



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



**CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD SANTO TOMÁS**

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

PROGRAMA DE POSGRADO

**INFLUENCIA DE LA TÉCNICA “PERDONARSE A SÍ MISMO” DE
PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA EN MUJERES HOSPITALIZADAS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN POSTERIOR AL ABORTO**

TESINA:

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PROGRAMACIÓN
NEUROLINGÜÍSTICA (CON ENFOQUE EN SALUD)**

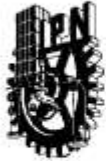
PRESENTA:

MARÍA EUGENIA ARÉSTEGUI RODRÍGUEZ

DIRIGIDA POR:

DR. OMAR GARCÍA LIÉVANOS

ENERO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SIP-14-E

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México D.F. siendo las 12:30 horas del día 7 del mes de Enero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesina, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de CICS-UST para examinar la tesina titulada:

Influencia de la técnica "perdonarse a sí mismo" de programación neurolingüística en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Presentada por el alumno:

<u>Aréstegui</u>	<u>Rodríguez</u>	<u>Maria Eugenia</u>							
<small>Apellido paterno</small>	<small>Apellido materno</small>	<small>Nombre(s)</small>							
Con registro:									
<table border="1"> <tr> <td>B</td> <td>0</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> </table>			B	0	9	2	0	7	8
B	0	9	2	0	7	8			

aspirante de:

Especialidad en Programación neurolingüística (Enfoque en Salud)

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESINA**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director(a) de tesina

Dr. Omar García Liévanos

M en C Ana María Balboa Verduzco

M en C Azucena Rodríguez Flores

M en C Juan D. Rodríguez Choreño

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

M en C Alejandra G. Barbeyto Hernández



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México el día 8 del mes de enero del año 2011, el (la) que suscribe Aréstegui Rodríguez María Eugenia alumno (a) del Programa de Especialización en Programación Neurolingüística (Enfoque en Salud) con número de registro B092078, adscrito a Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás, manifiesta que es autor (a) intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de Dr. Omar García Liévanos y cede los derechos del trabajo intitulado Influencia de la técnica “perdonarse a si mismo” de programación neurolingüística en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección eugenia_arestegui@yahoo.com.mx. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



María Eugenia Aréstegui Rodríguez



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



Agradecimientos

Doy gracias a mi padre, Jehová Dios, por estar siempre conmigo y por permitirme terminar estos estudios de manera exitosa

Gracias a mi madre, quien siempre creyó en mí y me apoyó a lo largo de toda mi vida, y cuyo recuerdo jamás se aparta de mí, pues siempre llevo su imagen en el corazón

Gracias a mis hermanos por haberme brindado su apoyo y motivación en los momentos difíciles a lo largo de esta etapa de mi vida

Gracias a mis hijos, Edwin y Michelle, por haber sido comprensivos tolerantes y pacientes. Además de mostrarme su amor y respeto por el esfuerzo realizado

Gracias a mis profesores, quienes supieron mostrarme el camino a seguir con su entrega y dedicación



