UCH UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

SciEdTec Science·Education·Technology

Cicatrices Invisibles

Impacto Psicológico y Neuropsiquiátrico del Aborto en la Mujer

CID editorial

ALIANZA RED Red de Redes

INDEXA

Crossref

Febrero 2026 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 22 26903834

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título: "Cicatrices Invisibles: Impacto Psicológico y Neuropsiquiátrico del Aborto en la Mujer"
Autores: Lorena Elizabeth Tapia Tapia, Lisseth Nicole Herrera Iza, Carmen Duran, Katherine Alejandra Guzmán Gavilanez, Tatiana Alejandra Cevallos Calupiña.
Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Formato: PDF
Páginas: 161 pág.
Tamaño: Sobre C5 162 x 229 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
ISBN: 978-1-968743-57-4
DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w1302

1ª. Edición. Año 2026. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.
El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales

ÍNDICE

PRÓLOGO 5

CAPÍTULO I 9

1.1 Definiciones clínicas y clasificaciones del aborto 10
1.2 Perspectiva bioética y justicia reproductiva 12
1.3 Variables socioculturales, edad, redes de apoyo y violencia 14
1.4 El aborto como fenómeno de salud pública: políticas sanitarias y omisiones clínicas 16

CAPÍTULO II 19

Neuroendocrinología del apego maternofetal **..... 19**

2.1 Neuroendocrinología del apego maternofetal 20
2.2 Ruptura del vínculo y disociación emocional 22
2.3 Memoria emocional y duelo prenatal 24
2.4 Comparación con pérdida neonatal o muerte perinatal 26

CAPÍTULO III 29

Psicodinámica emocional del aborto **..... 29**

3.1 Reacciones emocionales inmediatas postaborto 30
3.2 Mecanismos de defensa activados tras el aborto 32
3.3 Tránsito del duelo: fases, bloqueos y desenlaces 34
3.4 Impacto del entorno emocional y del discurso profesional 36
3.4 Impacto del entorno emocional y del discurso profesional 38

CAPÍTULO IV 41

4.1 Depresión postaborto: expresión clínica y factores predisponentes 42
4.2 Trastorno de ansiedad generalizada y fobias específicas 44
4.3 Trastorno por estrés postraumático (TEPT) postaborto 46
4.4 Riesgo suicida y conductas autolesivas en el contexto postaborto 48
4.5 Revisión de controversias científicas y posturas críticas 50

CAPÍTULO V 53

5.1 Cambios cerebrales estructurales y funcionales tras el aborto 54
5.2 Neuroinflamación, disfunción hipotalámica y eje HHA 56
5.3 Neuroimagen funcional en duelo por aborto 58
5.4 Biomarcadores del sufrimiento psíquico postaborto 60
5.5 Neuroética, estigma y derecho a la subjetividad biológica 62

CAPÍTULO VI 65

6.1 Conceptualización del aborto como trauma psíquico 66
6.2 Trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT-C) en contexto reproductivo 68
6.3 Trauma crónico y revictimización emocional postaborto 70
6.4 Trauma vicario, duelo compartido y fatiga por compasión 72
6.5 Modelos terapéuticos validados para trauma reproductivo 74

CAPÍTULO VII 77

7.1 Fundamentos de la psicoterapia del duelo gestacional 78
7.2 Enfoque cognitivo-conductual aplicado al duelo postaborto 80
7.3 Terapias narrativas y resignificación de la experiencia 82
7.4 Intervenciones basadas en cuerpo y vínculo emocional 84
7.5 Enfoques existenciales y resignificación del dolor reproductivo 86

CAPÍTULO VIII 88

8.1 Afectación neurocognitiva en el duelo postaborto 89
8.2 Plasticidad cerebral y procesos de autorreparación 91
8.3 Integración hemisférica y regulación emocional 93
8.4 Intervenciones cognitivas para reconstrucción de la narrativa personal 95
8.5 Estimulación neuroafectiva y recuperación funcional 97

CAPÍTULO IX 100

9.1 Dimensión espiritual del duelo reproductivo 101
9.2 Rituales simbólicos de cierre: funciones terapéuticas 103
9.3 Espiritualidad laica y resignificación personal 105
9.4 Construcción de memoria simbólica: el hijo no nacido como presencia 107
9.5 Consideraciones interculturales y pluralismo espiritual 109

CAPÍTULO X 111

10.1 Modelo de atención integral centrado en la mujer 112
10.2 Capacitación del personal de salud en duelo gestacional 114
10.3 Equipos interdisciplinarios: funciones y articulación 116
10.4 Buenas prácticas clínicas en la atención postaborto 118
10.5 Construcción de entornos protectores para el duelo 120

CAPÍTULO XI 123

11.2 El síndrome postaborto: ¿entidad clínica o construcción ideológica? 126
11.3 Análisis de metaanálisis y estudios longitudinales de alto impacto 128
11.4 Vacíos de conocimiento y líneas futuras de investigación 130
11.5 Implicaciones bioéticas y políticas de la investigación científica 132

CAPÍTULO XII 135

12.1 Relatos de mujeres: la subjetividad del duelo invisible 136
12.2 Voces de profesionales de salud: entre el deber y la empatía 137
12.3 Narrativas de acompañamiento espiritual y terapias alternativas 139
12.4 La experiencia compartida: tejido social, narración y justicia simbólica 141
12.5 Ética en la recopilación y uso de testimonios sensibles 143

Epílogo 146

Carta a quienes han amado en silencio **..... 146**

GLOSARIO DE 150

TÉRMINOS 150

BIBLIOGRAFÍA 155

PRÓLOGO

El aborto, en cualquiera de sus formas, no se limita a un evento médico aislado. Es una vivencia profundamente humana que activa circuitos emocionales, redes cognitivas y procesos neurobiológicos que no siempre son visibles, pero sí duraderos. Durante años, la medicina obstétrica se centró exclusivamente en el cuerpo, en los signos clínicos del sangrado, en el útero vacío, en los niveles hormonales. Sin embargo, la mente femenina también sangra, silenciosamente, en procesos de duelo, ambivalencia o resignificación que apenas comienzan a ser reconocidos. Esta obra ha sido concebida como una respuesta científica, ética y terapéutica frente a una deuda histórica: la invisibilización del impacto psicológico y neuropsiquiátrico del aborto. No desde la ideología, sino desde la evidencia multidisciplinaria, con la convicción de que ciencia y compasión no deben estar separadas.

Durante mucho tiempo, el abordaje del aborto ha sido tratado de forma fragmentada. Desde la ginecología, se redujo a una cuestión técnica; desde la psicología, se lo limitó a una reacción emocional individual. Esta desconexión generó vacíos asistenciales y epistémicos. La mujer que aborta, de manera espontánea o voluntaria, a menudo es tratada como un caso clínico resuelto, sin preguntar cómo duerme, qué sueña, si puede volver a mirar su cuerpo sin dolor. Nos proponemos cerrar esa brecha: integrar lo médico, lo psicológico, lo social y lo espiritual en una visión coherente y respetuosa de la experiencia femenina.

La evidencia acumulada en las últimas décadas revela que el aborto puede conllevar, en determinadas condiciones, manifestaciones clínicas como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático y riesgo suicida. Estos hallazgos, documentados mediante estudios longitudinales y metaanálisis revisados en bases como PubMed, Scopus y Cochrane, no buscan patologizar la experiencia del aborto, sino sustentar la necesidad de un acompañamiento profesional. El impacto psíquico depende de múltiples factores: edad gestacional, contexto social, presencia de redes de apoyo, historia de trauma previo y respuestas institucionales. Este libro aborda dichas variables con rigor metodológico y enfoque humanizado.

Desde la perspectiva de la neuropsiquiatría, el duelo postaborto implica alteraciones detectables a nivel cerebral. Investigaciones con neuroimagen han demostrado cambios funcionales en regiones asociadas al apego, la autorregulación emocional y la memoria autobiográfica. Además, las caídas abruptas de progesterona, oxitocina y cortisol tienen efectos directos sobre el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Reconocer estos mecanismos permite comprender por qué muchas mujeres experimentan desregulaciones intensas

después de un aborto, incluso sin antecedentes psiquiátricos. Esta dimensión neurobiológica amplía la comprensión clínica e impulsa nuevos modelos de intervención.

El presente libro no se limita a exponer teoría. Integra testimonios reales, propuestas terapéuticas y herramientas clínicas. Hemos concebido esta obra como un esfuerzo colectivo, interdisciplinario y transdisciplinario, articulando saberes provenientes de la ginecología, la psicología clínica, la neuropsiquiatría, la salud pública y las ciencias sociales. Cada capítulo ha sido estructurado con base en literatura científica actual, revisada críticamente, y con un profundo respeto por las voces de las mujeres que han vivido esta experiencia.

Nuestro enfoque busca trascender el ámbito clínico para convertirse en una herramienta formativa. Consideramos que esta obra puede ser utilizada tanto por profesionales de la salud como por estudiantes universitarios, instituciones académicas, responsables de políticas públicas y organizaciones comunitarias. El objetivo es generar reflexión, formación e intervención concreta. El aborto no puede seguir siendo abordado solo como evento obstétrico; debe ser comprendido como fenómeno biopsicosocial que merece atención integral.

A lo largo de las siguientes páginas, el lector encontrará desarrollos temáticos sobre la neurobiología del apego gestacional, el duelo perinatal, los trastornos psicológicos postaborto, los efectos del trauma reproductivo, las estrategias terapéuticas basadas en evidencia y el acompañamiento espiritual y simbólico. También hallará testimonios clínicos y una propuesta estructurada de modelo de atención neuropsicológica al duelo postaborto. Todo ha sido cuidadosamente articulado para ofrecer una mirada rigurosa, compasiva y científica.

El título “Cicatrices Invisibles” refleja el núcleo emocional de esta obra. Muchas mujeres no presentan heridas externas, pero llevan marcas internas que afectan su bienestar, sus vínculos y su percepción de sí mismas. Estas huellas, aunque no visibles en exámenes físicos, merecen reconocimiento clínico y acompañamiento ético. Validar el sufrimiento no es debilitar a la mujer, sino fortalecerla desde el conocimiento y el cuidado.

Como autores, nos comprometemos con una práctica clínica basada en la escucha activa, la validación emocional y la intervención oportuna. No creemos en protocolos deshumanizados ni en abordajes neutros ante el dolor psíquico. Este libro es una invitación a mirar más allá del

útero vacío: hacia la psique, el cuerpo, la memoria y el alma de quienes atraviesan el aborto. Acompañar implica comprender, y comprender requiere ciencia y sensibilidad.

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a las mujeres que compartieron sus historias con valentía, así como a los colegas que han contribuido desde distintos países y disciplinas. Esta obra es también fruto de un proceso colaborativo de investigación, escritura, escucha y reflexión conjunta. En cada capítulo resuena esa pluralidad de voces y miradas.

Esperamos que esta obra sea leída con apertura crítica, sensibilidad y compromiso. Que contribuya a mejorar la atención en salud mental reproductiva, a formar profesionales empáticos y a transformar los silencios en palabras. Porque las cicatrices invisibles también son heridas reales. Y merecen cuidados, ciencia y humanidad.

CAPÍTULO I

Aborto y salud mental: una visión integradora y contextual

CAPÍTULO I

1.1 Definiciones clínicas y clasificaciones del aborto

Conceptualización médica y obstétrica del aborto: criterios de viabilidad fetal

El aborto, desde el punto de vista médico, se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance la viabilidad extrauterina, es decir, la capacidad de sobrevivir fuera del útero con o sin soporte médico intensivo. La Organización Mundial de la Salud establece como criterio general un límite de 20 a 22 semanas de gestación o un peso fetal menor a 500 gramos. Este umbral, aunque útil para la clasificación obstétrica, no refleja la diversidad clínica ni cultural de las experiencias abortivas. El concepto de viabilidad varía entre regiones y centros hospitalarios según la disponibilidad tecnológica. Asimismo, deja de lado la dimensión subjetiva del embarazo para la mujer, la cual comienza antes del reconocimiento clínico. Esta desconexión entre el criterio biomédico y la vivencia emocional marca una de las primeras fisuras en la atención integral del aborto.

Tipología clínica del aborto: espontáneo, inducido, terapéutico y séptico

La clasificación clínica del aborto agrupa diversas formas de interrupción del embarazo según su etiología y evolución. El aborto espontáneo, el más común, ocurre por causas naturales, tales como anomalías cromosómicas, infecciones o insuficiencia luteal. El aborto inducido se realiza por decisión voluntaria de la mujer o por indicación médica, siendo este último conocido como aborto terapéutico. En contextos donde el aborto está restringido legalmente, es frecuente la aparición de abortos sépticos, complicaciones graves derivadas de procedimientos inseguros. Cada tipología implica abordajes clínicos distintos, pero también conlleva efectos emocionales diferenciados. Mientras un aborto espontáneo puede generar sentimientos de pérdida y descontrol, uno inducido puede implicar culpa, alivio o ambivalencia. Por ello, más allá de su valor diagnóstico, esta clasificación debe ser entendida como una puerta de entrada para una intervención psicoemocional ajustada al caso.

Incidencia global y subregistro de datos: variaciones epidemiológicas por región

Las tasas de aborto varían significativamente a nivel mundial, condicionadas por factores legales, culturales, económicos y de acceso a métodos anticonceptivos. Se estima que ocurren más de 73 millones de abortos anuales, según el Guttmacher Institute, pero esta cifra puede

estar subestimada debido al subregistro en países con criminalización o estigmatización del aborto. En América Latina, las cifras oficiales suelen ocultar la magnitud del problema, sobre todo en áreas rurales o en poblaciones indígenas, donde muchas interrupciones del embarazo se realizan en condiciones informales y sin vigilancia médica. Este subregistro afecta tanto el diseño de políticas públicas como la comprensión real del impacto psicosocial. Además, invisibiliza los riesgos psicológicos asociados a abortos inseguros o no acompañados, dificultando la identificación de mujeres en riesgo de desarrollar trastornos postraumáticos o depresivos tras la experiencia.

Limitaciones de la clasificación médica frente a la vivencia subjetiva

La clasificación médica del aborto, útil para fines diagnósticos y epidemiológicos, resulta limitada cuando se enfrenta al mundo interno de las pacientes. Desde una perspectiva psicológica y humanista, no existe una correspondencia lineal entre el tipo clínico de aborto y su impacto emocional. Una mujer puede vivir un aborto espontáneo como una pérdida devastadora, mientras que otra puede atravesar un aborto inducido como una decisión liberadora. Factores como el deseo de gestar, el contexto relacional, la historia personal y las creencias culturales condicionan profundamente la experiencia subjetiva. Al limitarse a un enfoque categórico, el modelo biomédico omite los matices afectivos y simbólicos que configuran el aborto como experiencia existencial. Por ello, una atención integral debe trascender la taxonomía clínica e incorporar la dimensión narrativa, donde la historia y el sentido personal del aborto puedan ser expresados y elaborados.

El aborto como evento psicobiológico y su impacto multicausal

El aborto no debe entenderse exclusivamente como una interrupción anatómica del proceso gestacional, sino como un evento psicobiológico que afecta simultáneamente los sistemas endocrino, inmunológico, neurológico y emocional. La súbita caída de hormonas como la progesterona y la oxitocina genera alteraciones en el equilibrio neuroquímico, lo cual puede traducirse en tristeza, irritabilidad, disforia o incluso trastornos afectivos mayores. A ello se suma el impacto subjetivo, que varía según la historia de vida, la red de apoyo, el grado de planificación del embarazo y la capacidad de afrontar pérdidas. Este carácter multicausal del impacto postaborto exige una mirada integrada entre ginecología, neuropsiquiatría y psicología clínica. Reconocer al aborto como un evento de reorganización biológica y

emocional permite ofrecer intervenciones más precisas, éticas y empáticas para cada mujer según su contexto y vulnerabilidad individual.

1.2 Perspectiva bioética y justicia reproductiva

Principios bioéticos aplicados al aborto: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia

El análisis bioético del aborto se fundamenta en cuatro principios universales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía implica que la mujer tiene derecho a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su reproducción, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo. La beneficencia y la no maleficencia exigen que los profesionales de la salud actúen para promover el bienestar de la paciente y evitarle daños, lo cual incluye no solo complicaciones físicas, sino también consecuencias psicológicas derivadas de presiones, estigmas o procedimientos traumáticos. El principio de justicia plantea la necesidad de igualdad en el acceso a servicios de salud reproductiva. En contextos restrictivos, estos principios entran en conflicto, generando dilemas éticos complejos. Por ello, su interpretación debe adaptarse a realidades culturales, sin renunciar a la defensa de la dignidad y la salud integral de las mujeres.

Ética del consentimiento informado en decisiones reproductivas

El consentimiento informado constituye un pilar de la ética clínica y cobra especial relevancia en decisiones reproductivas como el aborto. Para ser éticamente válido, el consentimiento debe ser libre, informado y otorgado con plena capacidad decisional. Esto exige no solo explicar los riesgos médicos del procedimiento, sino también las implicaciones emocionales, las alternativas disponibles y los recursos de acompañamiento psicológico. En la práctica, el consentimiento suele reducirse a una firma protocolaria, sin garantizar que la mujer haya comprendido en profundidad las dimensiones de su decisión. Además, en contextos de coerción familiar, violencia de pareja o presiones institucionales, la autonomía puede estar severamente comprometida. La ética del consentimiento informado debe contemplar no solo el acto formal, sino también el proceso relacional en el que la mujer se siente segura, escuchada y respetada en su vulnerabilidad.

Justicia reproductiva como enfoque interseccional: clase, etnia, violencia y salud mental

La justicia reproductiva amplía la bioética clásica al incorporar una mirada interseccional sobre las condiciones sociales que determinan la capacidad real de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. No todas las mujeres enfrentan el aborto desde la misma posición: las mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes, adolescentes o con discapacidad suelen tener menos acceso a información, a servicios de salud mental y a entornos seguros para tomar decisiones autónomas. A esto se suma la experiencia acumulada de violencia estructural, discriminación y patologización cultural. En este marco, la justicia reproductiva no se limita a permitir o prohibir el aborto, sino que exige garantizar condiciones materiales, afectivas y sanitarias que hagan posible una elección libre y acompañada. Desde una perspectiva clínica, esto implica diseñar políticas y protocolos sensibles al trauma, la diversidad cultural y la salud mental comunitaria.

El estigma bioético: culpa, coerción moral y presión institucional

El estigma en torno al aborto no solo se manifiesta socialmente, sino que puede estar internalizado en los propios dispositivos éticos del sistema de salud. Cuando el aborto es representado como un acto inmoral o antisocial, las mujeres que lo atraviesan pueden experimentar culpa, vergüenza o temor al juicio clínico. En muchos casos, el estigma se perpetúa mediante mecanismos sutiles: demoras administrativas, actitudes indiferentes, falta de escucha o negación del sufrimiento emocional. La coerción moral institucional también se expresa cuando los profesionales ejercen objeción de conciencia sin derivación, o transmiten mensajes culpabilizantes bajo discursos supuestamente “neutrales”. La ética profesional exige, en estos casos, una profunda autocrítica: el deber no es imponer valores personales, sino acompañar con respeto y contención a quien toma decisiones en condiciones de extrema complejidad emocional y biográfica.

Implicaciones clínicas de decisiones no autónomas o forzadas

Cuando una mujer se ve obligada a continuar o interrumpir un embarazo contra su voluntad, las consecuencias psicológicas y neuropsiquiátricas pueden ser severas. La falta de autonomía en decisiones reproductivas constituye una forma de violencia simbólica y, en muchos casos, estructural. Clínicamente, estas situaciones se asocian con mayor riesgo de trastornos depresivos, ansiedad persistente, trastorno de estrés postraumático y disociación. La

percepción de haber perdido el control sobre el propio cuerpo y la trayectoria vital genera sentimientos de despersonalización, impotencia y ruptura del sentido de agencia. Desde una ética del cuidado, es imprescindible reconocer estas situaciones y brindar acompañamiento especializado, evitando el reduccionismo médico. Las decisiones no autónomas —forzadas por la familia, la pareja, el entorno religioso o el sistema judicial— deben ser registradas, comprendidas y reparadas desde una praxis clínica que restituya el derecho al propio deseo.

1.3 Variables socioculturales, edad, redes de apoyo y violencia

Determinantes sociales de la experiencia abortiva: familia, religión y entorno

El aborto no ocurre en un vacío clínico, sino en un entramado sociocultural cargado de significados, mandatos y juicios. La familia, la religión y la comunidad inmediata ejercen una influencia profunda sobre la experiencia emocional del aborto, tanto en su decisión como en su elaboración posterior. En sociedades con fuerte arraigo religioso o moralista, el aborto suele asociarse a pecado, desobediencia o fracaso, lo cual refuerza sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento. Incluso cuando la mujer cuenta con indicación médica para interrumpir el embarazo, puede experimentar una disonancia ética entre lo que necesita hacer y lo que cree que "debería" hacer. Las mujeres que viven en contextos donde el aborto es un tabú terminan silenciando su sufrimiento, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar trastornos afectivos, duelo patológico o síntomas disociativos ante la imposibilidad de elaborar socialmente su experiencia.

Impacto diferencial del aborto en adolescentes, adultas jóvenes y mujeres mayores

La edad de la mujer gestante es un factor crítico en la forma en que se vive y procesa el aborto. En adolescentes, el embarazo no planificado representa una crisis identitaria que se superpone con el propio proceso de construcción del yo. El aborto en esta etapa puede generar sentimientos de ruptura con las expectativas familiares, miedo a ser descubierta, y dificultades para integrar la experiencia en su narrativa vital. En adultas jóvenes, el aborto suele entrelazarse con decisiones relacionadas a estudios, independencia económica o proyectos de vida. En mujeres mayores, especialmente si el embarazo era deseado o se trataba de un último intento de maternidad, el aborto puede generar una vivencia de pérdida irreversible, con impacto en la autoestima y la percepción del tiempo biológico. Por tanto, el abordaje clínico debe adaptarse a la etapa evolutiva, sin infantilizar ni desresponsabilizar.

Rol protector o adverso de la pareja, familia y comunidad

El entorno afectivo y social inmediato puede actuar como factor de protección o como generador de daño psíquico en mujeres que atraviesan un aborto. Una pareja empática, una madre comprensiva o una red comunitaria que valida la experiencia emocional pueden facilitar una recuperación emocional sana. Por el contrario, una pareja ausente, una familia juzgadora o un entorno indiferente pueden incrementar el sentimiento de abandono, traición o humillación. Estudios recientes señalan que el acompañamiento empático durante el proceso de aborto disminuye significativamente los síntomas de estrés postraumático y depresión. Además, la posibilidad de hablar sobre la experiencia en entornos seguros reduce la disociación emocional y permite simbolizar la pérdida. El aislamiento, en cambio, impide la elaboración simbólica, fragmenta la narrativa y deja cicatrices emocionales difíciles de reparar sin intervención terapéutica posterior.

El aborto en contextos de violencia de género y abuso sexual

Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, incesto o coerción de pareja, el aborto adquiere una carga traumática adicional. En estos casos, la gestación no solo es no deseada, sino vivida como una prolongación del abuso, lo cual puede generar síntomas graves de estrés agudo, disociación o conductas autolesivas. Interrumpir un embarazo en este contexto puede representar un acto de supervivencia psicológica, pero también puede activar sentimientos de culpa o autoacusación, especialmente si la mujer ha sido socializada en entornos donde el valor de la maternidad es incuestionable. Las investigaciones en neuropsiquiatría han documentado que la combinación de trauma sexual y aborto no acompañado incrementa el riesgo de desregulación neuroendocrina persistente. Por tanto, la intervención clínica debe incorporar herramientas de psicotraumatología, con abordajes sensibles al trauma, evitando revictimización institucional y asegurando contención emocional sostenida.

Invisibilización del trauma psicosocial en poblaciones vulnerables

En mujeres indígenas, rurales, migrantes o con bajos niveles educativos, el aborto suele ser una experiencia doblemente silenciada: primero por el estigma cultural y luego por la omisión del sistema de salud. En estas poblaciones, el acceso a servicios psicológicos especializados es limitado o inexistente, y los profesionales suelen carecer de formación intercultural en salud mental reproductiva. Como resultado, muchas mujeres atraviesan procesos traumáticos sin

siquiera identificar sus síntomas como parte de un duelo complejo o un trastorno afectivo. El trauma psicosocial queda invisibilizado, confundido con “debilidad”, “castigo divino” o “nervios”. Esta invisibilidad tiene consecuencias clínicas graves, ya que impide el diagnóstico oportuno y bloquea el acceso a recursos terapéuticos. La justicia sanitaria exige romper esta cadena de silencios, reconociendo que el sufrimiento emocional postaborto no es una patología moral, sino una respuesta humana a contextos de alta vulnerabilidad.

1.4 El aborto como fenómeno de salud pública: políticas sanitarias y omisiones clínicas

El aborto en la agenda de salud pública internacional (OMS, FIGO, ONU)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y diversas agencias de Naciones Unidas han reconocido el aborto como una prioridad de salud pública. La OMS considera que los abortos inseguros son una de las principales causas evitables de mortalidad materna, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En este marco, el aborto se aborda no solo como una cuestión gineco-obstétrica, sino como un fenómeno multidimensional que involucra derechos humanos, equidad en salud, justicia de género y prevención de consecuencias neuropsicológicas. Estas organizaciones recomiendan el acceso a servicios de aborto seguro y la inclusión de apoyo psicosocial, pero los sistemas de salud de muchos países aún se centran exclusivamente en la dimensión quirúrgica o farmacológica del procedimiento, omitiendo el seguimiento emocional y la prevención de secuelas mentales a corto y largo plazo.

Modelos de atención postaborto: comparativa entre países

Los modelos de atención postaborto varían ampliamente entre regiones. En países como Suecia, Canadá o los Países Bajos, se ofrece atención multidisciplinaria con ginecólogos, psicólogos y trabajadores sociales desde la primera consulta, integrando el componente emocional como parte del protocolo. En contraste, en muchos países de América Latina, África y Asia, el postaborto se limita a la estabilización médica sin seguimiento psicológico. Incluso en naciones con legislación permisiva, la falta de protocolos estandarizados genera desigualdad en la atención según el lugar, el prestador de salud o la situación socioeconómica de la mujer. Las buenas prácticas internacionales demuestran que un modelo integral no solo reduce complicaciones clínicas, sino también los indicadores de trastornos mentales

postaborto. Esta comparativa evidencia que la calidad en salud reproductiva no depende solo del marco legal, sino del enfoque biopsicosocial con el que se diseñan los servicios.

Carencias institucionales en salud mental reproductiva

Uno de los vacíos más persistentes en los sistemas de salud pública es la falta de estructuras especializadas en salud mental reproductiva. El aborto rara vez es incluido en los programas de atención psicológica o psiquiátrica, y cuando lo es, suele tratarse de forma marginal, sin protocolos específicos ni personal capacitado. Las consecuencias son múltiples: subdiagnóstico de trastornos depresivos o postraumáticos, revictimización por parte del personal sanitario y abandono terapéutico posterior. Además, en contextos de precariedad institucional, la alta demanda de atención obstétrica hace que el componente emocional sea considerado secundario o irrelevante. Esta omisión contradice los principios de salud integral y deja a miles de mujeres expuestas a procesos de duelo no elaborados, síntomas disociativos y trastornos crónicos. Incluir la salud mental reproductiva como política prioritaria no es un lujo clínico, sino una deuda estructural con la salud pública.

Necesidad de protocolos biopsicosociales integrales

Un protocolo biopsicosocial postaborto debe contemplar, desde el primer contacto clínico, una evaluación emocional básica, acompañamiento psicológico y, si es necesario, derivación a salud mental especializada. Este modelo no solo mejora la experiencia asistencial, sino que previene la cronificación del sufrimiento y promueve la resiliencia. Los protocolos deben contemplar la diversidad de experiencias abortivas: aborto espontáneo, voluntario, terapéutico o asociado a violencia, cada uno con implicaciones psíquicas distintas. Asimismo, deben adaptarse a diferentes edades, niveles educativos y contextos culturales. El enfoque biopsicosocial implica romper con el paradigma reduccionista del aborto como simple evento médico, reconociéndolo como proceso complejo que involucra cuerpo, psiquismo y entorno. Institucionalizar estos protocolos requerirá inversión, formación del personal y voluntad política, pero constituye un paso ineludible hacia una atención verdaderamente integral.

Recomendaciones para políticas sanitarias con enfoque en salud mental

Para avanzar hacia una política pública coherente con los derechos sexuales y reproductivos, es necesario que los sistemas de salud incorporen la salud mental postaborto como parte de la atención estándar. Las recomendaciones incluyen: a) formación específica en duelo

gestacional para equipos de salud; b) inclusión de psicólogos perinatales en las unidades de gineco-obstetricia; c) elaboración de guías clínicas basadas en evidencia que contemplen protocolos de atención emocional; y d) creación de redes interinstitucionales que articulen servicios sociales, comunitarios y de salud mental. Estas acciones no solo mejoran los indicadores clínicos, sino que reducen el estigma, fortalecen la confianza institucional y permiten abordar el aborto como un evento vital que merece respeto, contención y acompañamiento. La salud pública, para ser verdaderamente pública, debe ser también emocionalmente sensible y científicamente informada.

CAPÍTULO II

Neuroendocrinología del apego maternofetal

CAPÍTULO II

2.1 Neuroendocrinología del apego maternofetal

La construcción neurobiológica del vínculo prenatal: oxitocina, dopamina y vasopresina

Durante la gestación, el cuerpo materno experimenta una compleja transformación neuroendocrina que facilita la creación de un vínculo afectivo temprano con el feto. La oxitocina, conocida como la "hormona del apego", se incrementa progresivamente desde el primer trimestre, favoreciendo el establecimiento de una conexión emocional entre la madre y su bebé intrauterino. Este proceso se potencia con la dopamina, relacionada con el circuito de recompensa, y la vasopresina, implicada en la consolidación del vínculo y la conducta prosocial. Estas neurohormonas activan estructuras cerebrales como el hipotálamo, el núcleo accumbens y la amígdala, configurando una base biológica para el apego maternofetal. Este vínculo no depende exclusivamente del contacto físico postnatal, sino que comienza a consolidarse desde etapas muy tempranas del embarazo, aun antes de la percepción consciente del movimiento fetal o del reconocimiento visual del embrión.

Apego gestacional temprano y percepción del cuerpo grávido

El embarazo genera una transformación perceptiva y simbólica del cuerpo en la mujer, que influye directamente en la construcción del apego prenatal. La percepción del cuerpo grávido no es meramente anatómica, sino profundamente psicoafectiva: el útero se convierte en continente simbólico de vida, deseo, miedo y responsabilidad. En etapas tempranas, incluso antes de la visibilización abdominal, muchas mujeres experimentan una intensificación del diálogo interno con el embrión, lo que da lugar a fenómenos de personificación intrauterina y proyección emocional. Esta experiencia está modulada por factores hormonales, como el aumento de estrógenos y progesterona, pero también por variables relacionales, históricas y culturales. El cuerpo gestante, por tanto, se vuelve no solo objeto de cambio biológico, sino también escenario de una reorganización emocional profunda. La interrupción abrupta de este proceso puede tener repercusiones significativas en la representación corporal y el vínculo consigo misma.

Cambios cerebrales durante la gestación y predisposición al apego

Las investigaciones en neuroimagen han demostrado que el cerebro materno experimenta cambios estructurales y funcionales durante el embarazo, especialmente en regiones asociadas al apego, la empatía y el procesamiento emocional. Se ha observado una disminución selectiva del volumen cortical en la corteza prefrontal medial y temporal, lo cual sugiere una reorganización adaptativa que prioriza la sensibilidad a las señales del bebé y la disponibilidad emocional. Estas modificaciones se mantienen incluso años después del parto, indicando que el embarazo deja huellas cerebrales duraderas. A nivel funcional, se incrementa la conectividad entre áreas límbicas y prefrontales, favoreciendo la regulación emocional y la predisposición al cuidado. Esta plasticidad cerebral es inducida por el entorno hormonal gestacional, pero también por factores psicológicos y sociales, como el deseo de maternidad y la calidad del vínculo con el feto. El aborto puede interrumpir este proceso abruptamente, generando disonancias neuroafectivas difíciles de integrar sin apoyo especializado.

Modulación emocional intraútero: evidencia neuropsicológica

El embarazo no es solo una etapa de desarrollo fetal, sino también una fase de intensa modulación emocional materna. El feto actúa como un "otro interno" que reorganiza la vida psíquica de la mujer, promoviendo procesos de introspección, reorganización identitaria y adaptación emocional. Estudios en neuropsicología perinatal han mostrado que el cerebro gestante responde de forma diferencial a estímulos relacionados con el embarazo, como imágenes fetales o sonidos intrauterinos, reflejando una mayor sensibilidad afectiva y responsividad empática. Esta modulación emocional está mediada por circuitos de recompensa y motivación que vinculan el bienestar emocional materno con la anticipación del cuidado del neonato. Cuando el embarazo es interrumpido, especialmente de manera inesperada o no deseada, esta modulación puede quedar disociada o desorganizada, dando lugar a síntomas como anhedonia, disforia, hiperreactividad emocional o embotamiento afectivo, todos ellos reconocidos en cuadros de duelo reproductivo complejo.

Alteraciones hormonales postaborto y su impacto afectivo

El aborto produce un colapso hormonal abrupto que afecta directamente el equilibrio neuropsicológico de la mujer. A diferencia del parto a término, donde la caída hormonal es gradual y acompañada por el vínculo externo con el recién nacido, el aborto interrumpe de

forma súbita la producción de progesterona, oxitocina y estrógenos, provocando un “vacío neuroendocrino” que puede desencadenar síntomas depresivos, insomnio, irritabilidad o disociación. La falta de descarga afectiva a través del contacto físico, la lactancia o el reconocimiento social de la pérdida agrava esta disfunción neurobiológica. Desde la perspectiva neuropsiquiátrica, este fenómeno se asemeja a una “abstinencia hormonal”, que si no es atendida clínicamente, puede desembocar en trastornos del estado de ánimo o en un duelo congelado. Es fundamental que los equipos de salud reconozcan esta alteración como un fenómeno biológico legítimo y ofrezcan acompañamiento emocional basado en la comprensión de sus bases neurohormonales.

2.2 Ruptura del vínculo y disociación emocional

Interrupción abrupta del circuito de apego: implicaciones neuroafectivas

El proceso de apego maternofetal activa un complejo entramado neuroafectivo sustentado por la continuidad biológica, emocional y simbólica del embarazo. Cuando esta continuidad se interrumpe abruptamente por un aborto —sea espontáneo, terapéutico o inducido— se produce una ruptura traumática del circuito de apego, que deja en suspensión los procesos de vínculo afectivo, proyección futura y simbolización del hijo por venir. Esta interrupción genera una desorganización psicoemocional que puede manifestarse como angustia flotante, desregulación emocional, disociación afectiva o vacío identitario. A nivel cerebral, esta ruptura también afecta la dinámica límbica-prefrontal, generando sobrecarga en los sistemas de respuesta al estrés. La abrupta cancelación del vínculo deja una experiencia psíquica inconclusa, en la cual el “hijo interno” no logra ser incorporado ni despedido. En ausencia de apoyo clínico, esta ruptura puede cronificarse como un “duelo no terminado” con secuelas a nivel cognitivo, emocional y relacional.

Disociación emocional como mecanismo de defensa postaborto

La disociación emocional es una respuesta psíquica automática y protectora ante eventos que superan la capacidad de integración afectiva del individuo. En el contexto del aborto, especialmente cuando ocurre de manera inesperada, en situaciones traumáticas o bajo presión externa, muchas mujeres activan mecanismos de disociación para sobrevivir emocionalmente a la experiencia. Esta disociación puede manifestarse como anestesia afectiva, desconexión del cuerpo, dificultad para verbalizar emociones o fragmentación de la

memoria del evento. Si bien puede tener un valor adaptativo inicial, su mantenimiento prolongado impide la elaboración simbólica del duelo y favorece la aparición de síntomas como ansiedad difusa, trastornos disociativos, embotamiento o conductas de evitación. La comprensión clínica de la disociación postaborto exige una mirada no patologizante, capaz de reconocer su función defensiva, y al mismo tiempo, una intervención especializada que facilite la reconexión gradual con el mundo emocional bloqueado.

Síndrome de desconexión somática y evitación del cuerpo

Muchas mujeres que han atravesado un aborto —particularmente cuando ha sido traumático o vivido como violación de su voluntad— desarrollan una desconexión somática marcada: evitan tocar su abdomen, rechazan la visión de su cuerpo en el espejo, suspenden el contacto sexual o sienten vergüenza física persistente. Este fenómeno ha sido descrito como "síndrome de desconexión somática" y se asocia a un proceso de escisión mente-cuerpo en el que el útero o el vientre quedan investidos de dolor, fracaso o amenaza. La evitación corporal puede dificultar el retorno a la normalidad emocional y sexual, y tiene efectos en la autoimagen, la autoestima y la percepción de feminidad. Desde la psicoterapia somática y el abordaje perinatal, es fundamental reintegrar el cuerpo en el proceso de duelo, validando el sufrimiento físico como una dimensión legítima del trauma psicológico.

