

C. Gómez Lavín<sup>1</sup>  
R. Zapata García<sup>2</sup>

# Categorización diagnóstica del síndrome postaborto

<sup>1</sup> Servicio Navarro de Salud Mental  
<sup>2</sup> Clínica Universitaria y Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra  
Pamplona

Actualmente todavía se observa cierta resistencia a reconocer como entidad nosológica diferenciada a un cuadro psicopatológico conocido como síndrome postaborto (SPA) descrito en mujeres que se han provocado un aborto. Con el objetivo de asignar categoría diagnóstica al SPA se investiga hasta qué punto una muestra de pacientes con dicho diagnóstico cumple los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales. En los 10 casos de SPA estudiados se cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Además, las pacientes con SPA presentan algunos síntomas de especial interés cualitativo, como reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionados con el aborto, intensos sentimientos de culpa y la «necesidad de reparar». El SPA debe considerarse un tipo más de TEPT, aunque con características propias muy relevantes a la hora de la comprensión vivencial de la paciente y de la intervención psicoterapéutica.

**Palabras clave:**  
Síndrome postaborto. Categoría diagnóstica. Estrés postraumático.

*Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(4):267-272

## Diagnostic categorization of post-abortion syndrome

Some psychopathological characteristics are frequently observed in women who have voluntarily aborted. However, some resistance currently remains to their recognition as a differentiated nosological category, known as Post-Abortion Syndrome (PAS). We tried to assign a diagnostic category to women with PAS by determining the extent by which they fulfilled the diagnostic criteria of international classifications. Criteria for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) were met in the ten PAS cases studied. In addition, patients also showed other non-specific symptoms such as repeated and persistent dreams and nightmares related with the abortion, intense feelings of guilt and the «need to repair». PAS should be considered as an additional type of PTSD. It

also has some specific characteristics that could help to understand the patient's life experience and to establish a psychotherapeutic intervention.

**Key words:**  
Post-abortion syndrome. Diagnosis category. Post-traumatic stress.

## INTRODUCCIÓN

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

A pesar de que pocos asuntos médicos tienen tan fuertes implicaciones sociales, políticas y culturales como el aborto, existen dificultades para valorar adecuadamente sus efectos psicómédicos y psicopatológicos<sup>1,2</sup>, entre otras cosas porque no es fácil la elaboración estadística de los datos (apenas existen valoraciones médicas sistemáticas de las pacientes tras el aborto) y porque, generalmente, las mujeres que han abortado no suelen ser propicias a seguir relacionándose con el médico que les realizó el aborto ni a querer hablar de ello<sup>3,4</sup>. Con todo, después de años de subestimar, o incluso negar, los efectos psicopatológicos del aborto<sup>5-7</sup>, la sociedad científica, ante la evidencia de una variedad de trastornos, comienza ahora a admitir la existencia de secuelas tras abortos voluntarios<sup>8-10</sup>.

En un reciente estudio<sup>11</sup> sobre las respuestas psicológicas de las mujeres después del primer trimestre del aborto se señala que «sólo» seis mujeres, el 1% de la muestra de 442 pacientes, refería haber sufrido trastorno postraumático. Si aplicamos dicho porcentaje a los 77.125 abortos provocados declarados en España en el año 2002 o a los 533 declarados en Navarra ese mismo año<sup>12</sup>, tenemos que al menos 771,25 mujeres pueden sufrir cada año este grave trastorno en España y 5,3 en nuestra comunidad (sin contar las formas de inicio diferido que podrían aparecer uno o varios años después).