ÍNDICE



	Página
Resumen y abstract.....	6
Introducción.....	7-8
Capítulo I Depresión	
1.1 Definición.....	9
1.2 Antecedentes.....	9-11
1.3 Teorías de la depresión.....	11-12
1.3.1 Perspectiva psicoanalítica /interpersonal.....	12-13
1.3.2 Perspectiva conductual /cognitiva.....	13-14
1.3.3 Perspectiva humanista.....	14
1.3.4 Perspectiva biológica.....	14-15
1.3.5 Enfoque cognitivo procesal sistémico de la depresión.....	15-16
1.3.6 Integración de teorías.....	16
1.4 Signos y síntomas.....	17
1.5 Clasificación y criterios para diagnosticar la depresión de acuerdo al DSM-IV-TR.....	17-28
1.6 Embarazo y depresión.....	28
1.6.1 Cuadros depresivos del posparto.....	28-29
1.7 Instrumentos de evaluación de la depresión.....	29-33
1.8 Síndrome posaborto.....	33-34
1.8.1 Antecedentes del síndrome posaborto (SPA).....	34-35
1.8.2 Trastorno por estrés postraumático.....	35
1.8.3 Síntomas del estrés postraumático.....	36
1.8.4 Causas del síndrome posaborto (SPA).....	37
1.8.5 Síntomas del síndrome posaborto (SPA).....	37-38
1.8.6 Diagnóstico del SPA.....	38-39
1.8.7 Depresión posaborto.....	39-40
1.9 Diferentes tratamientos para la depresión posaborto.....	40-44
1.10 El perdón.....	44
1.10.1 Definición.....	44
1.10.1 ¿Qué es perdonar?.....	45
1.10.3 Razones para perdonar.....	45-46
1.10.4 Pasos para el perdón.....	46-48
1.10.5 Perdonarse a sí mismo.....	49
1.10.6 El amor y el perdón.....	49
1.10.7 La oración y el perdón.....	49-50
1.10.8 Consecuencias del perdón.....	50
Capítulo II Programación Neurolingüística	
2.1 Propuesta.....	51
2.2 Antecedentes.....	52-59
2.3 Definiciones de PNL.....	59-61
2.4 Presuposiciones de la PNL.....	61-63
2.5 Beneficios de la PNL.....	63-64
2.6 Componentes de la PNL.....	64-65
2.7 El metamodelo.....	65-66



ÍNDICE

2.7.1	Esquema del metamodelo.....	67
2.7.2	Procesos universales del modelamiento.....	67-69
2.7.3	Representaciones y experiencia.....	69
2.8	Sistemas representacionales.....	69-70
2.8.1	Sistemas representacionales preferidos.....	70-71
2.8.2	Sistema director.....	71
2.9	Evidencias de acceso ocular.....	71-72
2.10	Submodalidades.....	72-73
2.11	Estados fisiológicos y libertad emocional.....	74
2.12	Inducir.....	74
2.13	Calibración.....	74
2.14	La PNL en la salud.....	74-77
2.14.1	Niveles de salud.....	77
2.14.2	Los cuatro pilares de la salud.....	78-80
2.15	Estado emocional y estado de referencia.....	80
2.15	Las creencias y la salud.....	81
Capítulo III El aborto en México		
3.1	Impacto.....	82-83
3.2	Definición de aborto.....	83
3.3	Antecedentes.....	84
3.4	El aborto en México.....	84-88
3.5	Clasificación del aborto.....	88-92
3.5.1	Síntomas y signos.....	92-93
3.5.2	Tratamiento.....	93
3.5.3	Prevención.....	93
3.5.4	Datos estadísticos del aborto en México.....	93-95
Capítulo IV Metodología		
4.1	Objetivo general.....	96
4.2	Objetivos específicos.....	96
4.3	Hipótesis de trabajo, hipótesis nula e hipótesis alterna.....	96-97
4.4	Definición de variables.....	97-99
4.5	Ponderación del inventario de depresión de Beck.....	99
4.6	Forma de calificación, tipo de estudio y diseño de investigación.....	99-100
4.7	Estadística.....	100-101
4.8	Población de estudio, muestreo y tamaño de la muestra.....	101
4.9	Criterios de selección.....	101
4.10	Desarrollo experimental.....	102-103
4.11	Procedimiento.....	103
4.12	Identificación de la muestra.....	103
4.13	Primera y segunda intervención terapéutica con el grupo experimental.....	103-109
Capítulo V Resultados, discusión y conclusión		
5.1	Resultados.....	110-115
5.2	Análisis de correlaciones.....	115
5.3	Discusión y conclusión.....	116-118
5.4	Referencias bibliográficas.....	119-122
Anexo I Técnica "Perdonarse a sí mismo".....		123-124
Anexo II Cuestionario de depresión de Beck.....		125-129
Anexo III Consentimiento informado.....		130



RESUMEN

El presente estudio tuvo la finalidad de evaluar la influencia terapéutica de la técnica de Programación Neurolingüística "Perdonarse a sí mismo" en mujeres con diagnóstico de depresión posaborto. en el Hospital de la Mujer, ubicado en la ciudad de México. Esta investigación se llevó a cabo en 17 mujeres hospitalizadas en la sección de puerperio complicado. Se formaron dos grupos (el grupo experimental con 10 participantes y el grupo control con 7 participantes). En primer lugar se detectó el nivel de depresión en ambos grupos por medio del Inventario de Depresión de Beck . En segundo lugar se aplicó la técnica de Programación Neurolingüística al grupo experimental, después de la aplicación se volvió a medir el nivel de depresión en los dos grupos. Los resultados de la investigación muestran que sí hay una diferencia significativa en los niveles de depresión en las mujeres que recibieron el apoyo terapéutico con la técnica de Programación Neurolingüística, mientras que el grupo control no mostró ningún cambio.

