

**El Síndrome Post-aborto**  
**Congreso Mundial de las Familias (Mayo 2012)**

Carmen Gómez Lavín\*  
Ricardo Zapata García\*\*

\*Médico Psiquiatra  
\*\*Médico Psiquiatra

## **INTRODUCCIÓN**

Uno de los problemas sociosanitarios de mayor actualidad, hoy en día, es el constituido por el aborto provocado, también conocido como aborto intencionado o “voluntario”. Se trata de un complejo tema que añade a su vertiente estrictamente médica, otras de carácter jurídico, moral, sociológico, religioso, y demográfico.

A pesar de que pocos asuntos médicos tienen tan fuertes implicaciones sociales, políticas, y culturales, como el aborto, existen dificultades para valorar adecuadamente sus efectos psicomédicos y psicopatológicos<sup>1,2</sup>, entre otras cosas porque no se suelen hacer valoraciones médicas sistemáticas de las pacientes tras el aborto- y porque, generalmente, las mujeres que han abortado no suelen ser propicias a seguir relacionándose con el médico que les practicó el aborto, ni a querer hablar de ello<sup>3,4</sup>.

Con todo, después de años de subestimar, o incluso negar, los efectos psicopatológicos del aborto<sup>5,6,7</sup>, la sociedad científica, ante la evidencia de una variedad de trastornos, no ha tenido más remedio que admitir la existencia de secuelas tras abortos voluntarios<sup>8,9,10</sup>.

El aborto provocado es un acontecimiento traumático que puede tener consecuencias psicopatológicas de diversa consideración para quienes lo sufren<sup>11,12,13,14</sup>. Aunque es un acontecimiento que suele ser vivido traumáticamente por la mayoría de las personas, la intensidad y el tipo de respuestas van a estar, lógicamente, modulados por una serie de variables: características de personalidad<sup>15</sup>, estilos de afrontamiento, circunstancias sociofamiliares, traumas previos<sup>16,17</sup>, creencias sobre el momento de inicio de la vida,

diferencias culturales<sup>18</sup> (en concreto, por el valor que se da a la pérdida de una vida humana), etc.-.

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, puede quedar más o menos profundamente afectada<sup>19,20,21,22,23,24,25</sup>; y que en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, un cuadro de ansiedad y depresión<sup>26,27,28,29</sup> que suele acompañarse de sentimientos de culpa<sup>30,31</sup> y del correspondiente proceso de duelo<sup>32,33,34</sup>, conocido como Síndrome Post-Aborto (SPA).

Sin embargo, todavía se observa<sup>35,36</sup> cierta resistencia a aceptar la existencia del SPA como una entidad diferenciada de los síntomas depresivos y problemas psicológicos que suelen presentarse después de un aborto espontáneo o incluso de un parto. Las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica, parecen estar relacionadas no ya tanto con la falta de estudios epidemiológicos sobre el SPA, actualmente ya numerosos, como con la existencia de determinados intereses ideológicos que se resisten a admitir la confirmación diagnóstica del síndrome y a permitir su incorporación a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica.

El Síndrome que se produce tras el aborto provocado, acuñado por Vincent Rue en 1981<sup>37</sup> con el término “Síndrome Post-aborto”, constituye un típico Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) por lo que, con propiedad, habría que llamarlo Trastorno por Estrés Post-Aborto (TEPA)<sup>38</sup>. Es una alteración grave que a menudo evoluciona a enfermedad crónica y que, como ocurre en cualquier tipo de TEPT, si no se tiene previamente en cuenta y se relaciona con el trauma, puede pasar desapercibida<sup>39,40,41</sup>, enmascarada por diferentes quejas psicósomáticas<sup>42,43</sup> u otras alteraciones conductuales o mentales<sup>44</sup>.