Correspondencia:  
Carmen Gómez Lavín  
Sangüesa, 6, 2.º  
31003 Pamplona  
Correo electrónico: Carmen.lavin@terra.es

Actualmente se acepta, en general, que toda mujer que aborta, incluso en abortos debidos a causas naturales, puede quedar más o menos profundamente afectada<sup>13-18</sup>, y que en el aborto provocado es frecuente, como respuesta natural de defensa ante el acontecimiento estresante, una reacción de ansiedad y depresión<sup>19-22</sup> que suele acompañarse de un sentimiento de culpa<sup>23,24</sup> y del correspondiente proceso de duelo<sup>25-27</sup>. Por supuesto que todo ello (los sentimientos de culpa y el proceso del duelo) va a estar modulado por influencias culturales, por las características de personalidad y por la problemática previa de la persona<sup>20,28-31</sup>. En este contexto se ha descrito, en mujeres que se han provocado un aborto, un cuadro psicopatológico caracterizado por una serie de síntomas depresivos y ansiosos, sentimientos de culpa, pesar y autodevaluación, reacciones de hiperactividad autonómica, alteraciones conductuales, etc., y tendencia a la cronicación, conocido como síndrome postaborto (SPA)<sup>2,27</sup> y considerado por diversos autores como un trastorno post-traumático<sup>10,11,18,32</sup>.

Sin embargo, todavía se observa<sup>6,11,33,34</sup> cierta resistencia a aceptar la existencia del SPA como una entidad diferenciada de los habituales síntomas depresivos y problemas psicológicos que suelen presentarse después de un aborto o incluso de un parto. En este sentido tanto la falta de estudios epidemiológicos sobre el SPA como las dificultades para su definitiva aceptación por parte de la comunidad científica parecen ser debidas, además de a determinados

intereses ideológicos, a la falta de estudios que aporten una confirmación diagnóstica del síndrome y que permitan su incorporación, por derecho propio, a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, por las que se rigen actualmente la práctica clínica y la investigación científica.

Desde un punto de vista teórico, el SPA se encuadra entre los trastornos originados por un acontecimiento vital importante. Dicho acontecimiento estresante podría ser experimentado por la paciente como un «estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado»<sup>35</sup> (en cuyo caso el SPA se correspondería con un trastorno adaptativo o de adaptación), o bien como un estresante traumático, excepcional (físico o psicológico) o catastrófico<sup>35,36</sup>, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones al estrés grave.

Con estos presupuestos y la constatación del progresivo aumento de abortos provocados en Navarra<sup>12</sup> decidimos comprobar hasta qué punto una muestra de pacientes con SPA cumplía los criterios diagnósticos de los trastornos originados por un acontecimiento vital importante de la CIE-10 y del DSM-IV. Para ello se revisaron las historias clínicas de las 10 pacientes diagnosticadas de SPA en nuestra consulta durante los últimos 3 años (2001 a 2003), siguiendo los criterios postulados por la literatura<sup>2,9,14,32</sup>, organizados por nosotros de forma operativa (tabla 1).

Tabla 1

## Criterios diagnósticos del síndrome postaborto (SPA)

Para el diagnóstico de síndrome postaborto la paciente debe cumplir los criterios A y B

- A) La paciente presenta uno o varios síntomas de los apartados 1 y 2 y uno o varios síntomas de, al menos, uno de los otros apartados: 3, 4 ó 5
1. *Síntomas depresivos* (depresión, tristeza, pena, pesar, llanto frecuente) y ansiosos (ansiedad, angustia, rabia) relacionados con el aborto realizado
  2. *Sentimientos de culpa* (de vergüenza, de pérdida de autoestima y de autorechazo) e incapacidad para perdonarse por el aborto realizado (a veces con pensamientos de suicidio); deseos de «expiación» (de borrar la culpa, de purificarse) y *necesidad de reparar* (de desagraviar, de satisfacer al ofendido), de remediar el daño o perjuicio cometido (a veces mediante un embarazo expiatorio «de reparación»)
  3. *Pesadillas recurrentes* sobre niños perdidos, despedazados, mutilados o muertos; pensamientos recurrentes e intrusivos o *flashbacks* sobre el aborto o la criatura abortada; ilusiones y seudoalucinaciones auditivas (oír el llanto de un niño), fantasías reiteradas de cómo hubieran sido las cosas si no se hubiera abortado
  4. *Evitación y/o rechazo de estímulos o situaciones* que recuerden el aborto, sus circunstancias o consecuencias (noticias de embarazos o abortos; reconocimientos médicos o ambientes clínicos, la visión de recién nacidos o de niños pequeños, de ropas o sillitas de niño, de chupetes, etc.); empeoramiento típico de los síntomas en las fechas en que tuvo lugar el aborto o en que el niño debería haber nacido (reacciones de aniversario)
  5. *Alteraciones conductuales* relacionadas con emociones provocadas por el aborto: trastornos sexuales (inhibición o rechazo sexual, frigidez, promiscuidad); anorexia u otros trastornos alimentarios; abuso de drogas o alcohol; aislamiento social y falta de interés y atención para las tareas y obligaciones habituales; enfados repentinos y arrebatos de cólera; aceptación de relaciones interpersonales abusivas; gestos o intentos autolíticos
- B) Los síntomas han tenido su inicio después de la realización del aborto y aunque pueden existir otros acontecimientos vitales concomitantes (sensibilizantes, desencadenantes, agravantes, etc.), se presume que ninguno de ellos forma parte del origen del trastorno