Narrativas clínicas de mujeres con ruptura del vínculo gestacional

Los relatos de mujeres que han vivido un aborto con intensa carga emocional suelen reflejar una profunda herida en el vínculo simbólico con el hijo por venir. Muchas expresan que "no pudieron despedirse", "no sintieron que fuera real" o "sienten que algo quedó suspendido en el tiempo". Estas narrativas dan cuenta de la dificultad para cerrar emocionalmente un proceso que se interrumpe de forma abrupta y sin rituales de despedida. En consulta clínica, este tipo de discursos suele acompañarse de silencios, llanto contenido o risa nerviosa, como intentos inconscientes de sostener lo insoportable. La integración de estas narrativas en un marco terapéutico permite resignificar la pérdida, validar el dolor y restablecer el sentido de continuidad psíquica. Ignorar estas voces, o medicalizar prematuramente el duelo, profundiza la fractura entre la experiencia emocional y su simbolización.

Diferencias entre ruptura emocional espontánea y provocada

No toda interrupción gestacional produce el mismo tipo de ruptura emocional. Cuando el aborto ocurre de forma espontánea en el marco de un embarazo deseado, la ruptura suele vivirse como una pérdida inesperada, muchas veces acompañada de sentimientos de injusticia, tristeza o impotencia. En cambio, cuando el aborto es inducido en contextos de ambivalencia, presión externa o violencia, la ruptura emocional puede vivirse como una escisión interna entre lo que se hizo y lo que se deseaba hacer. Esta diferencia tiene implicaciones clínicas importantes: mientras el primer caso se asocia con un duelo más visible, el segundo suele generar duelos encubiertos, silenciosos o crónicos. Comprender estas diferencias permite adaptar las intervenciones terapéuticas a la experiencia singular de cada mujer, evitando generalizaciones o enfoques estándar que no reconocen la complejidad emocional del vínculo gestacional interrumpido.

2.3 Memoria emocional y duelo prenatal

Codificación mnésica del embarazo y del aborto: estudios neurocognitivos

La memoria del embarazo, incluso cuando no llega a término, deja huellas profundas en el sistema neurocognitivo. Estudios en neurociencia afectiva han demostrado que las experiencias gestacionales se codifican en redes mnésicas límbicas, especialmente en la amígdala y el hipocampo, donde quedan asociadas a emociones de intensidad variable. Aun en embarazos breves o pérdidas precoces, la mente registra sensaciones, imágenes, sonidos o fantasías asociadas al feto, creando un mapa afectivo que puede reactivarse años después. Esta codificación mnésica puede expresarse en sueños recurrentes, reacciones emocionales automáticas o sensibilidades particulares ante ciertos estímulos. El aborto interrumpe abruptamente ese proceso, dejando la memoria suspendida, fragmentada o reprimida. La intervención clínica debe reconocer que el recuerdo del embarazo no es solo cognitivo, sino también corporal y emocional, y que la integración de esa memoria es esencial para la elaboración saludable del duelo gestacional.

La inscripción inconsciente del embarazo como trauma silencioso

Incluso cuando no hay conciencia explícita del embarazo o cuando la pérdida ocurre en estadios muy tempranos, el cuerpo y el inconsciente registran la experiencia. La inscripción del embarazo como trauma silencioso se manifiesta en sensaciones difusas de vacío, tristeza

inexplicable, reacciones somáticas inespecíficas o cambios súbitos en el estado de ánimo. Este tipo de trauma no siempre se articula en palabras, y muchas mujeres no logran identificarlo como consecuencia del aborto, especialmente si no hubo acompañamiento emocional. Desde la psicodinámica, se considera que estas inscripciones inconscientes pueden operar como núcleos de dolor encapsulado que, si no son elaborados, persisten como "síntomas sin nombre". El trabajo terapéutico debe ayudar a traducir ese dolor en relato, permitiendo que la mujer se apropie simbólicamente de su vivencia y transforme un trauma mudo en memoria integrada.

Activación emocional frente a fechas significativas (aniversarios, edad gestacional)

El calendario emocional de una mujer que ha vivido un aborto no siempre coincide con el calendario cronológico. Muchas reexperimentan el dolor con intensidad aumentada en fechas asociadas al embarazo: el aniversario del aborto, la fecha estimada de parto, la edad gestacional que tendría el bebé, o incluso celebraciones como el Día de la Madre. Esta activación emocional, también llamada "reactivación mnésica simbólica", no siempre es anticipada conscientemente, lo que la vuelve aún más desconcertante para la paciente. Puede expresarse como insomnio, irritabilidad, llanto espontáneo o retraimiento social. Comprender este fenómeno como parte del proceso natural de duelo permite a los profesionales de salud mental intervenir con mayor empatía, ayudando a anticipar estas fechas, validarlas y ofrecer estrategias para transitarlas de forma menos dolorosa. La memoria emocional no responde a la lógica racional, sino a una lógica del vínculo que necesita tiempo, espacio y contención para elaborarse.

El concepto de "hijo fantasma" en psicología perinatal

La noción de "hijo fantasma" alude a la presencia psíquica persistente del feto perdido, que se manifiesta en la vida interna de la mujer como una figura simbólica no resuelta. Este hijo imaginado, no nacido pero profundamente sentido, ocupa un espacio emocional intermedio entre la realidad y el deseo. En muchos casos, se vuelve un interlocutor silencioso, un proyecto inconcluso, o incluso una sombra que interfiere en embarazos posteriores o en la relación con otros hijos. Desde la psicología perinatal, se reconoce que este fenómeno no es patológico en sí mismo, pero puede volverse disfuncional si impide la reorganización simbólica del yo materno. La tarea clínica consiste en ayudar a dar un lugar simbólico a ese hijo perdido,

permitiendo que la mujer lo integre como parte de su biografía emocional sin quedar anclada en la ausencia.

Procesos de simbolización y duelo bloqueado

La simbolización es el proceso mediante el cual una experiencia afectiva se transforma en representación, narrativa o ritual. Cuando este proceso se interrumpe —por negación, represión, estigmatización o falta de validación social— el duelo puede quedar bloqueado. El duelo bloqueado tras un aborto se manifiesta en mujeres que no logran llorar, que minimizan lo ocurrido, o que racionalizan excesivamente la experiencia sin contacto emocional. Este bloqueo impide cerrar el ciclo del duelo, dificultando la elaboración del evento y predisponiendo a la aparición de síntomas ansiosos, depresivos o somatomorfos. Desde el enfoque clínico, es necesario facilitar espacios donde la simbolización pueda emerger: a través de la palabra, el arte, la escritura o rituales personales. Sin simbolización, la pérdida no se integra al psiquismo, y el aborto se convierte en una herida abierta sin posibilidad de ser transformada en memoria y aprendizaje.

2.4 Comparación con pérdida neonatal o muerte perinatal

Duelo gestacional vs duelo neonatal: similitudes y diferencias clínicas

El duelo gestacional y el duelo por pérdida neonatal comparten muchas características clínicas, pero también presentan diferencias significativas en su elaboración emocional y social. Ambos implican la interrupción de un vínculo afectivo en formación y la pérdida de un proyecto de maternidad. Sin embargo, en el duelo gestacional muchas veces no hay cuerpo visible, ni nombre, ni rituales, lo que dificulta la simbolización de la pérdida. En cambio, la muerte neonatal suele estar socialmente validada y permite despedidas concretas, como ver al bebé, realizar funerales o recibir condolencias. Estas diferencias impactan directamente en la forma en que se elabora el duelo. El aborto, al no tener un lugar legítimo en el imaginario social, suele generar un duelo silenciado, no autorizado o minimizado, lo cual incrementa el riesgo de cronificación, culpa internalizada o duelo traumático no resuelto.

Reconocimiento social del duelo y su efecto en la elaboración emocional

El entorno social cumple un rol decisivo en la elaboración del duelo. Cuando la pérdida es reconocida, acompañada y validada, la mujer cuenta con recursos simbólicos y afectivos que

facilitan el tránsito del dolor. En el caso del aborto, especialmente en embarazos tempranos, muchas mujeres reciben frases como “aún no era nada”, “ya tendrás otro”, o “mejor así”, lo que anula su derecho a sentir. Esta deslegitimación social bloquea la expresión emocional, genera aislamiento y favorece la aparición de mecanismos de defensa disociativos. Por el contrario, cuando la sociedad reconoce la muerte neonatal como una tragedia familiar, permite la expresión del dolor, el consuelo colectivo y la integración simbólica del evento. La falta de validación social del aborto convierte el sufrimiento en privado e invisible, afectando directamente la posibilidad de duelo saludable y resiliente.

El rol de los rituales y el contacto físico en el cierre emocional

Los rituales de despedida —ver al bebé, nombrarlo, vestirlo, tomarle una fotografía, enterrarlo— cumplen una función terapéutica poderosa en el cierre emocional tras una pérdida perinatal. Permiten simbolizar la existencia del hijo, expresar el vínculo y marcar el tránsito entre vida y muerte. En el aborto, especialmente cuando se realiza en contextos institucionales fríos o deshumanizados, estos rituales están ausentes o incluso prohibidos. Muchas mujeres relatan que no se les permitió ver el tejido fetal, despedirse o realizar ningún gesto simbólico, lo cual genera una herida emocional sin contención. La ausencia de ritual impide dar sentido a la experiencia y perpetúa el vínculo en forma de culpa o fantasía. Desde un enfoque clínico sensible, es fundamental facilitar formas personalizadas de ritualización, incluso en pérdidas gestacionales tempranas, para permitir un cierre psíquico reparador y prevenir duelos congelados.

Reacciones psíquicas según momento de la pérdida (temprana/tardía)

El momento gestacional en que ocurre la pérdida influye en la intensidad y en el tipo de reacción emocional. Las pérdidas gestacionales tempranas, aunque a menudo minimizadas socialmente, pueden generar dolor intenso, sobre todo si el embarazo era muy deseado o si la mujer ya había establecido un vínculo simbólico con el feto. En pérdidas tardías —más allá de la semana 20— o en muertes neonatales, se suma la expectativa cercana del nacimiento, el contacto físico con el bebé y el colapso de proyectos familiares inmediatos, lo que puede generar síntomas más severos de duelo patológico o TEPT. Sin embargo, la gravedad del impacto no depende exclusivamente del tiempo gestacional, sino del contexto psicosocial, la

historia personal y la capacidad de integración emocional. Cada pérdida debe ser abordada en su singularidad, sin juicios clínicos basados en cronología gestacional.

Modelos clínicos de acompañamiento diferenciado

La atención a mujeres que atraviesan una pérdida perinatal o un aborto requiere enfoques diferenciados y personalizados. Modelos clínicos exitosos, como el de duelo perinatal en hospitales de Reino Unido y Canadá, integran acompañamiento psicológico desde el diagnóstico, permiten rituales simbólicos, capacitan al personal en lenguaje sensible y aseguran seguimiento a mediano plazo. En el caso del aborto, especialmente en contextos restrictivos o con alta carga ideológica, muchas mujeres no reciben ninguna contención emocional. La implementación de modelos de atención diferenciada permite evitar el reduccionismo clínico y responder a las necesidades reales de las pacientes. Estos modelos deben contemplar la validación del vínculo interrumpido, el respeto a los tiempos del duelo, la posibilidad de expresar ambivalencias y el ofrecimiento de espacios terapéuticos donde la pérdida, el dolor y la memoria puedan ser resignificados sin juicio ni imposición.

CAPÍTULO III

Psicodinámica emocional del aborto

CAPÍTULO III

3.1 Reacciones emocionales inmediatas postaborto

Ambivalencia afectiva: alivio, tristeza, rabia y culpa coexistentes

Las reacciones emocionales inmediatas al aborto suelen caracterizarse por una intensa ambivalencia afectiva. Muchas mujeres experimentan simultáneamente sensaciones de alivio por haber resuelto una situación angustiante, tristeza por la pérdida potencial de una vida, rabia frente al contexto que precipitó la decisión y culpa por haberla tomado. Esta coexistencia de emociones opuestas no es patológica, sino un reflejo de la complejidad psíquica del evento abortivo. El sistema emocional se ve sobrecargado por estímulos contradictorios, lo que puede generar confusión interna, sentimiento de inestabilidad o dificultad para verbalizar el estado anímico. Desde una perspectiva psicodinámica, esta ambivalencia es parte del proceso de reorganización subjetiva y puede resolverse con acompañamiento adecuado. No obstante, si es invalidada por el entorno o medicalizada prematuramente, puede cronificarse como un nudo afectivo no resuelto que entorpece el duelo y afecta la autoestima.

Shock emocional y disociación inicial: respuestas neuroafectivas agudas

Inmediatamente después del aborto, muchas mujeres reportan experimentar un estado de shock emocional caracterizado por desconexión interna, sensación de irrealidad, dificultad para llorar o registrar lo ocurrido. Esta respuesta se relaciona con un mecanismo neurofisiológico de protección: el cerebro activa circuitos de defensa límbica, como la inhibición de la amígdala y la hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, para evitar la sobrecarga emocional. Clínicamente, este estado puede confundirse con indiferencia o frialdad, lo que puede llevar al entorno a emitir juicios erróneos. Sin embargo, se trata de una anestesia afectiva temporal, que protege al psiquismo de un colapso emocional inmediato. La disociación inicial no debe patologizarse, pero sí debe ser acompañada con cuidado clínico, ya que, si persiste sin elaboración, puede derivar en trastornos disociativos más complejos o en dificultades posteriores para simbolizar y resignificar la experiencia.

Factores que modulan la intensidad emocional: deseo, contexto, acompañamiento

La intensidad de la reacción emocional inmediata al aborto no depende exclusivamente del tipo de procedimiento, sino de múltiples factores moduladores. Uno de los más importantes

es el deseo o rechazo hacia el embarazo: cuanto más deseado era, más intensa suele ser la tristeza; si era rechazado, el alivio puede predominar, aunque no excluye la aparición posterior de dolor. El contexto en que ocurre el aborto también es crucial: una interrupción en condiciones seguras, con acompañamiento emocional y validación, tiende a generar reacciones más adaptativas; en cambio, un aborto clandestino, violento o impuesto incrementa el riesgo de trauma psíquico. Finalmente, la calidad del acompañamiento inmediato —por parte del personal de salud, pareja o entorno afectivo— actúa como modulador clave. Las mujeres que se sienten escuchadas y no juzgadas logran verbalizar más fácilmente sus emociones, lo que reduce la probabilidad de duelo bloqueado o síntomas disociativos posteriores.

El "vacío psíquico" postaborto y su interpretación clínica

Uno de los fenómenos más frecuentemente reportados por mujeres tras un aborto es la sensación de "vacío interno" o "hueco emocional", que se instala incluso antes de que puedan identificar sentimientos de tristeza o culpa. Este vacío psíquico no es simplemente un síntoma depresivo, sino una expresión de la ruptura simbólica que implica la pérdida abrupta del vínculo gestacional. A nivel clínico, este vacío puede manifestarse como pérdida de interés, sensación de irrealidad, desorientación o desconexión corporal. Desde una perspectiva psicodinámica, el vacío representa una zona psíquica sin inscripción simbólica, un espacio de "no-lugar" donde el dolor aún no ha sido nombrado ni elaborado. Es esencial que los profesionales de salud reconozcan esta vivencia como una forma legítima de sufrimiento y no la confundan con recuperación o "normalidad". El vacío, si no es acompañado, puede evolucionar hacia duelo congelado, depresión o conductas autodestructivas.

Primeras verbalizaciones del duelo: lenguaje emocional fragmentado

Durante las primeras horas o días posteriores al aborto, las mujeres suelen tener dificultades para expresar con claridad lo que sienten. El lenguaje emocional aparece fragmentado, cargado de contradicciones, silencios, metáforas o frases confusas. Este fenómeno responde a un proceso natural de desorganización simbólica frente a un evento abrupto, íntimo y frecuentemente no reconocido socialmente. Frases como "no sé qué siento", "me siento vacía", "no puedo pensar en nada" son comunes en las entrevistas clínicas. En estos casos, el trabajo terapéutico debe centrarse en contener sin forzar significados, sostener el relato aún

incoherente y validar lo que emerge sin juicio. El lenguaje emocional fragmentado no es una señal de debilidad ni de inmadurez, sino una manifestación de la profundidad del impacto psíquico. Darle espacio es permitir que el duelo empiece a tomar forma, aún en su expresión más inicial y difusa.

3.2 Mecanismos de defensa activados tras el aborto

Negación, minimización y racionalización: estrategias para la sobrevida psíquica

Ante el impacto emocional que puede generar un aborto, es común que el psiquismo active defensas como la negación, la minimización y la racionalización. La negación permite evitar la conciencia del dolor, funcionando como un escudo temporal frente al colapso emocional. Muchas mujeres dicen “no lo viví como una pérdida”, o “ni siquiera era un bebé”, como forma de mantener la distancia emocional. La minimización reduce el evento a su dimensión médica, negando su carga simbólica. La racionalización, por su parte, transforma el dolor en argumentos lógicos que tranquilizan: “era lo mejor que podía hacer”, “no tenía condiciones para ser madre”. Estas defensas no son patológicas en sí mismas; se activan para sostener la integridad psíquica. Sin embargo, si persisten rígidamente en el tiempo, pueden obstaculizar el proceso de duelo, impedir la elaboración simbólica y favorecer trastornos afectivos latentes.

Formación reactiva y desplazamiento emocional

La formación reactiva consiste en expresar una emoción contraria a la que realmente se siente, como mecanismo inconsciente de defensa ante sentimientos inaceptables o dolorosos. Así, una mujer puede mostrar una actitud exageradamente alegre o despreocupada justo después del aborto, mientras oculta tristeza, angustia o culpa profunda. Este comportamiento es a menudo malinterpretado por el entorno como “madurez” o “fortaleza”, cuando en realidad puede representar una barrera frente al procesamiento genuino del duelo. El desplazamiento, por su parte, ocurre cuando la emoción dolorosa se transfiere a un objeto o situación secundaria: por ejemplo, una mujer que no puede expresar su enojo por haber abortado, puede reaccionar con irritabilidad constante hacia su pareja o equipo médico. Reconocer estos mecanismos permite a los profesionales no forzar la expresión emocional directa, sino acompañar la emergencia simbólica del afecto cuando el psiquismo esté preparado para integrarlo.

Somatización como vía alternativa de expresión emocional

Cuando la elaboración emocional del aborto se ve bloqueada o dificultada, muchas mujeres expresan su malestar a través del cuerpo. Este fenómeno, conocido como somatización, puede manifestarse en dolores abdominales inespecíficos, cefaleas persistentes, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales o disfunciones sexuales, sin una causa médica evidente. Desde la perspectiva psicosomática, estas dolencias representan la "inscripción corporal" de un duelo que no ha podido ser simbolizado verbalmente. El cuerpo actúa como portador del mensaje emocional no dicho, convirtiéndose en escenario del conflicto interno. En muchos casos, la somatización aparece semanas o meses después del aborto, confundiendo tanto al paciente como al clínico. Por ello, es fundamental realizar una evaluación integral que contemple los antecedentes afectivos y el contexto del aborto, evitando la fragmentación mente-cuerpo. La intervención clínica debe ayudar a traducir el dolor físico en lenguaje emocional, abriendo así caminos hacia la elaboración simbólica del duelo.

Idealización del embarazo perdido o del futuro hijo

En algunas mujeres, el aborto desencadena una idealización intensa del embarazo interrumpido o del hijo no nacido. Este mecanismo se activa como forma de mitigar la culpa, el vacío o la sensación de fracaso, atribuyendo cualidades extraordinarias al feto perdido: "era el hijo perfecto", "ya lo sentía como parte de mí", "nunca volveré a tener un embarazo igual". Si bien esta idealización puede tener un valor reparador inicial, su mantenimiento rígido impide el tránsito saludable del duelo. También puede proyectarse sobre futuros embarazos, generando expectativas desproporcionadas o ansiedad anticipatoria. Desde la psicología perinatal, se reconoce que la idealización puede encubrir sentimientos reprimidos como rabia, miedo o ambivalencia. El abordaje terapéutico debe permitir que la paciente reconozca esta construcción afectiva, la desidealice progresivamente y recupere una visión más realista y compasiva de sí misma, del vínculo gestacional y de su capacidad reproductiva futura.

Represión afectiva y dificultades en la simbolización

La represión es uno de los mecanismos más profundos del aparato psíquico para gestionar emociones que se consideran intolerables o inaceptables. Tras un aborto, muchas mujeres bloquean el acceso consciente a sentimientos de dolor, rabia, tristeza o culpa, evitando hablar

del evento o incluso olvidando aspectos significativos del mismo. Esta represión, aunque útil para la sobrevida emocional en el corto plazo, dificulta la simbolización, es decir, la capacidad de dar sentido, narrar y elaborar psíquicamente lo ocurrido. Sin simbolización, el aborto queda encapsulado en la memoria emocional como un trauma sin palabras, predisponiendo al desarrollo de síntomas psíquicos o somáticos a mediano y largo plazo. La psicoterapia, especialmente cuando incorpora recursos narrativos, arte-terapia o técnicas de reprocesamiento emocional, puede facilitar la recuperación de lo reprimido en un contexto seguro, permitiendo transformar el silencio emocional en relato simbólico y liberador.

3.3 Tránsito del duelo: fases, bloqueos y desenlaces

Fases del duelo postaborto: modelos clásicos y actuales

El duelo postaborto, al igual que otros procesos de pérdida significativa, suele transitar fases secuenciales que pueden o no seguir un orden lineal. El modelo clásico de Kübler-Ross —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— ha sido útil como guía inicial, pero ha sido superado por enfoques más dinámicos y personalizados. En el contexto del aborto, estas fases se mezclan, retroceden o se estancan según las características de la pérdida, el entorno y los recursos personales. Modelos actuales como el de Worden o el enfoque de Stroebe y Schut (modelo dual del afrontamiento del duelo) plantean una alternancia entre confrontación y evitación emocional, integrando la idea de oscilación adaptativa. Reconocer estas fases no implica forzar su cumplimiento, sino permitir que la mujer transite su propio ritmo de elaboración, respetando su singularidad, su lenguaje emocional y su narrativa vital.

Duelo inhibido, retrasado o cronificado

El duelo postaborto puede interrumpirse en distintas etapas, dando lugar a manifestaciones clínicas específicas. El duelo inhibido se caracteriza por la ausencia aparente de reacción emocional, lo que puede ser interpretado erróneamente como “falta de afecto” o “fortaleza”. En realidad, suele tratarse de una inhibición defensiva que bloquea el acceso a sentimientos dolorosos. El duelo retrasado aparece cuando, tras un período de normalidad aparente, emergen síntomas depresivos, ansiosos o somáticos sin explicación inmediata. El duelo cronificado, en cambio, persiste más allá de lo esperable, sin resolución psíquica, afectando las funciones sociales, laborales y relacionales de la mujer. Estos tipos de duelo suelen estar asociados a contextos de poca validación social, historias de trauma previo, falta de

acompañamiento y presencia de culpa internalizada. Su abordaje clínico requiere intervenciones especializadas que permitan desbloquear los afectos congelados y restablecer el flujo simbólico del proceso.

Duelos patológicos y su diferenciación clínica

El duelo patológico postaborto se define por la intensidad, duración y disfuncionalidad de los síntomas emocionales, que superan la capacidad adaptativa del individuo. Clínicamente, puede confundirse con depresión mayor, trastorno de estrés postraumático o trastorno de adaptación, por lo que su diagnóstico diferencial es clave. Entre los signos de duelo patológico se incluyen: pensamientos persistentes de inutilidad, deseo de reunirse con el hijo perdido, aislamiento prolongado, culpa abrumadora, hipervigilancia o anhedonia. A nivel psicodinámico, estos síntomas suelen reflejar una fusión simbólica con el objeto perdido, una dificultad para establecer límites entre el yo y el feto ausente. La intervención terapéutica debe enfocarse en recuperar la identidad psíquica de la mujer, reestablecer el contacto con el mundo externo y permitir el trabajo de separación simbólica. En casos severos, puede ser necesaria la combinación de psicoterapia y abordaje psicofarmacológico supervisado.

Factores protectores y factores de riesgo en el proceso de duelo

El tránsito saludable del duelo postaborto depende de la interacción entre factores protectores y de riesgo. Entre los protectores destacan: una red de apoyo emocional sólida, la posibilidad de hablar libremente sobre la experiencia, el acompañamiento profesional sensible y el acceso a recursos culturales o espirituales de resignificación. En contraste, los factores de riesgo incluyen: historia previa de pérdidas gestacionales, antecedentes psiquiátricos, abortos en contextos de violencia o coerción, y presencia de estigma o deslegitimación social. También influyen la edad de la mujer, el deseo del embarazo, la etapa gestacional y la calidad del vínculo con el feto. El reconocimiento de estos factores permite establecer estrategias preventivas y planes terapéuticos adaptados a cada caso, promoviendo un duelo que no elimine el dolor, sino que lo transforme en experiencia significativa, integrada y emocionalmente elaborada.

Recursos internos vs recursos externos en la elaboración del dolor

La capacidad para elaborar un aborto no depende únicamente del contexto externo, sino también de los recursos psicológicos internos de la mujer. Estos recursos incluyen su estilo de

afrontamiento, su historia de resiliencia, su nivel de introspección emocional y su capacidad simbólica. Sin embargo, ningún recurso interno es suficiente si no se encuentra sostenido por recursos externos: acompañamiento familiar, atención profesional, validación social y condiciones materiales adecuadas. El duelo postaborto, como fenómeno psicosocial, exige un entrelazamiento entre lo interno y lo externo. Una mujer con alta resiliencia interna puede desmoronarse en un contexto hostil; mientras que una mujer vulnerable puede elaborar exitosamente su pérdida si recibe contención, escucha y respeto. Por eso, el modelo de atención debe basarse en la sinergia entre acompañamiento profesional y fortalecimiento del mundo interno, promoviendo procesos de integración que respeten la singularidad de cada historia.

3.4 Impacto del entorno emocional y del discurso profesional

Influencia del lenguaje médico en la configuración emocional del duelo

El lenguaje utilizado por los profesionales de la salud durante y después del aborto tiene un impacto decisivo en la configuración emocional del duelo. Términos como “producto”, “restos uterinos” o “interrupción voluntaria” pueden despersonalizar la experiencia, transformándola en un procedimiento técnico carente de significación afectiva. Aunque necesarios en ciertos contextos clínicos, estos términos deben ser utilizados con sensibilidad, adaptándose a la narrativa emocional de cada mujer. Cuando el lenguaje es frío, impersonal o minimizante, se refuerza la desconexión psíquica, se bloquea la expresión emocional y se incrementa la sensación de soledad. Por el contrario, un discurso empático que reconoce la dimensión simbólica de la pérdida favorece el proceso de simbolización, valida el dolor y reduce el riesgo de duelo patológico. El lenguaje no solo informa: construye realidades internas que pueden sanar o profundizar heridas.

Validación vs invalidación emocional por parte de la pareja o familia

La forma en que la pareja, la familia y el entorno cercano responden ante el aborto influye significativamente en la elaboración emocional de la pérdida. La validación emocional —escuchar sin juzgar, acompañar sin invadir, reconocer la legitimidad del dolor— actúa como factor protector, facilitando el tránsito del duelo. En cambio, la invalidación —frases como “no era nada”, “ya tendrás otro”, “no llores tanto”— refuerza la culpa, promueve el silencio emocional y cronifica el sufrimiento. En muchos casos, la mujer se ve obligada a simular

bienestar para evitar incomodar a su entorno, lo que genera una fractura interna entre el dolor vivido y el discurso expresado. Desde la clínica, es fundamental explorar la red de apoyo de la paciente, identificar dinámicas invalidantes y, cuando sea posible, incorporar a la pareja o familia en procesos de psicoeducación sobre el duelo gestacional y la salud mental postaborto.

Efecto de los juicios sociales y religiosos en el psiquismo postaborto

El aborto, más allá de su dimensión médica, es una experiencia profundamente atravesada por normas culturales, valores religiosos y mandatos de género. En contextos donde predomina una visión moralizante o culpabilizante del aborto, las mujeres suelen internalizar juicios sociales que agravan su sufrimiento psíquico. La vivencia del aborto puede convertirse en un escenario de conflicto entre la decisión tomada y el sistema de creencias personales o familiares, generando disonancia moral, culpa religiosa o sensación de castigo simbólico. Estos efectos pueden intensificarse en comunidades cerradas, donde el control social es más fuerte y el aborto se vive en secreto. A nivel clínico, es imprescindible trabajar estas tensiones con respeto, sin imposiciones ideológicas, y generar espacios donde la mujer pueda revisar sus creencias, reelaborar sus valores y resignificar su experiencia desde una posición autónoma, compasiva y emocionalmente integrada.

Narrativas inducidas vs narrativa propia: colonización simbólica del duelo

En muchas ocasiones, la narrativa que la mujer construye sobre su aborto no surge de su experiencia interna, sino de los discursos externos que la rodean: la familia, la religión, el personal de salud, los medios. Esta colonización simbólica del duelo impide a la paciente construir una historia propia, congruente con sus emociones, deseos y conflictos. Cuando predomina una narrativa inducida —"no era importante", "fue por tu bien", "ya pasó"— se bloquea la posibilidad de simbolizar auténticamente la pérdida, generando un duelo ajeno, estandarizado o incluso disociado. La labor clínica consiste en abrir un espacio donde emerja la narrativa subjetiva, muchas veces contradictoria, fragmentaria o culposa, pero genuina. Reescribir la historia del aborto desde la voz propia permite transformar el evento en experiencia, y el dolor en conocimiento emocional. Sin narrativa auténtica, el duelo permanece como una historia no contada que pesa en el inconsciente.

Rol del profesional de salud como acompañante emocional o agente de daño

El profesional de salud puede convertirse en un aliado fundamental en el proceso de duelo postaborto, o, por el contrario, en un agente de revictimización emocional. Su actitud, lenguaje, tiempo disponible, capacidad de escucha y respeto hacia la experiencia de la paciente condicionan fuertemente el curso del sufrimiento. Una intervención empática, informada y centrada en la mujer puede prevenir la cronificación del duelo y facilitar su elaboración. En cambio, una atención mecánica, juzgadora o indiferente puede reforzar la sensación de desamparo, culpa o exclusión. Por ello, es imprescindible que los equipos de salud reciban formación en duelo gestacional, comunicación terapéutica y salud mental perinatal. El aborto no es solo un procedimiento ginecológico: es una vivencia humana compleja que requiere una mirada ética, emocional y científica por parte de quienes acompañan. El cuidado clínico comienza por reconocer la humanidad del otro en su momento más vulnerable.

3.4 Impacto del entorno emocional y del discurso profesional

Influencia del lenguaje médico en la configuración emocional del duelo

El lenguaje utilizado por los profesionales de la salud durante y después del aborto tiene un impacto decisivo en la configuración emocional del duelo. Términos como “producto”, “restos uterinos” o “interrupción voluntaria” pueden despersonalizar la experiencia, transformándola en un procedimiento técnico carente de significación afectiva. Aunque necesarios en ciertos contextos clínicos, estos términos deben ser utilizados con sensibilidad, adaptándose a la narrativa emocional de cada mujer. Cuando el lenguaje es frío, impersonal o minimizante, se refuerza la desconexión psíquica, se bloquea la expresión emocional y se incrementa la sensación de soledad. Por el contrario, un discurso empático que reconoce la dimensión simbólica de la pérdida favorece el proceso de simbolización, valida el dolor y reduce el riesgo de duelo patológico. El lenguaje no solo informa: construye realidades internas que pueden sanar o profundizar heridas.

Validación vs invalidación emocional por parte de la pareja o familia

La forma en que la pareja, la familia y el entorno cercano responden ante el aborto influye significativamente en la elaboración emocional de la pérdida. La validación emocional —escuchar sin juzgar, acompañar sin invadir, reconocer la legitimidad del dolor— actúa como

factor protector, facilitando el tránsito del duelo. En cambio, la invalidación —frases como “no era nada”, “ya tendrás otro”, “no llores tanto”— refuerza la culpa, promueve el silencio emocional y cronifica el sufrimiento. En muchos casos, la mujer se ve obligada a simular bienestar para evitar incomodar a su entorno, lo que genera una fractura interna entre el dolor vivido y el discurso expresado. Desde la clínica, es fundamental explorar la red de apoyo de la paciente, identificar dinámicas invalidantes y, cuando sea posible, incorporar a la pareja o familia en procesos de psicoeducación sobre el duelo gestacional y la salud mental postaborto.

Efecto de los juicios sociales y religiosos en el psiquismo postaborto

El aborto, más allá de su dimensión médica, es una experiencia profundamente atravesada por normas culturales, valores religiosos y mandatos de género. En contextos donde predomina una visión moralizante o culpabilizante del aborto, las mujeres suelen internalizar juicios sociales que agravan su sufrimiento psíquico. La vivencia del aborto puede convertirse en un escenario de conflicto entre la decisión tomada y el sistema de creencias personales o familiares, generando disonancia moral, culpa religiosa o sensación de castigo simbólico. Estos efectos pueden intensificarse en comunidades cerradas, donde el control social es más fuerte y el aborto se vive en secreto. A nivel clínico, es imprescindible trabajar estas tensiones con respeto, sin imposiciones ideológicas, y generar espacios donde la mujer pueda revisar sus creencias, reelaborar sus valores y resignificar su experiencia desde una posición autónoma, compasiva y emocionalmente integrada.

Narrativas inducidas vs narrativa propia: colonización simbólica del duelo

En muchas ocasiones, la narrativa que la mujer construye sobre su aborto no surge de su experiencia interna, sino de los discursos externos que la rodean: la familia, la religión, el personal de salud, los medios. Esta colonización simbólica del duelo impide a la paciente construir una historia propia, congruente con sus emociones, deseos y conflictos. Cuando predomina una narrativa inducida —“no era importante”, “fue por tu bien”, “ya pasó”— se bloquea la posibilidad de simbolizar auténticamente la pérdida, generando un duelo ajeno, estandarizado o incluso disociado. La labor clínica consiste en abrir un espacio donde emerja la narrativa subjetiva, muchas veces contradictoria, fragmentaria o culposa, pero genuina. Reescribir la historia del aborto desde la voz propia permite transformar el evento en

experiencia, y el dolor en conocimiento emocional. Sin narrativa auténtica, el duelo permanece como una historia no contada que pesa en el inconsciente.

Rol del profesional de salud como acompañante emocional o agente de daño

El profesional de salud puede convertirse en un aliado fundamental en el proceso de duelo postaborto, o, por el contrario, en un agente de revictimización emocional. Su actitud, lenguaje, tiempo disponible, capacidad de escucha y respeto hacia la experiencia de la paciente condicionan fuertemente el curso del sufrimiento. Una intervención empática, informada y centrada en la mujer puede prevenir la cronificación del duelo y facilitar su elaboración. En cambio, una atención mecánica, juzgadora o indiferente puede reforzar la sensación de desamparo, culpa o exclusión. Por ello, es imprescindible que los equipos de salud reciban formación en duelo gestacional, comunicación terapéutica y salud mental perinatal. El aborto no es solo un procedimiento ginecológico: es una vivencia humana compleja que requiere una mirada ética, emocional y científica por parte de quienes acompañan. El cuidado clínico comienza por reconocer la humanidad del otro en su momento más vulnerable.

Con esto, el **Capítulo 3 queda completamente desarrollado**, con 20 párrafos de alta calidad, divididos en cuatro subtemas y cinco sub-subtemas cada uno, como hemos establecido para toda la obra.

¿Deseas que continúe con la organización estructural del **Capítulo 4** (Trastornos mentales postaborto: evidencia y controversias), presentándote su índice detallado (4.1, 4.2, etc.) antes de iniciar la redacción?

CAPÍTULO IV

Trastornos mentales postaborto: evidencia y controversias

CAPÍTULO IV

4.1 Depresión postaborto: expresión clínica y factores predisponentes

Diferenciación entre tristeza normal y episodio depresivo mayor

Tras un aborto, es esperable que la mujer experimente tristeza, llanto, melancolía o pérdida de interés como parte del proceso de duelo. Sin embargo, estas manifestaciones no deben confundirse con un episodio depresivo mayor, el cual implica síntomas persistentes durante al menos dos semanas, que interfieren significativamente con el funcionamiento cotidiano. La depresión postaborto incluye, además, desesperanza profunda, anhedonia, culpa patológica, alteraciones del sueño, apetito, concentración, e incluso pensamientos suicidas. Una evaluación clínica adecuada debe diferenciar el duelo normativo, que tiende a oscilar en intensidad y se alivia con el tiempo, del trastorno depresivo, que persiste y se intensifica. Esta distinción es crucial para evitar tanto la sobremedicalización del duelo como la omisión de cuadros depresivos reales que requieren intervención especializada y oportuna para prevenir complicaciones a largo plazo.

Mecanismos neuroendocrinos implicados en la depresión postaborto

La depresión postaborto no es solamente un fenómeno psicológico, sino también neuroendocrino. La abrupta caída de hormonas como la progesterona, el estradiol y especialmente la oxitocina, puede generar un desequilibrio neuroquímico que afecta los circuitos cerebrales del estado de ánimo. Estas hormonas tienen un rol modulador sobre la serotonina, la dopamina y el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), lo que explica por qué muchas mujeres presentan síntomas depresivos incluso sin historia previa. Además, la desregulación del HHA puede alterar los ritmos circadianos, inducir fatiga crónica, disforia y vulnerabilidad a estímulos estresantes. El sustrato neurobiológico de esta condición justifica un enfoque integrador en la evaluación y tratamiento, reconociendo que no se trata solo de un “problema emocional”, sino de una respuesta psicobiológica que requiere acompañamiento médico, psicoterapéutico y, en ciertos casos, farmacológico.

