagnóstico clínico de síndrome postaborto, se les aplicaron únicamente (ya que todas las pacientes habían experimentado el acontecimiento estresante como excepcional y que la duración de los síntomas era superior a las 4 semanas) los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático, y se analizaron cualitativamente los síntomas más significativos.

Resultados

Las características de la muestra se recogen en las tablas 3 y 4 y en los resúmenes de las historias vivenciales de las pacientes. En las tablas 5 y 6, se exponen, respectivamente, los criterios diagnósticos DSM-IV y DCI -10 que cumplían las pacientes; y, en la tabla 7 se reseñan algunos síntomas específicos y frecuentes, no recogidos por los criterios de las clasificaciones internacionales.

Tabla 3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Sexo	
Mujeres.....	10
Hombres.....	0
Edad	
Edad media.....	32.4
Rango.....	29-37 [65]
Estado civil	
Solteras.....	7
Casadas.....	3
Religión	
Católica.....	10
Practicante.....	5
No practicante.....	5
Estudios y formación	
Sabe leer y escribir.....	5
Formación Profesional 1º grado.....	2
Formación profesional 3º grado.....	1
Estudios superiores.....	2
Procedencia	
Navarra.....	6
España.....	1
Extranjero.....	3

Tabla 4: TIEMPOS DEL SÍNDROME POST-ABORTO

Caso	T. de embarazo	T. Latencia	T. Transcurrido
1.....	3-4 meses.....	Inmediato.....	3 años
2.....	?.....	Inmediato.....	5 meses
3.....	?.....	Primer mes.....	11 años
4.....	?.....	Después de seis meses.....	12 años
5.....	?.....	Después de seis meses.....	3 años
6.....	?.....	Primer mes.....	15 años
7.....	2 meses.....	Primer mes.....	3 años
8.....	2 ½ meses.....	Inmediato.....	3 años
9.....	2 ½ meses.....	Inmediato.....	2 años
10.....	?.....	Inmediato.....	23 años

Resumen de las historias vivenciales de las pacientes

1. I.M.C. 30 años

Hace 3 años, con un embarazo de más de tres meses, forzada por el novio, se hizo un aborto en una clínica privada de Zaragoza.

Viene a consulta con un cuadro caracterizado por insomnio, gran angustia, lloros, y, sobre todo, un gran sentimiento de culpa y una obsesión constante que gira alrededor de la idea: "he matado a mi hijo", "me siento mala", "¿cómo sería la carita de mi hijo?".

Sueña muchas veces con ese episodio y se despierta sobresaltada.

Ha llegado a denunciar al exnovio por haberla obligado a abortar.

Evita desde entonces cualquier cosa que le recuerde al hijo que hubiera tenido: silletas, chupetes, etc.

2. E.M.P.J. 37 años

Ha hecho 3 abortos. Los dos primeros abortos los hizo en parte forzada; el último lo realizó hace 5 meses y fue por decisión propia.

Muestra un gran sentimiento de culpa: "pienso que Dios me ha castigado".

Presenta decaimiento, tristeza, insomnio, inapetencia, sueños "horribles", dolores de cabeza, ideas de suicidio, etc.

Dice tener una gran carga de conciencia desde que realizó el último y quiere reparar...

Pesadillas en relación con el aborto.

Problemas de sexualidad. Incremento en el uso de alcohol y otros tóxicos.

3. R.G.M. 29 años

Quedó embarazada de su primer novio a los 18 años y decidió abortar por decisión propia.

Aunque después ha tenido varias relaciones, dice que aquello le marcó y que siente un gran sentimiento de culpa: "hoy no lo hubiera hecho".

Tiene sueños y pesadillas repetitivos en los que ve "al niño muerto rodeado de sangre".

Presenta también una gran labilidad afectiva, muchos altibajos del estado de ánimo, dificultades de adaptación a su pareja y trastornos de su conducta alimentaria (crisis búlímicas que alternan con restricciones anorécticas).

4. E.C.M. 65 años

Hace 12 años indujo a su hija a hacerse un aborto y no se lo puede "quitar de la cabeza"

Llora mucho y dice que tiene un gran insomnio y cuando duerme tiene muchas pesadillas. Cree que Dios la está castigando por ese problema. No se concentra. Sueña mucho con niños. "Iba con un niño envuelto, se escapa y lo pilló un coche". Se despierta sobresaltada.

Desde que ocurrió esto "aborrezco el sexo". Su marido no sabe nada de lo ocurrido pues ella piensa que, de haberlo sabido, nunca la hubiera perdonado.

5. S.P.D.Z. 33 años

Ha convivido con distintos hombres, tanto en Colombia como en España.

Con el primero que "era drogadicto" estuvo desde los 16 años. La maltrataba constantemente y en una ocasión en que la tiró por la escalera perdió al hijo del que estaba embarazada hacia cinco meses. Hizo por entonces varios intentos de suicidio.

Después conoció a otro hombre que, tras quedar embarazada la presionó para que abortara. El aborto se le practicó en Bilbao.