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES

Las características sociodemográficas de las 10 pacientes y los tiempos del SPA se recogen en las tablas 2 y 3, respectivamente. A continuación se resumen las historias clínicas de las pacientes y, finalmente, en la tabla 4 se muestra la frecuencia con que las pacientes con SPA cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE10 para el trastorno del estrés postraumático (TEPT) y presentan otros síntomas significativos.

### Resúmenes de las historias

1. *I. M. C. Treinta años.* Hace 3 años, con un embarazo de más de 3 meses, forzada por el novio, se hizo practicar un aborto en una clínica privada de Zaragoza. Viene a consulta con un cuadro caracterizado por insomnio, gran angustia, lloros y, sobre todo, un gran sentimiento de culpa y una obsesión constante que gira alrededor de la idea: «he matado a mi hijo», «me siento mala», «¿cómo sería la carita de mi hijo?». Sueña muchas veces con ese episodio y se despierta sobresaltada. Ha llegado a denunciar a su ex novio por haberla obligado a abortar. Evita desde entonces cualquier cosa que le recuerde al hijo que hubiera tenido: sillitas, chupetes, etc.

2. *E. M. P. J. Treinta y siete años.* Se ha sometido a tres abortos. Los dos primeros los hizo en parte forzada; el último lo realizó hace 5 meses y fue por decisión propia. Mues-

Tabla 3		Tiempos del síndrome postaborto	
Caso	Tiempo de gestación en meses	Tiempo de latencia del cuadro	Tiempo de evolución del cuadro
1	3-4	Inmediato	3 años
2	2	Inmediato	5 meses
3	2-3	Primer mes	11 años
4	2	De más de 6 meses a 1 año	12 años
5	2	De más de 6 meses a 1 año	3 años
6	?	Primer mes	15 años
7	2	Primer mes	3 años
8	2,5	Inmediato	3 años
9	2,5	Inmediato	2 años
10	4	Inmediato	23 años

tra un gran sentimiento de culpa: «pienso que Dios me ha castigado». Presenta decaimiento, tristeza, insomnio, inapetencia, sueños «horribles», dolores de cabeza, ideas de suicidio, etc. Dice tener una «gran carga de conciencia» desde que realizó el último y quiere «repararlo». Sufre pesadillas repetidas en relación con el aborto, con problemas de sexualidad, incremento en el uso de alcohol y otros tóxicos.

Tabla 2		Características sociodemográficas de las 10 mujeres del estudio	
<b>Edad</b>			
Edad media		32,4	
Rango		29-37 (65)	
<b>Estado civil</b>			
Solteras		7	
Casadas		3	
<b>Religión</b>			
Católica		10	
Practicante		5	
No practicante		5	
<b>Estudios y formación</b>			
Sabe leer y escribir		5	
Formación profesional de primer grado		1	
Formación profesional de tercer grado		1	
Estudios superiores		2	
<b>Procedencia</b>			
Navarra		6	
España		1	
Otros países		3	