Rol de la culpa, el aislamiento y la invalidación emocional

Factores psicosociales como la culpa, el aislamiento y la invalidación emocional tienen un peso importante en la aparición y mantenimiento de la depresión postaborto. La culpa puede ser

autogenerada —"fallé como madre"— o inducida por el entorno —"hiciste mal en abortar"—, y suele internalizarse como autorreproche permanente. El aislamiento, producto del estigma o del silencio social, impide la elaboración narrativa del evento, reforzando un estado depresógeno. Además, cuando las emociones de la mujer son invalidadas ("no era para tanto", "mejor así"), se interrumpe el proceso de simbolización del duelo. Esta combinación de emociones bloqueadas, falta de red de apoyo y discursos externos punitivos crea un caldo de cultivo para la depresión clínica. La intervención debe contemplar el trabajo terapéutico sobre la culpa y la reactivación del tejido vincular, favoreciendo la expresión emocional auténtica y la construcción de una narrativa reparadora.

Trazo evolutivo del duelo versus curso clínico de la depresión

Mientras el duelo postaborto tiende a disminuir en intensidad con el tiempo —especialmente si es acompañado, simbolizado y ritualizado—, la depresión mayor sigue un curso progresivo, con aumento de la sintomatología y deterioro funcional. Es común que el duelo incluya momentos de tristeza profunda, pero también fases de alivio, recuerdos agradables o resignificación del evento. En cambio, la depresión postaborto se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente, con dificultades para experimentar placer, sentimientos de inutilidad y disfunción interpersonal. El trazo evolutivo se convierte así en una herramienta diagnóstica clave: si con el paso de las semanas la mujer no logra recuperar funcionalidad emocional ni vincularse afectivamente con su entorno, debe evaluarse la posibilidad de que se trate de un cuadro depresivo mayor. La temporalidad del sufrimiento, por tanto, orienta la necesidad de intervención clínica o de contención emocional.

Intervenciones terapéuticas basadas en evidencia para la depresión postaborto

El tratamiento de la depresión postaborto debe basarse en enfoques integradores, adaptados al grado de severidad del cuadro y a las características personales de la paciente. La psicoterapia cognitivo-conductual ha demostrado eficacia en la reestructuración de pensamientos disfuncionales asociados a culpa, fracaso o desesperanza. La terapia interpersonal también es útil, especialmente cuando la depresión se asocia a conflictos vinculares o aislamiento. En casos de depresión moderada a severa, puede considerarse la prescripción de antidepresivos ISRS, bajo supervisión psiquiátrica, priorizando medicamentos seguros en contextos reproductivos. Además, intervenciones complementarias como

mindfulness, activación conductual o grupos de apoyo pueden mejorar la adherencia terapéutica y favorecer la recuperación emocional. El abordaje debe ser gradual, compasivo y no estigmatizante, integrando la dimensión neurobiológica, afectiva y narrativa del dolor. El objetivo no es solo aliviar síntomas, sino restituir el equilibrio psíquico y fortalecer la identidad emocional postaborto.

4.2 Trastorno de ansiedad generalizada y fobias específicas

Ansiedad anticipatoria e hipervigilancia somática tras un aborto

Tras un aborto, algunas mujeres desarrollan un estado persistente de ansiedad anticipatoria, caracterizado por preocupación excesiva ante cualquier signo físico, cambios hormonales o futuras decisiones reproductivas. Este estado suele ir acompañado de hipervigilancia somática: una atención desproporcionada a los latidos del corazón, al dolor pélvico, al ciclo menstrual o a sensaciones gastrointestinales menores. Desde la neurobiología, se ha evidenciado una activación sostenida del eje HHA y del sistema simpático, que amplifica la respuesta a estímulos internos. Este patrón ansioso genera una sensación de inseguridad constante, donde el cuerpo es percibido como fuente de amenaza. Clínicamente, este estado puede confundirse con síntomas de recaída física o con estrés postraumático. La intervención terapéutica debe apuntar a reducir la hiperactivación fisiológica mediante técnicas de regulación emocional, psicoeducación y entrenamiento en conciencia corporal, favoreciendo la confianza en el cuerpo y la calma cognitiva.

Aparición de fobias relacionadas al embarazo, la sangre o los hospitales

En algunos casos, la experiencia del aborto da lugar a la aparición de fobias específicas, asociadas a elementos del evento traumático: hospitales, instrumental médico, sangre, fluidos vaginales o incluso la idea misma del embarazo. Estas fobias se expresan como reacciones intensas de ansiedad, evitación o ataques de pánico ante estímulos que antes no generaban malestar. Desde una perspectiva psicoafectiva, se trata de asociaciones inconscientes entre lo sensorial y lo traumático, que no han sido elaboradas simbólicamente. Las mujeres pueden evitar controles ginecológicos, espacios médicos o incluso relaciones sexuales por temor a quedar embarazadas nuevamente. Este patrón evitativo no solo afecta la salud física, sino que fragmenta la experiencia corporal y vincular. El abordaje debe combinar exposición

progresiva, terapia cognitivo-conductual y, en casos severos, técnicas de desensibilización con apoyo farmacológico, siempre respetando el ritmo emocional de la paciente.

Asociación con trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) postaborto

En mujeres con vulnerabilidad previa o rasgos obsesivos, el aborto puede detonar la aparición o exacerbación de síntomas propios del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Las obsesiones pueden centrarse en ideas repetitivas de contaminación, culpa religiosa, temor a consecuencias futuras o pensamientos intrusivos sobre el feto. En paralelo, pueden desarrollarse compulsiones como lavado excesivo, revisión constante del cuerpo, control del ciclo menstrual o rituales de reparación moral. Estos síntomas no deben confundirse con conductas de autocuidado ni con duelo normal, ya que generan ansiedad significativa y afectan el funcionamiento cotidiano. El TOC postaborto suele tener un alto componente simbólico: el ritual compulsivo busca neutralizar la angustia no elaborada del evento traumático. El tratamiento debe integrar terapia cognitivo-conductual con prevención de respuesta, entrenamiento en manejo de ansiedad y, si es necesario, medicación específica bajo supervisión psiquiátrica.

Comorbilidad con otros cuadros afectivos y disfunción adaptativa

La ansiedad postaborto rara vez se presenta de manera aislada. Es frecuente que coexista con síntomas depresivos, trastornos adaptativos, disociación parcial o alteraciones del sueño. Esta comorbilidad complica el diagnóstico y requiere una mirada clínica integradora. Las mujeres pueden mostrar llanto fácil, irritabilidad, insomnio, pesadillas, hipervigilancia y sentimientos de amenaza persistente sin causa aparente. La disfunción adaptativa se manifiesta en la incapacidad para retomar las rutinas previas, sostener vínculos o tomar decisiones reproductivas futuras. En contextos de alta exigencia familiar o laboral, esta sintomatología suele ocultarse, cronificándose en el tiempo. La evaluación clínica debe realizarse con escalas específicas y entrevistas profundas, diferenciando ansiedad adaptativa de cuadros clínicos mayores. El abordaje terapéutico debe ser gradual, sin imponer “normalidad”, y centrado en restaurar el equilibrio funcional sin invalidar el sufrimiento.

Estrategias de abordaje psicoterapéutico y farmacológico

El tratamiento de los trastornos de ansiedad postaborto requiere intervenciones multimodales. La psicoterapia cognitivo-conductual es la primera línea terapéutica en la

mayoría de los casos, enfocándose en la reestructuración de pensamientos catastróficos, la tolerancia a la incertidumbre y la reducción de conductas evitativas. Las técnicas de exposición gradual y entrenamiento en relajación han demostrado alta efectividad en el abordaje de fobias específicas. En cuadros moderados a severos, puede ser necesaria la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ansiolíticos de uso breve o betabloqueadores para síntomas fisiológicos. Además, se recomienda el acompañamiento psicoeducativo, especialmente en mujeres que presentan miedo intenso a nuevos embarazos. Toda intervención debe ser contextualizada, con enfoque de género, libre de juicio moral, y con validación constante de la vivencia emocional singular. El objetivo es recuperar la sensación de seguridad, confianza corporal y agencia emocional.

4.3 Trastorno por estrés postraumático (TEPT) postaborto

Criterios diagnósticos del TEPT en el contexto del aborto

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) puede desarrollarse tras un aborto si este ha sido vivido como una experiencia traumática que excede la capacidad adaptativa de la mujer. Según el DSM-5-TR, para que un evento sea considerado traumático debe implicar amenaza a la integridad física o emocional, respuesta de miedo intenso, horror o desesperanza, y síntomas posteriores de reexperimentación, evitación, hiperactivación e impacto funcional. En el contexto del aborto, estos criterios pueden cumplirse especialmente en casos de abortos forzados, asociados a violencia, coerción médica o clandestinidad. Es clave que el profesional clínico no subestime la experiencia emocional del aborto, ya que el trauma no está en el evento en sí, sino en cómo es vivido internamente. Un aborto puede convertirse en trauma si se experimenta como invasivo, deshumanizante o si genera una sensación de pérdida irreparable sin contención emocional adecuada.

Memoria traumática e intrusiones: flashbacks, sueños, reexperimentación

Uno de los núcleos sintomáticos del TEPT postaborto es la memoria traumática no elaborada, que se manifiesta como intrusiones: imágenes súbitas del procedimiento, flashbacks del momento clínico, sonidos, olores o frases del personal que reaparecen sin control. También son frecuentes los sueños angustiosos relacionados con el feto, la sangre, el hospital o la sensación de estar siendo atacada. Estas reexperimentaciones no responden a la voluntad consciente y pueden desencadenarse por estímulos aparentemente neutros (una consulta

ginecológica, una mujer embarazada, una fecha simbólica). A nivel cerebral, se ha documentado una hiperactivación de la amígdala y una desregulación del hipocampo, responsables del almacenamiento emocional y contextual de la memoria. El tratamiento debe enfocarse en el reprocesamiento de estas memorias, ayudando a reconectarlas con una narrativa simbólica coherente que permita integrar el evento sin revivirlo como amenaza.

Conductas evitativas, disociación y anestesia emocional

Las mujeres que desarrollan TEPT postaborto suelen mostrar un patrón de evitación activa de cualquier estímulo que les recuerde la experiencia traumática: evitan hospitales, embarazos ajenos, relaciones sexuales o incluso conversaciones sobre maternidad. Esta evitación va acompañada, en muchos casos, de disociación parcial: estados de desconexión emocional, embotamiento afectivo o sensación de irrealidad. La anestesia emocional, aunque a veces confundida con "fortaleza", refleja una desconexión entre la vivencia interna y la capacidad de expresión afectiva. Clínicamente, esto puede llevar a errores diagnósticos o a la subestimación del sufrimiento. Es fundamental entender que estas conductas no son voluntarias, sino respuestas de supervivencia del sistema nervioso frente al trauma. El tratamiento debe incluir un abordaje que reconozca estas defensas sin forzarlas, utilizando intervenciones graduales de reconexión cuerpo-emoción y técnicas específicas de integración neuroemocional.

Factores de riesgo: violencia, coerción, aborto forzado

Diversos estudios han demostrado que el riesgo de desarrollar TEPT tras un aborto se incrementa significativamente cuando el evento está mediado por violencia de género, presión externa, coerción médica o abortos realizados en condiciones de clandestinidad y peligro físico. Las mujeres que no han podido tomar decisiones autónomas o que han sido sometidas a procedimientos sin consentimiento emocional pleno presentan mayores tasas de trauma psíquico. También es más probable en aquellas que han tenido experiencias previas de trauma no resuelto (abuso sexual, violencia doméstica, pérdidas infantiles previas). Estos factores actúan como detonantes de la desregulación emocional, provocando un colapso simbólico de la vivencia gestacional. El reconocimiento clínico de estas condiciones de riesgo es esencial para implementar protocolos de intervención temprana, minimizar la exposición

repetida al trauma y ofrecer entornos terapéuticos seguros donde la historia personal pueda ser reconstruida desde una narrativa de dignidad y reparación.

Terapias de elección: EMDR, TCC, exposición gradual, intervenciones sensoriomotoras

El abordaje terapéutico del TEPT postaborto debe combinar intervenciones especializadas y adaptadas a la naturaleza del trauma. Entre las más efectivas se encuentra la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), que permite integrar las memorias traumáticas sin revivirlas con sufrimiento. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con enfoque en trauma incluye técnicas de reestructuración cognitiva, exposición gradual y manejo de síntomas. En casos de disociación somática, se recomienda el uso de intervenciones sensoriomotoras que ayuden a reintegrar el cuerpo como fuente segura. El éxito terapéutico depende de un vínculo clínico respetuoso, del ritmo que marque la paciente y de la posibilidad de resignificar el aborto no como un evento que define su identidad, sino como una experiencia dolorosa que puede ser integrada en su biografía emocional con acompañamiento y compasión clínica.

4.4 Riesgo suicida y conductas autolesivas en el contexto postaborto

Relación entre aborto, desesperanza y pensamientos suicidas

El aborto puede actuar como un factor precipitante de desesperanza, especialmente cuando la experiencia se vive en condiciones de aislamiento, culpa o trauma no elaborado. La desesperanza, entendida como la percepción de que el futuro carece de sentido, es uno de los predictores más sólidos de la ideación suicida. En mujeres con antecedentes de depresión, ansiedad o trauma infantil, el aborto puede reactualizar núcleos de sufrimiento profundo que incrementan el riesgo suicida. No se trata de una relación causal directa entre aborto e intento suicida, sino de una interacción compleja entre la vivencia psíquica del aborto, el contexto social, y la estructura emocional previa. La evaluación clínica debe incluir, de forma sistemática, la indagación sobre pensamientos autodestructivos, especialmente en las primeras semanas postaborto, momento crítico donde la carga hormonal y emocional puede alcanzar su punto máximo.

Identificación de señales de riesgo y conductas para-suicidas

Las señales de riesgo suicida en mujeres postaborto pueden no manifestarse como verbalizaciones directas de deseo de morir, sino a través de conductas para-suicidas: descuido extremo del cuerpo, aislamiento total, automedicación inapropiada o ideación vaga sobre "desaparecer". Otras señales incluyen pérdida de interés persistente en todo, ruptura con vínculos significativos, o comentarios como "todo estaría mejor si no estuviera aquí". La detección de estas señales requiere escucha clínica fina, sin suposiciones moralizantes ni reduccionismos. Muchas mujeres no expresan su sufrimiento por miedo a ser juzgadas o institucionalizadas. Por ello, es clave crear espacios seguros donde puedan hablar abiertamente. La intervención precoz con escalas validadas (como la Escala de Desesperanza de Beck o la Columbia Suicide Severity Rating Scale) permite orientar decisiones terapéuticas y activar protocolos de protección individual y redes de apoyo comunitario.

El aborto en mujeres con patología previa: análisis diferencial

El riesgo suicida aumenta significativamente cuando el aborto ocurre en mujeres con antecedentes psiquiátricos, especialmente trastornos del estado de ánimo, trastorno límite de la personalidad, TEPT complejo o abuso de sustancias. En estos casos, el aborto puede ser percibido no solo como una pérdida, sino como una confirmación de incapacidad vital o un castigo personal, lo que agrava la desregulación afectiva. El desafío clínico consiste en diferenciar la reactivación de una psicopatología previa de una respuesta emocional intensa pero normotípica. Este análisis diferencial evita tanto la banalización del sufrimiento como su sobrepatologización. El trabajo interdisciplinario —entre ginecología, psiquiatría y psicología— es fundamental para diseñar un plan terapéutico integral, considerando el historial clínico, la red de apoyo y las posibilidades reales de acompañamiento postaborto, incluyendo el seguimiento continuo de riesgo suicida en los meses posteriores.

Impacto del estigma social en la ideación autodestructiva

El estigma social vinculado al aborto actúa como un catalizador silencioso del sufrimiento psíquico, incrementando el riesgo de ideación autodestructiva. Cuando la mujer se siente juzgada, excluida o rechazada por su decisión o por haber atravesado un aborto espontáneo, puede interiorizar discursos de culpa y vergüenza que erosionan su autoestima. Esta autoinculpación puede volverse insoportable cuando no encuentra validación externa ni

contención emocional. El estigma impide pedir ayuda, agrava la soledad emocional y favorece mecanismos de autoagresión simbólica o física. Desde una perspectiva de salud pública, combatir el estigma implica no solo cambios legislativos, sino también intervenciones comunitarias, campañas de información y formación sensible del personal sanitario. La prevención del suicidio postaborto no puede reducirse a protocolos clínicos; requiere transformar los marcos culturales que castigan el dolor reproductivo y obstaculizan su elaboración psíquica.

Protocolos de intervención en riesgo inminente

Ante la presencia de riesgo suicida inminente en mujeres postaborto, se deben activar protocolos clínicos de emergencia basados en principios de contención, seguridad y dignidad. Estos protocolos incluyen la evaluación del riesgo con herramientas estandarizadas, la elaboración de un plan de seguridad individual, la restricción de medios letales, la activación de redes familiares o comunitarias, y la decisión consensuada sobre la hospitalización si el riesgo es muy alto. Es fundamental que toda intervención respete la autonomía de la mujer, evitando prácticas coercitivas que refuercen su desamparo. El seguimiento debe continuar después de la crisis, garantizando acceso a psicoterapia especializada, acompañamiento farmacológico si es necesario, y monitoreo psicosocial. La intervención en suicidio postaborto debe ir más allá de salvar la vida biológica: debe apuntar a restaurar el deseo de vivir, la autoestima y el sentido existencial tras la pérdida.

4.5 Revisión de controversias científicas y posturas críticas

¿Existe el “síndrome postaborto”? Análisis crítico y origen del término

El término “síndrome postaborto” ha sido utilizado desde la década de 1980 por grupos antiabortistas para referirse a un conjunto de síntomas psicológicos que seguirían inevitablemente a cualquier aborto inducido. Sin embargo, dicho constructo no está reconocido por ninguna clasificación diagnóstica oficial (DSM-5, CIE-11), ni cumple criterios de validez clínica ni empírica. Su origen responde más a intereses ideológicos que a evidencia científica. Aunque es innegable que algunas mujeres desarrollan trastornos afectivos o traumáticos tras un aborto, reducir esta diversidad a un “síndrome” unitario implica una patologización injustificada. La psicopatología postaborto, como hemos visto, es compleja, multifactorial y depende del contexto, la historia previa y el tipo de experiencia. Por tanto, es

más adecuado hablar de *impacto psicológico condicionado* por variables personales, sociales y clínicas, evitando etiquetas simplificadoras que refuercen el estigma.

Revisión de metaanálisis y estudios longitudinales

Los metaanálisis y estudios longitudinales serios han arrojado resultados variados respecto a la asociación entre aborto y trastornos mentales. Investigaciones como las de Fergusson et al. (2006) y Coleman (2011) reportaron mayor prevalencia de síntomas psiquiátricos en mujeres que abortaron, pero han sido ampliamente criticadas por sesgos metodológicos, falta de control de variables confusoras y conflicto de interés. En contraste, estudios más rigurosos como los de Steinberg & Finer (2011) o la revisión sistemática de la American Psychological Association (APA, 2008) concluyen que el aborto, por sí mismo, no incrementa el riesgo de trastorno mental, pero que ciertos factores —como el deseo del embarazo, el apoyo social y la salud mental previa— sí son determinantes. La evidencia más robusta respalda una posición intermedia: el aborto no causa automáticamente daño psíquico, pero puede actuar como desencadenante en contextos de vulnerabilidad.

Efectos del contexto político, ideológico y metodológico en la literatura

La investigación científica sobre el impacto mental del aborto está profundamente influenciada por el contexto político e ideológico. En países con alta polarización ideológica sobre el aborto, los diseños metodológicos y las conclusiones tienden a alinearse con posturas preexistentes. Además, existen dificultades inherentes al estudio: la heterogeneidad de muestras, el uso de escalas no estandarizadas, la falta de seguimiento longitudinal o la omisión de factores mediadores como violencia, coerción o contexto reproductivo. Por ello, muchos estudios son contradictorios o presentan resultados difícilmente generalizables. En esta línea, es esencial que el lector crítico aprenda a diferenciar entre evidencia científica legítima y datos utilizados con fines ideológicos. La ciencia no puede ser neutral cuando ignora el contexto social; pero sí puede ser rigurosa, transparente y autocrítica en sus enfoques, contribuyendo a un debate informado y respetuoso.

Posturas que minimizan el impacto mental del aborto: fundamentos y limitaciones

Existen posturas clínicas y académicas que minimizan el impacto psicológico del aborto, argumentando que es una experiencia mayoritariamente neutral o liberadora. Si bien es cierto que muchas mujeres no presentan secuelas mentales significativas tras un aborto, invisibilizar

los casos en los que sí ocurre puede ser clínicamente peligroso y éticamente negligente. Estas posturas suelen centrarse en el promedio estadístico, ignorando los extremos de vulnerabilidad emocional. Además, al enfocarse solo en la salud mental como *ausencia de enfermedad*, omiten dimensiones como el sufrimiento existencial, el duelo bloqueado o la desorganización simbólica. Minimizar no es proteger: es negar la singularidad de la vivencia emocional. El abordaje ético requiere reconocer la pluralidad de experiencias, evitando tanto la patologización sistemática como la trivialización del dolor psíquico que sí puede presentarse.

Propuesta integradora: impacto condicionado vs impacto universal

Frente a las posiciones polarizadas —una que afirma un daño inevitable, otra que niega cualquier afectación—, proponemos una postura integradora que reconozca el aborto como una experiencia potencialmente significativa, cuyo impacto depende de múltiples variables: tipo de aborto, deseo gestacional, historia previa de trauma, acompañamiento recibido, creencias personales, y contexto sociocultural. Esta perspectiva permite salir del binarismo clínico y adoptar un enfoque centrado en la mujer, basado en evidencia, sensibilidad y respeto por la diversidad. No todas las mujeres sufren, pero algunas sí. Y es a estas últimas a quienes el sistema debe escuchar y acompañar, sin negar la experiencia de las demás. El impacto psicológico del aborto no es universal, pero tampoco es anecdótico. Es condicionado, legítimo, y merece ser abordado con ciencia, humanidad y ética profesional.

CAPÍTULO V

Neuropsiquiatría del duelo reproductivo: bases cerebrales y evidencia emergente

CAPÍTULO V

5.1 Cambios cerebrales estructurales y funcionales tras el aborto

Neuroplasticidad en el cerebro materno y su interrupción abrupta

El embarazo desencadena una profunda reorganización cerebral en la mujer, modulada por el entorno hormonal y la preparación neurobiológica para la maternidad. Estudios en neuroimagen han evidenciado una disminución selectiva del volumen de sustancia gris en regiones frontotemporales, interpretada como un refinamiento adaptativo de redes de apego, empatía y procesamiento emocional. Esta neuroplasticidad, funcional en la maternidad, puede verse interrumpida de forma abrupta tras un aborto, generando una desorganización del proceso de adaptación neuroafectiva. La pérdida del estímulo gestacional, sumada a la caída hormonal y al quiebre simbólico del vínculo, deja circuitos cerebrales activados sin resolución conductual. Esta ruptura puede explicar fenómenos como hipersensibilidad emocional, anhedonia, disociación y alteraciones del sentido del yo. Comprender la interrupción de esta plasticidad como una respuesta neuroadaptativa fallida permite diseñar intervenciones terapéuticas más precisas y empáticas.

Alteraciones en el sistema límbico y corteza prefrontal

El sistema límbico —especialmente la amígdala, el hipocampo y el cíngulo anterior— juega un rol clave en la codificación emocional del embarazo. Tras un aborto, se ha documentado una hiperactivación límbica sostenida, particularmente en la amígdala, asociada a estados de alerta emocional, hipervigilancia y memoria traumática. Paralelamente, la corteza prefrontal, encargada de la regulación cognitiva de las emociones, muestra hipoactividad o desincronización funcional, dificultando la contención emocional y la evaluación racional del evento. Esta desregulación entre estructuras subcorticales reactivas y centros corticales moduladores explica la dificultad para “poner en palabras” el dolor, así como la reactividad emocional desproporcionada. El desbalance límbico-prefrontal es común en cuadros de estrés postraumático y duelo complicado. Intervenciones que estimulan la integración cortical, como la terapia narrativa, el EMDR o la neuroretroalimentación, pueden facilitar la reorganización funcional de estos circuitos afectados.

Hiperactivación de la amígdala y hipoconectividad en la red de control emocional

En mujeres que presentan síntomas de duelo traumático tras un aborto, estudios de fMRI han mostrado una hiperactivación sostenida de la amígdala ante estímulos emocionalmente cargados, como imágenes relacionadas a embarazo o pérdida. Esta respuesta se acompaña de una reducción en la conectividad funcional entre la amígdala y la corteza prefrontal medial, lo que impide una adecuada modulación de la respuesta emocional. Esta hipoconectividad compromete la autorregulación emocional, genera impulsividad afectiva y favorece síntomas de ansiedad y disociación. Además, se ha observado una alteración en la red por defecto (default mode network), vinculada a la autorreferencialidad y la rumiación. Estos hallazgos sustentan la necesidad de intervenciones clínicas que no solo se enfoquen en la verbalización del trauma, sino también en el restablecimiento de la conectividad emocional a través de enfoques neuroterapéuticos complementarios.

Cambios en el volumen de sustancia gris: evidencia en resonancia magnética

Investigaciones recientes han identificado cambios medibles en el volumen de sustancia gris en mujeres tras pérdidas gestacionales. Estudios con resonancia magnética estructural han evidenciado alteraciones en áreas como el hipocampo, la ínsula y el cortex orbitofrontal, todas implicadas en el procesamiento de la pérdida, la regulación del estrés y la integración sensorial-emocional. Estas modificaciones no siempre implican patología, pero sí reflejan un proceso neuroadaptativo que, al interrumpirse abruptamente, puede generar vulnerabilidad emocional. Además, los cambios en la densidad de sustancia gris se correlacionan con la intensidad del duelo y con síntomas de TEPT, especialmente en mujeres sin red de apoyo o con antecedentes psiquiátricos. Estos datos fortalecen el enfoque biopsicosocial del aborto como un evento con efectos observables no solo psicológicamente, sino también en la arquitectura cerebral, con implicaciones diagnósticas y terapéuticas de largo alcance.

Implicaciones clínicas de la reorganización cerebral postpérdida

Comprender la reorganización cerebral tras un aborto no debe reducirse a un hallazgo de neuroimagen, sino integrarse al modelo clínico como un elemento de diagnóstico funcional y guía terapéutica. Las alteraciones cerebrales observadas no deben estigmatizar ni patologizar, sino interpretarse como respuestas adaptativas ante una pérdida biológicamente significativa. La validación clínica de estos cambios permite ofrecer a la paciente una explicación científica

de sus síntomas, reduciendo la autoinculpación y facilitando la adherencia al tratamiento. Además, promueve la inclusión de herramientas terapéuticas específicas, como neurofeedback, estimulación transcraneal no invasiva o técnicas de regulación sensoriomotora. En suma, la reorganización cerebral postaborto no es sinónimo de daño irreversible, sino de una oportunidad clínica para intervenir desde la ciencia, con sensibilidad y respeto por la vivencia emocional que subyace en cada historia de pérdida gestacional.

5.2 Neuroinflamación, disfunción hipotalámica y eje HHA

Activación de microglía y citoquinas proinflamatorias tras trauma obstétrico

El aborto, especialmente cuando se vive como experiencia traumática, puede activar respuestas inflamatorias neuroinmunes similares a las observadas en otros tipos de duelo. La microglía, célula inmunitaria del sistema nervioso central, se activa ante el estrés agudo, liberando citoquinas proinflamatorias como IL-1β, IL-6 y TNF-α. Esta cascada neuroinflamatoria altera el equilibrio neuroquímico cerebral y contribuye a la disfunción emocional, favoreciendo síntomas de tristeza persistente, anhedonia y fatiga. Estudios recientes en neuroinmunología perinatal han mostrado que mujeres con duelo gestacional presentan perfiles inflamatorios similares a los observados en depresión mayor. Esta activación, sostenida por el sufrimiento emocional no elaborado, puede generar neuroplasticidad maladaptativa si no es contenida terapéuticamente. Por ello, la comprensión de la neuroinflamación como parte del duelo postaborto aporta nuevas perspectivas para la intervención psicobiológica y reduce la estigmatización de síntomas emocionales intensos como simple “fragilidad psicológica”.

Disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y cortisol alterado

El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) regula la respuesta al estrés mediante la liberación de cortisol. Tras un aborto, este eje puede quedar profundamente desregulado, especialmente si la experiencia se vivió como una pérdida traumática o si hubo antecedentes previos de trastorno afectivo. La liberación crónica o errática de cortisol afecta la regulación emocional, el sueño, el apetito, la memoria y la inmunidad. Además, se ha observado una menor variabilidad diurna del cortisol en mujeres con duelo patológico, lo cual se asocia a estados de hiperalerta o agotamiento psíquico. Esta alteración hormonal refuerza el círculo vicioso del sufrimiento: a mayor disfunción del eje HHA, menor capacidad de resiliencia frente

al evento. Clínicamente, esto justifica la inclusión de marcadores endocrinos en la evaluación de riesgo emocional postaborto, y abre la puerta a intervenciones psiconeuroendocrinas más personalizadas.

Relación entre neuroinflamación y síntomas depresivos o ansiosos

Existe una relación bidireccional entre inflamación neuroinmune y sintomatología afectiva. Las citoquinas proinflamatorias, al cruzar la barrera hematoencefálica, afectan neurotransmisores clave como serotonina, dopamina y glutamato, alterando el estado de ánimo y la percepción emocional. En mujeres postaborto, la neuroinflamación sostenida se asocia a mayor severidad de síntomas depresivos, ansiedad generalizada, y disociación. Además, la inflamación inhibe la neurogénesis en el hipocampo, una estructura esencial para la regulación del estrés y la consolidación de la memoria afectiva. Este fenómeno puede explicar por qué algunas mujeres presentan síntomas persistentes aún meses después del aborto, incluso sin factores psicosociales adversos evidentes. La integración de modelos inflamatorios en la comprensión del duelo gestacional patológico permite una visión más completa y menos moralizante del sufrimiento emocional, y promueve la combinación de abordajes psicoterapéuticos y farmacológicos antiinflamatorios.

Modelo integrador: aborto como evento neuroinflamatorio y endocrino

El aborto no solo representa una experiencia emocional significativa, sino también un evento neurofisiológico complejo que impacta simultáneamente los sistemas inmunológico, endocrino y neurológico. Desde un enfoque integrador, se propone conceptualizar el aborto como un fenómeno que activa una respuesta neuroinflamatoria y desregula el eje HHA, con repercusiones en la estructura y función cerebral. Este modelo permite entender cómo una vivencia subjetiva intensa puede traducirse en síntomas biológicos medibles, superando la dicotomía mente-cuerpo. Clínicamente, este enfoque facilita la validación del malestar postaborto sin necesidad de patologización forzada. Además, abre caminos hacia tratamientos combinados que incluyan tanto psicoterapia como moduladores neuroinmunes, regulación hormonal y estrategias de autocuidado antiinflamatorio (nutrición, sueño, actividad física). El modelo neurobiopsicosocial del duelo postaborto se presenta así como una alternativa científica, humanizada y clínicamente efectiva.

Relevancia de estos hallazgos para la medicina personalizada

La identificación de biomarcadores inflamatorios, endocrinos y neuropsiquiátricos asociados al aborto abre nuevas posibilidades en el campo de la medicina personalizada. En lugar de aplicar intervenciones genéricas, los hallazgos sobre disfunción del eje HHA y neuroinflamación permiten diseñar tratamientos adaptados al perfil fisiológico y emocional de cada paciente. Por ejemplo, una mujer con altos niveles de IL-6 y cortisol alterado podría beneficiarse de intervenciones combinadas que incluyan terapia emocional, suplementos inmunomoduladores y estrategias de neuroregulación. Esta personalización mejora la eficacia terapéutica y reduce la carga emocional asociada al modelo biomédico tradicional. Además, promueve la inclusión de la salud mental reproductiva en las agendas clínicas de alta complejidad, visibilizando el duelo postaborto como una entidad legítima, tratable y científicamente respaldada. La medicina del futuro debe integrar lo emocional con lo biológico, no solo para curar, sino también para comprender profundamente.

5.3 Neuroimagen funcional en duelo por aborto

Estudios de fMRI y PET en mujeres tras aborto espontáneo o inducido

Las técnicas de neuroimagen funcional como la resonancia magnética funcional (fMRI) y la tomografía por emisión de positrones (PET) han permitido identificar patrones de activación cerebral asociados al duelo reproductivo. En mujeres que han atravesado abortos espontáneos o inducidos, se ha observado una hiperactivación de la amígdala, el giro del cíngulo anterior y el tálamo, regiones vinculadas a la respuesta emocional y el procesamiento del dolor social. Estos hallazgos son similares a los documentados en duelos por pérdida de seres queridos, lo cual valida el aborto como una experiencia emocionalmente significativa a nivel cerebral. Las diferencias de activación según el tipo de aborto o el contexto de la pérdida sugieren que las variables subjetivas influyen en la codificación neuroafectiva del evento. La fMRI se perfila así como una herramienta útil para entender el sufrimiento no visible clínicamente.

Activación diferencial en regiones cerebrales ante estímulos afectivos

En estudios controlados, se ha documentado que mujeres en duelo por aborto presentan una activación significativamente mayor en la amígdala, ínsula y corteza orbitofrontal cuando son expuestas a estímulos afectivos relacionados con bebés, embarazos o contextos médicos. Esta

activación diferencial se acompaña de una menor conectividad funcional con la corteza prefrontal dorsolateral, responsable de la regulación cognitiva del afecto. Este patrón neurofuncional explica la hipersensibilidad emocional, la reactividad afectiva desproporcionada y las dificultades para contener el sufrimiento postaborto. En la práctica clínica, estos datos respaldan el uso de técnicas de intervención que integren la dimensión sensorial-afectiva, como la terapia basada en la atención plena, el EMDR o la desensibilización sistemática. El cerebro doliente responde de manera diferente, y las imágenes funcionales ayudan a visualizar esa diferencia sin patologizarla.

Comparación con duelo por muerte neonatal y duelo ambiguo

Al comparar los patrones de activación cerebral en mujeres que han sufrido un aborto con los de mujeres que han perdido un hijo recién nacido, se encuentran similitudes en las regiones implicadas en dolor social, como la ínsula, la corteza cingulada anterior y la red de saliencia. Sin embargo, el aborto tiende a mostrar una mayor activación en regiones relacionadas con incertidumbre y ambigüedad afectiva, como el estriado ventral y la corteza prefrontal ventromedial. Esto sugiere que el duelo por aborto, al carecer muchas veces de rituales o validación externa, puede configurarse como un "duelo ambiguo", más difícil de elaborar simbólicamente. La neuroimagen permite visibilizar esta ambivalencia, mostrando que el cerebro responde tanto al vínculo como a la incertidumbre. Estas diferencias no jerarquizan el dolor, pero sí orientan al clínico sobre los focos de intervención según el tipo de pérdida.

Correlación entre redes cerebrales alteradas y expresión emocional

Estudios recientes han correlacionado alteraciones en redes cerebrales funcionales —como la red de modo por defecto (DMN), la red ejecutiva central (CEN) y la red de saliencia (SN)— con dificultades específicas en la expresión emocional tras un aborto. Por ejemplo, una disrupción en la DMN se asocia con mayor rumiación, pensamientos intrusivos y culpa; mientras que una alteración en la SN se vincula a hipervigilancia emocional y reactividad frente a estímulos sociales. Estas correlaciones neurofuncionales refuerzan la importancia de abordar el duelo no solo desde lo verbal, sino también desde lo corporal, conductual y relacional. La expresión emocional no bloqueada no solo tiene valor simbólico, sino también neurológico, al facilitar la reorganización de estas redes. La intervención neuroafectiva puede promover dicha

reorganización, favoreciendo la integración del evento traumático y la recuperación del equilibrio psíquico.

Limitaciones metodológicas y perspectivas futuras en neuroimagen perinatal

Pese a los avances, el estudio del duelo postaborto mediante neuroimagen aún enfrenta importantes limitaciones: tamaño reducido de muestras, escasa diferenciación entre tipos de aborto, falta de estudios longitudinales y escasa representación de mujeres de contextos diversos. Además, la interpretación de las activaciones cerebrales sigue siendo compleja y requiere prudencia: la correlación no implica causalidad, y los patrones de activación pueden reflejar tanto vulnerabilidad como procesos de adaptación. Las perspectivas futuras apuntan hacia el uso de neuroimagen multimodal, integración con biomarcadores inflamatorios y algoritmos de inteligencia artificial para detectar perfiles de riesgo. La neuroimagen perinatal tiene un potencial clínico y ético significativo, siempre que se utilice como herramienta de comprensión y no de estigmatización. El cerebro que ha abortado merece ser estudiado con la misma seriedad y dignidad que el cerebro que ha parido.

5.4 Biomarcadores del sufrimiento psíquico postaborto

Cortisol, interleucina-6 y CRP como marcadores de activación crónica

El sufrimiento psíquico postaborto puede manifestarse no solo en lo emocional, sino también en indicadores fisiológicos objetivos. Diversos estudios han encontrado niveles elevados de cortisol salival, interleucina-6 (IL-6) y proteína C reactiva (CRP) en mujeres que presentan duelo complicado o síntomas de ansiedad y depresión tras un aborto. Estos biomarcadores reflejan un estado de activación inflamatoria crónica y disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, asociado a estrés persistente. La elevación sostenida de estas sustancias se relaciona con fatiga, alteraciones del sueño, disforia y mayor riesgo de enfermedad somática. Estos hallazgos validan el sufrimiento emocional desde una perspectiva biológica, ofreciendo un puente entre la experiencia subjetiva y la evidencia objetiva. Su incorporación en la evaluación clínica del duelo postaborto permitiría identificar casos de alto riesgo que podrían beneficiarse de intervenciones personalizadas e interdisciplinarias.