Desde entonces se encuentra "muy mal", con mucha angustia y decaimiento. Duerme mal, con continuas

pesadillas. Tiene un gran sentimiento de culpa y llora en todas las entrevistas. Ha intentado quitarse la vida en varias ocasiones.

Presenta antecedentes psiquiátricos tanto por parte del padre como de la madre.

Familiarmente educada en valores religiosos, quiere confesarse aunque teme porque piensa que Dios no la puede perdonar.

6. A.I.E.Z. 39 años

Se ha practicado dos abortos. El primero fue en Madrid, hace 15 años, forzada por su pareja y ayudada por sus amigos.

Desde entonces tiene muchos sueños y pesadillas.

El segundo aborto fue hace 3 años. Han aumentado los sueños y pesadillas y se pregunta continuamente como sería su hijo.

Además presenta frigidez y un sentimiento muy fuerte de culpabilidad.

Aunque su padre murió sin saber "lo de los abortos", ella le ha escrito una carta al difunto pidiéndole perdón por lo que hizo.

7. J.G.E. 42 años

Hace un año y medio quedó embarazada y a las 20 semanas le dijeron, tras una amniocentesis, que el feto tenía una alteración congénita recomendándole abortar. Así lo hizo y desde entonces tiene una gran tristeza, tendencia al llanto, ansiedad, anhedonia, insomnio, pesadillas, inapetencia, etc.

Aunque quiere pensar que era lo indicado, le ha quedado una sensación fuerte de inquietud y ansiedad: "es algo que no olvidaré jamás".

Tiene otro hijo de 4 años y medio.

Experimentó bastante mejoría con el tratamiento antidepresivo.

8. M.C. 33 años

Aunque tiene 4 hijos, al quedar embarazada del 5º y encontrarse "muy sola" (el marido es marino) decidió abortar. Se practicó el aborto hace tres años. El marido nunca lo ha sabido.

Desde entonces llora con facilidad, está muy irritable y no tiene ganas de relacionarse con nadie.

Presenta trastornos en la esfera sexual.

Afirma que el aborto le ha traumatizado mucho y le pesa y se arrepiente de lo que hizo.

9. S.A.U. 37 años

Desde que le practicaron un aborto hace 2 años, refiere que está trummatizada y que ha cambiado su vida.

Presionada por un psicólogo y u amigo, se hizo el aborto y "fue tan traumático que parece que lo estoy viviendo todos los días".

Tiene muchos sueños y pesadillas y tiene dificultades para concentrarse en los estudios.

Presenta, además, un gran sentimiento de pérdida ("te sientes como mutilada"), gran tristeza, decaimiento y falta de ilusión. Siente ganas de hacerse daño y está muy irritable con los demás.

Procede de un ambiente muy religioso y se ha confesado varias veces pero sigue muy culpabilizada psicológicamente.

10. B.E.A.M. 30 años

Hace un año se hizo practicar un aborto en Londres. Desde entonces presenta mucha angustia y un sentimiento muy profundo de culpabilidad, entremezclado todo ello con un cuadro paranoide de varios años de evolución.

Cree que hay mucha gente que habla de ella y que comenta lo que ocurrió en Londres, reaccionando frecuentemente con agresividad hacia todos los que cree que hablan de ella.

Fue sometida a un psicoanálisis en el 90, a pesar de lo cual el delirio se ha hecho más intenso y crónico.

Tabla 5: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM-IV) DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO QUE CUMPLEN TODAS LAS PACIENTES (en negrita los que no cumplían todas)

-
- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)
(1) experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones
(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que produce malestar
(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del AV
(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
(7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse o, en definitiva, tener una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
(2) irritabilidad o ataques de ira
(3) dificultades para concentrarse
(4) hipervigilancia
(5) respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad
-

Tabla 6: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (CDI-10) DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO QUE CUMPLEN TODAS LAS PACIENTES

-
- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona
- B. Debe haber recuerdos persistentes de "revivir" el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias ("flashbacks"), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del periodo de exposición al acontecimiento o situación estresantes
 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualesquiera de los siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño
 - b) Irritabilidad o arrebatos de ira
 - c) Dificultad para concentrarse
 - d) Distraibilidad
 - e) Reacción de sobresalto exagerada
- E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un periodo de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).
-

Discusión y conclusiones

Es verdad que se necesita hacer con urgencia estudios epidemiológicos sólidos, pero de momento no los hay, y hemos de basarnos en casos concretos, que por otra parte son muy significativos y siguen siendo una aportación psiquiátrica válida.

No podemos olvidar que la enseñanza tradicional de la psiquiatría no se hizo por medio de estudios controlados en muestras de varios cientos de sujetos, ni con desviaciones estándar estadísticamente significativas, Sigmund Freud, Eric Erikson, Victor Frankl, Jane Piaget, Rober Cole... mas que ofrecernos estadísticas nos hablaron de personas singulares pero estudiadas en profundidad, y es a partir de estos estudios detallados de casos como llegamos a un conocimiento mas profundo del hombre y de su patología.