Tabla 4		Frecuencia con que las pacientes con SPA cumplen los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE10 para el TEPT y presentan otros síntomas significativos (n = 10)	
		%	
<b>Criterios diagnósticos de TEPT</b>			
A.	Exposición a situación o acontecimiento estresante excepcionalmente amenazador o catastrófico		100
B.	Reexperimentación persistente del acontecimiento		100
C.	Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general		100
D.	Síntomas persistentes de aumento de la activación		100
<b>Otros síntomas significativos</b>			
	Sentimientos de culpa		100
	Necesidad de reparar		90
	Ensueños y pesadillas		90
	Trastornos psicósomáticos (cefaleas, algias, cansancio)		70
	Otros trastornos conductuales importantes		70
	Dependencias farmacológicas, drogas, alcohol, ludopatía		50
	Trastornos de la sexualidad		50
	Ideas de suicidio		40

3. *R. G. M. Veintinueve años.* Quedó embarazada de su primer novio a los 18 años y decidió abortar por decisión propia. Aunque después ha tenido varias relaciones, dice que aquello la marcó y que siente un gran sentimiento de culpa: «hoy no lo hubiera hecho». Tiene sueños y pesadillas repetitivos en los que ve «al niño muerto rodeado de sangre». Presenta también una gran labilidad afectiva, muchos altibajos del estado de ánimo, dificultades de adaptación a su pareja y trastornos de su conducta alimentaria (crisis bulímicas que alternan con restricciones anoréxicas).

4. *E. C. M. Sesenta y cinco años.* Hace 12 años indujo a su hija a hacerse un aborto y no se lo puede «quitar de la cabeza». Lloro mucho y dice que tiene un gran insomnio y cuando duerme tiene muchas pesadillas. Cree que Dios la está castigando por ese problema. No se concentra. Sueña mucho con niños: «lba con un niño envuelto, se escapa y lo pilló en un coche». Se despierta sobresaltada. Desde que ocurrió aquello «aborrece el sexo». Su marido no sabe nada de lo ocurrido, pues ella piensa que, de haberlo sabido, nunca la hubiera perdonado.

5. *S. P. D. Z. Treinta y tres años.* Ha convivido con distintos hombres, tanto en Colombia como en España. Con el primero, que «era drogadicto», estuvo desde los 16 años. La maltrataba constantemente y en una ocasión, en que la tiró por la escalera, perdió al hijo del que estaba embarazada hacía 5 meses. Realizó entonces varios intentos de suicidio. Después conoció a otro hombre que, tras quedar embarazada, la presionó para que abortara. El aborto se le practicó en Bilbao. Desde entonces se encuentra «muy mal», con mucha angustia y decaimiento. Duerme mal, con continuas pesadillas. Tiene un gran sentimiento de culpa y llora en todas las entrevistas. Ha intentado quitarse la vida en varias ocasiones. Presenta antecedentes psiquiátricos tanto por parte del padre como de la madre. Familiarmente educada en valores religiosos, quiere confesarse, aunque teme porque piensa que Dios no la puede perdonar.

6. *A. I. E. Z. Treinta y nueve años.* Se ha practicado dos abortos. El primero fue en Madrid, hace 15 años, forzada por su pareja y ayudada por sus amigos. Desde entonces tiene muchos sueños y pesadillas. El segundo aborto fue hace 3 años. Han aumentado los sueños y pesadillas y se pregunta continuamente cómo sería su hijo. Además presenta frigidez y un sentimiento muy fuerte de culpabilidad. Aunque su padre murió sin saber «lo de los abortos», ella le ha escrito una carta al difunto pidiéndole perdón por lo que hizo.

7. *J. G. E. Cuarenta y dos años.* Hace 1 año y medio quedó embarazada y a las 20 semanas le dijeron, tras una amniocentesis, que el feto tenía una alteración congénita recomendándole abortar. Así lo hizo y desde entonces tiene una gran tristeza, tendencia al llanto, ansiedad, anhedonia, insomnio, pesadillas, inapetencia, etc. Aunque quiere pensar que era lo indicado, le ha quedado una sensación fuerte de inquietud y ansiedad: «es algo que no olvidaré jamás». Tiene otro hijo de 4 años y medio.