De acuerdo con algunas estimaciones<sup>45,46</sup>, el SPA se presenta hasta en un 14-19% de las mujeres que han abortado; pero aún en el caso de que su incidencia resultara mucho menor, como se señala en un reciente estudio<sup>47</sup> sobre las respuestas psicológicas de las mujeres después del primer trimestre del aborto, en el que “sólo” 6 mujeres, el 1% de la muestra de

442 pacientes, refería haber sufrido trastorno postraumático, su importancia es manifiesta. Si aplicamos dicho porcentaje a los 113.031 abortos provocados declarados en nuestro país en el año 2010 (según Declaración oficial del Ministerio de Sanidad, Instituto de Política Familiar), tenemos que al menos unas 1.130 mujeres pueden sufrir cada año este grave trastorno sólo en España (y esto sin contar las formas de inicio diferido que podrían aparecer meses o años después). Y si calculamos el porcentaje sobre los 50 millones de abortos provocados que según la Organización de Naciones Unidas se practican en el mundo, las cifras adquieren dimensiones pandémicas.

## **SINTOMATOLOGÍA**

El síndrome postaborto se caracteriza, como cualquier otro síndrome o trastorno por estrés postraumático, por una serie de manifestaciones que aparecen tras haber sufrido el trauma del aborto y que generalmente se agrupan en tres síntomas básicos: reexperimentación del acontecimiento, evitación de estímulos asociados y activación persistente.

### **Síntomas de reexperimentación**

El aborto es reexperimentado por las pacientes persistentemente de diferentes formas: como recuerdos -imágenes, pensamientos o percepciones- del aborto, recurrentes e intrusivos, que les provocan malestar; como sueños de carácter recurrente sobre el aborto y sus circunstancias; con actuación o sensación de que el aborto está ocurriendo, como si revivieran la experiencia, con ilusiones, alucinaciones y flashbacks de la misma; y como malestar y síntomas fisiológicos de ansiedad ante objetos o situaciones que recuerdan el aborto o ante estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del mismo.

### **Síntomas de evitación y embotamiento**

Las pacientes evitan los estímulos que asocian con el aborto y presentan un estado de embotamiento general que no padecían antes del aborto en forma de: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el aborto, o para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del mismo; incapacidad para recordar un aspecto importante del aborto y de las circunstancias que lo rodearon; falta de interés por actividades que antes les

apetecían; sensación de desapego o alejamiento emocional de los demás; restricción de la vida afectiva con incapacidad para sentir amor y cariño; y una sensación de futuro sombrío con pesimismo y desesperanza sobre las normales expectativas de la vida (obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

### **Síntomas de activación**

Las pacientes presentan un aumento generalizado de la activación psicobiológica (arousal) que se manifiesta como: dificultad para conciliar o mantener el sueño; estado de tensión con fácil irritabilidad o ataques de ira; dificultad para concentrarse; estado de hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora.

### **Curso**

Como en los demás TEPT, los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma abortivo, aunque puede haber un lapso temporal de meses, o incluso de años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto (si han transcurrido más de 6 meses se habla de SPA demorado o diferido). En algunos casos, el curso se caracteriza por oscilaciones en los síntomas. La reactivación de estos puede aparecer en respuesta a los recuerdos del aborto, a situaciones estresantes o a nuevos acontecimientos traumáticos.

Es de destacar, que en la aparición del SPA pueden influir tanto los trastornos mentales preexistentes como la existencia de alguna predisposición a los mismos, lo que hace aún más paradójico y sin sentido que se trate de justificar la despenalización del aborto con el argumento de que la embarazada padece una enfermedad mental o tiene problemas psicológicos. Igualmente, otros factores a tener en cuenta, porque pueden predisponer a padecer el trastorno postraumático, son: una deficiente calidad del apoyo social; los antecedentes familiares de haber padecido el trastorno; las experiencias adversas más o menos extremas durante la etapa infantil y los rasgos desadaptativos de personalidad.

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

En la práctica clínica el SPA se presenta (ver tabla 1) de forma característica como un cuadro afectivo depresivo-ansioso con sentimientos específicos de culpa-vergüenza,

incapacidad para perdonarse y necesidad de reparar; y una serie de manifestaciones también típicas: pesadillas, pensamientos y recuerdos intrusivos recurrentes sobre la temática abortiva, evitación de estímulos o situaciones relacionadas con el aborto y reacciones de aniversario. El cuadro suele completarse con diversas alteraciones de la conducta: disfunciones sexuales, trastornos alimentarios, agresividad auto y héterolesiva, distorsiones de las relaciones sociales (aislamiento, explotación permitida o resignación ante el maltrato) y problemas adictivos de distintos tipos e intensidades.