Palabras clave:

Técnica de Programación Neurolingüística, depresión posaborto y perdón.

ABSTRACT

The main objective of the present study was to evaluate the therapeutic influence of the Neuro linguistic Programming technique "Forgiving yourself" in women with a post abortion depression diagnosis at the Hospital de la Mujer" located in Mexico City. This research was held in 17 women hospitalized in the complicated puerperium section. Two groups were formed (The experimental group with 10 participants and the control group with 7 participants). First, the depression level was detected in both groups by applying the Beck Depression Inventory. In second place the Neuro linguistic Programming technique was applied to the experimental group, after the application the level of depression was measured again in both groups. The results of this research show that there is a significant difference in the depression levels in women who received the therapeutic support with the Neuro linguistic Programming technique, whereas the control group did not show any change.

Key words:

Neuro linguistic Programming technique, post abortion depression and forgiveness.



INTRODUCCIÓN

Debido a que el aborto en México es un tema que se ve afectado por razones políticas, religiosas y sociales es difícil saber con exactitud el número de abortos realizados en el país. Sin embargo en el año de 2006 el Instituto Alan Guttmacher informó que en ese año se habían llevado a cabo 874,747 abortos en nuestro país. Esta cantidad se ha incrementado, pues de acuerdo con el INEGI en el año 2009 se presentaron más de 1,600,000 abortos y de acuerdo con el Sistema de Información en Salud sólo en la ciudad de México se atendieron 42,873 abortos en los diferentes hospitales de la Secretaría de Salud y Asistencia Pública. Aunque los informes no son exactos sí hay una noción del número de abortos en México y el número de los mismos va en aumento cada día. Sin embargo, no hay información suficiente con respecto a las consecuencias emocionales que presentan las mujeres que sufren un aborto como son la depresión que presentan después de haber abortado y cómo afecta su relación de pareja y familiar, pues presentan estados depresivos que no les permiten desempeñar sus labores cotidianas de manera óptima. Estos estados depresivos pueden presentarse de inmediato o aún después de años de haber sufrido un aborto. La depresión es uno de los padecimientos que mayormente afectan al ser humano en las sociedades modernas, la cual debe ser atendida a la brevedad posible para evitar que sus consecuencias dañen a las mujeres y a sus familias. Desde hace ocho años el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A. C. (**IRMA**) se ha especializado en la atención e investigación del síndrome posaborto en la Ciudad de México. En este tiempo esta Institución ha dado apoyo psicológico a más de 500 pacientes. De las cuales se extrajo una muestra de 252 mujeres que han acudido a esa Institución y se encontró que el 77% presenta depresión severa, el 53% tiene ideación suicida y un 21% ha intentado suicidarse. El aborto es un factor que predispone a padecer depresión, ya sea a corto, mediano o largo plazo. El 55% de las pacientes atendidas en IRMA a consecuencia de esta decisión reportó problemas de concentración en su trabajo y estudio, aparte de estas situaciones en la experiencia de **IRMA**, las mujeres que tomaron esta decisión para no interrumpir su proyecto de vida, manifestaron que por la depresión este proyecto nunca se llevó a cabo. Hasta el momento nuestro país no cuenta con suficientes