Por tanto se trata de un estudio descriptivo de casos que puede ser muy útil para generar hipótesis de trabajo.

El perfil del grupo de pacientes con SPA elegido puede considerarse bastante representativo de los casos que se atienden en las consultas de nuestro ámbito sociocultural.

Seis de las diez mujeres son navarras, con una edad media de 32.4 años y poca formación. La mayoría son solteras y todas católicas aunque sólo la mitad practican. Para todas ellas el aborto, realizado entre los 2 y los 4 meses de gestación, ha supuesto un estrés grave, con síntomas que se iniciaron inmediatamente después del aborto o hasta transcurridos 6 meses del mismo, y que han persistido durante meses y años.

De la historia vivencial destacan, por su significación diagnóstica y terapéutica, los reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionados con el aborto, los intensos sentimientos de culpa y la "necesidad de reparar" que presentan prácticamente todas las pacientes del estudio y que podrían ser considerados como síntomas patognomónicos.

Los sueños y pesadillas, además de expresar la intensidad del conflicto que sufren las pacientes, constituyen, en muchas ocasiones, el síntoma que hace pensar, durante la anamnesis, en la existencia de un posible

antecedente traumático de aborto provocado, orientando el diagnóstico de los síntomas, que, sin dicho antecedente, pasarían en la actualidad como inespecíficos o podrían ser categorizados como otros trastornos.

En cuanto a los intensos sentimientos de culpa y a la necesidad de reparar comprobamos, como refieren otros autores (8), que para una adecuada elaboración del duelo las pacientes necesitan reconocer y aceptar su "culpa", y experimentar la liberación mediante la vivencia de sentimientos de perdón. Y de alguna forma compensar su "deuda" y sus deseos de "reparar" el error cometido mediante la promoción de actitudes interpersonales de carácter solidario. Si es posible es aconsejable la realización de algún tipo de labor voluntaria pro-vida.

En conclusión podemos afirmar que:

1. Las diez mujeres del estudio con síntomas típicos del síndrome postaborto habían experimentado el acontecimiento estresante como traumático y catastrófico.
2. Todas ellas cumplieron criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de Trastorno de estrés post-traumático.
3. Los sueños y pesadillas relacionados con el aborto constituyen un síntoma que orienta la anamnesis y ayuda muchas veces a configurar el diagnóstico.
4. Entre otros síntomas frecuentes, no recogidos por los criterios diagnósticos del TEP, destacaban, por sus implicaciones para la terapia, el "sentimiento de culpa" y la "necesidad de reparar".
5. Las pacientes experimentaron mejoría (además de con el correspondiente tratamiento psicofarmacológico) con un abordaje psicoterápico cognitivo-conductual basado en la elaboración del duelo.
6. En la elaboración del duelo se prestó especial atención a: a) la resolución del "sentimiento de culpa" mediante la aceptación de la propia responsabilidad, y la vivenciación psicológica (y religiosa en su caso) del arrepentimiento y del perdón; y b) la satisfacción de la "necesidad de reparar", mediante la promoción de actitudes interpersonales de entrega solidaria en su ámbito sociofamiliar (y también, en la medida de lo posible, mediante la realización de algún tipo de labor voluntaria pro-vida).
7. Nos parece imprescindible dar entidad propia al SPA mediante su inclusión en las clasificaciones internacionales como un trastorno de adaptación y, en concreto como un trastorno de estrés postraumático, aunque con ciertos síntomas propios muy relevantes a la hora de la comprensión vivencial del paciente y de la intervención psicoterápica.
8. Son necesarios y urgentes estudios serios –libres de sesgos ideológicos - que arrojen luz sobre la verdadera incidencia y la prevalencia real del síndrome postaborto en nuestra población, para que se puedan proveer los recursos necesarios y establecer los programas de prevención y cuidados de las mujeres afectadas y de sus familias.

Bibliografía

- (1) Sderberger H, et al. "500 mil víctimas del síndrome Post-aborto en EE.UU." Archives of General Psychiatry, Agosto 2000.
- (2) Mahe V, et al. "Post-abortion manía" British Journal of Psychiatry, Octubre 1999.
- (3) Pérez Domínguez G, Martín-Santos R, Bulbena A, Berrios GE. "Sentimiento de culpa". En Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P (eds.) Medición clínica en psiquiatría y psicología, Barcelona, Masson, 2000, pp 179-183.
- (4) Navío M, Leira M, Quintero FJ. "El duelo". En Chinchilla A (coord.) Manual de urgencias psiquiátricas, Barcelona, Masson, 2003, pp 461-467.
- (5) Tizón J. "El duelo y las experiencias de pérdida". En Vázquez-Barquero JL (ed.) Psiquiatría en atención Primaria, Madrid, Aula Médica, 1998, pp 519-540.
- (6) OMS. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación, Madrid, Ed. Meditor, 1993.
- (7) APA. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Ed. Masson, 2002.
- (8) López-Ibor JJ. El sistema AMDP (Manual para la documentación de los hallazgos psiquiátricos de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría), Madrid, Ed. Garsi, 1980.