### **Tabla 1**

#### **Casos clínicos**

Para ilustrar como se presentan en la clínica los síntomas del SPA hemos sintetizado en la tabla 2, algunos casos de los que han acudido a nuestra consulta en los últimos años.

### **Tabla 2**

#### **TRATAMIENTO**

El tratamiento del SPA consiste básicamente en la adopción de una serie de medidas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas.

#### **Psicofármacos**

En los cuadros de SPA en que se observa un predominio de la hiperactivación y la reexperimentación intrusiva, se recomienda la utilización de antidepresivos, ya que con ellos parece obtenerse mejor respuesta que con cualquier otro tipo de tratamiento<sup>48</sup>. Si predomina la irritabilidad pueden utilizarse fármacos anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato, lamotrigina, etc.) o litio. En cualquier caso también se pueden utilizar benzodiacepinas, aunque por el riesgo de adicción (y de automedicación) que pueden tener estas pacientes se recomienda hacerlo con precaución. Se aconseja evitar los fármacos antipsicóticos, excepto en

casos de agitación o agresividad. En los casos de falta de respuesta se pueden utilizar betabloqueantes (propranolol).

### **Psicoterapia**

El tratamiento psicológico del SPA se basa por una parte, como en el resto de trastornos postraumáticos, en lograr el control de la hiperactivación y la reexperimentación intrusiva mediante la relajación aprendida, y en la desensibilización de los objetos y situaciones que generan miedo intenso y conductas de evitación. Pero sobre todo el tratamiento psicológico va dirigido a la elaboración del duelo y a la resolución de la culpa (un método mundialmente reconocido, de aplicación de este tratamiento es el del Proyecto Raquel, iniciativa de Vicky Thorn directora de la Oficina Nacional de Reconciliación Post-aborto de Milwaukee)<sup>49</sup>.

### **Tratamiento del duelo**

El duelo es un proceso natural, una experiencia humana de extensión universal que se produce en respuesta a la pérdida de “otros” significativos, especialmente ante la muerte de un ser querido<sup>50</sup>. Sus manifestaciones y complicaciones van a depender lógicamente de las influencias culturales y de las características de personalidad y problemáticas previas de la persona.

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

### **Tratamiento de los sentimientos de culpa**

La culpa puede definirse, en términos generales, como un afecto doloroso que surge de la creencia de que uno ha dañado a otra persona<sup>51</sup>: “la emoción consciente aversiva que

incluye una sensación de equivocación, autorreproche y remordimiento de pensamientos, sentimientos o acciones personales, y un sentimiento de haber hecho algo mal, de haber violado un principio moral<sup>52</sup>.

La resolución de la culpa exige en primer lugar su reconocimiento y la aceptación de la propia responsabilidad en el acontecimiento abortivo. En segundo lugar hay que promover en las pacientes sentimientos de arrepentimiento y de liberación de la culpa mediante la recepción del perdón por parte del hijo abortado (y, en su caso, de forma real o imaginaria, por las otras personas que pudieran haber sido dañadas por el aborto). Si la persona es creyente y practica su religiosidad, es lógico y recomendable ya que favorece las vivencias de liberación, que lleve a cabo el proceso de arrepentimiento y la experiencia de perdón en su vida espiritual. Finalmente, la promoción de actitudes interpersonales de carácter solidario (por ejemplo la realización de algún tipo de labor voluntaria pro-vida), sobre todo cuando los deseos de reparación de las pacientes son importantes, pueden hacer que se sientan aún más aliviadas, al experimentar que de alguna forma compensan su “deuda”.

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

## **CONCLUSIONES**

El SPA es un trastorno postraumático relativamente frecuente que se produce tras el traumatismo que supone el aborto provocado en la mujer. Es una alteración grave, a menudo crónica, que puede pasar desapercibida confundida con otras alteraciones mentales.

Entre los síntomas más frecuentes en las pacientes con SPA destacan, por su importancia 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, y que –junto con las alteraciones afectivas - depresivas y ansiosas- son considerados como síntomas claves del trastorno.