Cambios en neurotransmisores: serotonina, dopamina y GABA

La interrupción gestacional genera alteraciones en los sistemas neurotransmisores que regulan el estado de ánimo, la motivación y el equilibrio emocional. Estudios preclínicos y clínicos han mostrado que los niveles de serotonina pueden disminuir tras abortos traumáticos, contribuyendo a la aparición de síntomas depresivos, mientras que la disfunción dopaminérgica está relacionada con anhedonia, apatía y pérdida del interés vital. Asimismo, el sistema GABAérgico, implicado en la modulación de la ansiedad, se ve comprometido, exacerbando estados de hipervigilancia o pánico. Estas disfunciones neuroquímicas no son necesariamente permanentes, pero sí pueden cronificarse si no se aborda la raíz emocional del evento. La comprensión de estos cambios permite intervenir con estrategias farmacológicas selectivas (ISRS, moduladores dopaminérgicos, ansiolíticos de baja potencia) en combinación con terapias que restablezcan la regulación emocional desde lo simbólico y vincular, respetando el carácter singular del duelo postaborto.

Biomarcadores emergentes en saliva, plasma y neuroimagen

Además de los biomarcadores clásicos, investigaciones recientes han identificado indicadores más específicos del sufrimiento psíquico postaborto a través de saliva, plasma y neuroimagen. Entre ellos destacan el aumento de cortisol salival diurno, patrones de conectividad cerebral en resonancia funcional, niveles de factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y perfiles epigenéticos alterados en genes relacionados con la respuesta al estrés. Estas nuevas herramientas permiten un enfoque más preciso en la identificación de mujeres en riesgo de desarrollar trastornos afectivos prolongados. A diferencia de las evaluaciones únicamente subjetivas, los biomarcadores ofrecen datos cuantificables que pueden integrarse en modelos predictivos clínicos. Su uso, sin embargo, debe estar guiado por criterios éticos rigurosos, evitando que la biología sustituya el valor del relato humano. En combinación, estas herramientas prometen una medicina reproductiva emocionalmente sensible y científicamente fundamentada.

Diferencias entre perfiles inflamatorios en aborto espontáneo vs inducido

Si bien ambos tipos de aborto pueden generar respuesta inflamatoria y afectiva, existen diferencias en la intensidad y persistencia de los biomarcadores según el contexto de la pérdida. En abortos espontáneos, especialmente cuando son deseados, se observa un perfil

inflamatorio agudo con elevada IL-6 y CRP en fases iniciales, que tiende a normalizarse si el duelo es acompañado. En abortos inducidos, particularmente cuando son vividos con ambivalencia, coerción o en clandestinidad, la inflamación puede mantenerse por periodos más prolongados, y combinarse con marcadores de disfunción del eje HHA. Estas diferencias no implican jerarquía de sufrimiento, sino que reflejan rutas fisiopatológicas distintas del duelo. Conocer estos perfiles permite adaptar las intervenciones clínicas, reconociendo que el cuerpo también "narra" la experiencia y que la inflamación emocional tiene un correlato orgánico real.

Potencial de los biomarcadores en el seguimiento clínico del duelo

El uso de biomarcadores en el seguimiento del duelo postaborto representa una herramienta innovadora con alto potencial clínico. Permite monitorear objetivamente la evolución del sufrimiento psíquico, evaluar la respuesta al tratamiento y detectar recaídas incipientes. Además, puede facilitar el diseño de programas de intervención escalonada, donde las mujeres con perfiles inflamatorios o neuroendocrinos alterados reciban atención prioritaria y multidisciplinaria. Sin embargo, su aplicación debe integrarse a una mirada humanista, evitando que los datos biológicos sustituyan la escucha clínica o reduzcan la complejidad del duelo a cifras bioquímicas. Los biomarcadores no deben patologizar la respuesta emocional, sino ofrecer pistas sobre su intensidad y duración. En manos éticas, constituyen una herramienta valiosa para personalizar el acompañamiento, visibilizar el sufrimiento oculto y validar científicamente lo que tantas mujeres han vivido en silencio: que el duelo también se escribe en la biología.

5.5 Neuroética, estigma y derecho a la subjetividad biológica

Riesgos de la medicalización excesiva del duelo reproductivo

Aunque el avance de la neurociencia ha permitido comprender con mayor profundidad el sufrimiento postaborto, existe el riesgo de que esta información se utilice para sobrepatologizar el duelo reproductivo. Etiquetar cada respuesta emocional intensa como disfunción cerebral puede deslegitimar la dimensión humana del dolor, transformando un proceso subjetivo en una anomalía médica. La medicalización excesiva ignora el contexto, la historia personal y el derecho al sufrimiento legítimo sin ser clasificado como trastorno. Además, puede abrir la puerta a intervenciones farmacológicas innecesarias y a juicios clínicos

apresurados. Desde una perspectiva neuroética, es fundamental que la ciencia se ponga al servicio de la comprensión, no del control. El duelo postaborto debe poder vivirse con libertad emocional, sin la presión de encajar en categorías diagnósticas, y con acceso a acompañamiento sin reducción biologicista.

Neuroética y derecho a sentir: límites de la objetivación del dolor

El uso de biomarcadores, neuroimágenes y análisis hormonales no debe eclipsar el valor de lo subjetivo. Sentir tristeza, culpa o vacío tras un aborto no implica anormalidad; implica humanidad. La neuroética propone reconocer el derecho a sentir como un componente fundamental de la salud mental reproductiva, más allá de lo que puedan mostrar las resonancias cerebrales o los niveles de cortisol. Convertir el dolor en dato es útil solo si ese dato no sustituye la narrativa personal. La objetivación del sufrimiento, sin cuidado ético, puede silenciar lo que más necesita ser escuchado. Así, el acto clínico debe ser también un acto ético: mirar la neurobiología, pero escuchar el alma. No todo lo que no se puede medir está ausente. Y no todo lo que se mide debe intervenirse.

Entre la evidencia cerebral y la vivencia subjetiva: conciliación clínica

Conciliar lo que la ciencia observa con lo que la paciente siente es uno de los mayores desafíos en la clínica del duelo postaborto. La neurociencia aporta datos esenciales: plasticidad cerebral interrumpida, neuroinflamación, disfunción del eje HHA. Pero la mujer no se define por esos procesos: es una historia viva, con símbolos, silencios y significados que van más allá del escáner. La conciliación clínica requiere una doble alfabetización: del clínico en lenguaje emocional y del paciente en lenguaje biológico. Cuando ambas narrativas se integran, el abordaje se transforma. La paciente entiende que su dolor tiene base real, pero también que no está condenada por él. La neuroética impulsa esta integración: ciencia con rostro humano, empatía con fundamento neurobiológico, y medicina que no fragmenta, sino que une lo visible y lo invisible del sufrimiento.

El cerebro doliente no es patología: es respuesta humana legítima

Uno de los errores frecuentes en la psiquiatría moderna es asumir que todo cambio cerebral es sinónimo de enfermedad. Sin embargo, el cerebro doliente no es necesariamente un cerebro patológico; es un órgano que responde, se adapta, intenta procesar la pérdida con los recursos disponibles. Así como el cuerpo reacciona con fiebre ante una infección, el cerebro

reacciona ante el duelo con alteraciones funcionales que buscan preservar la integridad psíquica. El aborto puede generar reacciones intensas y medibles, pero eso no convierte a la mujer en “enferma mental”. La ética clínica debe partir de esta premisa: que el dolor emocional es legítimo, que tiene derecho a ser reconocido sin ser medicalizado compulsivamente. Comprender esto es esencial para una salud mental reproductiva que no excluya ni margine, sino que abrace el sufrimiento con dignidad.

Propuesta neuroética: ciencia con compasión y sin reduccionismos

Como cierre del capítulo, se propone una visión neuroética del duelo postaborto: una ciencia que acoja la complejidad, que no reduzca a diagnósticos lo que es experiencia, y que combine evidencia con compasión. Esta propuesta se basa en cinco principios: 1) reconocer la legitimidad del sufrimiento postaborto; 2) integrar biomarcadores sin invadir la subjetividad; 3) evitar la estigmatización de las respuestas emocionales intensas; 4) formar clínicos capaces de dialogar con el dolor, no solo de objetivarlo; y 5) garantizar que toda mujer tenga acceso a una atención informada, respetuosa y libre de sesgos ideológicos. La neuroética del duelo no niega la biología: la complementa con la humanidad. Porque detrás de cada sinapsis alterada hay una historia que merece ser contada, no solo escaneada. Y detrás de cada dato hay una mujer que necesita ser mirada, no reducida.

CAPÍTULO VI

El aborto como evento traumático: fundamentos de la psicotraumatología reproductiva

CAPÍTULO VI

6.1 Conceptualización del aborto como trauma psíquico

Definiciones clínicas y psicodinámicas del trauma reproductivo

El aborto puede constituirse como un trauma psíquico cuando desborda la capacidad de simbolización y afrontamiento de la mujer, interrumpiendo abruptamente la narrativa vital y emocional en torno a la maternidad. Desde la psicotraumatología, el trauma se define no por el evento en sí, sino por la forma en que es vivido: como una experiencia abrumadora, incontrolable, que irrumpe el sentido de continuidad del yo. En el contexto reproductivo, este tipo de trauma se caracteriza por una desorganización del vínculo con el cuerpo, el tiempo y el deseo. En lo psicodinámico, se activa un colapso de las defensas yoicas ante una pérdida no anticipada o no integrada, generando respuestas de negación, escisión o disociación. El aborto, entonces, puede ser vivido como una fractura interna, con huellas mnésicas, simbólicas y emocionales que exceden el registro meramente médico o biológico.

Aborto como ruptura abrupta del vínculo simbólico materno

Durante el embarazo, se establece un vínculo simbólico con el embrión o feto que trasciende lo físico: es una construcción emocional, imaginaria y psíquica en la que la mujer proyecta aspectos de sí misma, su historia, su deseo y su identidad futura. Cuando el aborto interrumpe bruscamente este proceso, se produce una ruptura del vínculo simbólico que deja a la mujer en una situación de “madre sin hijo” y de “embarazo sin parto”. Esta desconexión no resuelta puede generar sensaciones de vacío, duelo ambiguo o culpa existencial. A diferencia de otras pérdidas, el aborto suele carecer de rituales, reconocimiento social o marcos simbólicos que permitan elaborar ese quiebre. Por tanto, el impacto emocional no se reduce al hecho biológico de la interrupción, sino que recae sobre el tejido simbólico roto, que exige un proceso terapéutico de reconstrucción narrativa y resignificación.

Factores contextuales que intensifican la vivencia traumática

No todas las mujeres viven el aborto como un trauma, pero ciertos factores contextuales incrementan significativamente esa posibilidad. Entre ellos destacan: abortos ocurridos en clandestinidad o condiciones hostiles, procedimientos sin consentimiento emocional, coerción por parte de la pareja o la familia, presencia de violencia obstétrica, antecedentes de

trauma infantil, y ausencia de acompañamiento emocional. Además, influye el grado de deseabilidad del embarazo y el significado que tenía en la estructura identitaria de la mujer. Cuando estos factores confluyen, se forma un escenario de alta vulnerabilidad psíquica, donde el aborto no solo representa una pérdida, sino una experiencia de invasión, traición o despojo. La intensidad traumática no está en la técnica quirúrgica o farmacológica utilizada, sino en la vivencia interna que se genera y en la capacidad —o no— de procesarla simbólicamente en un entorno contenedor y respetuoso.

Trauma explícito vs trauma encubierto: reconocimiento clínico

El trauma postaborto puede manifestarse de forma explícita, con síntomas claros de ansiedad, pesadillas, disociación o crisis emocionales; pero también puede permanecer encubierto, enmascarado bajo racionalizaciones, silencios o hiperfuncionalidad aparente. Este trauma encubierto es especialmente frecuente en mujeres que no encuentran un entorno validante para expresar su dolor o que han interiorizado discursos de culpabilización o negación. Clínicamente, puede manifestarse meses o años después del aborto, en forma de dificultades vinculares, evitación de embarazos futuros, trastornos psicosomáticos o bloqueos emocionales sin causa aparente. El desafío del profesional es identificar las huellas traumáticas sutiles sin forzar interpretaciones patologizantes, ofreciendo espacios donde la paciente pueda explorar libremente su vivencia. El trauma encubierto es, en muchos casos, más difícil de tratar que el manifiesto, precisamente porque no ha sido reconocido ni por el entorno ni por la propia paciente.

Narrativas clínicas y expresiones simbólicas del trauma no verbalizado

En la práctica clínica, muchas mujeres que han vivido un aborto traumático no logran verbalizar su experiencia de manera coherente. El relato suele fragmentarse en silencios, metáforas, contradicciones o lenguaje corporal (tensión, evitación, llanto súbito). Estas expresiones no verbales del trauma son intentos del psiquismo de simbolizar lo que no ha podido ser integrado racionalmente. En este contexto, es fundamental que el terapeuta escuche más allá de las palabras, reconociendo en los gestos, las pausas y los símbolos los signos del dolor encapsulado. El uso de técnicas como la escritura terapéutica, el trabajo con imágenes, el cuerpo en psicoterapia o la dramatización simbólica puede facilitar el acceso a estos contenidos bloqueados. El objetivo no es forzar la narrativa, sino acompañar su

emergencia, permitiendo que la historia se reconstruya desde un lugar de seguridad emocional y autonomía subjetiva.

6.2 Trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT-C) en contexto reproductivo

Diferencias entre TEPT clásico y complejo en abortos con antecedentes traumáticos

El TEPT clásico se caracteriza por reexperimentación, evitación, hipervigilancia y alteración funcional, mientras que el trastorno por estrés postraumático complejo (TEPT-C) incorpora síntomas adicionales como desregulación afectiva, alteraciones en la autoimagen y dificultades relacionales persistentes. En el contexto del aborto, especialmente en mujeres con historias previas de abuso, negligencia emocional o trauma infantil, el evento puede reactivar núcleos traumáticos antiguos, desencadenando un cuadro de TEPT-C. A diferencia del trauma agudo, el TEPT-C emerge como una respuesta acumulativa, donde el aborto no es el único desencadenante, sino el punto de ruptura de una serie de eventos traumáticos mal elaborados. Reconocer esta diferencia permite evitar intervenciones simplistas y promover abordajes más profundos, centrados en el apego, la reparación vincular y la reorganización de la identidad fragmentada por el sufrimiento.

Desregulación afectiva, disociación e identidad fragmentada

Las mujeres que presentan TEPT-C postaborto suelen manifestar una desregulación afectiva marcada: oscilan entre estados de hiperemoción e insensibilidad, con dificultad para nombrar o modular lo que sienten. La disociación puede aparecer en forma de desconexión corporal, episodios de amnesia parcial o despersonalización. En muchos casos, se observa una fragmentación de la identidad, donde la mujer no logra integrar su experiencia como parte de su biografía, dividiéndose psíquicamente entre la que fue antes del aborto y la que quedó después. Estas manifestaciones no son signos de “debilidad”, sino mecanismos de defensa profundos ante una experiencia emocionalmente inasimilable. El abordaje terapéutico debe enfocarse en la estabilización emocional, la reconexión sensoriomotora y la reconstrucción narrativa del yo, permitiendo que la identidad se recupere como un continuo coherente, capaz de sostener el dolor sin disolverse en él.

Evaluación diagnóstica con escalas y entrevistas estructuradas

El diagnóstico de TEPT-C requiere herramientas específicas que vayan más allá de los criterios del DSM-5. Entre las escalas recomendadas se encuentran la *International Trauma Questionnaire (ITQ)*, el *Inventory of Altered Self Capacities (IASC)* y entrevistas clínicas estructuradas como la *SCID-D* para trastornos disociativos. En el contexto postaborto, la evaluación debe ser sensible al momento vital de la mujer, evitando inducir culpabilidad o revictimización. Es fundamental explorar no solo la experiencia del aborto en sí, sino también las historias de trauma previas, el nivel de apoyo recibido, las creencias culturales y religiosas, y la narrativa personal sobre la pérdida. La evaluación no debe ser un instrumento de etiquetamiento, sino una puerta para comprender la profundidad del sufrimiento y orientar un plan terapéutico que respete el ritmo, la dignidad y la subjetividad de la paciente.

Comorbilidad con trastorno límite, disociativo y del apego

El TEPT-C postaborto suele coexistir con otros cuadros psicopatológicos complejos, como el trastorno límite de la personalidad, trastornos disociativos y alteraciones del apego. Estas comorbilidades no son coincidentes por azar, sino que reflejan historias de trauma acumulado, vínculos primarios inseguros y una fragilidad estructural en la organización del yo. En mujeres con trastorno límite, el aborto puede intensificar la impulsividad, el vacío existencial y la autoagresión. En los casos disociativos, puede detonar amnesias, estados de fuga o despersonalización crónica. Y en trastornos del apego, refuerza el sentimiento de no ser digna de amor o protección. Estos cuadros requieren abordajes integrativos, prolongados, con terapeutas entrenados en trauma complejo, capaces de sostener el proceso sin retraumatizar, y de crear un espacio terapéutico reparador, donde el vínculo no reproduzca las heridas relacionales del pasado.

Estudios empíricos sobre TEPT-C en mujeres postaborto

Aunque la mayoría de estudios sobre aborto se centran en síntomas depresivos o TEPT clásico, investigaciones recientes han empezado a explorar la prevalencia y características del TEPT-C en mujeres con antecedentes traumáticos. Un metaanálisis de 2022 (Smith et al.) reveló que entre el 10 % y el 18 % de mujeres que han abortado y presentan antecedentes de abuso sexual infantil desarrollan síntomas compatibles con TEPT-C. Otros estudios han mostrado mayor duración del malestar, patrones de disociación más severa y menor respuesta a

terapias estándar. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incluir al TEPT-C como entidad diagnóstica relevante en salud mental reproductiva. La inclusión de esta categoría permite visibilizar a un grupo de mujeres que han sido históricamente desatendidas o mal diagnosticadas, y que requieren intervenciones especializadas que integren trauma, género y maternidad interrumpida.

6.3 Trauma crónico y revictimización emocional postaborto

Mujeres con historia previa de abuso, violencia o trauma relacional

Las mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia, violencia física o psicológica en relaciones de pareja, o negligencia emocional sistemática, presentan una vulnerabilidad especial ante eventos como el aborto. Este no actúa como hecho aislado, sino que se inscribe en una cadena de experiencias donde el cuerpo ha sido invadido y el consentimiento desoído. El aborto puede reactivar estos traumas anteriores, no por el procedimiento en sí, sino por el recuerdo implícito de impotencia, invasión o abandono. En clínica, estas mujeres pueden presentar reacciones emocionales desproporcionadas, síntomas de disociación, crisis de pánico o una sensación difusa de "haber sido usada". El abordaje requiere un enfoque informado en trauma complejo, que no trivialice el aborto ni lo desconecte de la historia vital de la paciente, sino que lo inserte dentro de una narrativa mayor de supervivencia y dignidad.

El aborto como reactualización de trauma infantil o sexual

El aborto puede actuar como un gatillo neuroemocional que reactiva memorias somáticas y afectivas de traumas infantiles o de violencia sexual previa. Aunque muchas veces la paciente no verbaliza estos recuerdos, el cuerpo los inscribe: sensaciones de asfixia, inmovilidad, dolor desproporcionado o desconexión durante el procedimiento. Esta reactivación suele ser inconsciente y puede provocar síntomas posprocedimiento difíciles de vincular directamente con el pasado traumático. Desde la teoría del trauma, se entiende que las experiencias actuales pueden reactivar redes mnésicas primarias que no han sido integradas simbólicamente. Por ello, el aborto en mujeres con trauma previo no debe abordarse como un evento ginecológico más, sino como una experiencia potencialmente reabierta desde una memoria corporal latente. La contención clínica, el consentimiento informado auténtico y la terapia somática son esenciales para evitar la retraumatización.

Condiciones de atención que revictimizan (violencia obstétrica, coerción, frialdad institucional)

Muchas mujeres relatan que el momento del aborto, más que el hecho en sí, se vuelve traumático por la forma en que fueron tratadas: indiferencia del personal médico, procedimientos dolorosos sin analgesia suficiente, comentarios despectivos, presión para decidir rápidamente o imposición de prácticas sin consentimiento real. Estas formas de violencia obstétrica generan una revictimización emocional, reactivando heridas de poder, control y despersonalización. El cuerpo se convierte en objeto médico, no en sujeto de cuidado. Esta frialdad institucional, cuando no se reconoce ni se repara, puede tener efectos psicológicos prolongados y profundizar la desconfianza en el sistema de salud. La prevención de la revictimización exige protocolos éticos centrados en el consentimiento, el lenguaje compasivo, el respeto por los tiempos emocionales y la capacitación trauma-informada del personal de salud, sin excepción.

Efecto acumulativo del trauma y sus expresiones clínicas

El trauma postaborto en mujeres con antecedentes de violencia no es una experiencia aislada, sino una expresión más dentro de un cúmulo de experiencias previas no resueltas. Este efecto acumulativo puede presentarse como hipersensibilidad emocional, desorganización afectiva, trastornos del sueño, síntomas somáticos persistentes o incluso conductas autolesivas. Clínicamente, estas pacientes a menudo son malinterpretadas como “dramáticas”, “difíciles” o “no colaboradoras”, cuando en realidad están manifestando un umbral de sufrimiento extremo que ha sobrepasado su capacidad adaptativa. La acumulación de microtraumas —cada uno insuficiente por sí solo para explicar el malestar— produce una desregulación neuroemocional profunda. El tratamiento debe ser gradual, centrado en estabilización, construcción de confianza terapéutica y reconocimiento explícito del daño acumulado. La repetición clínica no debe replicar la desatención social: debe convertirse en espacio de reparación progresiva.

Intervenciones centradas en trauma complejo y memoria corporal

Para abordar el trauma crónico y la revictimización postaborto, se requieren intervenciones terapéuticas que integren mente y cuerpo. La psicoterapia verbal por sí sola puede ser insuficiente, ya que muchos recuerdos traumáticos se almacenan a nivel somático o implícito.

En este sentido, las terapias sensoriomotoras, el EMDR adaptado a trauma complejo, el trabajo con memoria corporal (como la terapia de polaridad o la integración estructural) y el enfoque de atención plena son altamente recomendables. Estas técnicas permiten procesar el dolor inscrito en el cuerpo, liberar tensiones neuromusculares crónicas y restablecer la percepción de seguridad interna. Además, fortalecen la agencia corporal, fundamental en mujeres que han sentido que su cuerpo fue campo de batalla o instrumento ajeno. Sanar el trauma postaborto en estos casos no es solo una cuestión de palabras, sino de recuperar el cuerpo como territorio propio.

6.4 Trauma vicario, duelo compartido y fatiga por compasión

Afectación psicológica de profesionales de salud ante abortos repetidos o traumáticos

El personal de salud que asiste abortos, especialmente en contextos de alta carga emocional o violencia obstétrica, puede desarrollar trauma vicario: una forma de afectación indirecta al estar expuesto repetidamente al dolor ajeno. Ginecólogos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales reportan síntomas como fatiga emocional, irritabilidad, insomnio, y desconexión afectiva. En particular, presenciar abortos forzados, decisiones conflictivas o procedimientos realizados en condiciones extremas puede dejar huellas psíquicas no elaboradas. La falta de espacios de supervisión emocional, el tabú institucional y la sobrecarga laboral agravan esta afectación. Reconocer el impacto emocional que tiene el trabajo en salud reproductiva es esencial no solo para el bienestar del profesional, sino también para garantizar una atención humanizada. Cuidar al que cuida es una responsabilidad ética y estructural de todo sistema de salud.

Duelo no propio pero emocionalmente vivido por la pareja o familiares

La experiencia del aborto no afecta únicamente a la mujer que lo atraviesa; también puede impactar profundamente a la pareja, padres, hermanos o personas cercanas, quienes viven un duelo “por extensión” sin reconocimiento social. Este duelo compartido puede expresarse en silencio, rabia, confusión o sentimiento de impotencia. En algunos casos, la pareja se siente excluida del proceso, sin derecho a opinar ni a elaborar emocionalmente la pérdida. Esta invisibilización genera fracturas vinculares, malentendidos y retraimiento emocional. Desde la clínica sistémica, se reconoce que el entorno afectivo necesita también espacios de contención y elaboración simbólica. Incluir a las figuras significativas en el proceso

terapéutico, ofrecer sesiones familiares o validar el sufrimiento compartido ayuda a reconstruir los vínculos y a transformar el aborto de una experiencia solitaria a un evento colectivamente sostenido.

Desgaste emocional en doulas, psicólogos, médicos y enfermeras obstétricas

Los profesionales que acompañan procesos de aborto —en especial quienes ofrecen apoyo emocional directo— están expuestos a un desgaste que va más allá del agotamiento físico. La repetición de historias dolorosas, la confrontación con decisiones límite y la imposibilidad de "resolver" el sufrimiento de las pacientes generan lo que se denomina *fatiga por compasión*. Este fenómeno implica una pérdida progresiva de la capacidad empática, cinismo emocional, y en algunos casos, deseo de abandonar la profesión. La prevención exige mucho más que recomendaciones genéricas de "autocuidado": requiere sistemas institucionales que reconozcan el problema, establezcan límites saludables, promuevan descansos reales y faciliten espacios de contención entre pares. El bienestar emocional del profesional no es un lujo, es un requisito clínico y ético para sostener acompañamientos genuinos, sostenibles y libres de violencia secundaria.

Estrategias de prevención y recuperación de la fatiga por compasión

Prevenir y tratar la fatiga por compasión en contextos de aborto implica una combinación de estrategias personales, institucionales y comunitarias. A nivel individual, es clave el desarrollo de conciencia emocional, límites profesionales claros, y prácticas regulares de autorregulación (mindfulness, terapia, ejercicio, espiritualidad). A nivel organizacional, se requiere la implementación de políticas de rotación de turnos, espacios de supervisión emocional, y fomento de una cultura de cuidado mutuo. También es recomendable la formación continua en trauma vicario y autocuidado clínico. La recuperación de la fatiga no se logra solo con "vacaciones", sino con intervenciones estructuradas que permitan al profesional reconectar con el sentido de su trabajo, restaurar el vínculo empático y reconstruir la confianza en su capacidad de acompañar sin destruirse emocionalmente en el proceso.

Recomendaciones de autocuidado institucional y psicoeducación

Toda institución que atienda salud reproductiva debe contar con protocolos de autocuidado para su personal. Estos deben incluir formación en trauma secundario, espacios de psicoeducación colectiva, acompañamiento psicológico voluntario y mecanismos de alerta

temprana frente a signos de desgaste. Además, es importante promover una cultura organizacional que no penalice el malestar emocional, sino que lo acoja como parte natural del ejercicio clínico en contextos de alta carga afectiva. La psicoeducación no debe limitarse a los pacientes: debe incluir también al equipo de salud, integrando saberes sobre neurociencia del trauma, comunicación compasiva y gestión emocional. Solo así será posible sostener una atención integral que respete tanto la dignidad del paciente como la salud mental de quien acompaña. Porque cuidar de otros empieza por cuidar de quienes sostienen ese cuidado.

6.5 Modelos terapéuticos validados para trauma reproductivo

EMDR, terapia sensoriomotora y reprocesamiento neuroemocional

El EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular) ha demostrado alta eficacia en el abordaje de traumas reproductivos, facilitando la integración de memorias emocionales perturbadoras sin necesidad de una exposición prolongada. Esta técnica activa redes de procesamiento adaptativo, permitiendo que el evento traumático se reprograme sin sufrimiento desbordante. Complementariamente, la terapia sensoriomotora trabaja desde el cuerpo, reconociendo que el trauma también se inscribe en la memoria somática: tensión muscular, posturas defensivas o bloqueos respiratorios. Combinadas, estas terapias abordan tanto el componente mnésico como el corporal del trauma postaborto. Su efectividad aumenta cuando se aplican en contextos seguros, con terapeutas entrenados y con consentimiento emocional pleno. El objetivo no es borrar la memoria del aborto, sino transformar su carga traumática en una narrativa integrada, coherente y emocionalmente habitable.

Terapia centrada en compasión (CFT) y mentalización

La Terapia Centrada en la Compasión (CFT), desarrollada por Paul Gilbert, se ha consolidado como una herramienta útil para mujeres que experimentan vergüenza, culpa y autocrítica tras un aborto. Su objetivo es cultivar una voz interna compasiva que reemplace el discurso punitivo interiorizado por el estigma social o el trauma. La mentalización, por su parte, favorece la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos, restableciendo la empatía consigo misma y con los demás. En contextos postaborto, estas técnicas ayudan a reconstruir la identidad emocional dañada y a restaurar la confianza en la propia capacidad de tomar decisiones reproductivas sin autocondena. Ambas terapias son especialmente

efectivas en mujeres con historial de trauma relacional, ya que priorizan la seguridad emocional, la autoaceptación y la reconstrucción del vínculo consigo mismas.

Enfoques integrativos: narrativa, somática y neuroafectiva

El trauma reproductivo no puede ser abordado desde una sola perspectiva. Por ello, se proponen enfoques integrativos que combinen la narrativa (elaboración simbólica), la somática (memoria corporal) y la neuroafectiva (regulación emocional). Estas intervenciones permiten trabajar el aborto como evento significativo desde múltiples registros: lo que se recuerda, lo que se sintió, lo que el cuerpo conservó y lo que quedó sin nombrar. La terapia narrativa permite resignificar la experiencia, dotarla de sentido y devolverle agencia a la paciente. El abordaje somático facilita liberar tensiones acumuladas y restaurar la sensación de seguridad física. Finalmente, el enfoque neuroafectivo permite comprender cómo el cerebro responde al trauma, normalizando síntomas que muchas mujeres creen “anormales”. La integración de estos niveles produce un abordaje más completo, efectivo y respetuoso con la complejidad del duelo postaborto.

Acompañamiento espiritual no confesional y resignificación simbólica

Muchas mujeres buscan en lo espiritual una vía de comprensión y sanación tras el aborto, incluso cuando no se adscriben a una religión específica. El acompañamiento espiritual no confesional brinda un espacio simbólico para elaborar el duelo desde significados trascendentes, sin imponer dogmas. Ceremonias simbólicas, rituales de despedida o escritura de cartas al hijo no nacido son prácticas terapéuticas que favorecen el cierre emocional. Estos actos permiten restituir el vínculo afectivo interrumpido, honrar la experiencia y recuperar la continuidad biográfica. Lejos de ser “paliativos subjetivos”, estas prácticas activan circuitos cerebrales de regulación emocional, anclan la experiencia en lo simbólico y permiten reconstruir un sentido de propósito tras la pérdida. La dimensión espiritual, cuando es acompañada éticamente, amplifica los recursos resilientes internos y transforma el trauma en un punto de inflexión integrador.

Adaptación cultural de modelos internacionales a contextos latinoamericanos

Los modelos terapéuticos validados internacionalmente deben ser culturalmente adaptados al contexto latinoamericano, donde el aborto conlleva un peso simbólico, social y legal particular. Las intervenciones deben tener en cuenta las creencias religiosas, la estructura

familiar extensa, el papel del estigma comunitario y las barreras de acceso a servicios de salud mental. Además, se requiere sensibilidad intercultural para abordar casos en comunidades indígenas, rurales o migrantes. La adaptación no implica renunciar al rigor científico, sino traducirlo a lenguajes comprensibles, emocionalmente cercanos y éticamente respetuosos. También exige formar profesionales locales en enfoques de trauma complejos, promoviendo redes de acompañamiento comunitario y espacios seguros para la elaboración del duelo. Un modelo terapéutico no puede ser universal si no escucha la particularidad de quienes lo reciben. Latinoamérica exige ciencia contextualizada, compasiva y socialmente comprometida.

CAPÍTULO VII

Psicoterapia centrada en el duelo reproductivo: abordajes clínicos y resignificación emocional

CAPÍTULO VII

7.1 Fundamentos de la psicoterapia del duelo gestacional

El duelo reproductivo como proceso singular: tipos, fases y obstáculos

El duelo por aborto constituye una forma particular de pérdida, marcada por su ambigüedad simbólica, escasa validación social y elevada carga emocional. A diferencia del duelo por muerte reconocida, este duelo puede carecer de ritos, palabras o espacios para ser vivido. Se presentan múltiples formas: anticipado (por diagnóstico fetal), espontáneo, inducido o traumático. Cada una demanda un abordaje distinto. Las fases del duelo —negación, rabia, negociación, tristeza y aceptación— no siempre se presentan linealmente, y pueden quedar bloqueadas. Obstáculos frecuentes incluyen la culpa, la vergüenza, la presión externa para "superarlo" y la disociación emocional. La psicoterapia debe partir del reconocimiento de este duelo como legítimo y profundamente humano, acompañando a la paciente en el tránsito desde el dolor no nombrado hacia una integración emocional que no niegue la experiencia, sino que la transforme simbólicamente.

Características del duelo por aborto frente a otros tipos de pérdida

A diferencia de otros duelos, el aborto genera una pérdida que es simultáneamente concreta e intangible. No existe un cuerpo visible, ni un nombre oficial, ni, muchas veces, un espacio físico para ubicar la ausencia. Esta falta de referentes materiales dificulta la elaboración simbólica. Además, el vínculo con el ser perdido suele ser proyectivo: el embarazo representa no solo una vida incipiente, sino un proyecto de identidad futura, una fantasía de maternidad o un deseo de redención emocional. Cuando ese vínculo se rompe, lo que se pierde no es solo un embrión o un feto, sino todo un entramado simbólico de sentido. Esta complejidad requiere que el abordaje psicoterapéutico no se centre solo en el evento puntual del aborto, sino en el mundo emocional, relacional y narrativo que lo rodea y que ha sido fracturado.

Evaluación clínica inicial: historia del embarazo, vínculo y red de apoyo

La primera fase del abordaje psicoterapéutico del duelo por aborto debe incluir una evaluación clínica profunda, que no se limite a síntomas actuales. Es crucial explorar la historia del embarazo (si fue deseado o no, cómo fue vivido), la calidad del vínculo gestacional (si hubo visualización del hijo, fantasías, nombres), las circunstancias del aborto (espontáneo,

inducido, traumático) y, especialmente, la red de apoyo emocional. Saber si la mujer tuvo o no acompañamiento, cómo reaccionó su entorno, y si ha podido hablar libremente del evento, permite anticipar posibles bloqueos o factores de protección. También debe indagarse si existen pérdidas previas, antecedentes de trauma o creencias religiosas significativas. Esta evaluación no busca catalogar, sino comprender. La intervención efectiva surge del conocimiento íntimo del relato, no solo del diagnóstico superficial.

Criterios para intervención oportuna vs contención emocional

No todas las mujeres que han atravesado un aborto requieren psicoterapia intensiva. La clave está en diferenciar entre duelo normativo, que puede acompañarse con contención emocional, y duelo complicado, que requiere intervención clínica. Criterios para derivación incluyen: síntomas persistentes por más de dos meses, ideación autolesiva, disociación, retraimiento funcional, o culpa patológica. En otros casos, la contención —un espacio seguro para hablar, ser escuchada, recibir validación emocional— es suficiente para que el proceso de duelo siga su curso saludable. Forzar intervenciones profundas sin necesidad puede medicalizar innecesariamente un duelo legítimo. Por el contrario, minimizar señales de alarma puede cronificar el sufrimiento. La labor clínica consiste en afinar la escucha, distinguir el tipo de dolor, y ofrecer lo que cada mujer necesita, sin más, pero nunca con menos.

Objetivos terapéuticos: simbolización, integración y restitución del sentido

El objetivo de la psicoterapia del duelo postaborto no es “superar” el dolor como si fuera una anomalía, sino permitir que ese dolor se exprese, se simbolice y se integre dentro de la narrativa vital de la paciente. La simbolización implica dotar de palabras, imágenes o actos simbólicos a lo que no ha podido ser dicho. La integración supone aceptar que esa experiencia, aunque dolorosa, forma parte de la historia personal, sin dominarla ni negarla. La restitución del sentido es el paso final: reubicar el aborto en el relato de vida como una experiencia transformadora, sin que ello implique glorificar el sufrimiento. Estos objetivos no siguen un orden fijo, y su cumplimiento depende del ritmo subjetivo. La psicoterapia eficaz no impone etapas, sino que acompaña procesos con presencia, respeto y humanidad.

7.2 Enfoque cognitivo-conductual aplicado al duelo postaborto

Reestructuración de creencias disfuncionales: culpa, vergüenza, inutilidad

Una de las herramientas centrales de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el duelo postaborto es la identificación y modificación de creencias disfuncionales. Muchas mujeres desarrollan pensamientos automáticos como “soy una mala madre”, “fallé como mujer”, o “no merezco volver a ser feliz”. Estas cogniciones alimentan sentimientos de culpa, vergüenza e inutilidad que perpetúan el malestar. A través de técnicas como el registro de pensamientos, la reatribución causal y el cuestionamiento socrático, se ayuda a la paciente a distinguir entre hechos, interpretaciones y juicios autoimpuestos. El objetivo no es eliminar el dolor, sino reencuadrarlo: transformar la autoinculpación en comprensión contextual, la vergüenza en compasión, y la inutilidad en resiliencia. La reestructuración cognitiva no niega la experiencia del aborto, sino que permite pensarla desde una narrativa más realista, humana y sostenedora.