8. *M. C. Treinta y tres años.* Aunque tiene cuatro hijos, al quedar embarazada del quinto y encontrarse «muy sola» (el marido es marino) decidió abortar. Se practicó el aborto hace 3 años. El marido nunca lo ha sabido. Desde entonces llora con facilidad, está muy irritable y no tiene ganas de relacionarse con nadie. Presenta trastornos en la esfera sexual. Afirma que el aborto la ha traumatizado mucho y le pesa y se arrepiente de lo que hizo.

9. *S. A. U. Treinta y siete años.* Desde que le practicaron un aborto hace 2 años refiere que está traumatizada y que ha cambiado su vida. Presionada por un psicólogo y un amigo, se hizo el aborto y «fue tan traumático que parece que lo estoy viviendo todos los días». Tiene muchos sueños y pesadillas y tiene dificultades para concentrarse en los estudios. Presenta, además, un gran sentimiento de pérdida («te sientes como mutilada»), gran tristeza, decaimiento y falta de ilusión. Siente ganas de hacerse daño y está muy irritable con los demás. Procede de un ambiente muy religioso y se ha confesado varias veces, pero sigue muy culpabilizada psicológicamente.

10. *B. E. A. M. Treinta años.* Hace 1 año se hizo practicar un aborto en Londres. Desde entonces presenta mucha angustia y un sentimiento muy profundo de culpabilidad, entremezclado todo ello con el cuadro paranoide que venía padeciendo desde hacía varios años. Cree que hay mucha gente que habla de ella y que comenta lo que ocurrió en Londres, reaccionando frecuentemente con agresividad hacia todos los que cree que hablan de ella. Fue sometida a terapia psicoanalítica en 1990, a pesar de lo cual el delirio se ha hecho más intenso y crónico.

## CONCLUSIONES

Seis de las 10 mujeres estudiadas son navarras, con una edad media de 32,4 años y poca formación. La mayoría son solteras y todas católicas, aunque sólo la mitad son practicantes. Para todas ellas, el aborto, realizado entre los 2 y los 4 meses de gestación, ha supuesto un estrés grave, con síntomas que se iniciaron inmediatamente después del aborto o hasta transcurridos 6 meses del mismo, y que han persistido durante meses y años (en cuatro casos más de 10 años).

Como se recoge en los resúmenes de las historias, una paciente tiene antecedentes psiquiátricos familiares y dos antecedentes psiquiátricos personales (intentos de suicidio y cuadro paranoide, respectivamente), dos pacientes refieren abortos provocados «sin complicaciones», anteriores al del síndrome postaborto, y en un caso la experiencia abortiva de la paciente consistió en la participación como inductora en el aborto provocado de su hija.

Los síndromes que padecen las 10 mujeres cumplen criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de TEPT. Esto es lógico, ya que los criterios diagnósticos de SPA incluyen apartados obligatorios (1. Síntomas depresivos y ansiosos, y 2. Senti-

mientos de culpa) y uno entre los opcionales (5. Alteraciones conductuales) que no forman parte de los criterios del TEPT; sin embargo, aunque con una exigencia opcional, los tres criterios diagnósticos nucleares del TEPT (B. Reexperimentación persistente del acontecimiento; C. Evitación persistente de estímulos asociados, y D. Activación persistente) se encuentran también reflejados de una u otra forma en los criterios del SPA.

Entre los síntomas frecuentes en las 10 pacientes con SPA, no recogidos (o menos significados) por el TEPT, destacan, por su importancia diagnóstica y terapéutica, los reiterados y persistentes sueños y pesadillas relacionados con el aborto, los intensos sentimientos de culpa y la «necesidad de reparar» que presentan prácticamente todas las pacientes del estudio y que, junto con la depresión y/o ansiedad, son considerados como síntomas claves del trastorno. Todos ellos son, a nuestro parecer, expresión de las especiales características del aborto como acontecimiento traumático, que sume a la mujer en un conflicto psicológico difícilmente asimilable: ser el agente responsable del acontecimiento traumático del que es víctima.