Todos ellos son, a nuestro parecer, expresión de las especiales características del aborto, en cuanto acontecimiento traumático, que sume a la mujer en un conflicto psicológico difícilmente asimilable: ser agente del acontecimiento traumático del que a su vez se es víctima.

Por otro lado, los sueños y pesadillas, además de expresar el conflicto que sufren las pacientes, constituyen, en muchas ocasiones, el síntoma clave que hace pensar, durante la entrevista, en el origen postabortivo del cuadro afectivo, que hasta entonces se había considerado inespecífico. El reconocimiento de los sentimientos de culpa, de remordimiento y de los deseos de reparar es también imprescindible para lograr la necesaria comprensión vivencial de la paciente y la adecuada intervención psicoterapéutica.

Por todo ello, postulamos que se vuelva a incluir el aborto provocado, como trauma específico potencialmente generador de estrés postraumático, en las Clasificaciones Internacionales CIE-11 y DSM V, y la potenciación de estudios empíricos libres de sesgos ideológicos que muestren la verdadera incidencia y la prevalencia real del síndrome postaborto en la población, de forma que se puedan proveer los recursos necesarios y establecer los adecuados programas de atención y cuidados de las mujeres afectadas y de sus familias.

Finalmente, consideramos también como un objetivo prioritario realizar estudios dirigidos a la identificación de las variables implicadas en la decisión de abortar con el fin de organizar, en función de las mismas, las medidas psicosociales más pertinentes para prevenir el acontecimiento traumático y las consecuencias psicopatológicas que éste lleva consigo. A nuestro parecer, dichas medidas no están todavía suficientemente reconocidas ni asistencialmente implementadas por las entidades socio-sanitarias de nuestros países.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

<sup>1</sup> Ney PG, Wickett AR: Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatr J Univ Ott* 1989;14(4):506-16.

<sup>2</sup> Speckhard AC, Rue VM: Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *J Social Issues* 1992;48(3):95-120.

<sup>3</sup> Jones EF, Forrest JD: Underreporting of Abortion in Surveys of U.S. Women. *Demography* 1992;29(1):113-126.

<sup>4</sup> Reardon D: Psychological Reactions Reported After Abortion. *The Post-Abortion Review* 1994;2(3):4-8.

<sup>5</sup> Koop CE. Post abortion syndrome: myth or reality?. *Health Matrix* 1989;7(2):42-4.

- 
- <sup>6</sup> Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE: Psychological responses after abortion. *Science* 1990;248:41-3.
- <sup>7</sup> Stotland N: The Myth of the Abortion Trauma Syndrome. *JAMA* 1992;268:2078-9
- <sup>8</sup> Major B, Gramzow RH: Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol* 1999;77(4):735-45.
- <sup>9</sup> Speckhard A, Rue V: Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief. *Journal of Prenatal and Peri-Natal Psychology and Health* 1993;8(1):5-32.
- <sup>10</sup> Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D: Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001;178:556-60.
- <sup>11</sup> Brown D, Elkins TELardson DB: Prolonged Grieving After Abortion. *J Clinical Ethics* 1993; 4(2):118-123.
- <sup>12</sup> Speckhard A, Rue V: Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal of Social Issues* 1992; 48:95-120.
- <sup>13</sup> Reardon P, Coleman P: Relative treatment Rates for Sleep Disorders and Sleep Disturbances Following Abortion and Childbirth: A Prospective Record Based-Study. *Sleep* 2006; 29(1):105-106.
- <sup>14</sup> Reardon DC, Coleman PK, Cogle JR: Substance use associated with pregnancy outcomes in the National Longitudinal Survey of Youth. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2004; 26(1):369-383.
- <sup>15</sup> Moreno B, Morante ME, Rodríguez R, Rodríguez A: Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema* 2008; 20 (1): 124-130.
- <sup>16</sup> Breslau N: The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 17):16-22.
- <sup>17</sup> Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC, McFarlane AC, Shalev AY: Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 5):60-66.
- <sup>18</sup> Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC: Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004; 10: SR5-16.
- <sup>19</sup> Coleman PK: Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 180-186.
- <sup>20</sup> Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA, et al.: Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *An Fam Physician* 2000; 61(6):1689-96.
- <sup>21</sup> Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J: State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72(1):141-52.
- <sup>22</sup> Klock SC, Chang G, Hill J: Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* 1997;38(5):503-7.
- <sup>23</sup> Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A: Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiat* 2001;23(2):62-6.
- <sup>24</sup> Speckhard A, Mufel N: Universal Responses to Abortion? Attachment, Trauma, and Grief Responses in Women Following Abortion. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2003;18(1):3-37.
- <sup>25</sup> Tedstone JE, Tarrier N: Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003;23(3):409-48.
- <sup>26</sup> Badshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003;23(7):929-58.
- <sup>27</sup> Neugebauer R: Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depress Anxiety* 2003;17(3):152-61.
- <sup>28</sup> Thapar AK, Thapar A: Psychological sequelae of miscarriage: A controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract* 1992;42(356):94-6.
- <sup>29</sup> Izquierdo FM. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *An Psiquiatría* 2002;18(8):355-8.
- <sup>30</sup> Lemkau JP: Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61(1):92-102.
- <sup>31</sup> Gómez Lavin C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. *Cuadernos de Bioética* 1994;17-18:28-31.