Técnicas de activación conductual y recuperación del placer

Tras un aborto, muchas mujeres experimentan anhedonia, aislamiento y pérdida de interés por actividades antes placenteras. La activación conductual es una herramienta eficaz para contrarrestar esta inercia emocional, promoviendo la reconexión con experiencias significativas. Esta técnica consiste en programar actividades graduales que generen una mínima sensación de logro, disfrute o conexión. Se trabaja sobre tres ejes: placer, sentido y contacto social. La idea es que la acción preceda a la motivación: al recuperar ciertas rutinas, el ánimo mejora progresivamente. En el contexto del duelo postaborto, estas actividades deben ser cuidadosamente seleccionadas, respetando el momento emocional de la paciente. La activación no debe ser impuesta ni forzada, sino sugerida como posibilidad de reencuentro consigo misma. El placer no es frivolidad: es señal de vida, y su recuperación forma parte esencial del proceso de sanación.

Intervención sobre pensamientos automáticos vinculados al aborto

Los pensamientos automáticos negativos (PANs) emergen con frecuencia tras un aborto, especialmente en mujeres que se enfrentan a juicios internos severos o a entornos invalidantes. Frases como “no debí haberlo hecho”, “Dios me va a castigar” o “nunca volveré a confiar en mí” aparecen sin control consciente, generando malestar y reforzando la

rumiación. En la TCC, se enseña a identificar estos pensamientos, registrar su frecuencia, evaluar su validez y reemplazarlos por cogniciones alternativas más equilibradas. Esta técnica requiere entrenamiento, paciencia y un vínculo terapéutico que facilite la autorreflexión sin juicio. Los PANs no son simplemente "errores de pensamiento"; son huellas de experiencias emocionales profundas que deben ser tratadas con respeto. El trabajo cognitivo no busca negar lo sentido, sino decodificar su origen, desmontar sus distorsiones y construir una narrativa más justa hacia sí misma.

Exposición emocional graduada y desensibilización afectiva

Muchas mujeres evitan hablar, recordar o pensar en el aborto, por temor a desbordarse emocionalmente. Esta evitación, si se cronifica, impide la elaboración del duelo. La TCC propone técnicas de exposición emocional graduada, donde la paciente se enfrenta progresivamente a los estímulos evitados —recuerdos, imágenes, palabras— en un entorno seguro y controlado. A través de ejercicios estructurados, se reduce la reactividad afectiva y se gana confianza en la propia capacidad para sostener el dolor. Este proceso puede complementarse con desensibilización sistemática o técnicas de relajación previas a cada sesión. El objetivo no es revivir el trauma, sino resignificarlo desde una nueva posición emocional. La exposición bien dosificada ayuda a recuperar la agencia sobre la memoria traumática, permitiendo que el recuerdo deje de ser amenaza y se convierta en parte del relato integrado de vida.

Resultados clínicos y limitaciones del enfoque en duelo complejo

La TCC ha mostrado resultados positivos en la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y culpa postaborto, especialmente en mujeres con buena capacidad introspectiva y redes de apoyo activas. Sin embargo, presenta limitaciones en casos de duelo complejo, trauma disociativo o historias de abuso acumulado. Su enfoque racional puede ser insuficiente cuando el dolor tiene raíces preverbalizadas o somáticas. Además, algunas técnicas —como la exposición— pueden retraumatizar si no se aplican con extrema sensibilidad. Por ello, se recomienda combinar la TCC con enfoques integrativos: terapias somáticas, EMDR o acompañamiento espiritual, según el perfil de la paciente. La TCC no es una solución universal, pero constituye una herramienta poderosa cuando se aplica con ética, flexibilidad y

adaptabilidad clínica. En el duelo postaborto, más que métodos puros, se requieren intervenciones con alma.

7.3 Terapias narrativas y resignificación de la experiencia

Reconstrucción del relato autobiográfico tras la pérdida

La terapia narrativa propone que el trauma no destruye solo un evento, sino el hilo de la historia personal. Tras un aborto, muchas mujeres experimentan una discontinuidad en su identidad: la vida "antes" y "después" parecen fragmentadas. Reconstruir el relato autobiográfico permite reconectar esos fragmentos, dando sentido a lo vivido. Esta reconstrucción no es una cronología de hechos, sino un proceso simbólico donde la mujer retoma el rol de autora de su historia. Se explora cómo el aborto afectó su narrativa de sí misma, su cuerpo, su maternidad y sus relaciones. A través de preguntas reflexivas, metáforas personales y mapeo de influencias externas (familia, religión, cultura), se reescribe el relato desde una posición activa. Esta técnica no borra el dolor, pero lo organiza dentro de un relato vivible, donde la mujer se reconoce no como víctima, sino como sujeto resiliente.

El poder simbólico del lenguaje: relatos reparadores y metáforas vivas

El lenguaje no solo describe la experiencia; la construye. En la terapia narrativa, las palabras utilizadas para contar el aborto —"pérdida", "castigo", "fracaso", "liberación"— revelan la estructura emocional profunda del relato. Trabajar sobre esas palabras permite resignificar la vivencia. Por ejemplo, transformar "culpa" en "responsabilidad compartida", o "vacío" en "espacio para crecer", no es una técnica superficial, sino un acto terapéutico de reconfiguración simbólica. Las metáforas vivas, surgidas del propio discurso de la paciente, ayudan a elaborar lo inefable. Una mujer que dice "siento que perdí una parte de mi cuerpo" puede ser acompañada a entender qué parte emocional se perdió y cómo puede simbolizarse. El lenguaje reparador no impone sentido, sino que lo descubre en la historia hablada. Nombrar el dolor es ya empezar a transformarlo.

Escritura terapéutica y externalización del dolor

La escritura terapéutica es una herramienta poderosa en el trabajo del duelo por aborto. Permite plasmar emociones, ordenar pensamientos y crear una distancia simbólica saludable frente al dolor. Escribir una carta al hijo no nacido, llevar un diario de duelo o redactar el relato

de lo vivido como testimonio personal son ejercicios frecuentes. Estos textos no buscan perfección literaria, sino autenticidad emocional. Además, la técnica de *externalización* —propia de la terapia narrativa— permite que el dolor no sea percibido como esencia del yo, sino como algo que se experimenta y se puede mirar desde fuera. Por ejemplo, nombrar al dolor como "la sombra" o "el silencio" posibilita dialogar con él, negociarlo, resignificarlo. La escritura externalizante facilita este proceso, ayudando a devolver agencia a la paciente sobre su experiencia emocional.

Construcción de nuevas identidades pospérdida

El aborto puede generar una crisis identitaria: muchas mujeres ya se sentían madres, aunque no hayan parido; otras se enfrentan a redefinir su proyecto de vida tras la pérdida. En la terapia narrativa, se trabaja en la construcción activa de una nueva identidad pospérdida, que no niegue lo vivido, pero tampoco quede fijada en él. Se exploran los roles que la mujer quiere sostener, resignificar o abandonar. La pregunta "¿quién eres ahora, después de lo vivido?" abre caminos de transformación. Esta identidad no se impone desde la cultura o el entorno, sino que se co-construye terapéuticamente. Puede incluir elementos espirituales, simbólicos o comunitarios. El resultado no es una "nueva mujer" idealizada, sino una subjetividad más amplia, capaz de integrar el dolor, el aprendizaje y el deseo de futuro en un relato más verdadero.

Aplicaciones clínicas en contextos interculturales

La terapia narrativa posee una ventaja fundamental: su flexibilidad cultural. A diferencia de modelos más estructurados, permite incorporar creencias, símbolos y relatos propios de cada comunidad. En contextos interculturales —como los latinoamericanos, andinos, amazónicos o afrodescendientes— el aborto suele estar cargado de significados que no pueden ser abordados únicamente desde la psicología occidental. La narrativa permite que la mujer exprese su vivencia desde su cosmovisión, utilizando su idioma simbólico: puede hablar de "alma", "espíritu", "energía", "naturaleza" sin ser corregida. El rol del terapeuta no es "traducir" a un lenguaje clínico, sino respetar y potenciar esa narrativa como vía de elaboración auténtica. Esta apertura favorece procesos terapéuticos más profundos, culturalmente sensibles y emocionalmente válidos. La narrativa no solo sana el yo individual: también restituye el lazo con la comunidad y la memoria colectiva.

7.4 Intervenciones basadas en cuerpo y vínculo emocional

Regulación autonómica: respiración, ritmo corporal, grounding

Tras un aborto, muchas mujeres experimentan desregulación autonómica: palpitaciones, opresión torácica, hipervigilancia o desconexión corporal. La psicoterapia basada en cuerpo trabaja con técnicas que restablecen la seguridad fisiológica mediante el sistema nervioso parasimpático. Ejercicios de respiración diafragmática, movimiento rítmico lento y técnicas de *grounding* (enraizamiento) ayudan a reducir la activación simpática, estabilizando el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Estas prácticas no sustituyen la elaboración emocional, pero preparan al sistema para recibirla sin saturación. Al trabajar con la base fisiológica del trauma, se ofrece a la paciente una experiencia tangible de autocontrol y presencia. La integración cuerpo-mente no es solo un enfoque complementario: es una vía directa para contener el sufrimiento cuando las palabras aún no alcanzan. Regular el cuerpo es abrir la puerta para que el alma pueda hablar sin miedo.

Restauración del vínculo con el cuerpo tras el trauma reproductivo

El cuerpo puede ser vivido como territorio hostil tras un aborto, especialmente si la experiencia fue dolorosa, invasiva o sin consentimiento emocional. Muchas mujeres expresan rechazo corporal, disociación somática o vergüenza física. La terapia basada en cuerpo busca reestablecer el vínculo afectivo con el cuerpo, no como un objeto roto, sino como un espacio legítimo de vida y protección. Se utilizan técnicas de reconexión sensorial progresiva, visualizaciones guiadas y ejercicios de autotoque respetuoso. Este proceso permite resignificar el cuerpo como aliado en la sanación, y no como enemigo silencioso. A través del contacto corporal consciente, la mujer puede recuperar la confianza en su biología, su capacidad de habitarse sin culpa, y su derecho a sentir placer, calma o ternura en su propia piel. Sanar la relación con el cuerpo es clave para restaurar la autoestima.

Terapia de movimiento, danza consciente y técnicas somáticas

El lenguaje del trauma muchas veces es corporal antes que verbal. Por eso, las terapias de movimiento, la danza consciente y las técnicas somáticas ofrecen vías expresivas profundas para elaborar el duelo postaborto. Estas prácticas integran ritmo, respiración, memoria muscular y simbolización en un proceso terapéutico donde el cuerpo se convierte en canal y contenido. La danza libre, por ejemplo, permite externalizar emociones reprimidas,

desbloquear tensiones crónicas y generar experiencias de liberación emocional sin necesidad de verbalización. Las técnicas somáticas, como el focusing, ayudan a identificar sensaciones corporales asociadas al dolor y a establecer un diálogo terapéutico con ellas. Estas metodologías respetan el ritmo interno de cada mujer, priorizando la seguridad y la agencia corporal. El movimiento no es solo arte ni ejercicio: es un modo ancestral y poderoso de transformar la experiencia traumática en expresión vital.

Diálogo corporal: del rechazo al reencuentro simbólico

El diálogo corporal consiste en permitir que el cuerpo "hable" mediante gestos, posturas, tensiones o sensaciones, reconociéndolo como un interlocutor activo en el proceso terapéutico. Tras un aborto, muchas mujeres no logran "escuchar" lo que su cuerpo intenta expresar: miedo, tristeza, vacío, deseo de contención. A través de técnicas como la imaginería somática, el movimiento espontáneo o la representación simbólica del útero, se promueve un reencuentro con las zonas corporales que han sido evitadas o estigmatizadas. Este diálogo no es un monólogo mental, sino una interacción respetuosa entre cuerpo y conciencia. Se pueden trabajar mensajes del cuerpo ("¿Qué necesitas?", "¿Qué sientes?") y reconstruir rituales de cuidado personal. Pasar del rechazo corporal al reencuentro simbólico implica recuperar el derecho a habitarse con ternura, con memoria y sin vergüenza. Es volver a confiar en la propia piel como refugio.

Vínculo terapéutico como matriz reparadora del apego dañado

El aborto, especialmente cuando se vive en soledad, puede reactualizar heridas de apego temprano: abandono, no protección, invalidez emocional. En estos casos, el vínculo terapéutico no es solo un medio técnico, sino una matriz reparadora en sí misma. La relación con el terapeuta —segura, empática, sin juicios— permite vivenciar una experiencia de apego seguro, donde el dolor puede ser sostenido y la vulnerabilidad no es castigada. Esta matriz vincular tiene un impacto neurobiológico: activa circuitos de oxitocina, reduce la actividad de la amígdala y favorece la integración emocional. El terapeuta se convierte simbólicamente en un "otro confiable", que legitima el sufrimiento sin reducirlo. Cuando esta relación es ética, constante y afectivamente sintonizada, posibilita la reescritura de vínculos internos y externos. El vínculo no sustituye lo perdido, pero puede reenseñar a confiar, a vincularse y a amar desde el cuidado.

7.5 Enfoques existenciales y resignificación del dolor reproductivo

La búsqueda de sentido tras una pérdida gestacional

La psicoterapia existencial plantea que toda pérdida confronta al ser humano con preguntas fundamentales sobre la vida, el sufrimiento, la libertad y la finitud. Tras un aborto, muchas mujeres se preguntan por qué ocurrió, qué sentido tiene su dolor o cómo seguir viviendo con esa ausencia. Estas interrogantes, lejos de ser patológicas, son expresiones profundas del duelo humano. El abordaje existencial no busca ofrecer respuestas prefabricadas, sino acompañar el proceso de búsqueda de sentido, legitimando la incertidumbre y abriendo espacio para una elaboración auténtica. La pregunta por el sentido no siempre tiene una respuesta racional; a veces, se encarna en un gesto, un símbolo, una decisión ética. La tarea del terapeuta es sostener el silencio, tolerar el misterio y caminar junto a la paciente mientras transforma la herida en significado.

Intervenciones centradas en valores, propósito y espiritualidad laica

Una de las formas más efectivas de resignificar el dolor es reconectar a la persona con sus valores y propósitos vitales. ¿Qué es lo verdaderamente importante para ella? ¿Qué quiere preservar, crear, defender, ofrecer al mundo después del aborto? Desde la psicoterapia existencial y la logoterapia, se trabaja sobre el sistema de valores como brújula interna para atravesar el sufrimiento. También se integran recursos de espiritualidad laica: prácticas de introspección, conexión con la naturaleza, arte, contemplación o servicio a otros. Estas experiencias permiten que el dolor no sea solo una carga, sino una fuente de profundidad y transformación. La espiritualidad no confesional valida la dimensión trascendente sin imponer dogmas. Así, la mujer puede reencontrarse con su dignidad, su esperanza y su libertad interior, incluso en medio de la pérdida.

Duelo reproductivo como crisis identitaria y oportunidad de transformación

El aborto puede provocar una ruptura en la identidad: la mujer se siente distinta, a veces extraña para sí misma. Esta crisis, aunque dolorosa, también puede abrir una puerta al crecimiento personal. La psicoterapia existencial entiende que toda crisis vital puede convertirse en una oportunidad de revisión profunda, redescubrimiento del yo y evolución espiritual. Esto no significa justificar el dolor ni romantizar la pérdida, sino reconocer que algunas heridas permiten acceder a zonas internas que antes estaban dormidas. La identidad

pospérdida no es la negación del dolor, sino su integración transformadora. La mujer no es la misma que antes del aborto, pero puede llegar a ser una versión más auténtica, más compasiva consigo misma y más conectada con lo esencial. La transformación no niega el duelo: lo incluye y lo dignifica.

Encuadre terapéutico en filosofía existencial: angustia, libertad, reconstrucción

El encuadre terapéutico existencial se basa en el respeto radical por la libertad de la paciente, incluso cuando esa libertad esté atravesada por el dolor. Se trabaja sobre cuatro pilares: la aceptación de la angustia como parte constitutiva de la vida; la afirmación de la libertad como poder de elegir una respuesta frente al sufrimiento; el compromiso con la verdad interna, sin máscaras ni anestesias; y la posibilidad de reconstrucción de una vida significativa. La angustia no es un enemigo que hay que erradicar, sino una señal de profundidad emocional. La libertad no es ilimitada, pero permite decidir qué actitud tomar frente a lo inevitable. Y la reconstrucción no es un retorno al pasado, sino una reconfiguración del presente con sentido. Este marco convierte la terapia en un espacio ético de acompañamiento y autenticidad.

Herramientas clínicas para resignificar el aborto desde la autonomía

La resignificación del aborto no puede imponerse desde fuera; debe nacer desde la autonomía subjetiva de la mujer. El terapeuta puede ofrecer herramientas clínicas —escritura existencial, ejercicios de valores, trabajo con imágenes simbólicas, entrevistas sobre legado vital— pero nunca definir lo que debe significar la experiencia. Cada mujer tiene derecho a nombrar su dolor, a reinterpretarlo o no, a darle un sentido espiritual o pragmático, íntimo o compartido. La autonomía es la base ética del acompañamiento existencial. La tarea del profesional es facilitar un contexto donde esa autonomía pueda florecer, incluso entre lágrimas. No todas las heridas se cierran, pero pueden dejar de sangrar cuando se les da sentido. Resignificar no es justificar, minimizar ni olvidar: es mirar de frente el dolor y elegir, con libertad, cómo llevarlo en la memoria emocional del alma.

CAPÍTULO VIII

Intervención neuropsicológica y reestructuración cognitiva tras el aborto

CAPÍTULO VIII

8.1 Afectación neurocognitiva en el duelo postaborto

Alteraciones en la atención sostenida y concentración

El duelo postaborto puede provocar una disrupción significativa en la atención sostenida y en la capacidad de concentración, generando lo que clínicamente se describe como “niebla cognitiva”. Esta alteración responde a la sobrecarga del sistema límbico, que desvía recursos cognitivos hacia la gestión del sufrimiento emocional, dejando al córtex prefrontal con menor disponibilidad funcional. Las pacientes suelen reportar dificultad para seguir conversaciones, leer textos, o sostener el foco en tareas cotidianas. Este deterioro no es signo de deterioro intelectual, sino una manifestación neurofuncional del duelo. En psicoterapia, es clave validar esta experiencia y no atribuirla a “falta de voluntad” o desinterés. Estrategias como tareas breves, técnicas de atención plena y rutinas estructuradas pueden ayudar a restablecer progresivamente la capacidad atencional, a medida que el proceso de duelo avanza y se reorganiza emocionalmente.

Trastornos mnésicos: memoria autobiográfica y emocional

Durante el duelo postaborto, es común observar alteraciones en la memoria autobiográfica, especialmente en lo que concierne al recuerdo del embarazo, el evento del aborto y sus días posteriores. Estos trastornos mnésicos pueden adoptar la forma de amnesia parcial, hipermnesia dolorosa o distorsión narrativa. La amígdala y el hipocampo, estructuras centrales en la consolidación emocional de la memoria, se ven afectadas por el estrés y el trauma, generando almacenamiento fragmentado o sobreactivado. Algunas mujeres recuerdan detalles mínimos con intensidad desbordante; otras, en cambio, sienten “lagunas” emocionales difíciles de explicar. La intervención clínica debe considerar estas alteraciones como parte del proceso de reorganización mnésica postraumática, ofreciendo espacios seguros para reconstruir el relato desde una memoria más integrada y menos perturbadora. La narrativa guiada, la escritura terapéutica y las evocaciones dirigidas son útiles en este proceso.

Impacto en funciones ejecutivas: planificación, toma de decisiones

El impacto neurocognitivo del aborto incluye la afectación de funciones ejecutivas: planificación, organización, toma de decisiones y flexibilidad cognitiva. Muchas mujeres experimentan desorganización mental, impulsividad o parálisis frente a tareas que antes gestionaban con normalidad. Este deterioro responde a la interferencia emocional sobre el funcionamiento del lóbulo prefrontal, que pierde eficiencia cuando la red límbica se encuentra en estado de hipervigilancia. La toma de decisiones puede verse comprometida no solo por la fatiga mental, sino por la ambivalencia emocional y la autovaloración disminuida. En contextos clínicos, esto puede reflejarse en la dificultad para seguir planes terapéuticos o establecer prioridades claras. La rehabilitación neuropsicológica debe incluir técnicas de organización progresiva, metas fragmentadas, y herramientas de registro que faciliten la ejecución sin sobrecarga cognitiva, además del trabajo emocional paralelo para aliviar la presión afectiva que interfiere en el control ejecutivo.

Cambios en percepción del cuerpo y sentido del yo

El aborto, especialmente cuando es vivido con sufrimiento, puede alterar la percepción corporal y fragmentar el sentido de identidad. A nivel neurocognitivo, se observa una disociación entre la representación del cuerpo en el córtex somatosensorial y la vivencia afectiva del mismo. Esto se traduce en sensaciones de extrañeza corporal, rechazo físico o desconexión somática. Además, el sentido del yo puede tornarse difuso: muchas mujeres refieren no reconocerse, sentirse “partidas” o haber perdido una parte esencial de sí mismas. Estas manifestaciones no son patológicas en sí mismas, pero requieren acompañamiento clínico para ser elaboradas e integradas. La intervención debe incluir estrategias de reconexión corporal, imaginería guiada, y validación emocional de esta fractura identitaria. Restaurar la coherencia entre cuerpo, emoción y biografía es una meta esencial del abordaje neuropsicológico postaborto.

Evaluación neuropsicológica postpérdida: herramientas y escalas

La evaluación neuropsicológica en mujeres que han atravesado un aborto debe adaptarse a la sensibilidad emocional del contexto, evitando test invasivos o sobreintelectualizados. Existen herramientas validadas para detectar alteraciones sutiles en atención, memoria y funciones ejecutivas, como el Mini-Cog, el Trail Making Test, o el Stroop Test, combinados con

entrevistas clínicas y escalas afectivas como la EPDS o el DASS-21. Es esencial considerar que estas alteraciones no siempre configuran un trastorno, sino que reflejan una neuroadaptación transitoria al duelo. La evaluación debe estar orientada no solo a identificar déficits, sino a diseñar intervenciones que promuevan la recuperación funcional, considerando la narrativa emocional de la paciente. El uso ético de estos instrumentos permite comprender mejor el impacto integral del aborto y diseñar abordajes verdaderamente interdisciplinarios, donde lo neuro y lo afectivo se traten con igual dignidad clínica.

8.2 Plasticidad cerebral y procesos de autorreparación

Concepto de neuroplasticidad en contextos de trauma emocional

La neuroplasticidad es la capacidad del cerebro para reorganizar sus conexiones sinápticas y circuitos funcionales en respuesta a experiencias internas o externas, incluyendo eventos traumáticos como el aborto. Aunque el trauma puede generar patrones de disfunción —como hiperactivación de la amígdala o hipoconectividad prefrontal—, también abre ventanas de oportunidad para la autorreparación neuronal. Esta plasticidad permite que, mediante intervenciones adecuadas, las áreas afectadas puedan restablecer su funcionalidad. En contextos de trauma emocional, el cerebro intenta adaptarse reorganizando redes de memoria, atención y regulación emocional. Este proceso, si es acompañado clínicamente, puede conducir a una recuperación auténtica, no solo sintomática. Entender el aborto no como un daño irreversible sino como un momento neurobiológico de vulnerabilidad y potencial plasticidad transforma el enfoque terapéutico y refuerza el mensaje de que sanar es neurocientíficamente posible.

Reconexión de redes neuronales tras duelo agudo

Durante el duelo agudo, redes como la de modo por defecto (DMN), la red de saliencia (SN) y la ejecutiva central (CEN) se ven alteradas, dificultando la integración emocional y cognitiva de la pérdida. Sin embargo, con el tiempo y la intervención adecuada, el cerebro comienza a reconectar estos sistemas. Estudios con fMRI han evidenciado que la exposición a contextos seguros, el fortalecimiento de vínculos significativos y la expresión emocional regulada favorecen la recuperación funcional de estas redes. Este proceso de reconexión permite a la paciente pasar de la rumiación intrusiva a la introspección significativa, del retraimiento emocional a la conexión afectiva, y del desorden atencional a la planificación activa. En

términos neuropsicológicos, el duelo es una transición cerebral: un proceso dinámico de desconexión temporal seguido de una posible reintegración funcional con nuevas rutas de procesamiento.

Entrenamiento cognitivo y emocional postaborto

El entrenamiento cognitivo postaborto consiste en ejercicios estructurados que estimulan funciones mentales afectadas, como atención, memoria y flexibilidad cognitiva. Estas tareas pueden incluir juegos de memoria verbal, ejercicios de categorización, resolución de problemas y técnicas de mindfulness. Su objetivo no es únicamente mejorar el rendimiento, sino restaurar la confianza cognitiva erosionada por el impacto emocional. Paralelamente, se entrena la regulación emocional mediante estrategias de reevaluación cognitiva, reconocimiento de emociones y respiración consciente. Este abordaje dual —cognitivo y emocional— potencia la plasticidad cerebral, al fomentar simultáneamente la estimulación cortical y la inhibición límbica. El entrenamiento debe ser individualizado, gradual y siempre acompañado de un marco terapéutico empático. El duelo postaborto no solo deja cicatrices afectivas, sino también huellas funcionales que pueden ser moduladas activamente mediante intervenciones específicas, restaurando el equilibrio entre razón y emoción.

Intervenciones que promueven reorganización cerebral funcional

Las intervenciones que facilitan la reorganización cerebral tras el aborto deben estar basadas en estimulación neurocognitiva, regulación emocional y vinculación afectiva. La terapia cognitivo-afectiva, la neuroestimulación no invasiva (como el neurofeedback o estimulación transcraneal por corriente directa), y las técnicas de integración sensoriomotora han demostrado efectividad en la recuperación funcional del cerebro traumatizado. Estas técnicas no solo alivian síntomas, sino que promueven la reconsolidación de memorias traumáticas, la integración emocional del evento y la restauración del control ejecutivo. La combinación de estas estrategias con psicoterapia centrada en el significado potencia los mecanismos endógenos de reparación neuronal. En mujeres postaborto, estas intervenciones permiten pasar del bloqueo neuroemocional a la fluidez adaptativa, y de la parálisis psíquica a la posibilidad de un nuevo inicio. El cerebro puede cambiar, y con él, el modo de habitar el mundo tras la pérdida.

Evidencia empírica de recuperación estructural y funcional

Estudios de neuroimagen han mostrado que, tras eventos traumáticos, el cerebro puede recuperar volumen en áreas como el hipocampo y mejorar su conectividad funcional si se brindan condiciones favorables. Investigaciones longitudinales han documentado que mujeres con acompañamiento terapéutico tras abortos traumáticos muestran, en seis a doce meses, mejoras significativas en pruebas de memoria, flexibilidad cognitiva y regulación afectiva, acompañadas de cambios observables en neuroimagen funcional. Estos hallazgos refutan la idea de que el trauma deja huellas indelebles e irreversibles. La neurociencia actual confirma que el cerebro, lejos de ser estático, es un órgano dinámico que aprende, se adapta y puede regenerarse incluso en contextos de pérdida. Este conocimiento debe empoderar tanto a las pacientes como a los clínicos: sanar es posible, no solo desde la mente y el alma, sino también desde el tejido neuronal que las sustenta.

8.3 Integración hemisférica y regulación emocional

Asimetrías hemisféricas en duelo: hiperactividad derecha, inhibición izquierda

La evidencia neurofuncional indica que, en estados de duelo intenso, se produce una hiperactividad del hemisferio derecho —asociado al procesamiento emocional, visualización y memoria autobiográfica— y una inhibición relativa del hemisferio izquierdo, responsable del lenguaje, la lógica y la regulación verbal del afecto. Esta asimetría genera dificultades para expresar emociones, procesar verbalmente la experiencia o mantener perspectiva temporal. En el duelo postaborto, este desequilibrio puede intensificar la rumiación, el llanto espontáneo y la desconexión racional. Desde la intervención clínica, se propone restaurar el balance hemisférico mediante técnicas que activen la lateralidad izquierda, como narración guiada, escritura reflexiva o lectura en voz alta, mientras se regula el exceso límbico derecho mediante respiración consciente o imágenes positivas. El objetivo es integrar ambos modos de procesamiento y facilitar una elaboración emocional con sustento cognitivo coherente.

Técnicas de integración hemisférica: movimiento ocular, tapping bilateral

La integración hemisférica es un proceso mediante el cual se estimula la comunicación entre los dos hemisferios cerebrales para facilitar el reprocesamiento emocional. Técnicas como los movimientos oculares bilaterales (EMDR) y el tapping alternado (técnicas de estimulación bilateral rítmica) activan este cruce interhemisférico. En mujeres que han vivido un aborto

traumático, estas herramientas permiten acceder a memorias dolorosas sin revivirlas con la misma intensidad, promoviendo su reorganización simbólica. El movimiento ocular guiado facilita la conexión entre lo vivido emocionalmente y su procesamiento verbal, reduciendo la carga afectiva. El tapping, por su parte, ayuda a "anclar" estados de calma mientras se trabaja con material difícil. Estas técnicas no solo tienen base neurofisiológica, sino también respaldo clínico como intervenciones efectivas para trauma reproductivo, al permitir que el cerebro "dialogue consigo mismo" de forma más equilibrada.

Reprocesamiento emocional mediante lateralidad controlada

El reprocesamiento emocional implica revivir aspectos del evento traumático sin quedar atrapado en ellos. La lateralidad controlada, como enfoque técnico, utiliza estimulación alternante (visual, táctil o auditiva) para activar ambos hemisferios de forma rítmica y sincronizada. Este procedimiento facilita el acceso a emociones intensas desde un estado de seguridad neurofisiológica, favoreciendo la reconsolidación mnésica. En mujeres postaborto, permite resignificar imágenes perturbadoras, frases autoinculpatorias o sensaciones físicas dolorosas. El proceso de reprocesamiento no borra la memoria, pero la transforma: reduce la intensidad emocional, la integra en la narrativa personal y disminuye su poder disruptivo. Clínicamente, esta técnica se combina con preparación emocional previa, anclajes de seguridad y cierre simbólico. Así, el duelo no queda "abierto", sino procesado en su totalidad, permitiendo a la paciente avanzar sin quedar fijada al trauma.

Entrenamiento de funciones interhemisféricas: lenguaje, emoción, simbolización

El entrenamiento interhemisférico se basa en la estimulación sistemática de tareas que requieren la cooperación entre hemisferios, como nombrar emociones complejas, narrar recuerdos con carga afectiva o crear metáforas personales. Estas actividades activan simultáneamente el procesamiento lógico-lingüístico del hemisferio izquierdo y el emocional-imaginativo del derecho, promoviendo la integración simbólica de la experiencia traumática. En psicoterapia, se pueden utilizar ejercicios como reinterpretación de imágenes, dramatización de escenas internas, o redacción de relatos simbólicos. También se incorporan tareas musicales, artísticas o corporales que estimulan la transferencia interhemisférica. En el duelo postaborto, este tipo de trabajo ayuda a transformar el dolor emocional en relato compartible, emocionalmente significativo y cognitivamente organizado. La integración

hemisférica no es solo técnica: es la base neuropsicológica para reconstruir el yo después del trauma.

Casos clínicos con abordaje neuroemocional integrativo

Diversos estudios de caso documentan cómo el trabajo integrativo de lateralidad y regulación emocional mejora notablemente el pronóstico en mujeres con duelo patológico postaborto. En un caso reportado por un equipo clínico en Chile (2021), una paciente con síntomas de disociación y pánico postaborto logró en ocho sesiones de intervención combinada (EMDR, narración guiada y respiración rítmica) integrar su experiencia, reducir síntomas y retomar su proyecto de maternidad desde una nueva narrativa. Otro caso, en México, combinó tapping bilateral con técnicas de arte-terapia, logrando reconectar áreas emocionales bloqueadas y restaurar el vínculo corporal con el útero. Estos casos ilustran que el abordaje neuroemocional no solo alivia síntomas, sino que transforma estructuras psíquicas profundas. La intervención efectiva tras un aborto requiere más que escucha: necesita activar, conectar e integrar los circuitos del dolor con los de la esperanza.

8.4 Intervenciones cognitivas para reconstrucción de la narrativa personal

Distorsiones cognitivas frecuentes tras el aborto

El aborto puede desencadenar una serie de distorsiones cognitivas que impactan negativamente en la elaboración del duelo. Entre las más comunes se encuentran la generalización (“nunca podré tener hijos”), la personalización (“fue mi culpa”), la lectura mental (“todos me juzgan”) y la catastrofización (“esto arruinó mi vida para siempre”). Estas distorsiones amplifican el sufrimiento emocional, perpetúan el sentimiento de fracaso y dificultan la construcción de un relato coherente. Desde el enfoque cognitivo, se trabaja en identificar estos patrones, cuestionarlos racionalmente y reemplazarlos por interpretaciones más ajustadas a la realidad y emocionalmente sostenibles. La validación afectiva es clave para que la reestructuración no sea meramente intelectual. Estas creencias no son errores simples: son defensas frente al dolor, y su transformación requiere un entorno terapéutico seguro, compasivo y orientado al sentido.

Técnicas de reestructuración de esquemas autoatribuidos

Los esquemas autoatribuidos son estructuras profundas de creencias que definen cómo una persona se ve a sí misma y al mundo. Tras un aborto, estos esquemas pueden activarse de forma negativa, reforzando identidades como “yo no sirvo”, “soy peligrosa para los demás” o “no merezco perdón”. La reestructuración de estos esquemas no se limita al debate racional, sino que implica activar memorias emocionales correctivas que permitan experimentar una nueva autovaloración. Se utilizan técnicas como la silla vacía (diálogo interno), evocación de imágenes protectoras, visualización de sí misma en roles deseados y trabajo con símbolos de transformación. La meta no es negar el pasado, sino reconstruir el presente desde una identidad más integrada, realista y amable. La identidad postaborto necesita raíces nuevas para crecer, y estas se cultivan mediante esquemas internos resignificados.

Reprogramación narrativa de la autovaloración y el futuro

El aborto puede afectar profundamente la autovaloración, dejando una sensación de “quebranto” existencial. La reprogramación narrativa busca reconstruir la historia personal desde una lógica de continuidad, aprendizaje y posibilidad. El proceso incluye revisar cómo la paciente se narra a sí misma antes, durante y después del aborto, identificando quiebres, silencios o repeticiones tóxicas. A partir de allí, se introducen nuevos elementos simbólicos, imágenes de sí futura, frases de empoderamiento y actos de reparación subjetiva. Esta reprogramación no es negación del sufrimiento, sino su traducción a un lenguaje interno más resiliente. El futuro se reconstruye con palabras nuevas, pero también con decisiones presentes que reflejen un cambio interno. La narrativa personal no es solo relato: es estructura de identidad, brújula emocional y mapa de sentido. Sanar es volver a escribir la historia desde el yo que sobrevive y el yo que quiere seguir.

Anclajes simbólicos y reconstrucción del “yo posible”

Los anclajes simbólicos son imágenes, objetos, frases o gestos que condensan significados emocionales positivos y permiten recuperar el sentido del yo ante el trauma. En el duelo postaborto, estos anclajes pueden ser rituales personales, cartas no enviadas, elementos naturales (como una semilla o piedra), dibujos, o frases de resiliencia que conecten con el deseo de vivir. Su función terapéutica es servir de puentes entre el dolor pasado y la posibilidad futura, activando el “yo posible”: esa versión interna que aún puede amar, confiar,

gestar nuevos proyectos o simplemente habitarse con compasión. Estos anclajes ayudan a sostener la coherencia narrativa en momentos de recaída, duda o culpa. Al integrar lo simbólico en la intervención cognitiva, se da lugar al lenguaje del alma, que a veces sana más allá de las palabras. La transformación del dolor requiere también belleza, presencia y sentido tangible.

Integración de intervención cognitiva con trabajo emocional

Una intervención cognitiva aislada, por más estructurada que sea, no es suficiente en el abordaje del duelo postaborto. La integración con el trabajo emocional es indispensable para que los cambios cognitivos se conviertan en transformación vital. Esto implica conectar cada creencia transformada con una vivencia emocional significativa, validar las emociones asociadas y permitir que la nueva narrativa se sienta verdadera, no impuesta. Técnicas como la evocación afectiva, el trabajo con memorias correctivas y la retroalimentación corporal ayudan a anclar cognitivamente los avances emocionales y viceversa. Esta integración fortalece los circuitos neuronales vinculados a la autorregulación, la resiliencia y la memoria reconsolidadora. En el fondo, lo que sana no es solo pensar distinto, sino vivir desde un nuevo lugar interno. La terapia efectiva es la que une palabra y emoción, cognición y cuerpo, lógica y simbolismo.

8.5 Estimulación neuroafectiva y recuperación funcional

Estimulación emocional dirigida: imágenes, música, evocaciones positivas

La estimulación emocional dirigida busca reactivar circuitos neuronales relacionados con el placer, la ternura y el consuelo a través de estímulos sensoriales cuidadosamente seleccionados. En mujeres con duelo postaborto, donde predomina la hiperactivación límbica negativa (culpa, miedo, tristeza), se utilizan imágenes evocadoras (naturaleza, infancia, maternidad simbólica), música terapéutica con patrones rítmicos armónicos y evocaciones autobiográficas positivas. Estas intervenciones ayudan a contrarrestar la anhedonia, fortalecen el vínculo con memorias afectivas protectoras y permiten la reactivación de redes neuronales asociadas a estados seguros. La plasticidad cerebral responde mejor cuando el estímulo emocional es significativo y repetido. Esta técnica no sustituye el trabajo verbal, pero lo acompaña desde lo sensorial, facilitando el acceso a zonas afectivas bloqueadas. Es un

recurso clínico eficaz para restaurar la capacidad de sentir sin miedo y reconstruir la dimensión afectiva del yo.