Por otro lado, los sueños y pesadillas, además de expresar la intensidad del conflicto que sufren las pacientes, constituyen, en muchas ocasiones, el síntoma que hace pensar, durante la anamnesis, en la existencia de un posible antecedente traumático de aborto provocado; antecedente que, a su vez, ayuda a catalogar el cuadro (hasta entonces posiblemente considerado inespecífico) como un SPA.

En definitiva, se puede concluir que el SPA es un TEPT, aunque con ciertos síntomas específicos muy relevantes para la comprensión vivencial del paciente y la intervención psicoterapéutica, y que sería muy útil dotar definitivamente al SPA de entidad categorial de TEPT mediante su inclusión en las clasificaciones internacionales. Asimismo, consideramos necesarios y urgentes estudios empíricos y libres de sesgos ideológicos que muestren la verdadera incidencia y la prevalencia real del SPA en nuestra población, de forma que se puedan proveer los recursos necesarios y establecer los adecuados programas de prevención y cuidados de las mujeres afectadas y de sus familias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ney PG, Wickett AR. Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatr J Univ Ott* 1989;14:506-16.
- Speckhard AC, Rue VM. Postabortion syndrome: an emerging public health concern. *J Social Issues* 1992;48:95-120.
- Jones EF, Forrest JD. Underreporting of abortion in surveys of U. S. women. *Demography* 1992;29:113-26.
- Reardon D. Psychological reactions reported after abortion. *Post-abortion rev* 1994;2:4-8.
- Koop CE. Post abortion syndrome: myth or reality? *Health Matrix* 1989;7:42-4.
- Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science* 1990;248:41-3.
- Stotland N. The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA* 1992;268:2078-9.
- Major B, Gramzow RH. Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:735-45.
- Speckhard A, Rue V. Complicated mourning: dynamics of impacted post abortion grief. *J Prenat Perinat Psychol Health* 1993;8:5-32.
- Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001;178:556-60.
- Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:777-84.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2002. Madrid, 2004.
- Bowles SV, James LC, Solorsh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA, et al. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *An Fam Physician* 2000;61:1689-96.
- Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. State-funded abortions versus deliveries: a comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72:141-52.
- Klock SC, Chang G, Hill J. Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* 1997;38:503-7.
- Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiat* 2001;23:62-6.
- Speckhard A, Mufel N. Universal responses to abortion? Attachment, trauma, and grief responses in women following abortion. *J Pren Perinat Psychol Health* 2003;18:3-37.
- Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003;23:409-48.
- Badshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003;23:929-58.
- Neugebauer R. Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depress Anxiety* 2003;17:152-61.
- Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract* 1992;42:94-6.
- Izquierdo FM. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *An Psiquiatr* 2002;18:355-8.
- Lemkau JP. Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:92-102.
- Gómez Lavín C. Consecuencias psicopatológicas del aborto en la mujer. *Cuadernos de Bioética* 1994;17-18:28-31.
- Angelo EJ. Psychiatric sequelae of abortion: the many faces of post-abortion grief. *Linacre Q* 1992;59:69-80.

26. Brown D, Elkins TE, Lardson DB. Prolonged grieving after abortion. *J Clin Ethics* 1993;4:118-23.
27. Rankin A. Post abortion syndrome. *Health Matrix* 1989;7:45-7.
28. Franz W, Reardon D. Differential Impacts of abortion on adolescents and adults. *Adolescence* 1992;27:161-72.
29. Russo NF, Dabul AJ. The relationship of abortion to well-being: do race and religion make a difference. *Prof Psychol Res Pr* 1997;28:23-31.
30. Turell SC, Armsworth MW, Gaa JP. Emotional response to abortion: a critical review of the literature. *Women Ther* 1990;9:49-68.
31. Cozzarelli C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *J Pers Soc Psychol* 1993;65:1224-36.
32. Bagarozzi DA. Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. *J Fam Psychoter* 1994;5:25-54.
33. Zolese G, Blacker CVR. The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry* 1992;160:742-9.
34. Russo NF, Zierk KL. Abortion childbearing, and women's well-being. *Prof Psychol Res Pr* 1992;23:269-80.
35. OMS. CIE 10: CDI-10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Madrid: Panamericana, 2000.
36. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.