- 
- <sup>32</sup> Angelo EJ. Psychiatric Sequelae of Abortion: The Many Faces of Post-Abortion Grief. *Linacre Q* 1992;59(2):69-80.
- <sup>33</sup> Brown D, Elkins TE, Lardson DB: Prolonged Grieving After Abortion. *J Clinical Ethics* 1993;4(2):118-23.
- <sup>34</sup> Rankin A. Post abortion syndrome. *Health Matrix* 1989;7(2):45-7.
- <sup>35</sup> Zolese G, Blacker CVR: The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992;160:742-49.
- <sup>36</sup> Russo NF, Zierk KL.: Abortion Childbearing, and Women's Well-Being. *Prof Psychol Res Pr* 1992;23(4):269-80.
- <sup>37</sup> Vincent Rue, "Abortion and Family Relations," testimony before the Subcommittee on the Constitution of the US Senate Judiciary Committee, U.S. Senate, 97th Congress, Washington, DC (1981).
- <sup>38</sup> Gómez Lavín C, Zapata R: Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33 (4): 267-272.
- <sup>39</sup> Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, kao TC, Vance K, Craig KJ, Dougall AL, Baum A: Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 589-595.
- <sup>40</sup> Cerda G, Zatzick D, Wise M, Greenhalgh D: Computerized registry recording of psychiatric disorders of pediatric patients with burns. *J Burn Care Rehabil* 2000; 21: 368-370.
- <sup>41</sup> Zatzick DF, Kang SM, Kim SY, Leigh P, Krtavitz R, Drake C, Sue S, Wisner D: Patients with recognized Psychiatric disorders in trauma surgery: incidence, inpatient length of stay, and cost. *J Trauma* 2000; 49: 487-495.
- <sup>42</sup> Andreski P, Chilcoat H, Breslau N: Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998, 79: 131-138.
- <sup>43</sup> Engel CC Jr, Liu X, McCarthy BD, Miller RF, Ursano R: Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War-related health concerns. *Psychosom Med* 2000; 62: 739-745.
- <sup>44</sup> Weisaeth L: The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1989; 355:25-37.
- <sup>45</sup> Barnard C: *The Long-Term Psychological Effects of Abortion*, Portsmouth, N.H.: Institute for Pregnancy Loss, 1990.
- <sup>46</sup> Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC: Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004; 10: SR5-16.
- <sup>47</sup> Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al.: Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(8):777-84.
- <sup>48</sup> Soler PA, Gascón J (coord.): *RTM-II Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (2ª ed.). Masson: Barcelona, 1999.
- <sup>49</sup> Thorn V: *Il Progetto Rachele: Il Volto della compassione*. Libreria Editrice Vaticana: Città del Vaticano, 2009.
- <sup>50</sup> Navío M, Leira M, Quintero FJ: El duelo. En Chinchilla A (coord.) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Masson: Barcelona, 2003; 461-467.
- <sup>51</sup> 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*. Masson: Barcelona, 2000; p. 179-183.
- <sup>52</sup> Klass ET: Situational approach to assessment of guilt: development and validation of a self-report measure. *J psychopathology Behav Assess* 1987; 9: 35-48.