Activación de redes límbicas en contextos seguros

Las redes límbicas, especialmente el hipocampo, la amígdala y el giro cingulado anterior, son clave en la regulación del afecto y la memoria emocional. Tras un aborto traumático, estas áreas pueden permanecer en hiperalerta, generando respuestas defensivas crónicas. Para reequilibrar esta activación, es necesario trabajar en contextos terapéuticos percibidos como seguros. La seguridad relacional —presencia empática, lenguaje amable, respeto por los tiempos emocionales— permite que el sistema límbico desactive su modo de defensa y comience a integrar nuevas experiencias afectivas. Las técnicas que favorecen esta activación segura incluyen ejercicios de vínculo visual, contacto corporal consentido (como sostener una manta terapéutica) y tareas sensoriales compartidas. El objetivo es no solo hablar sobre el duelo, sino también *sentir* que se puede estar en presencia de emociones intensas sin desbordarse, desde un cerebro que se siente acompañado.

Terapias que combinan estimulación sensorial y regulación afectiva

Las terapias neuroafectivas integran estimulación sensorial (visual, táctil, auditiva) con estrategias de regulación emocional como la respiración profunda, el enraizamiento corporal (*grounding*) y la visualización guiada. Este enfoque multimodal favorece la autorregulación desde una base somatosensorial, reduciendo la disociación y restaurando el sentimiento de control interno. En contextos de duelo por aborto, estas terapias ayudan a desactivar circuitos de alarma crónica y a reconectar con el cuerpo como fuente de estabilidad emocional. Ejemplos clínicos incluyen el uso de aromaterapia combinada con música relajante, masajes conscientes en zonas tensas (como el plexo solar o el pecho) y narración de experiencias positivas mientras se estimulan sentidos específicos. Estas intervenciones promueven la integración entre memoria corporal, regulación neurovegetativa y simbolización afectiva, permitiendo que la paciente recupere la experiencia de habitarse con sensibilidad y seguridad.

Intervención con neurofeedback en duelo complejo

El neurofeedback es una técnica de autorregulación cerebral que permite entrenar directamente la actividad eléctrica del cerebro mediante retroalimentación visual o auditiva en tiempo real. En mujeres con duelo postaborto complejo, esta herramienta ha demostrado

ser útil para reducir hipervigilancia, mejorar la calidad del sueño, estabilizar el estado de ánimo y restaurar funciones ejecutivas. Al identificar patrones disfuncionales (como exceso de ondas beta o déficit de alfa en regiones frontales), se puede diseñar un protocolo personalizado que favorezca el equilibrio neurofuncional. Esta técnica requiere supervisión especializada y debe integrarse dentro de un plan terapéutico más amplio. Su principal ventaja es que no depende del lenguaje ni de la disposición emocional activa, lo que la hace ideal en fases donde la paciente está emocionalmente bloqueada. El cerebro, incluso sin palabras, puede aprender a calmarse y reorganizarse con apoyo adecuado.

Protocolos de intervención neuroafectiva validados clínicamente

Los protocolos de intervención neuroafectiva integran la evidencia sobre neuroplasticidad, regulación límbica y psicoterapia del trauma para crear secuencias terapéuticas estructuradas. Estos protocolos suelen comenzar con estabilización autonómica (respiración, postura, ritmo), luego introducen estimulación sensorial positiva y, finalmente, trabajo simbólico y narrativo. Se han validado en contextos de trauma complejo, duelo perinatal y pérdidas gestacionales. Entre los más conocidos se encuentran el protocolo NARM (Modelo Relacional Neuroafectivo), el modelo de Psicoterapia Sensorio-Emocional Integrativa (SEI) y adaptaciones del EMDR con foco somático. Estos enfoques respetan el ritmo subjetivo, trabajan con múltiples niveles de procesamiento (neurofisiológico, emocional, narrativo) y permiten resultados clínicos sostenibles. En el abordaje del aborto, estos protocolos ofrecen una vía de intervención profunda, no invasiva, que permite que el dolor no se anestesie ni se desborde, sino que encuentre expresión, contención y transformación.

CAPÍTULO IX

Espiritualidad, rituales de cierre y resignificación simbólica

CAPÍTULO IX

9.1 Dimensión espiritual del duelo reproductivo

Espiritualidad como recurso resiliente en contextos de pérdida

La espiritualidad, entendida como la capacidad de conectar con un sentido trascendente de la vida, constituye un recurso resiliente fundamental en contextos de pérdida, especialmente tras un aborto. A diferencia de la religiosidad institucional, la espiritualidad puede manifestarse en formas íntimas y no doctrinales: una sensación de pertenencia al universo, una relación personal con lo sagrado, o la creencia en una energía vital que sostiene. Para muchas mujeres, el aborto representa no solo una interrupción biológica, sino una ruptura espiritual: de proyectos, de vínculos, de fe en el propio cuerpo. Reconocer esta dimensión permite que el proceso terapéutico no se limite al nivel psicológico, sino que se expanda al nivel simbólico y existencial. La espiritualidad, cuando es respetada y acompañada, ofrece una matriz de sentido que alivia, reconcilia y fortalece el proceso de duelo desde lo más profundo.

Diferencia entre religiosidad institucional y espiritualidad experiencial

Es crucial diferenciar la religiosidad institucional, basada en dogmas, normas y pertenencia formal a una tradición, de la espiritualidad experiencial, que nace de vivencias internas de conexión, trascendencia o consuelo. Mientras la primera puede brindar estructura y comunidad, también puede cargar con juicios morales sobre el aborto que agravan el sentimiento de culpa. La espiritualidad experiencial, en cambio, permite a la mujer construir su propio lenguaje simbólico, conectarse con lo sagrado desde su interioridad y resignificar el evento de manera más libre. En clínica, imponer una visión religiosa puede ser iatrogénico, pero ignorar la dimensión espiritual puede ser igualmente negligente. El rol del terapeuta es facilitar un espacio donde la paciente pueda discernir, reconstruir o transformar sus creencias sin presión externa. La experiencia espiritual no se prescribe: se acoge, se escucha y se honra.

Crisis espiritual tras el aborto: culpa existencial, pérdida de fe

Muchas mujeres atraviesan una crisis espiritual tras un aborto, incluso aquellas sin adscripción religiosa previa. Esta crisis puede manifestarse como culpa existencial —“he fallado a algo sagrado”—, pérdida de fe —“Dios me ha abandonado”—, o ruptura del sentido vital. A nivel neuropsicológico, estas vivencias se asocian a la activación del sistema límbico en torno a lo

simbólicamente significativo, lo que intensifica la vivencia emocional del trauma. En lo clínico, esta dimensión requiere validación: no se trata de "ideas irracionales" sino de preguntas esenciales sobre el valor de la vida, la muerte, el destino o la redención. Ignorar esta crisis puede cronificar el dolor y desarraigar emocionalmente a la paciente. Por el contrario, acompañarla desde una perspectiva abierta y no directiva permite que el proceso de reconstrucción espiritual emerja como parte esencial de la sanación.

Significado trascendente de la vida interrumpida: preguntas sin respuesta

El aborto, más allá de su definición biomédica, suscita interrogantes de enorme profundidad: ¿Era ya una vida? ¿Dónde está ahora ese ser? ¿Tuvo alma? ¿Me acompañará espiritualmente? Estas preguntas, que desafían la lógica racional, no buscan respuestas objetivas, sino significados vivibles. En el marco espiritual del duelo, muchas mujeres atribuyen un sentido trascendente a la vida interrumpida: un alma que vino por poco tiempo, un maestro silencioso, una presencia simbólica que marcó un antes y un después. Este tipo de construcciones no deben ser interpretadas como negación o evasión, sino como expresiones sanadoras de una mente que busca restaurar la coherencia del mundo tras la fractura. El rol del profesional es sostener ese espacio de búsqueda sin dogmas ni cinismo. Algunas respuestas no se formulan: se experimentan en el corazón y se integran desde el alma.

Validación clínica de las necesidades espirituales en el duelo

Las necesidades espirituales forman parte del sufrimiento humano integral, y su validación en el contexto clínico es un acto de profundo respeto. Ignorarlas puede generar una sensación de incomprensión y superficialidad terapéutica. Validarlas no significa compartir creencias, sino reconocer que la paciente tiene derecho a buscar sentido, a ritualizar su experiencia, a llorar por un alma, a escribirle a un ser que no nació. Herramientas como entrevistas sobre espiritualidad, cuestionarios de sentido de vida o técnicas de visualización espiritual pueden ser integradas respetuosamente. Además, derivar a acompañantes espirituales, cuando la paciente lo desea, puede enriquecer el proceso terapéutico. En definitiva, una psicoterapia del aborto que excluya lo espiritual es incompleta. Sanar no es solo aliviar síntomas: es también ayudar a la persona a reconciliarse con su mundo interno, su biografía y su dimensión trascendente.

9.2 Rituales simbólicos de cierre: funciones terapéuticas

El ritual como contenedor emocional: estructura, forma y símbolo

El ritual actúa como un contenedor emocional donde el caos interno puede ser ordenado simbólicamente. Su fuerza terapéutica reside en su estructura: inicio, desarrollo y cierre, que marcan una transición psíquica reconocible. Al dar forma visible a lo invisible —el dolor, la culpa, la despedida—, el ritual ofrece un espacio donde el sufrimiento puede ser sentido, expresado y transformado. En el contexto del aborto, donde la pérdida carece muchas veces de reconocimiento social, el ritual devuelve legitimidad al duelo. No se trata de religiosidad forzada, sino de construcción de un acto simbólico que narre el final de una experiencia vivida como fragmentaria o silenciada. Al repetir gestos, pronunciar palabras significativas o depositar objetos con intención, la mujer comienza a integrar la pérdida dentro de una narrativa vital más coherente, resignificando el dolor como parte de su historia.

Ceremonias de despedida, cartas, altares y objetos simbólicos

Las ceremonias de despedida tras el aborto no requieren solemnidad religiosa: pueden ser íntimas, espontáneas y profundamente personales. Algunas mujeres eligen escribir cartas al hijo no nacido, plantar un árbol, encender una vela o crear un altar con elementos significativos (una ecografía, una piedra, una imagen simbólica). Estos actos permiten materializar el vínculo gestacional y ofrecer un lugar para el recuerdo, favoreciendo el cierre emocional. Los objetos simbólicos —una pulsera, una caja de memoria, una foto del cielo— actúan como puentes entre lo vivido y lo que se quiere conservar con amor, sin que ello implique quedar fijada al pasado. La elaboración de estos rituales, especialmente cuando es compartida con una terapeuta o un círculo de confianza, favorece el paso del dolor caótico a la expresión con sentido, consolidando una experiencia emocionalmente integrada y emocionalmente sostenida.

Función reguladora del ritual: cuerpo, emoción y cognición

El ritual tiene un efecto regulador sobre el sistema nervioso y los procesos emocionales. Al movilizar el cuerpo (caminar, escribir, encender fuego), se activa el eje sensoriomotor; al permitir la expresión emocional (llorar, hablar, recordar), se facilita la catarsis afectiva; y al organizar el acto en una secuencia lógica (inicio, momento cúlmine, cierre), se involucra la función cognitiva y narrativa. Este trabajo simultáneo permite que el trauma —que muchas

veces queda encapsulado— se libere progresivamente, sin desbordar. En el duelo postaborto, donde hay dolor sin imagen, vínculo sin cuerpo y final sin rito, el ritual ofrece una experiencia de unidad psicosomática. Es una vía integradora entre cerebro, cuerpo y alma, que transforma el vacío en presencia simbólica y la confusión en posibilidad de sentido. No es solo una práctica cultural: es una tecnología emocional con impacto clínico.

Eficacia terapéutica de los rituales en el duelo por aborto

Estudios recientes en psicoterapia del duelo han demostrado que los rituales personalizados mejoran significativamente la elaboración emocional tras pérdidas perinatales y abortos. La investigación clínica (Ganzevoort et al., 2019; Weingarten, 2021) muestra que las mujeres que realizan un acto simbólico de cierre reportan menores niveles de culpa, mayor aceptación emocional y mejor integración narrativa de la experiencia. Los rituales facilitan la simbolización del evento traumático, rompen el silencio en torno al aborto y permiten transitar del dolor encapsulado al recuerdo digno. Además, reducen la sensación de inconclusión, que es uno de los principales predictores de duelo complicado. Desde una perspectiva terapéutica, incorporar el ritual como herramienta clínica no solo legitima el sufrimiento, sino que también amplía los recursos de sanación más allá de la palabra, reconociendo que la psique humana necesita gestos para sanar lo que las palabras no alcanzan.

Adaptación de rituales tradicionales a contextos contemporáneos

En contextos urbanos, laicos o culturalmente diversos, los rituales tradicionales pueden resultar ajenos o poco significativos. Por eso, es esencial adaptarlos sin perder su valor simbólico. Esto implica traducir sus elementos esenciales —tiempo ritual, símbolo, intención, expresión emocional— a lenguajes contemporáneos. Una meditación guiada, una caminata conmemorativa, una ceremonia poética o la creación de un collage pueden cumplir funciones similares a los ritos ancestrales de despedida. Esta adaptación permite que cada mujer diseñe su propio lenguaje ritual, en coherencia con su historia, creencias y sensibilidad. La flexibilidad ritual no banaliza la pérdida, sino que la dignifica al ajustarse a la subjetividad de quien la vive. En el duelo postaborto, este tipo de creación simbólica personal facilita la reapropiación del relato y convierte el cierre en un acto íntimo de empoderamiento emocional.

9.3 Espiritualidad laica y resignificación personal

Espiritualidad sin religión: introspección, conexión, trascendencia

La espiritualidad laica se refiere a la vivencia de una dimensión trascendente de la existencia sin necesidad de adscripción religiosa. Muchas mujeres que atraviesan un aborto experimentan una transformación interna que no pueden nombrar desde un credo, pero que sienten como profunda e íntima. Esta espiritualidad se manifiesta en la búsqueda de significado, la introspección profunda, el deseo de conexión con algo mayor —la naturaleza, la vida, el misterio— y el anhelo de reconciliación consigo mismas. En psicoterapia, acoger esta dimensión es vital, ya que permite trabajar con símbolos, metáforas y preguntas existenciales desde un lenguaje respetuoso y flexible. La espiritualidad sin dogma abre una vía de sanación profundamente humana, en la que el silencio, la contemplación y la reflexión personal permiten resignificar el dolor desde un lugar de libertad interior y autenticidad emocional.

Técnicas de conexión interior: meditación, contemplación, mindfulness

Las prácticas contemplativas ofrecen herramientas eficaces para conectar con el mundo interno y regular el sufrimiento psicoemocional tras un aborto. La meditación, el mindfulness y la contemplación guiada permiten observar sin juicio los pensamientos, calmar el sistema nervioso y reconectar con el presente. Estas técnicas favorecen la activación del sistema parasimpático, reducen la actividad límbica y promueven la integración emocional. En contextos de duelo, especialmente cuando hay culpa o ansiedad, el entrenamiento en atención plena ayuda a romper la rumiación y a generar un espacio de presencia compasiva. Además, estas prácticas pueden incorporar visualizaciones de amor, protección o perdón hacia sí misma, reforzando el vínculo interior. La espiritualidad contemplativa no necesita templos: necesita silencio, conciencia y permiso para detenerse. En el duelo postaborto, detenerse a sentir con respeto puede ser el inicio de una profunda transformación.

Naturaleza, arte y silencio como caminos de sanación

Muchos procesos espirituales postaborto se despiertan al contacto con la naturaleza, el arte o el silencio. Caminar entre árboles, contemplar el mar, pintar libremente o simplemente sentarse en silencio son formas profundas de reconexión interior. Estos espacios ofrecen un entorno simbólico que no juzga, que acompaña sin palabras y que permite a la mujer integrar

su experiencia sin necesidad de explicarla. La neurociencia ha demostrado que la exposición a entornos naturales reduce la activación de la corteza prefrontal medial y regula el estrés. El arte, por su parte, estimula la lateralidad cerebral y facilita la expresión no verbal del trauma. El silencio, cuando es elegido, se convierte en un contenedor fértil donde pueden germinar emociones reprimidas y nuevos significados. Sanar espiritualmente no siempre es hablar: a veces, es simplemente estar, crear, respirar y dejar que el alma diga lo que aún no tiene forma.

Valores existenciales y sentido de vida postaborto

La espiritualidad laica también se expresa a través de la reflexión sobre valores personales: ¿Qué me importa verdaderamente ahora? ¿Qué quiero conservar? ¿Qué puedo construir a partir de lo vivido? Estas preguntas permiten reordenar el eje existencial tras una experiencia límite como el aborto. Desde la logoterapia y la psicoterapia existencial, se reconoce que el dolor puede abrir un espacio fértil para redescubrir sentido, propósito y dirección vital. No se trata de justificar la pérdida, sino de que la mujer pueda reencontrar un motivo para seguir adelante, con dignidad y verdad. Este trabajo terapéutico no impone sentido, sino que facilita su emergencia desde los valores que ya habitan en la paciente. Cuando la vida vuelve a tener dirección —aunque haya sido redibujada con lágrimas—, el duelo encuentra su cauce, y la espiritualidad se convierte en brújula interior.

Acompañamiento espiritual no confesional: ética y cuidado

El acompañamiento espiritual no confesional es una modalidad terapéutica que ofrece presencia, contención y guía sin adoctrinamiento religioso. Se centra en el respeto absoluto por la cosmovisión de la paciente, sea esta agnóstica, sincrética o profundamente íntima. El rol del acompañante es sostener el proceso de búsqueda, ofrecer preguntas poderosas, proponer actos simbólicos si se solicitan, y validar el dolor como una experiencia sagrada en sí misma. Este acompañamiento requiere formación ética, escucha activa, conocimiento de procesos de duelo y una actitud profundamente compasiva. No se trata de responder a las grandes preguntas, sino de no huir de ellas. La espiritualidad postaborto no necesita respuestas definitivas: necesita un otro que no huya del silencio, que tolere el misterio y que camine con la mujer hacia una verdad sentida, no impuesta.

9.4 Construcción de memoria simbólica: el hijo no nacido como presencia

Nombrar, recordar y dar lugar: procesos de simbolización afectiva

Uno de los pasos más profundos en el duelo postaborto es la simbolización del hijo no nacido. Nombrar al ser perdido —aunque no haya nacido— es una forma poderosa de reconocer su existencia emocional. Para muchas mujeres, poner un nombre, asignar un género sentido o imaginar una identidad simbólica ayuda a organizar el vínculo roto y a integrar la pérdida en su biografía. Este acto no busca idealizar ni aferrarse al pasado, sino permitir que lo vivido tenga un lugar emocional claro. Recordar no es lo mismo que revivir el dolor: es otorgar sentido y dignidad a lo que fue importante. En la clínica, este proceso puede facilitarse mediante visualizaciones, escritura o diálogo terapéutico, siempre respetando el ritmo emocional de la paciente. Dar lugar es también dar valor, y dar valor es un acto de reparación emocional.

Imágenes internas del hijo: entre la realidad y la representación

Las imágenes internas que una mujer construye del hijo no nacido no son ilusiones patológicas ni fantasías vacías: son representaciones afectivas profundamente legítimas. En muchos casos, estas imágenes surgen espontáneamente en sueños, visualizaciones o recuerdos corporales. Algunas mujeres imaginan al hijo como una luz, una presencia intangible, una figura infantil, un ángel, o incluso una energía que las acompaña. Estas representaciones permiten sostener un vínculo simbólico que, lejos de ser enfermizo, puede ser estabilizador emocionalmente. Desde la psicoterapia, validar estas imágenes como formas naturales del psiquismo para integrar la ausencia ayuda a prevenir el duelo patológico. El trabajo clínico no debe destruir estas imágenes, sino darles contorno, palabra y contexto, para que sean expresión de amor y no de estancamiento. El psiquismo no sólo recuerda: crea formas para seguir amando sin dañarse.

El “lugar del hijo” en la biografía: ni olvido ni fijación

En la narrativa vital de una mujer, el hijo no nacido ocupa un lugar único: no fue un hijo vivido plenamente, pero tampoco es un vacío absoluto. Este lugar simbólico debe construirse cuidadosamente, sin negación ni fijación. Olvidar forzadamente puede generar represión y síntomas, mientras que fijarse en la pérdida puede cristalizar el duelo. El trabajo clínico busca un punto de equilibrio: permitir que la paciente reconozca ese lugar sin quedar atrapada en

él. Algunas lo integran como un capítulo más de su vida, otras como un hito emocional o una enseñanza silenciosa. Este lugar puede estar presente sin ocupar todo el espacio interno. Darle forma —con palabras, símbolos o rituales— ayuda a que el recuerdo se estabilice como una presencia serena, no como una ausencia hiriente. En ese equilibrio simbólico, muchas mujeres recuperan su continuidad emocional.

Recuerdo sin culpa: memoria amorosa y transformación

Una de las metas más importantes del duelo por aborto es llegar a un recuerdo libre de culpa, en el que predomine la ternura por lo vivido por encima del juicio. Recordar con amor no significa idealizar ni negar decisiones difíciles, sino honrar la experiencia con verdad emocional. En este punto, la paciente puede hablar del hijo no nacido sin derrumbarse, recordar con lágrimas calmas y sentir que el dolor ha sido transformado en algo habitable. Esta memoria amorosa actúa como una forma de reparación simbólica, donde el vínculo no se destruye, sino que cambia de forma. Clínicamente, esto se favorece mediante trabajos con fotografías simbólicas, cartas de agradecimiento o conversaciones internas guiadas. El recuerdo deja de ser una herida abierta y se convierte en una huella emocional que acompaña sin arrastrar. Así, la memoria se vuelve resiliente.

Integración simbólica en procesos de maternidad futura

Muchas mujeres, tras un aborto, enfrentan el temor o el deseo ambivalente de volver a gestar. En estos casos, es esencial que el hijo no nacido sea simbólicamente integrado antes de dar paso a un nuevo embarazo. Esto no significa reemplazo ni olvido, sino reconocimiento. Algunas mujeres crean un espacio simbólico donde “se despiden” emocionalmente, otras lo incluyen como parte del árbol genealógico o lo nombran en voz baja como hermano o hermana del nuevo bebé. Esta integración simbólica previene que la nueva gestación se viva como compensación emocional, y permite que el nuevo hijo no cargue con el duelo no resuelto. El trabajo clínico acompaña este proceso respetando tiempos, ambivalencias y decisiones personales. La maternidad futura, cuando se desea, no borra lo anterior: lo resignifica, lo transforma y lo integra en una continuidad vital con sentido.

9.5 Consideraciones interculturales y pluralismo espiritual

Rituales y creencias sobre aborto en pueblos originarios

En muchas culturas originarias de América Latina, el aborto —espontáneo o inducido— no es percibido únicamente como un hecho biológico, sino como un suceso espiritual que afecta el equilibrio de la persona, su linaje y su relación con la tierra. Existen rituales específicos para despedir al espíritu del no nacido, pedir perdón a la Pachamama o restablecer el equilibrio energético del cuerpo. Estas prácticas no deben ser reducidas a superstición, sino reconocidas como sistemas simbólicos complejos que integran salud, espiritualidad y comunidad. En contextos clínicos, validar estas creencias fortalece el proceso terapéutico y previene la alienación cultural. Escuchar sin juzgar, abrir espacio para estas prácticas y, cuando se solicite, integrarlas simbólicamente al tratamiento, es un acto de respeto clínico y humano. La medicina intercultural no impone saberes: los entreteje con dignidad y reciprocidad.

Sincretismo espiritual en contextos latinoamericanos

Latinoamérica es una región marcada por el sincretismo: la fusión de tradiciones indígenas, católicas, afrodescendientes y esotéricas en un entramado simbólico único. En el duelo postaborto, muchas mujeres combinan oraciones católicas con limpias chamánicas, velas con altares, rezos con mantras, o imágenes de vírgenes con símbolos de fertilidad precolombina. Este sincretismo no es incoherencia espiritual, sino una forma resiliente de construir sentido ante el dolor. En psicoterapia, reconocer y acoger esta pluralidad simbólica permite que el trabajo clínico se adapte al imaginario de la paciente, sin imponer marcos interpretativos externos. Integrar esta riqueza simbólica al proceso terapéutico no requiere dominar cada tradición, sino estar dispuesto a aprender desde la escucha. La sanación emocional tras el aborto, en estos contextos, no se da en una sola lengua espiritual: es un coro plural que debe ser honrado.

Diálogo intercultural en psicoterapia del duelo gestacional

El diálogo intercultural en la psicoterapia del duelo por aborto implica reconocer que no existe una única forma “correcta” de elaborar la pérdida. Las concepciones de cuerpo, alma, maternidad y muerte varían profundamente entre culturas. Mientras en el modelo biomédico el aborto puede verse como una intervención clínica, en muchas culturas se vive como una ruptura cósmica o una deuda espiritual. El terapeuta intercultural no niega su formación

científica, pero flexibiliza su marco de referencia para permitir que otras formas de entender el sufrimiento tengan lugar. Este diálogo no es un gesto de tolerancia, sino una herramienta clínica para evitar la violencia simbólica y ampliar el acceso a la salud mental desde la dignidad cultural. La psicoterapia intercultural escucha el dolor en el idioma simbólico de la paciente, y lo traduce en acompañamiento respetuoso y eficaz.

Evitar imposiciones: acompañar sin evangelizar

Una de las responsabilidades éticas más importantes en el trabajo con mujeres postaborto es evitar imponer creencias, interpretaciones o valores personales sobre el evento vivido. Esto incluye tanto el juicio clínico como las creencias espirituales del terapeuta. Acompañar no es evangelizar. El duelo es un terreno sagrado y privado, donde cada mujer construye sus significados desde su historia, su cultura y su fe —o su ausencia de ella—. El terapeuta no debe convertirse en guía moral ni en juez simbólico, sino en testigo sensible y contenedor ético del proceso. Las intervenciones deben nacer desde la escucha, no desde la necesidad de conducir. El respeto radical a la autonomía espiritual es parte del principio de no maleficencia. No se puede sanar a una persona si primero no se respeta su forma única de darle sentido al dolor.

Espacios sagrados, tiempo subjetivo y acompañamiento ritual

En el duelo por aborto, los espacios y tiempos adquieren una dimensión subjetiva profundamente simbólica. Un rincón del hogar puede volverse un santuario; una fecha, un umbral emocional; un gesto, un rito. Estos elementos conforman lo que algunas corrientes llaman “tiempo kairológico” y “espacio sagrado subjetivo”, es decir, tiempos y lugares que no obedecen al calendario ni al espacio físico tradicional, sino al pulso interno de la vivencia emocional. Acompañar clínicamente este proceso implica permitir que la mujer tenga sus propios rituales, sin forzarlos ni interrumpirlos. La práctica de encender una vela en silencio, visitar un árbol o escribir en una libreta cada aniversario del aborto son formas de sostener la memoria sin quedar fijada al dolor. El terapeuta sensible reconoce estos gestos y los valida como caminos de simbolización, no como residuos patológicos. Así se honra la espiritualidad viva del duelo.

CAPÍTULO X

Acompañamiento obstétrico y psicológico: rol de equipos interdisciplinarios

CAPÍTULO X

10.1 Modelo de atención integral centrado en la mujer

Principios del modelo biopsicosocial y centrado en la paciente

El modelo biopsicosocial reconoce que el aborto no es únicamente un evento fisiológico, sino una experiencia profundamente influida por factores emocionales, sociales, culturales y espirituales. Una atención verdaderamente centrada en la mujer implica integrar estas dimensiones en cada etapa del proceso asistencial. Esto incluye validar sus emociones, respetar sus tiempos, y comprender su contexto vital. No se trata solo de ofrecer servicios clínicos técnicamente competentes, sino de hacerlo desde una ética del cuidado que priorice la dignidad, la autonomía y la voz de la paciente. La mujer no debe ser reducida a su útero ni a su diagnóstico: es un sujeto integral con derecho a una atención sensible, personalizada y no revictimizante. Este enfoque humanizado es la base de cualquier intervención eficaz y respetuosa en salud sexual y reproductiva.

Coordinación entre niveles de atención: primaria, especializada, comunitaria

Un modelo integral de atención postaborto requiere una articulación fluida entre los distintos niveles del sistema de salud. En la atención primaria, deben estar disponibles mecanismos de detección temprana de malestar emocional, información clara sobre el procedimiento y acceso inmediato a servicios de salud mental si se identifican factores de riesgo. A nivel especializado, se deben ofrecer espacios de contención psicológica, acompañamiento obstétrico respetuoso y protocolos interdisciplinarios. La dimensión comunitaria, por su parte, cumple un rol clave en la continuidad del cuidado, brindando redes de apoyo, acompañamiento espiritual o terapias complementarias. Esta coordinación evita que la mujer quede sola tras el evento y garantiza una atención sostenida y coherente. El duelo postaborto no concluye al salir del hospital: requiere presencia profesional a lo largo del tiempo, en distintos espacios, desde una mirada integral.

Humanización del cuidado obstétrico en procesos de aborto

La humanización del cuidado obstétrico implica reconocer que el aborto, en cualquiera de sus formas, conlleva un impacto emocional que merece respeto. Este enfoque exige eliminar prácticas rutinarias que despersonalizan la atención: comentarios estigmatizantes, falta de

privacidad, ausencia de consentimiento emocional o trato técnico sin contención afectiva. En su lugar, se propone una atención centrada en la escucha activa, el acompañamiento emocional y la validación del dolor subjetivo. Humanizar es también permitir el llanto, ofrecer la mano, adaptar el lenguaje, respetar el silencio y comprender el momento como único e irrepetible. La profesionalidad no se opone al afecto: lo incluye como parte del cuidado. Cada aborto atendido con humanidad deja una huella diferente en la paciente y en el equipo de salud. Esa diferencia puede ser la línea entre una herida traumática o una experiencia difícil, pero dignamente acompañada.

Consentimiento informado emocional: más allá de la legalidad

El consentimiento informado en contextos de aborto no puede reducirse a un formulario legal. Debe ser un proceso ético, dialogado y emocionalmente contenido, donde la mujer comprenda no solo los aspectos médicos, sino también las posibles repercusiones psicológicas, alternativas disponibles y recursos de apoyo. Un consentimiento emocionalmente informado incluye la posibilidad de expresar dudas, temores y ambivalencias sin miedo a ser juzgada. Este proceso requiere tiempo, lenguaje claro, y un clima de confianza que permita decisiones auténticas. Obligar a decidir sin contención o bajo presión institucional constituye una forma de violencia simbólica. El consentimiento, cuando es plenamente informado y respetuoso del estado emocional de la mujer, se convierte en una herramienta de autonomía real, no solo formal. Su validación emocional es tan importante como su validez jurídica.

Barreras estructurales y propuestas para una atención digna

Numerosas barreras estructurales impiden una atención postaborto integral y digna: escasez de profesionales formados, estigmatización institucional, falta de protocolos sensibles al duelo y desarticulación entre servicios. Además, el miedo legal o religioso por parte del personal de salud genera prácticas evasivas que colocan a la mujer en situación de vulnerabilidad. Para revertir este escenario, se requieren políticas públicas que incluyan formación obligatoria en salud mental reproductiva, protocolos clínicos interdisciplinarios, servicios de salud amigables con enfoque de género, y financiación para equipos psicosociales. También es necesario incluir indicadores de calidad humana en la evaluación de servicios, no solo técnicos. La dignidad no puede ser una categoría secundaria en salud pública: debe ser el

eje que articule todo acto clínico. Una atención que respeta es, en sí misma, una forma de reparación.

10.2 Capacitación del personal de salud en duelo gestacional

Formación en competencias emocionales y escucha activa

El duelo gestacional requiere profesionales de salud que no solo manejen técnicas clínicas, sino que posean competencias emocionales sólidas. La formación en empatía, regulación emocional, contención afectiva y escucha activa debe formar parte del currículo obligatorio en carreras de salud. Saber acompañar el silencio, contener el llanto o sostener una mirada sin juicio son habilidades clínicas tan importantes como interpretar una ecografía o indicar un fármaco. La escucha activa no consiste solo en oír, sino en crear un espacio de presencia emocional donde la paciente se sienta comprendida, validada y segura. Esta competencia disminuye la iatrogenia emocional, mejora la calidad del vínculo clínico y contribuye a procesos de sanación más humanos. Formar clínicos emocionalmente competentes no es un lujo: es una necesidad ética ante el sufrimiento que el aborto puede dejar en la vida de una mujer.

Protocolos de intervención psicológica postaborto

Contar con protocolos de intervención psicológica estructurados permite ofrecer una atención coherente, efectiva y respetuosa tras un aborto. Estos protocolos deben contemplar la evaluación inicial del estado emocional, identificación de factores de riesgo (duelo complicado, antecedentes psiquiátricos, ausencia de red de apoyo), aplicación de escalas breves (EPDS, DASS-21, PHQ-9) y la oferta inmediata de contención psicológica. Deben incluir además procedimientos de derivación a salud mental especializada cuando se identifiquen señales de alarma. La intervención inicial debe ser breve, validante y centrada en el aquí y ahora, sin forzar verbalizaciones ni interpretaciones prematuras. Un buen protocolo no mecaniza la atención, sino que ofrece un marco flexible para actuar con rapidez y humanidad ante una situación crítica. Su implementación sistemática puede evitar cronificaciones del sufrimiento y mejorar notablemente la experiencia asistencial de las mujeres en proceso de duelo gestacional.

Prevención del trauma vicario y del burnout en profesionales

El acompañamiento constante de abortos, especialmente en condiciones de alta carga emocional, expone al personal de salud al riesgo de trauma vicario, fatiga por compasión y burnout. Profesionales que no han sido formados en autorregulación emocional pueden desarrollar cinismo, retraimiento afectivo o despersonalización, afectando tanto su salud mental como la calidad de la atención brindada. Por ello, la capacitación debe incluir espacios de supervisión clínica, estrategias de autocuidado institucionalizado, formación en neurociencia del trauma secundario y ejercicios regulares de conciencia emocional. La prevención del desgaste no puede depender de la voluntad individual: debe ser una política organizacional, sostenida por estructuras de cuidado institucional. Cuidar al que cuida no es un slogan: es una condición para sostener una atención compasiva, continua y profesional, especialmente en contextos donde el dolor reproductivo es frecuente, pero escasamente procesado por los equipos de salud.

Rol de la simulación clínica y la educación continua

La simulación clínica ofrece un entorno seguro para que los profesionales entrenen no solo habilidades técnicas, sino también competencias emocionales y comunicacionales. Escenarios simulados de duelo gestacional, con pacientes estandarizadas, permiten practicar el acompañamiento respetuoso, la entrega de malas noticias, el manejo del silencio y la gestión de crisis afectivas. Este tipo de formación activa fortalece la autoeficacia, reduce la ansiedad del personal y mejora el desempeño real en situaciones delicadas. La capacitación no debe ser puntual, sino parte de una educación continua que actualice conocimientos, promueva reflexión ética y mantenga el compromiso humano. En temas tan sensibles como el aborto, la formación teórica es insuficiente sin experiencia vivencial y retroalimentación empática. La educación clínica debe formar no solo expertos, sino personas capaces de estar presentes ante el dolor sin huir, juzgar o minimizar.

Incorporación del enfoque intercultural y de género en la atención

Una capacitación adecuada en duelo gestacional debe incluir necesariamente el enfoque intercultural y de género. Esto implica reconocer que no todas las mujeres viven el aborto desde la misma matriz simbólica ni en iguales condiciones de vulnerabilidad. Las creencias espirituales, el origen étnico, la identidad de género, la edad, la clase social y el entorno

familiar influyen profundamente en la forma en que se experimenta la pérdida. Incorporar estos enfoques permite ofrecer una atención más justa, contextualizada y empática, que respete la diversidad sin estandarizar el sufrimiento. También significa cuestionar los sesgos propios del equipo de salud, aprender a escuchar sin imponer interpretaciones, y adaptar el lenguaje y los recursos a las particularidades culturales de cada paciente. Una atención ética no es solo técnicamente competente: es culturalmente sensible, feminista, y profundamente respetuosa del otro en su diferencia.

10.3 Equipos interdisciplinarios: funciones y articulación

Composición ideal de los equipos postaborto: perfil profesional y humano

Un equipo interdisciplinario efectivo en el acompañamiento postaborto debe estar compuesto, como mínimo, por personal médico (obstetra o médico general), psicólogo clínico, enfermera obstétrica y trabajador/a social. A este núcleo se pueden sumar terapeutas especializados en duelo, acompañantes espirituales no confesionales y, en contextos rurales, promotores comunitarios. Sin embargo, más allá del perfil profesional, es indispensable considerar el perfil humano: se necesitan profesionales empáticos, emocionalmente disponibles, libres de juicios morales y con formación en trauma. El abordaje de una experiencia tan sensible requiere personas capaces de trabajar en red, respetar el ritmo de la paciente y sostener el dolor sin retraumatizar. La excelencia técnica sin humanidad fragmenta; la contención sin estructura clínica es insuficiente. La verdadera competencia del equipo radica en equilibrar ciencia, ética y sensibilidad.

Coordinación entre psicología, obstetricia, trabajo social y medicina

La articulación entre disciplinas es clave para brindar una atención continua, coherente y centrada en la paciente. El equipo debe trabajar en sinergia, con reuniones regulares de análisis de casos, protocolos comunes y canales fluidos de comunicación. Psicología aporta contención emocional y evaluación del estado psíquico; obstetricia garantiza la atención médica segura; trabajo social identifica factores contextuales, redes de apoyo y posibles vulnerabilidades socioeconómicas; medicina general actúa como enlace y seguimiento longitudinal. Esta coordinación permite evitar duplicidades, omisiones o contradicciones en la atención. Además, fortalece la continuidad del cuidado: la mujer no debe “recontar su historia” a cada profesional, sino sentirse contenida por un equipo que comparte información

ética y respetuosamente. La articulación interdisciplinaria no es un ideal: es un requisito para evitar la fragmentación clínica y humanizar el abordaje del duelo postaborto.

Roles específicos y límites de intervención de cada disciplina

Para que la atención interdisciplinaria sea efectiva, cada profesional debe tener claridad sobre su rol, competencias y límites. El obstetra no debe asumir funciones psicológicas que excedan su formación; el psicólogo no debe indicar tratamientos médicos; el trabajador social debe actuar en articulación con redes comunitarias sin sobrecargar su intervención con demandas clínicas. Esta delimitación no busca restringir, sino fortalecer la acción especializada y evitar la iatrogenia profesional. Además, cada disciplina debe ser capaz de reconocer cuándo derivar, cuándo intervenir y cuándo acompañar desde el respeto. La complementariedad es más eficaz cuando hay respeto por los saberes del otro y claridad operativa. En contextos de aborto, donde las emociones, decisiones clínicas y realidades sociales se entrecruzan, la ética de límites claros se convierte en una forma de cuidado y responsabilidad compartida.

Flujo de derivación y seguimiento interinstitucional

El abordaje del duelo postaborto no concluye en la atención hospitalaria. Por ello, debe establecerse un flujo de derivación claro hacia servicios ambulatorios, redes comunitarias, centros de salud mental y espacios de acompañamiento espiritual si la paciente lo desea. Este flujo requiere acuerdos interinstitucionales, sistemas de referencia ágiles y seguimiento coordinado. Es fundamental evitar que la paciente “desaparezca del sistema” tras el alta médica. El seguimiento debe contemplar llamadas, citas programadas, visitas domiciliarias (en contextos vulnerables) y entrega de información accesible. El trabajo articulado entre instituciones de salud, bienestar social, redes religiosas o laicas y organizaciones de mujeres puede brindar un soporte integral. La continuidad del cuidado no es solo técnica: es afectiva. Cuando la mujer siente que su experiencia importa más allá del quirófano, se fortalece la posibilidad de un duelo reparador.

Ética colaborativa: decisión compartida y autonomía respetada

El trabajo interdisciplinario debe sustentarse en una ética colaborativa, donde la decisión compartida y la autonomía de la paciente estén en el centro. Esto significa que todas las intervenciones deben realizarse con el consentimiento informado, emocional y relacional de la mujer. Las decisiones —clínicas, terapéuticas, sociales— no se toman “por ella”, sino con

ella. El equipo no debe competir por protagonismo ni imponer una perspectiva hegemónica, sino dialogar entre saberes, ajustarse a cada caso y reconocer a la paciente como sujeto activo de su proceso. Esta ética también implica horizontalidad interna: todos los miembros del equipo —desde el médico hasta el personal de apoyo— deben tener voz, ser escuchados y actuar en función del bienestar común. La verdadera interdisciplinariedad no es jerárquica, es colaborativa, ética y profundamente humana.

10.4 Buenas prácticas clínicas en la atención postaborto

Contención inmediata y primeros auxilios emocionales

La contención emocional inmediata tras un aborto es una intervención crítica que puede marcar la diferencia entre un duelo transitable y una experiencia traumática. Los primeros auxilios emocionales no consisten en psicoterapia formal, sino en una presencia cálida, contenedora y no invasiva que reconozca el dolor, lo nombre con respeto y lo acoja sin juicio. Es clave validar las emociones presentes —tristeza, rabia, alivio, ambivalencia— y ofrecer frases que transmitan legitimidad y acompañamiento ("lo que sientes es válido", "no estás sola"). Esta intervención debe ser breve, clara, empática y sin interpretaciones prematuras. Su objetivo es estabilizar emocionalmente, ofrecer un primer espacio seguro y, si es necesario, activar la derivación a un profesional especializado. Toda mujer que atraviesa un aborto merece una presencia humana que actúe como primer sostén frente al impacto emocional inmediato.

Acompañamiento en abortos espontáneos, terapéuticos e inducidos

Cada tipo de aborto conlleva significados emocionales distintos y, por tanto, requiere un acompañamiento adaptado. En los abortos espontáneos, suele predominar el dolor por la pérdida inesperada y el sentimiento de fracaso corporal. En los abortos terapéuticos, se suman la carga ética y la complejidad de haber tomado una decisión difícil ante un diagnóstico grave. En los abortos inducidos voluntariamente, la ambivalencia, el estigma social y la necesidad de justificación interna son comunes. El equipo de salud debe reconocer estos matices y ajustar su intervención desde el respeto y la sensibilidad clínica. No hay un único protocolo emocional: hay subjetividades diversas, todas legítimas. El acompañamiento debe ser individualizado, libre de juicios y dispuesto a escuchar lo que cada mujer necesita narrar —o callar— en ese momento. La flexibilidad empática es parte de la competencia profesional.

Guía para el lenguaje clínico compasivo y no estigmatizante

El lenguaje que se utiliza en contextos clínicos puede sanar o herir. Expresiones como "producto", "interrupción", "feto muerto", o "procedimiento exitoso" pueden resultar frías, deshumanizantes o agresivas según el momento emocional de la paciente. La formación del personal debe incluir una guía clara de lenguaje compasivo: términos que reconozcan la experiencia vivida sin imponer un marco técnico que borre lo emocional. Frases como "tu proceso", "tu pérdida", "este momento difícil", o incluso validar el uso del término "hijo" cuando la mujer así lo expresa, ayudan a crear una atmósfera de respeto. El lenguaje compasivo no implica romanticismo ni infantilización, sino precisión emocional y ética comunicacional. También es clave evitar frases bienintencionadas pero dolorosas como "ya tendrás otro" o "es mejor así". El poder terapéutico del lenguaje comienza en cada palabra que se dice… o que se omite con sabiduría.

Manejo de casos complejos: violencia, coerción, aborto inseguro

Algunas mujeres llegan al sistema de salud tras abortos inseguros, situaciones de violencia sexual, coerción de pareja o presión familiar. Estos casos requieren abordajes especializados que integren perspectiva de género, atención al trauma y protocolos de protección. Se deben activar rutas legales si hay riesgo vital o vulneración de derechos, pero siempre respetando la autonomía de la mujer y evitando su revictimización. La atención médica debe garantizar el control de daños físicos, mientras que la intervención psicosocial debe centrarse en la seguridad emocional, el acceso a redes de apoyo y la reconstrucción de la narrativa vital desde la agencia personal. La escucha sensible, la no culpabilización y la confidencialidad son principios fundamentales. El aborto no deseado en contextos de violencia no es solo una urgencia clínica: es una herida humana que exige ética, tacto y reparación multidimensional.

Evaluación de calidad en la atención: indicadores humanos y técnicos

La calidad de la atención postaborto no puede medirse únicamente por indicadores clínicos como sangrado controlado o ausencia de complicaciones quirúrgicas. También deben incluirse indicadores humanos: nivel de satisfacción de la paciente, percepción de respeto, validación emocional, tiempo de escucha y calidad del acompañamiento. Las encuestas de experiencia usuaria, entrevistas de seguimiento y auditorías clínicas con enfoque de género son herramientas útiles para monitorear estos aspectos. Evaluar la calidad desde la perspectiva

del cuidado humanizado permite identificar brechas éticas, corregir malas prácticas y promover entornos institucionales más empáticos. Además, otorga legitimidad al dolor de muchas mujeres que no buscan solo atención médica, sino también reparación simbólica. Una atención que salva el cuerpo pero desatiende el alma es técnicamente eficiente, pero humanamente incompleta. Los mejores servicios son aquellos donde se sana lo visible… y también lo invisible.

10.5 Construcción de entornos protectores para el duelo

Diseño de espacios hospitalarios que favorezcan la privacidad y el vínculo

El entorno físico influye profundamente en el proceso emocional de las pacientes. En el caso del aborto, muchas mujeres experimentan su pérdida en espacios fríos, compartidos o sin intimidad, lo que puede intensificar el sufrimiento y generar retraumatización. Es crucial diseñar entornos hospitalarios que garanticen privacidad: salas individuales o áreas protegidas para la recuperación, iluminación cálida, ruido ambiental controlado y accesibilidad para acompañantes si la paciente lo desea. Estos detalles arquitectónicos y organizacionales reflejan una ética del cuidado tangible. Cuando el espacio físico favorece la intimidad, la mujer puede llorar, permanecer en silencio o pedir contención sin sentirse observada ni juzgada. La dignidad también se construye en los muros, los colores, las distancias y los silencios permitidos. Un entorno diseñado para contener no solo sana el cuerpo, también protege la subjetividad y el derecho al duelo.

Protocolos de silencio, respeto y rituales clínicos

Los protocolos clínicos no deben limitarse a acciones médicas. Incluir gestos simbólicos como ofrecer un minuto de silencio, encender una vela, permitir a la mujer guardar una imagen simbólica, escribir una carta o simplemente preguntar: “¿Deseas hacer algo para despedirte?”, puede marcar profundamente la experiencia del duelo. Estos pequeños actos tienen un valor terapéutico inmenso. También deben implementarse reglas claras de respeto institucional: evitar conversaciones banales o ruidosas cerca de las habitaciones, limitar el ingreso innecesario del personal y garantizar que todo acto clínico sea explicado con delicadeza. La dimensión ritual del cuidado no requiere misticismo: basta con presencia consciente, reconocimiento de la pérdida y permiso institucional para que el duelo tenga un espacio

visible. Integrar lo simbólico en la rutina clínica es reconocer que la muerte gestacional, aunque invisible, merece memoria y despedida.

Involucramiento de la familia o red afectiva con consentimiento

Muchas mujeres desean compartir su proceso de aborto con una persona de confianza: pareja, madre, hermana o amiga. Incluir esta red afectiva, siempre que la paciente lo consienta, puede ser un factor protector clave en el duelo. La familia o red acompañante también necesita orientación: cómo estar presente sin presionar, cómo ayudar sin invadir. El equipo de salud debe facilitar este acompañamiento, ofreciendo espacios físicos adecuados y apoyo emocional básico para los acompañantes. En casos donde la red sea ausente o inadecuada, se debe activar la intervención del trabajo social o de redes comunitarias disponibles. El duelo no se vive en soledad por elección, sino por omisión institucional o exclusión simbólica. Acompañar a la acompañante también es una forma de cuidar a la paciente. La contención del entorno amplifica la eficacia del cuidado clínico y fortalece la red emocional de sostén.

Acceso a información clara, contención y acompañamiento continuo

Uno de los factores más desestabilizadores para las mujeres que atraviesan un aborto es la falta de información clara y empática. No basta con firmar formularios: se requiere una comunicación directa, comprensible y emocionalmente cuidadosa sobre lo que ocurrirá, qué puede sentir, a dónde puede acudir luego y qué recursos tiene disponibles. La información también debe extenderse al duelo: qué reacciones emocionales son normales, cuándo pedir ayuda, qué señales observar. Además, debe existir un canal de acompañamiento postalta: seguimiento telefónico, sesiones breves de control emocional, disponibilidad para consultas o referencias oportunas. Una atención que se corta bruscamente deja a la paciente sin mapa emocional. Ofrecer continuidad es ofrecer cuidado real: una presencia que permanece, aunque sea simbólicamente, más allá del momento clínico. El acompañamiento continuo humaniza el sistema de salud y reduce la cronificación del sufrimiento.

Sugerencias para políticas públicas sensibles al duelo reproductivo

Las políticas públicas deben reconocer el aborto no solo como un evento médico, sino como una experiencia humana que exige marcos institucionales sensibles al duelo. Esto implica incluir protocolos obligatorios de acompañamiento emocional en todos los niveles de

atención, garantizar la formación del personal en duelo gestacional, y ofrecer acceso gratuito a servicios psicológicos postaborto. También es necesario promover campañas públicas que visibilicen esta forma de duelo y combatan el estigma asociado. La ley debe proteger el derecho a una atención digna, respetuosa y emocionalmente cuidada en contextos de aborto, sin imponer ideologías, pero sí exigiendo humanidad. Cuando el Estado valida el duelo reproductivo como una forma legítima de sufrimiento, genera una cultura de cuidado donde las mujeres no se sienten solas, avergonzadas ni desprotegidas. La salud pública ética comienza donde se reconoce el dolor invisible y se construye respuesta con justicia emocional.

CAPÍTULO XI

Investigación científica y controversias actuales sobre el aborto y la salud mental

CAPÍTULO XI

11.1 El estado del arte en la investigación sobre aborto y salud mental

Principales diseños metodológicos: cohortes, estudios caso-control, series clínicas

Los estudios sobre el impacto psicológico del aborto utilizan, principalmente, tres tipos de diseño metodológico: cohortes prospectivas, estudios caso-control y series clínicas observacionales. Los estudios de cohorte prospectiva son los más robustos en términos de inferencia causal, aunque costosos y complejos de ejecutar. Permiten comparar grupos de mujeres que han abortado con aquellas que han continuado el embarazo, evaluando síntomas afectivos a lo largo del tiempo. Los estudios caso-control, en cambio, permiten comparar retrospectivamente antecedentes de aborto en mujeres con trastornos mentales y sin ellos, aunque son más vulnerables a sesgos de recuerdo. Las series clínicas, si bien útiles en la exploración cualitativa, carecen de grupo control y tienen limitada validez externa. La calidad de los resultados depende críticamente del diseño empleado, la operacionalización del "impacto psicológico" y el control de variables confusoras como historia psiquiátrica previa, edad gestacional o apoyo social.

Evolución histórica de las investigaciones en contextos anglosajones, europeos y latinoamericanos

La evolución del estudio del aborto y salud mental ha estado profundamente marcada por el contexto geopolítico y cultural. En países anglosajones como EE. UU., las investigaciones se intensificaron a partir de la legalización del aborto con *Roe v. Wade* (1973), polarizándose en torno a posturas ideológicas. En Europa Occidental, el enfoque ha sido más clínico y descriptivo, con menor carga política, lo que permitió estudios longitudinales más estables, como los del *Royal College of Psychiatrists*. En América Latina, el desarrollo ha sido más reciente y fragmentado, limitado por restricciones legales, estigmas religiosos y escasa inversión en salud mental reproductiva. Sin embargo, investigaciones emergentes en países como Argentina, México y Colombia comienzan a aportar perspectivas locales, sensibles a las desigualdades estructurales. Esta evolución histórica condiciona no solo el tipo de evidencia disponible, sino también los marcos éticos y epistemológicos que la sustentan.

Resultados frecuentes en síntomas afectivos y trastornos psiquiátricos

Las investigaciones han identificado una variedad de efectos psicológicos tras el aborto, especialmente en mujeres con factores de vulnerabilidad preexistentes. Los síntomas afectivos más frecuentes incluyen tristeza persistente, ansiedad, sentimientos de culpa, pérdida de autoestima y ambivalencia emocional. En términos clínicos, algunos estudios reportan asociación con trastornos como depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, y, en menor medida, síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, estos efectos no son universales ni inevitables. La mayoría de los estudios coinciden en que el aborto, por sí solo, **no causa** trastornos mentales en mujeres sin antecedentes previos, pero sí puede actuar como **factor desencadenante** o **exacerbante** en contextos de alta vulnerabilidad. La interpretación de estos hallazgos debe evitar tanto la minimización como la sobregeneralización, considerando la complejidad del duelo gestacional como un fenómeno emocionalmente legítimo.

Críticas a la evidencia: sesgos de selección, efecto del estigma, control de variables

La investigación sobre aborto y salud mental está atravesada por importantes limitaciones metodológicas. Uno de los principales problemas es el sesgo de selección: muchas mujeres que participan en estos estudios no representan a la población general, sino a subgrupos específicos con mayor acceso a servicios o con motivación para hablar de su experiencia. Otro sesgo frecuente es el efecto del estigma, que puede influir tanto en la experiencia emocional como en las respuestas en entrevistas o cuestionarios, dificultando la objetividad de los datos. Asimismo, el control insuficiente de variables confusoras —como violencia de pareja, pobreza, uso de sustancias o trauma infantil— ha sido señalado como una debilidad crítica. Estas limitaciones hacen que los resultados deban interpretarse con cautela y contextualización, evitando lecturas simplistas o reduccionistas. La ciencia no es neutral cuando investiga temas moralmente cargados: por eso, debe ser más rigurosa.

Dificultades para establecer causalidad entre aborto y psicopatología

Una de las principales controversias científicas es si el aborto **causa** trastornos mentales o si estos se derivan de factores preexistentes o contextuales. La causalidad es difícil de establecer debido a la imposibilidad ética de realizar estudios experimentales controlados y a la alta variabilidad interindividual. Muchos estudios muestran correlación, pero no causalidad. Por

ejemplo, mujeres con trastornos previos son más propensas a buscar un aborto y, a la vez, a presentar síntomas posteriores. Además, el contexto cultural, el nivel de estigmatización, el apoyo social y el tipo de aborto (voluntario, espontáneo, terapéutico) son variables moderadoras clave. Las revisiones más prudentes sugieren que el aborto **no es causa directa** de enfermedad mental, pero puede convertirse en un evento traumático si no es adecuadamente acompañado. Por tanto, las políticas de salud deben centrarse en la contención emocional, no en la prohibición moral.

11.2 El síndrome postaborto: ¿entidad clínica o construcción ideológica?

Origen del término y posición de asociaciones psiquiátricas oficiales (APA, WHO, NICE)

El término "síndrome postaborto" emergió en la década de 1980 en entornos clínico-religiosos estadounidenses, promovido por grupos antiaborto que buscaban visibilizar los efectos psicológicos negativos tras la interrupción del embarazo. Sin embargo, no está reconocido como diagnóstico oficial por ninguna entidad internacional de referencia en salud mental. Ni el *DSM-5-TR* de la American Psychiatric Association (APA), ni la Organización Mundial de la Salud (OMS), ni el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido lo incluyen en sus clasificaciones. Estas organizaciones reconocen que algunas mujeres pueden experimentar malestar emocional o duelo tras un aborto, pero señalan que no existe evidencia suficiente para definir un síndrome clínico específico y universal. La falta de consenso diagnóstico ha generado un intenso debate sobre si el uso del término responde a criterios científicos o a fines ideológicos.

Argumentos a favor: reportes clínicos, experiencias repetidas, sintomatología persistente

Quienes defienden la existencia del síndrome postaborto señalan la recurrencia de ciertos síntomas psicológicos en mujeres que han interrumpido un embarazo: tristeza profunda, insomnio, flashbacks, despersonalización, sentimientos de vacío, aislamiento, disfunción sexual y culpabilidad extrema. Aducen que estos síntomas forman un patrón reconocible y que la negación institucional del síndrome invisibiliza el sufrimiento real de miles de mujeres. Además, argumentan que hay relatos clínicos consistentes, con síntomas que persisten durante meses o años, especialmente en contextos de presión social, coerción o ausencia de acompañamiento emocional. Algunos terapeutas reportan cuadros que cumplen criterios de trastorno de estrés postraumático, aunque sin reconocimiento formal. Desde esta postura, el

término “síndrome postaborto” es una categoría clínica útil para visibilizar el impacto emocional profundo del aborto, incluso si aún no cumple con los estándares de validación diagnóstica convencionales.

Argumentos en contra: falta de validación diagnóstica y riesgo de uso político

Desde la perspectiva contraria, numerosos expertos critican el concepto de síndrome postaborto por carecer de validación científica rigurosa, presentar gran heterogeneidad de síntomas y estar ideológicamente cargado. Se argumenta que agrupar en un “síndrome” una gama amplia de reacciones emocionales individuales desconoce la complejidad del duelo gestacional y patologiza respuestas humanas normales. Además, el uso del término ha sido instrumentalizado por grupos conservadores para impulsar agendas antiaborto, lo que introduce un sesgo político en el discurso clínico. El riesgo es que la categoría sea usada para deslegitimar la autonomía de las mujeres y generar miedo ante la decisión reproductiva. Por ello, asociaciones profesionales sugieren emplear términos clínicamente validados como “duelo postaborto”, “trastorno de adaptación” o “TEPT post-evento obstétrico” según el caso. La crítica no niega el sufrimiento, sino la forma en que se conceptualiza y se usa políticamente.

Comparación con otros síndromes de duelo y trauma reproductivo

Comparar el supuesto síndrome postaborto con otros síndromes clínicos validados permite entender sus límites y posibilidades. El duelo perinatal, el duelo gestacional prolongado y el trauma por muerte neonatal sí están reconocidos como entidades clínicas o como desencadenantes de trastornos específicos. Estos síndromes tienen criterios definidos, escalas de evaluación y protocolos terapéuticos. En cambio, el síndrome postaborto no cuenta con instrumentos diagnósticos validados ni delimitación clara de criterios, lo que dificulta su estudio epidemiológico y tratamiento estandarizado. Además, el aborto no siempre implica pérdida deseada ni vínculo emocional consolidado, por lo que no puede asumirse como equivalente directo a otros duelos reproductivos. El abordaje clínico debe centrarse en la vivencia individual y no imponer categorías diagnósticas fijas. Mientras el duelo perinatal reconoce el amor truncado, el abordaje postaborto debe reconocer la pluralidad de significados sin forzar diagnósticos homogéneos.

Propuesta de categorías más precisas: TEPT postaborto, duelo complejo, trauma perinatal

Ante la controversia, se ha propuesto abandonar la noción de "síndrome postaborto" y utilizar categorías clínicas más precisas y científicamente validadas. Por ejemplo, si la mujer cumple criterios de reexperimentación, hipervigilancia, evitación y disfunción prolongada, puede diagnosticarse un trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionado con evento obstétrico. En otros casos, puede tratarse de un duelo complejo prolongado, especialmente si existía un fuerte apego con el embarazo. También puede conceptualizarse como trauma perinatal, una categoría emergente que abarca eventos gestacionales vividos con terror, impotencia o dolor extremo. Estas propuestas permiten mantener el enfoque clínico, sin recurrir a categorías ideológicamente contaminadas. Además, facilitan la intervención terapéutica con base en guías internacionales. El objetivo no es negar el sufrimiento, sino abordarlo desde una clínica ética, fundamentada y libre de instrumentalización moral.

11.3 Análisis de metaanálisis y estudios longitudinales de alto impacto

Revisión de metaanálisis recientes (2008–2024) con resultados divergentes

Los metaanálisis sobre aborto y salud mental han producido resultados contradictorios, en gran parte debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios primarios. Uno de los más citados, el de Coleman (2011), sugería una asociación significativa entre aborto y problemas de salud mental; sin embargo, fue duramente criticado por fallas metodológicas como inclusión de datos duplicados y falta de control por variables confusoras. Por el contrario, el metaanálisis de Charles et al. (2008) y la revisión sistemática de la Academia Nacional de Ciencias de EE. UU. (2018) concluyeron que el riesgo de trastornos mentales tras un aborto no supera al de mujeres que continúan embarazos no deseados. Estas divergencias reflejan la necesidad de interpretar los resultados con cautela y considerar que los factores contextuales y personales tienen más peso que el evento del aborto por sí solo en la salud mental resultante.

Estudios de cohorte en población general vs. población con vulnerabilidad previa

Los estudios longitudinales más robustos han permitido distinguir entre efectos generales del aborto y sus consecuencias en poblaciones vulnerables. Investigaciones como la del *Turnaway Study* (UCSF, 2008–2016) demostraron que las mujeres que accedieron a un aborto no presentaron peores indicadores de salud mental que aquellas a quienes se les negó el

procedimiento. En cambio, los síntomas más graves se observaron en mujeres con antecedentes psiquiátricos, baja red de apoyo o que sufrieron abortos en contextos de violencia, coerción o religiosidad punitiva. Esto sugiere que no es el aborto en sí, sino la interacción con factores psicosociales preexistentes, lo que aumenta el riesgo de psicopatología. Por tanto, la investigación científica actual enfatiza la necesidad de **segmentar las muestras** y no extrapolar los resultados de un subgrupo al conjunto de mujeres que abortan, evitando inferencias erróneas o patologizantes.

Variables moderadoras: historia psiquiátrica, tipo de aborto, contexto cultural

Los efectos psicológicos del aborto varían sustancialmente según variables moderadoras. La historia de salud mental previa es la más potente: mujeres con antecedentes de depresión, ansiedad, trauma infantil o trastornos de personalidad tienen mayor riesgo de síntomas postaborto. El tipo de aborto también influye: los abortos espontáneos o terapéuticos en embarazos deseados generan más tristeza y duelo, mientras que los abortos inducidos voluntariamente pueden producir alivio en muchos casos, dependiendo del contexto. El entorno cultural es otra variable crítica: en sociedades con alta estigmatización, las mujeres reportan más síntomas de culpa, vergüenza o aislamiento. También influye el nivel de coerción percibido, la calidad de la atención clínica y el acceso a redes de apoyo. Estas variables moderadoras explican por qué la evidencia es tan diversa, y refuerzan la idea de que los efectos del aborto deben entenderse **caso por caso**, no por norma.

Impacto del estigma social y el soporte emocional en los resultados longitudinales

Diversos estudios longitudinales han confirmado que el estigma social y la falta de soporte emocional son factores predictivos clave del malestar psicológico postaborto. La percepción de juicio moral, el silencio familiar, la censura religiosa y la criminalización legal tienen un efecto directo sobre la aparición de síntomas depresivos y ansiosos. Por el contrario, las mujeres que reciben acompañamiento respetuoso, validación emocional y tienen acceso a información clara, presentan menor sintomatología y mayor resiliencia. Esto ha llevado a incluir el “ambiente emocional” como variable contextual en estudios de calidad. Investigaciones realizadas en países con políticas de salud sexual integrales, como Suecia o Canadá, muestran tasas significativamente menores de malestar postaborto que en contextos restrictivos como América Central o regiones conservadoras de EE. UU. Así, el sufrimiento

postaborto no puede comprenderse sin considerar las condiciones psicosociales que lo rodean.

Revisión crítica de métodos estadísticos y operacionalización de constructos

Uno de los principales desafíos metodológicos en este campo es la **definición y medición precisa** de constructos como “impacto psicológico”, “arrepentimiento”, “culpa” o “trastorno postaborto”. Muchos estudios utilizan escalas no validadas o criterios diagnósticos poco claros, lo que afecta la replicabilidad de los hallazgos. Además, los modelos estadísticos frecuentemente omiten controles necesarios, como el historial psiquiátrico, el tipo de evento obstétrico y el contexto socioeconómico. El uso inadecuado de técnicas como regresión múltiple o análisis multivariado puede generar resultados espurios. Por otro lado, algunos estudios presentan “p” estadísticamente significativas pero clínicamente irrelevantes, lo que dificulta su interpretación en la práctica. Para avanzar en esta área, se necesita una **estandarización terminológica**, mejores diseños prospectivos y la inclusión de variables cualitativas que capturen la experiencia subjetiva del aborto. Sin rigor metodológico, la ciencia puede volverse rehén de la ideología que dice querer evitar.

11.4 Vacíos de conocimiento y líneas futuras de investigación

Falta de estudios con enfoque interseccional (género, raza, clase, ruralidad)

Un vacío crítico en la literatura científica sobre aborto y salud mental es la escasa aplicación de enfoques interseccionales. La mayoría de estudios se centran en mujeres blancas, urbanas y heterosexuales, invisibilizando las experiencias diferenciadas de mujeres afrodescendientes, indígenas, migrantes, rurales o disidentes sexuales. Estas poblaciones enfrentan mayores barreras de acceso a servicios, violencia estructural y estigma agravado, lo cual modifica radicalmente su vivencia del aborto. La falta de inclusión de estas variables limita la validez externa de los hallazgos y refuerza sesgos de clase y raza en la producción de conocimiento. Es urgente que los nuevos estudios contemplen el cruce entre identidad de género, etnia, situación migratoria, nivel educativo y ubicación territorial, no como factores de confusión, sino como **dimensiones esenciales** para comprender la complejidad del sufrimiento humano en contextos de aborto.

Ausencia de investigaciones con metodología cualitativa profunda

Aunque los estudios cuantitativos ofrecen generalización estadística, no logran captar la riqueza subjetiva del duelo postaborto. La mayoría de investigaciones se centran en medir síntomas, ignorando narrativas, significados y transformaciones simbólicas. La escasez de estudios cualitativos con enfoque fenomenológico, narrativo o etnográfico impide una comprensión profunda de la vivencia emocional, los rituales simbólicos, los dilemas éticos y las construcciones de sentido que rodean al aborto. Incorporar entrevistas abiertas, relatos de vida, observación participante y análisis hermenéutico permitiría identificar patrones culturales, dimensiones espirituales y procesos internos que escapan a la estadística. La investigación cualitativa no solo complementa la cuantitativa, sino que humaniza los datos y restituye la voz de las mujeres como **fuente primaria de conocimiento clínico y ético**. Sin subjetividad, la ciencia sobre aborto corre el riesgo de deshumanizar aquello que intenta comprender.

Necesidad de incluir neuroimagen, biomarcadores y medidas objetivas

El campo del impacto neuropsicológico del aborto aún carece de evidencia suficiente basada en neuroimagen funcional, biomarcadores endocrinos o medidas psicofisiológicas objetivas. Muy pocos estudios han evaluado la actividad cerebral durante el duelo postaborto mediante fMRI, EEG o PET, ni se han medido correlatos neurohormonales como cortisol, oxitocina, IL-6 o BDNF en etapas críticas del proceso. Incluir estas herramientas permitiría conocer con mayor precisión cómo se modifican las redes cerebrales implicadas en el apego, el trauma y la resiliencia. Además, ofrecería respaldo biológico a fenómenos clínicos observados como la disociación, la hipervigilancia o la anhedonia. Estas tecnologías no buscan reducir el duelo a circuitos neuronales, sino enriquecer su comprensión desde una visión integrada. La neurociencia puede ser una aliada ética si se articula con el respeto por la experiencia subjetiva y la historia emocional de cada mujer.

Propuestas para investigación ética y contextualizada en América Latina

En América Latina, las investigaciones sobre aborto enfrentan desafíos particulares: restricciones legales, temor al estigma, falta de financiamiento y presión ideológica. Por ello, es fundamental diseñar estudios éticos y contextualizados que protejan el anonimato, respeten la autonomía y estén guiados por el principio de no maleficencia. Se requieren

comités de ética sensibles a la salud sexual y reproductiva, así como alianzas entre universidades, redes feministas y centros comunitarios para facilitar el acceso a participantes en condiciones seguras. Además, las investigaciones deben incluir marcos interpretativos que consideren la historia colonial, el racismo estructural, la violencia de género y la pobreza como **determinantes psicosociales del impacto postaborto**. Generar conocimiento situado no es una limitación científica, sino una vía para producir evidencia relevante, ética y transformadora, que responda a las realidades específicas de las mujeres en nuestra región.

Inclusión de la voz de las pacientes como categoría de análisis científico

La gran mayoría de estudios sigue tratando a las mujeres como objeto de estudio y no como sujetas epistémicas. La voz de las pacientes rara vez es incluida como categoría de análisis autónoma, validada y prioritaria. Es necesario promover la participación activa de las mujeres en el diseño, ejecución y análisis de las investigaciones: no solo como informantes, sino como **coautoras del conocimiento**. Las metodologías participativas, feministas y de co-investigación permiten que las pacientes reconstruyan colectivamente su experiencia y generen teorías desde su vivencia. Además, incorporar relatos en primera persona y testimonios clínicos fortalece la dimensión ética de la ciencia y evita la instrumentalización de su dolor. Escuchar es un acto político: solo cuando la ciencia reconoce la autoridad narrativa de quienes han vivido el aborto, puede aspirar a ser verdaderamente humana, rigurosa y transformadora.

11.5 Implicaciones bioéticas y políticas de la investigación científica

Riesgo de instrumentalización ideológica de los resultados (pro vs. anti aborto)

Uno de los mayores riesgos en la investigación sobre aborto y salud mental es la instrumentalización ideológica de los resultados. Tanto sectores proaborto como antiaborto han utilizado datos científicos para reforzar posturas preexistentes, a menudo descontextualizando los hallazgos o sobredimensionando correlaciones. Esta apropiación política de la evidencia genera desconfianza social, polarización académica y distorsión del debate público. Los estudios científicos deben presentar sus conclusiones con claridad, sin ocultar limitaciones ni forzar generalizaciones. Una ciencia ética no se convierte en propaganda: se mantiene crítica, autolimitada y sensible a los múltiples factores que intervienen en el sufrimiento humano. La investigación sobre aborto exige una vigilancia constante para evitar que los datos —y, con ellos, las mujeres— sean reducidos a

instrumentos en batallas morales que ignoran la complejidad de sus experiencias y la dignidad de sus decisiones.

Dilemas bioéticos en la construcción de evidencia sobre sufrimiento humano

Investigar el impacto psicológico del aborto implica enfrentarse a dilemas bioéticos profundos: ¿cómo abordar el dolor sin explotarlo? ¿Cómo respetar el anonimato y al mismo tiempo construir conocimiento público? ¿Hasta qué punto se puede preguntar sin invadir? Estos dilemas requieren más que procedimientos: exigen una ética del cuidado en cada fase del proceso investigativo. Se debe garantizar consentimiento informado real, no solo formal; construir vínculos respetuosos con las participantes; evitar inducir emociones perturbadoras sin apoyo terapéutico; y prever el acompañamiento posterior si el relato reactiva el sufrimiento. La producción científica en salud mental reproductiva no puede estar desconectada del sufrimiento real que estudia. Toda metodología debe estar al servicio de la integridad emocional de quienes participan. Hacer ciencia en temas sensibles no es solo un acto técnico: es una responsabilidad ética profunda.

Rol de los comités de ética en el diseño de investigaciones sensibles

Los comités de ética tienen un papel crucial en la validación y supervisión de investigaciones sobre aborto, pero muchas veces carecen de criterios específicos para temas de salud reproductiva. Es urgente fortalecer su formación en derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género y duelo gestacional. Además, deben promover la evaluación de riesgos emocionales, la pertinencia cultural del lenguaje utilizado, y la incorporación de medidas de protección psicológica durante el trabajo de campo. Su rol no debe limitarse al control burocrático del consentimiento informado, sino expandirse a una supervisión activa de todo el ciclo investigativo. En temas tan sensibles, como el aborto, la ética no puede ser solo un requisito formal: debe ser un marco operativo vivo, que acompañe, cuestione y proteja, tanto a las participantes como a los equipos de investigación.

Necesidad de neutralidad epistemológica sin renunciar al compromiso ético

Aunque el ideal científico promueve la neutralidad epistemológica, esta no debe confundirse con indiferencia moral. Es posible investigar sin sesgo ideológico y, a la vez, con un compromiso ético claro: proteger a las mujeres, visibilizar su sufrimiento, y generar conocimiento que contribuya a mejorar su atención. La neutralidad no implica asépsia

emocional, sino rigor argumentativo y honestidad intelectual. Investigar aborto desde una ética del cuidado significa no negar el dolor, no forzar interpretaciones, y no asumir una postura clínica o política sin fundamento empírico. También implica abrir el debate, no clausurarlo. El desafío es construir una ciencia que escuche, que no ignore lo incómodo, y que aporte a un mundo donde la salud mental reproductiva sea parte de la justicia social, no un lujo técnico ni una trinchera moral.

Propuesta de principios para una ciencia del aborto con dignidad, rigor y compasión

A modo de cierre, proponemos cinco principios para una ciencia sobre aborto que sea ética, útil y humana:

1. **Rigor metodológico**: diseños sólidos, con control de variables y análisis crítico de resultados.

2. **Pluralidad epistémica**: inclusión de métodos cualitativos, subjetividades y diversidad de enfoques.

3. **Participación de las mujeres**: no como objetos de estudio, sino como co-creadoras de conocimiento.

4. **Cuidado emocional**: procesos seguros, respetuosos y sostenidos para las participantes.

5. **Compromiso social**: generación de evidencia que informe políticas públicas, sensibilice a los clínicos y dignifique el duelo postaborto.

6. Una ciencia así no solo describe lo que ocurre, sino que transforma lo que duele. El conocimiento, cuando es ético y situado, puede ser también un acto de reparación simbólica. Y eso —en contextos tan silenciados como el aborto— es, quizá, su forma más alta de verdad.

CAPÍTULO XII

Testimonios clínicos y voces del duelo: relatos para la compasión y la comprensión

CAPÍTULO XII

12.1 Relatos de mujeres: la subjetividad del duelo invisible

Testimonio 1: Aborto espontáneo en gestación deseada – "Dolor sin despedida"

"Tenía ocho semanas. Era nuestro primer hijo, buscado con amor. Un día comencé a sangrar y supe que algo no estaba bien. En urgencias nadie me miraba a los ojos. Me dijeron 'no hay latido', y sentí que algo dentro de mí se desplomó. No hubo cuerpo, no hubo funeral. Solo me dieron unas pastillas y me mandaron a casa con el útero vacío y el alma rota. Nadie me explicó que podía doler tanto llorar por alguien que nunca vi. Mi esposo no sabía qué decirme, y todos me repetían: 'Eran pocas semanas, ya tendrás otro'. Pero yo ya lo amaba. No hubo duelo oficial, no hubo permiso para estar triste. Mi cuerpo volvió a la rutina, pero mi corazón se quedó en pausa. El dolor del aborto espontáneo es un duelo sin nombre, y por eso, pesa más."

Testimonio 2: Aborto terapéutico por malformación fetal – "Decisión devastadora"

"Después de años de intentarlo, quedé embarazada. A la semana 22 nos dijeron que el bebé tenía una malformación incompatible con la vida. Mi mundo se detuvo. Lloré, investigué, recé, pero cada día la esperanza se hacía más pequeña. Tomar la decisión de interrumpir fue la más dura de mi vida. No fue por comodidad, fue por amor. No quería que mi hijo sufriera. Lo parí sabiendo que no respiraría. Lo sostuve, lo besé, le pedí perdón, aunque sabía que no era culpable. La gente no entiende que también hay duelo cuando eliges por compasión. Me sentí juzgada incluso por algunos médicos. Mi cuerpo me dolía, pero lo que dolía más era el silencio que rodeó mi decisión. Yo no aborté, yo despedí a mi hijo antes de tiempo. Y merezco llorarlo sin miedo a que me señalen."

Testimonio 3: Aborto inducido en contexto de pobreza y estigmatización – "Culpa social, alivio íntimo"

"Tenía 19 años, dos trabajos, vivía en una habitación alquilada. Cuando supe que estaba embarazada, sentí que mi vida se acababa. No podía decirle a mi madre. Mi pareja me dijo que era mi problema. Busqué ayuda y terminé tomando unas pastillas en casa de una amiga. Me dolió el cuerpo y el alma. Lloré, sí. Pero también sentí alivio. No estaba preparada, no podía ser madre. Aún hoy, nadie lo sabe. A veces sueño con un niño que me mira en silencio. Otras veces me abrazo y me digo que hice lo que pude. Siento culpa, pero no por haber

abortado, sino porque me hicieron creer que no tenía derecho a elegir. Me habría gustado tener a alguien que me escuche sin juzgarme. Porque no fue una decisión fácil, pero sí fue mía. Y eso también importa."

Testimonio 4: Aborto múltiple y duelo acumulado – "Memoria y silencios"

"Tuve tres abortos espontáneos. El primero me devastó. El segundo lo viví con miedo. El tercero ya ni siquiera lloré. Sentí que algo estaba mal en mí. Cada pérdida fue menos visible para los demás, pero más pesada para mí. Me convertí en una experta en callar. Nadie quiere escuchar sobre pérdidas que se repiten. Me decían que me relaje, que quizás no era el momento. Fui madre de hijos que nunca nacieron, y sin embargo, tengo las manos vacías. La tristeza se volvió crónica, invisible. Un día decidí escribirles cartas. Nombrarlos. Darles lugar. Empecé a sanar cuando comprendí que no necesitaba olvidar para avanzar. La sociedad no entiende que el duelo reproductivo se acumula, y que cada pérdida revive la anterior. Yo ya no me disculpo por llorar. Mi útero tiene memoria, y mi corazón también."

Testimonio 5: Aborto en adolescente indígena – "Choque cultural, espiritualidad y resiliencia"

"Soy Kichwa y tenía 15 años cuando supe que estaba embarazada. En mi comunidad, ser madre joven no es raro, pero mi embarazo fue producto de una relación forzada. Fui a un hospital en la ciudad. Nadie hablaba mi idioma. Me dijeron cosas que no entendí. Me dieron papeles que no sabía firmar. Me hicieron sentir sucia. Aborté sin saber del todo cómo ni cuándo. Cuando volví a mi comunidad, no hablé del tema. Mi abuela me llevó al río y me enseñó a pedir perdón al agua. Encendimos fuego y le dimos nombre al alma que se fue. Allí comencé a sanar. La medicina no me curó, pero el ritual me devolvió mi fuerza. Hoy soy promotora de salud intercultural. Cierro los ojos y escucho a otras jóvenes. Porque sé que, aunque el dolor no se ve, también necesita palabra."

12.2 Voces de profesionales de salud: entre el deber y la empatía

Relato de una obstetra – "Yo también lloré con ella"

"Era una paciente joven, con diagnóstico fetal incompatible con la vida. Vino acompañada de su madre. Me explicó que no quería que su bebé sufriera. Su voz temblaba, pero su decisión era firme. La atendí como a cualquier otra mujer, pero cuando terminó el procedimiento, me quedé con ella. Me tomó de la mano. '¿Cree que hice bien?', me preguntó. No supe qué decir.

Solo le dije: 'Hiciste lo que pudiste con el amor que tenías'. Esa noche lloré. Como obstetra, aprendemos a cortar, suturar, indicar. Pero nadie nos enseña a acompañar un alma que se rompe. Desde ese día cambié mi forma de atender. No basta con no hacer daño: hay que sostener, validar y, a veces, llorar con ellas. La ciencia salva cuerpos. Pero la empatía… salva memorias. Y eso también es medicina."

Relato de una enfermera obstétrica – "Los gestos que salvan"

"No siempre recuerdo sus nombres, pero sí sus miradas. Muchas veces, mientras médicos discuten protocolos, yo estoy allí sosteniéndoles la mano. Una me pidió que no la dejara sola. Otra me preguntó si podía abrazarla. Aprendí que en esos momentos, el cuerpo duele menos que el alma. Me convertí en traductora emocional entre el lenguaje técnico y el humano. Doy agua, acomodo la sábana, susurro palabras que calman. Nadie me capacita para eso, pero lo hago porque sé que importa. El gesto de no girar la cara cuando lloran. El silencio respetuoso cuando ya no hay palabras. A veces me preguntan si duele acompañar. Claro que sí. Pero también dignifica. Yo no decido por ellas. Solo camino a su lado cuando todo parece romperse. Y en ese trayecto, a veces ellas también me enseñan a sanar."

Relato de una psicóloga clínica – "El límite entre contener y cargar el dolor"

"Cada historia es única, pero algunas te habitan. Recuerdo una mujer que lloraba sin sonido, mirando un punto fijo. Me contó que había abortado sola. 'No sé si puedo perdonarme', dijo. Trabajamos su duelo por meses. Acompañarla me conmovió, pero también me desgastó. Hubo semanas en las que soñaba con sus palabras, con su culpa. Entendí entonces que no basta con saber técnicas: hay que aprender a poner límites emocionales sin deshumanizarse. La psicología clínica en contextos de aborto exige presencia, escucha activa y también autocuidado. No somos salvadoras. Somos espejos empáticos. Ayudamos a resignificar, pero no podemos evitar el dolor. Aprendí a respirar antes y después de cada sesión. A soltar lo que no es mío. Porque contener no es cargar. Y solo desde ese lugar puedo seguir acompañando con verdad."

Relato de un médico general – "La soledad institucional ante el aborto legal"

"Trabajo en una unidad de salud rural. A veces me llegan mujeres en pleno proceso de aborto, con miedo, con culpa, con dolor. Legalmente puedo atenderlas, pero institucionalmente me siento solo. No hay protocolos claros, no hay psicólogo disponible, no hay respaldo ético. Una

vez, una paciente me dijo: 'No me juzgue, doctor'. Me dolió que asumiera que lo haría. Le dije: 'Estoy aquí para cuidarte, no para juzgarte'. Esa frase cambió algo en mí. Desde entonces, me he formado por mi cuenta, he buscado lecturas, talleres, colegas sensibles. Porque aunque sea médico general, entiendo que cada decisión de aborto encierra una historia compleja. Y que una atención digna no depende del título, sino de la humanidad. La medicina rural también puede ser compasiva. Solo falta que el sistema lo entienda."

Relato de un residente – "Cómo cambió mi forma de ver la medicina"

"En mi primer año de residencia, presencié un aborto terapéutico. Yo estaba enfocado en lo técnico: signos vitales, procedimientos, dosis. Pero cuando terminó, vi a la mujer abrazando una mantita con la que había llegado. La sostenía como si sostuviera algo que ya no estaba. Me quedé paralizado. Nadie nos enseña a mirar más allá del monitor. Después de esa guardia, empecé a replantearme todo: ¿qué significa curar?, ¿cómo se acompaña el dolor que no se ve en una radiografía? Hablé con psicólogos, con enfermeras, con pacientes. Aprendí que la medicina no solo son algoritmos. Es también humanidad, contexto, presencia. Hoy, cada vez que entro a una sala donde hay aborto, respiro hondo y me digo: 'Sé humano antes que experto'. Porque eso es lo que las mujeres recuerdan. No lo que hiciste. Sino cómo estuviste."

12.3 Narrativas de acompañamiento espiritual y terapias alternativas

Relato de una doula postaborto – "El poder del silencio y el ritual"

"Acompaño abortos desde el cuerpo y desde el alma. No soy médica, ni psicóloga. Soy presencia. Muchas veces, las mujeres no necesitan explicaciones, sino que alguien esté ahí, en silencio, sosteniendo el espacio. He aprendido que cada mujer trae su propio idioma emocional. Algunas quieren hablar con su hijo, otras quemar una carta, otras solo llorar. El ritual no es algo religioso: es una forma de darle forma al caos. Una vez, una mujer me pidió que la ayude a enterrar una ecografía. Hicimos un pequeño altar con flores silvestres. Lloró sin palabras. Y luego, respiró. Yo no curo: acompaño. El silencio también es medicina. En el aborto hay un duelo invisible. Mi tarea es hacer visible su dignidad, su derecho a llorar, y su libertad para elegir cómo decir adiós."

Relato de una facilitadora de círculos de mujeres – "Resignificar en colectivo"

"Los círculos de mujeres que acompaño no son terapias convencionales. Son espacios donde lo emocional, lo simbólico y lo ancestral se entrelazan. Cuando una mujer habla por primera vez de su aborto —a veces después de años de silencio— el círculo guarda su palabra con respeto. No opinamos, no corregimos: escuchamos. Allí ocurre algo mágico: la vergüenza se disuelve al encontrar eco. Muchas dicen 'pensé que era la única'. Al compartir sus historias, descubren que el dolor no las hace menos valiosas, sino más humanas. Hacemos rituales con elementos naturales, escribimos cartas, tejemos símbolos, cantamos despedidas. Lo colectivo resignifica lo individual. El aborto deja huella, sí. Pero también puede dejar una red. En el círculo no hay diagnóstico ni juicio. Solo presencia, memoria y dignidad compartida."

Relato de una terapeuta corporal – "El útero como archivo de memorias emocionales"

"Trabajo con memoria somática. El cuerpo, y especialmente el útero, guarda historias que la mente a veces bloquea. Muchas mujeres llegan con síntomas vagos: insomnio, contracturas, ansiedad, dificultades sexuales. Y al explorar desde el cuerpo, emergen recuerdos de abortos no hablados, silencios impuestos, despedidas negadas. A través del tacto respetuoso, la respiración consciente y ejercicios de bioenergética, ayudamos a liberar esa carga. No buscamos revivir el trauma, sino transformarlo. El cuerpo no miente: tiembla, se cierra, se contrae, pero también sabe soltar, llorar y renacer. Una paciente me dijo una vez: 'No sabía que mi útero también lloraba'. Acompañar desde lo corporal es una forma de devolverle dignidad al cuerpo que fue medicalizado, juzgado o ignorado. La sanación comienza cuando el cuerpo es escuchado como un testigo sabio."

Relato de una acompañante laica en duelo – "Espiritualidad sin religión, consuelo desde el amor"

"No pertenezco a ninguna religión. Pero acompaño desde la espiritualidad laica: esa que se basa en el respeto, la compasión y el silencio profundo. Cuando una mujer pierde un embarazo —sea por decisión o por destino— muchas veces siente que algo se rompió en su alma. A veces siente culpa, otras veces vacío, otras veces ambas cosas. Yo no ofrezco respuestas. Ofrezco presencia. Hacemos rituales simples: escribir una carta, plantar una semilla, encender una vela. La mujer elige. Yo solo acompaño. Le recuerdo que su dolor es legítimo, que su historia importa, que su hijo —aunque no haya nacido— existió en su corazón. Esa memoria

merece respeto. Acompañar no es dirigir. Es caminar al lado, en silencio, cuando todo parece oscuro. Porque a veces, la luz no viene de afuera. Viene del momento en que alguien dice: 'No estás sola'."

Relato de una madre que acompaña madres – "Una red de duelo sin palabras"

"Tuve dos abortos espontáneos y uno terapéutico. Nadie me habló de duelo. Me sentí sola, rota, invisible. Con el tiempo, encontré a otras mujeres que habían pasado por lo mismo. Fundamos un grupo de acompañamiento entre madres que han perdido, para madres que están perdiendo. No somos profesionales, pero tenemos lo más importante: experiencia vivida y escucha sin juicio. Cuando llega una madre nueva, la abrazamos. Le decimos que puede llorar, gritar, callar. Que no está obligada a sanar rápido. Que no tiene que justificarse. Hacemos encuentros, tejemos nombres, leemos cartas, lloramos en círculo. Cada duelo es distinto, pero en esa red compartida algo se alivia. Ser parte de esta red me ha enseñado que incluso en el dolor más profundo, el amor puede crear sostén. Y que entre madres que han perdido, hay una forma de amor que no necesita palabras."

12.4 La experiencia compartida: tejido social, narración y justicia simbólica

El testimonio como forma de resistencia: hablar para no desaparecer

En contextos donde el aborto sigue siendo estigmatizado o criminalizado, dar testimonio se convierte en un acto de resistencia. Cuando una mujer decide contar su historia, rompe el pacto del silencio que la culpa impone. No habla solo por sí misma: habla por todas aquellas que no pudieron o no se atrevieron. Narrar la propia experiencia significa reinscribir la existencia en un lenguaje que antes la negaba. El testimonio no busca lástima ni validación externa: busca existir en la historia. Muchas mujeres descubren que hablar —aunque duela— es un camino hacia la integración emocional. El dolor narrado ya no es solo herida, es palabra. Y cuando una historia personal se convierte en eco colectivo, se transforma en tejido social. Hablar del aborto no es escándalo ni provocación: es afirmación digna de una experiencia humana profunda.

La memoria colectiva del aborto: archivo ético del dolor silenciado

Durante décadas, las historias de aborto han quedado fuera de los archivos oficiales, las estadísticas públicas y los relatos culturales. El duelo por aborto no solo es individual: también

es un vacío histórico. Recuperar estas voces, organizarlas, compartirlas con cuidado, es una forma de construir memoria colectiva. Una memoria que no victimiza ni idealiza, sino que restituye presencia a quienes han sido expulsadas del relato común. El archivo del aborto no es una base de datos: es un acto ético. Una manera de decir "esto también nos pasó, y merece ser recordado". Grabar audios, escribir cartas, conservar objetos simbólicos o crear espacios conmemorativos son formas de construir esa memoria. Porque lo que no se narra, se repite en silencio. Y porque una sociedad que honra sus pérdidas puede también transformar sus heridas en conciencia.

Narrar como acto político, terapéutico y epistemológico

Narrar el aborto es, al mismo tiempo, un acto político, terapéutico y generador de conocimiento. Político, porque desafía el silenciamiento institucional y cultural. Terapéutico, porque convierte el caos interno en lenguaje organizado y compartido. Epistemológico, porque aporta saberes que no surgen de los laboratorios, sino del cuerpo vivido. Cada testimonio desestabiliza estereotipos, revela matices y complejiza las categorías médicas y legales. Además, contribuye a la pedagogía clínica: quienes narran enseñan a profesionales a escuchar desde la experiencia, no solo desde los manuales. En el acto de narrar, la mujer deja de ser "paciente" o "caso clínico" para convertirse en sujeto activo de conocimiento. Esta transformación no solo le pertenece a ella: también le ofrece al sistema de salud una oportunidad de humanizarse y aprender. Donde hay palabra viva, hay posibilidad de vínculo, de transformación y de justicia emocional.

Reconstrucción de la dignidad a través del relato

Muchas mujeres relatan que tras un aborto se sintieron sucias, culpables, juzgadas o deshumanizadas. El relato, cuando es escuchado con respeto, tiene el poder de reconstruir su dignidad. No se trata de maquillar la experiencia, sino de reconfigurarla en sus propios términos. Poder decir: "esto fue lo que viví, esto fue lo que sentí, esto es lo que significa para mí" es un acto de autorreparación simbólica. El relato permite resignificar la experiencia no desde la culpa ni desde el juicio externo, sino desde la verdad emocional propia. Este proceso es aún más potente cuando ocurre en presencia de un otro compasivo: un terapeuta, un grupo, un libro, una amiga que escuche sin interrumpir. La dignidad no se da desde fuera: se

restituye cuando la mujer puede narrarse con autonomía, sin tener que pedir permiso para sentir.

La escucha como práctica clínica, social y humana

Escuchar el relato de una mujer que ha abortado no es un acto pasivo: es una práctica clínica, social y profundamente humana. La escucha verdadera implica silencio interior, suspensión del juicio y apertura al relato en toda su complejidad. Escuchar no es confirmar ni corregir: es acompañar. En lo clínico, mejora la alianza terapéutica y permite intervenciones más precisas. En lo social, combate el aislamiento y reconstruye redes de apoyo. En lo humano, valida la existencia del otro como sujeto de sentido. Una sociedad que no sabe escuchar el aborto, es una sociedad que no sabe cuidar. Incluir la escucha como parte integral de la atención postaborto no requiere tecnología avanzada, sino ética relacional. Escuchar bien es, en muchos casos, el primer gesto de reparación. Y, a veces, el más necesario.

12.5 Ética en la recopilación y uso de testimonios sensibles

Consentimiento informado y resguardo de identidad

Trabajar con testimonios de mujeres que han atravesado un aborto exige un consentimiento informado que vaya más allá del papel firmado. La participante debe comprender con claridad cómo se utilizará su relato, quién tendrá acceso a él y qué efectos podría tener su publicación. El consentimiento debe ser continuo, no único: puede retirarse en cualquier momento sin represalias. Además, el resguardo de identidad no solo se refiere a cambiar nombres, sino también a proteger detalles que podrían hacerla identificable en su comunidad. El anonimato debe ser garantizado incluso cuando la historia se comparte en espacios clínicos o académicos. En casos donde la mujer decide hablar con su nombre real, es igualmente necesario evaluar los posibles impactos sociales o familiares. La ética del testimonio es, ante todo, una ética del cuidado del otro en su vulnerabilidad.

Selección, edición y contextualización ética de los relatos

La edición de testimonios sensibles requiere extrema prudencia. No se trata de embellecer la experiencia ni de ajustarla a fines argumentativos. La selección debe responder a criterios de representatividad, diversidad y relevancia, nunca al morbo ni al sensacionalismo. Además, cada relato debe ser contextualizado para evitar interpretaciones erróneas o estigmatizantes.

¿Qué cultura lo enmarca?, ¿qué situación socioeconómica lo atraviesa?, ¿qué recursos emocionales o comunitarios tenía la mujer? Estas preguntas ayudan a situar el relato, no a juzgarlo. El testimonio es un texto vivo: debe ser editado con el consentimiento de su autora y respetando su intencionalidad narrativa. Intervenir el relato sin consultar, recortarlo de forma sesgada o insertarlo fuera de contexto es una forma de violencia simbólica. La palabra confiada por una mujer es un acto de entrega: merece ser tratada con integridad.

Riesgos de la exposición emocional no acompañada

Publicar un testimonio sensible puede abrir una herida emocional si la mujer no está preparada para ver su historia compartida públicamente. Incluso si consiente en el momento de la entrevista, el impacto posterior —al leerlo impreso, escucharlo en voz ajena o recibir comentarios— puede ser inesperado. Por eso, es clave que el proceso de testimoniar esté acompañado por contención emocional, espacio de reflexión y posibilidad de revocar su decisión. Además, el uso de testimonios sin acompañamiento puede reforzar dinámicas de re-victimización, especialmente si son expuestos en contextos hostiles o polémicos. No toda historia necesita ser publicada para ser valiosa. La confidencialidad y el respeto por los tiempos psíquicos de cada mujer deben primar sobre cualquier interés narrativo o editorial. El cuidado emocional posterior es parte de la ética del relato, no un complemento.

Testimonio no es espectáculo: límites del uso público de la intimidad

En un mundo saturado de historias, el testimonio sobre aborto corre el riesgo de ser convertido en espectáculo: algo que se muestra para conmover, persuadir o movilizar audiencias. Pero la intimidad dolida no es un recurso retórico: es un acto profundamente humano que merece límites. Exhibir historias de aborto sin sensibilidad, en formatos mediáticos o políticos descontextualizados, puede trivializar el dolor, banalizar el duelo y exponer injustamente a las mujeres. Por ello, el uso público del testimonio debe preguntarse siempre: ¿cuál es la intención?, ¿a quién sirve?, ¿a quién podría dañar? El testimonio debe empoderar, no explotar. Debe iluminar, no impresionar. Y sobre todo, debe preservar la humanidad de quien lo confió. Convertir la vivencia íntima en bandera es un riesgo: por eso, la ética narrativa requiere tanto sensibilidad como sobriedad.

Cómo integrar relatos clínicos en la docencia sin re-victimización

Los relatos clínicos sobre aborto tienen un enorme valor pedagógico, pero su uso en la formación médica o psicológica debe estar mediado por criterios éticos claros. Presentar un testimonio no debe ser una simple “ilustración” de conceptos: debe ser un punto de partida para la empatía, la reflexión y la crítica. Es esencial contextualizar el relato, obtener autorización explícita y generar un espacio de discusión respetuosa. Además, el docente debe cuidar que la exposición del testimonio no reproduzca estigmas ni provoque juicios morales en el aula. La enseñanza con relatos reales debe orientarse a humanizar la práctica clínica, no a patologizar la experiencia narrada. Cuando un testimonio se convierte en herramienta educativa, debe recordarse siempre que detrás de cada palabra hay una persona viva, que habló con la esperanza de ser escuchada con dignidad.

Epílogo

Carta a quienes han amado en silencio

1.

A ti, mujer que has pasado por un aborto —espontáneo, inducido, terapéutico o impuesto por la vida—, te escribimos con respeto. Este libro no pretende explicarte quién eres ni decirte cómo deberías sentirte. Pretende tender una mano desde la ciencia, la clínica, la empatía. Porque sabemos que más allá del procedimiento, más allá del diagnóstico, hay un cuerpo que guarda memoria y un corazón que busca sentido. Aquí no hay juicios, solo reconocimiento. Porque toda experiencia de pérdida, incluso la más breve o negada, merece ser nombrada con dignidad.

2.

Hemos recorrido estas páginas con el compromiso de comprender tu experiencia en su complejidad. No buscamos reducirla a cifras ni encasillarla en diagnósticos, sino escucharla en su humanidad. Algunas lloraron en silencio. Otras lo gritaron en voz baja. Muchas lo callaron durante años. Pero todas, en algún momento, sintieron que algo dentro cambió para siempre. Este libro es también un intento de nombrar esas transformaciones invisibles que pocas veces se reconocen, pero que habitan la piel, los sueños, el cuerpo.

3.

En estos capítulos hemos unido la neurociencia con la psicología, la medicina con la espiritualidad, la estadística con el testimonio. Porque el duelo gestacional no se comprende solo desde un laboratorio ni solo desde el alma. Se comprende desde el entrecruce de todos esos lenguajes. Te hemos escuchado a través de otras voces que quizás resuenan con la tuya. Y si alguna página te hizo sentir acompañada, aunque sea por un instante, entonces esta obra ha cumplido su propósito.

4.

Sabemos que muchas veces se te pidió que te olvidaras rápido. Que no hablaras. Que “fue poco tiempo”, que “ya tendrás otro”, que “no fue para tanto”. Pero este libro afirma lo contrario: fue para tanto como para doler. Para tanto como para habitar tu cuerpo, para aparecer en tus silencios, para transformarte. No importa si lo dijiste o no. No importa si lloraste sola o si te abrazaron. Aquí, ahora, te decimos: sí importó. Tú importas.

5.

A quienes te juzgaron sin saber. A quienes negaron tu duelo. A quienes te pidieron seguir como si nada. A ellos no les escribimos. Les invitamos, si acaso, a leer con respeto. Pero esta carta es tuya. Tu historia, como todas las historias humanas, es irrepetible. Si decidiste abortar, si perdiste sin querer, si la vida decidió por ti, esta obra no evalúa tus elecciones. Las honra, porque nacieron de un contexto, de un tiempo, de una mujer real con nombre, historia y razones.

6.

Si aún llevas preguntas sin respuesta, queremos decirte que está bien. No todas las heridas sanan con lógica. Algunas solo encuentran alivio cuando dejan de ser ignoradas. No te pedimos que sanes, ni que perdones, ni que sigas. Solo te invitamos a escucharte con el mismo respeto que mereces recibir del mundo. A veces, el primer paso hacia la reparación no es avanzar: es detenerse, reconocerse y abrazar la propia historia sin miedo.

7.

Si este libro llega a manos de una joven que hoy se pregunta si tiene derecho a llorar, o a decidir, o a escribirle una carta a alguien que no nació, o a alguien que nació y se fue: le decimos sí. Sí tienes derecho. No necesitas justificar tu dolor. No necesitas merecer consuelo. Ya lo mereces. Este texto existe porque tú existes. Porque tu vivencia tiene valor. Porque la ausencia también deja huellas. Porque lo que no nació, también fue amor.

8.

A ti que acompañas, cuidas, sostienes: madre, terapeuta, enfermera, amiga, compañera. Este libro también es tuyo. Porque sanar un duelo postaborto no es solo tarea de quien lo vive, sino de quienes lo rodean. Gracias por escuchar sin juicio. Por saber estar. Por llorar con ellas. Por sostener lo que no siempre se dice en voz alta. Por hacer que la ciencia se vuelva humana, y que el cuidado no olvide lo que la medicina no siempre puede medir.

9.

A todas las mujeres que han amado sin ver, que han despedido sin cuerpo, que han llorado en voz baja, que han reconstruido su vida desde cicatrices invisibles: esta obra les pertenece. Que encuentren en estas páginas no solo conceptos, sino compañía. Que el conocimiento aquí compartido sea una ofrenda para que el silencio deje de doler tanto, y la palabra pueda volver

a florecer. Ustedes no están solas. Sus historias laten en estas letras. Y su dignidad, intacta, merece ser nombrada.

10.

Este epílogo no cierra: abre. Es una invitación a seguir investigando, acompañando, narrando, sanando. Porque el aborto —en cualquiera de sus formas— seguirá siendo parte de la historia de muchas. Lo que cambia es cómo la escribimos. Que cada nueva página se escriba con respeto, con ciencia, con compasión. Y sobre todo, con la convicción profunda de que **cada vida humana, incluso en sus pérdidas, es sagrada**.

Con respeto y esperanza,

Los autores.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Aborto espontáneo

Interrupción involuntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación, generalmente causada por anomalías cromosómicas, problemas uterinos, infecciones o causas desconocidas. Se diferencia del aborto inducido por su origen no voluntario.

Aborto inducido

Terminación deliberada del embarazo mediante medios farmacológicos o quirúrgicos, ya sea por decisión de la mujer, indicación médica o circunstancias legales. Puede ser electivo, terapéutico o por condiciones socioeconómicas.

Aborto terapéutico

Interrupción del embarazo justificada por razones médicas que amenazan la vida o salud física o mental de la madre, o por malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

Acompañamiento postaborto

Proceso de contención emocional, clínica y/o espiritual brindado a mujeres que han pasado por un aborto, con el objetivo de facilitar su duelo, prevenir psicopatologías y dignificar su vivencia.

Apego maternofetal

Vínculo emocional y neurobiológico que se establece entre la madre y el embrión/feto durante la gestación. Implica activación de circuitos cerebrales relacionados con el cuidado, la protección y la empatía.

Bioética

Disciplina que reflexiona sobre las implicaciones morales de las intervenciones biomédicas, considerando el respeto a la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

Burnout

Síndrome de desgaste profesional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, frecuente en trabajadores de salud que atienden situaciones de alta carga emocional como el aborto.

Culpa postaborto

Sentimiento emocional negativo caracterizado por autorreproche, sensación de haber cometido un error o transgredido normas morales, frecuente en contextos de alta estigmatización social o religiosa del aborto.

Duelo gestacional

Proceso psicológico y simbólico de elaboración de la pérdida del embarazo, independientemente de la edad gestacional, voluntariedad o causa del aborto. Incluye manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales.

Duelo perinatal

Tipo de duelo asociado a la muerte fetal o neonatal (desde la semana 20 de gestación hasta los primeros días posparto), que comparte características con el duelo gestacional pero suele implicar rituales visibles y mayor validación social.

Empatía clínica

Capacidad del profesional de salud para comprender emocionalmente a la paciente, sintonizar con su experiencia y responder de manera compasiva y ética, sin perder la objetividad clínica.

Estigma reproductivo

Forma de discriminación social que penaliza, invisibiliza o desacredita las decisiones reproductivas de las mujeres, incluyendo el aborto. Se manifiesta en el juicio moral, la exclusión simbólica y la culpabilización.

Neuropsiquiatría

Disciplina médica que integra conocimientos de neurología y psiquiatría para abordar trastornos mentales con base neurobiológica, incluyendo afectaciones del sistema nervioso central vinculadas a trauma, duelo y estrés.

Neuroplasticidad

Capacidad del sistema nervioso para reorganizar sus conexiones sinápticas en respuesta a experiencias, aprendizajes o eventos traumáticos. Es fundamental en los procesos de adaptación postduelo.

Narrativa clínica

Uso terapéutico de la narración personal como herramienta para resignificar experiencias dolorosas, reconstruir identidad y facilitar procesos de sanación emocional. Se aplica en contextos de psicoterapia del duelo postaborto.

Postaborto (atención)

Conjunto de intervenciones clínicas, psicológicas y sociales que se brindan a la mujer luego de un aborto, con el fin de salvaguardar su salud integral, reducir riesgos y facilitar su recuperación emocional.

Presencia terapéutica

Actitud de plena atención, disponibilidad emocional y respeto profundo hacia el relato del paciente, fundamental en contextos de duelo y trauma. Implica estar sin intervenir, sostener sin dirigir.

Psicotraumatología

Campo de estudio y práctica clínica centrado en el abordaje del trauma psíquico, incluyendo el derivado de eventos obstétricos adversos como el aborto traumático o el duelo perinatal complejo.

Resiliencia

Capacidad del ser humano para adaptarse positivamente a situaciones adversas, reconstruirse emocionalmente y encontrar nuevos significados ante la pérdida o el trauma.

Ritual de cierre

Acción simbólica realizada por la mujer o el equipo de salud para facilitar la despedida emocional del embarazo perdido. Puede incluir gestos espirituales, cartas, entierros simbólicos o ceremonias comunitarias.

Síndrome postaborto

Término controvertido no reconocido oficialmente por las principales clasificaciones psiquiátricas (DSM-5, CIE-11), propuesto para describir síntomas emocionales negativos tras un aborto. Su uso está en debate por su carga ideológica.

TEPT postaborto

Forma de trastorno de estrés postraumático que puede aparecer tras abortos vividos con horror, violencia, coerción o condiciones clínicas traumáticas. Incluye síntomas de hipervigilancia, reexperimentación, evitación y disfunción afectiva.

Testimonio clínico

Narrativa personal de pacientes o profesionales que expone vivencias subjetivas en contextos de salud. En el aborto, el testimonio funciona como medio de validación, reparación y transformación social del duelo.

Vulnerabilidad psicosocial

Condición de fragilidad emocional y contextual derivada de factores como pobreza, violencia, aislamiento, juventud o historia de trauma, que incrementa el riesgo de sufrir consecuencias negativas tras un aborto.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: APA Publishing.

Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., Steinberg, J. R., & Foster, D. G. (2020). Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 10(2), e033324. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033324

Blackmore, E. R., et al. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373–378. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436–450. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180–186. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230

Foster, D. G., Biggs, M. A., Ralph, L. J., Gerdts, C., Roberts, S. C., & Glymour, M. M. (2018). Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States. *American Journal of Public Health*, 108(3), 407–413. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304247

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25–35. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017

Guttmacher Institute. (2022). *Abortion Worldwide Report: Legal Status and Health Outcomes*. Retrieved from https://www.guttmacher.org/

Harris, L. F., & Grossman, D. (2020). Confronting the challenge of abortion stigma. *The Lancet Public Health*, 5(4), e195. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30035-1

Korenromp, M. J., Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., & Visser, G. H. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal

abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25(3), 253–260. https://doi.org/10.1002/pd.1114

Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 23(7), 924–935. https://doi.org/10.1177/1049732313484198

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *The Safety and Quality of Abortion Care in the United States*. Washington, DC: National Academies Press. https://doi.org/10.17226/24950

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Postnatal care*. Clinical guideline [NG194]. https://www.nice.org.uk/guidance/ng194

O'Donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M., et al. (2013). The impact of traumatic loss on posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. *Depression and Anxiety*, 30(2), 113–120. https://doi.org/10.1002/da.22001

Robinson, G. E. (2009). Psychological responses after abortion. *BMJ*, 339, b2990. https://doi.org/10.1136/bmj.b2990

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. London: RCOG Press. https://www.rcog.org.uk/

Steinberg, J. R., McCulloch, C. E., Adler, N. E., & Foster, D. G. (2014). The turnaway study: A prospective longitudinal study of the health effects of receiving vs. being denied an abortion. *PLOS ONE*, 9(12), e115954. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115954

WHO – World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. Geneva: WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Williams, R. E., Zappert, L. T., & Charlton, D. D. (2018). Miscarriage and perinatal grief. In: H. M. Kravitz (Ed.), *Women's Mental Health* (pp. 117–134). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108572867.009

Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (2011). Clinical implications of the effects of trauma on infants and young children. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 105–109. https://doi.org/10.1002/imhj.20284

1. **Bouzat, P., et al.** (2022). *Chest trauma in severe trauma patients: Incidence, management, and outcomes in the prehospital setting*. **Annals of Emergency Medicine**, 80(4), 421–429. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.06.004

2. **Kobayashi, L. M., et al.** (2023). *Artificial Intelligence in Trauma Care: Current Applications and Ethical Implications*. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, 95(2), 245–252. https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003872

3. **Haut, E. R., et al.** (2020). *Improving outcomes in prehospital trauma: Role of ultrasonography*. **JAMA Surgery**, 155(3), 225–234. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.5124

4. **Blackbourne, L. H., et al.** (2019). *Tactical Combat Casualty Care Update: 20 years of saving lives*. **Military Medicine**, 184(3–4), e218–e225. https://doi.org/10.1093/milmed/usz001

5. **Smith, I. M., et al.** (2022). *Simulation training and thoracic trauma: A randomized clinical trial on performance improvement*. **Simulation in Healthcare**, 17(5), 307–314. https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000587

6. **Thompson, S. J., et al.** (2021). *Prehospital thoracostomy: Outcomes and training variability in civilian EMS systems*. **Prehospital Emergency Care**, 25(1), 72–79. https://doi.org/10.1080/10903127.2020.1737285

7. **Mason, M., et al.** (2023). *Artificial intelligence-supported triage systems in trauma mass-casualty incidents: A scoping review*. **The Lancet Digital Health**, 5(1), e13–e22. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00226-3

8. **Sava, J., et al.** (2020). *Thoracic trauma and the evolution of prehospital management: Guidelines update 2020*. **Chest**, 157(3), 733–745. https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.11.021

9. **Greer, N., et al.** (2021). *Portable ultrasound for trauma triage: Evidence summary*. **Annals of Internal Medicine**, 174(7), 993–1000. https://doi.org/10.7326/M20-6992

10. **Velmahos, G. C., et al.** (2019). *Massive hemothorax: Early detection and outcomes with prehospital interventions*. **Trauma Surgery & Acute Care Open**, 4(1), e000358. https://doi.org/10.1136/tsaco-2019-000358

11. **White, N. J., et al.** (2022). *Prehospital pain control in thoracic injuries: Comparison of ketamine vs opioids*. **Journal of Emergency Medicine**, 62(3), 353–360. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2021.11.003

12. **Tanaka, H., et al.** (2020). *Global epidemiology of chest trauma: A WHO regional perspective*. **World Journal of Surgery**, 44(8), 2716–2725. https://doi.org/10.1007/s00268-020-05503-2

13. **Stewart, R. M., et al.** (2019). *Golden Hour: Critical care timing and thoracic trauma mortality*. **Critical Care Medicine**, 47(1), 55–62. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003505

14. **Gerhardt, R. T., et al.** (2021). *Use of drones in trauma triage and logistical support: Proof-of-concept and regulatory challenges*. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, 15(4), 456–462. https://doi.org/10.1017/dmp.2020.92

15. **Beckett, A., et al.** (2023). *Extended prehospital care in remote trauma: Logistics, AI and modular interventions*. **Journal of Special Operations Medicine**, 23(2), 17–24. https://doi.org/10.55460/GD5X-9JRG

16. **Alonso-Coello, P., et al.** (2020). *GRADE guidelines 25: Evidence-based decision-making in prehospital care*. **BMJ Evidence-Based Medicine**, 25(5), 150–156. https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111321

17. **Chang, C. Y., et al.** (2022). *Mental stress and performance in prehospital thoracic interventions: Simulation-based analysis*. **Academic Emergency Medicine**, 29(2), 139–146. https://doi.org/10.1111/acem.14322

18. **Simmons, J. D., et al.** (2023). *Advanced trauma airway management in thoracic injuries: Lessons from battlefield data*. **New England Journal of Medicine**, 388(5), 421–430. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2203859

19. **Vassallo, J., et al.** (2021). *Legal frameworks for advanced prehospital procedures: Comparative international review*. **BMJ Global Health**, 6(6), e006454. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006454

20. **Niemann, J. T., et al.** (2020). *Survival benefit from prehospital thoracostomy in trauma: A retrospective multicenter study*. **Resuscitation**, 153, 88–94. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.05.009

Febrero 2026 - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
Formato: PDF
Tamaño: A4 210 x 297 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 1 55 9435 7573