Influencia de la Técnica “Perdonarse a sí mismo”
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



instituciones que ofrezcan apoyo psicológico a mujeres que han presentado un aborto (Cevallos Ferriz M. del C., 2008) Dada la alta incidencia de este problema de salud pública es necesario buscar terapias complementarias que coadyuven al tratamiento convencional de la depresión posaborto con el objetivo de mejorar el estado emocional de estas mujeres. Esta investigación trató de encontrar nuevas formas de apoyo terapéutico para mujeres que padecen depresión posaborto. Tomando en cuenta que las técnicas de Programación Neurolingüística pueden aplicarse de manera sencilla y rápida reorientando la forma de pensar y de sentir haciendo uso de los propios recursos de cada persona, ya que nuestros pensamientos, acciones y emociones específicas producen constantemente resultados específicos. Por otra parte las técnicas de la Programación Neurolingüística no se contraponen con ningún otro tratamiento, ya sea médico o psicológico. Dichas técnicas de Programación Neurolingüística son un proceso de aprendizaje continuo, de crecimiento personal y ayudan a las personas a ser más conscientes de lo que hacen y de cómo lo hacen. El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de efectividad de la técnica de “Perdonarse a sí mismo” de Programación Neurolingüística aplicada en mujeres con diagnóstico de depresión posterior al aborto que se encontraban hospitalizadas en la sección de puerperio complicado del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud y Asistencia. Posteriormente se intentó encontrar la relación que existe entre la depresión posaborto y la aplicación de la técnica de Programación Neurolingüística para poder establecer si el uso de ésta podía ser empleada como coadyuvante terapéutico en mujeres que padecen depresión posaborto. Esta investigación se compone de la siguiente manera: en el capítulo I se encuentran los fundamentos teóricos acerca de la depresión sus orígenes y la depresión posaborto. En el capítulo II se mencionan los fundamentos para comprender la Programación Neurolingüística y los beneficios que tiene en el campo de la salud y sus principales postulados. El capítulo III está constituido por la historia del aborto en México, su clasificación, signos y síntomas, prevención y tratamiento. En el capítulo IV se detalla la metodología de la investigación. En el capítulo V se reportan los resultados obtenidos y las conclusiones.



CAPÍTULO I

DEPRESIÓN

1.1 DEFINICIÓN

La depresión, o melancolía, es un trastorno del estado de ánimo hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Cuando la intensidad de la depresión supera ciertos límites o se presenta en circunstancias que no la justifican se transforma en un trastorno en el que se distingue una depresión endógena, es decir que se produce desde dentro de la persona sin que se deba a alguna causa externa y también se puede producir una depresión reactiva, que es patológica sólo cuando la reacción ante acontecimientos luctuosos o de tristeza parecen excesivos. Como modificación del tono de humor, la depresión es un trastorno distímico que tiene en la euforia su contrario, y cuando ésta es muy marcada, se transforma en manía. Depresión y manía pueden presentarse en fases o ciclos de semanas con intervalos de bienestar. Las causas de la depresión son multifactoriales que pueden ir desde factores físicos, químicos, climáticos, hasta las experiencias de vida, la calidad de la educación recibida, los factores hereditarios, los ritmos biológicos cotidianos y los factores ambientales y sociales. Cada uno de nosotros aprende por si mismo las formas de afrontar las situaciones que nos causan tristeza y malestar. cuando la capacidad de afrontar estos sentimientos de tristeza e impotencia está disminuida es cuando la depresión se convierte en un trastorno que afecta al individuo a nivel social, familiar, laboral, físico y espiritual (Galimberti U., 2006).

1.2 ANTECEDENTES

Durante la antigüedad clásica, inicialmente conocida como melancolía (del griego bilis negra) y frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín depressus, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene conocimiento. Por ejemplo los griegos explicaban todas las enfermedades y los cambios de temperamento o humor a partir de la influencia de cuatro líquidos



corporales llamados humores: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates, quien fue el primer médico en describir clínicamente la melancolía o depresión. Un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos en términos modernos), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un acusado sentimiento de tristeza. El modelo médico griego se basaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la aparición de diferentes enfermedades. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar el temperamento, según la teoría de Hipócrates. Estos temperamentos eran el colérico, el sanguíneo, el flemático y el melancólico. Areteo de Capadocia, médico romano del siglo I, describe la melancolía como frialdad del ánimo, obsesión por un pensamiento, y con tendencia a la tristeza y la pesadumbre. Celso, menciona en sus escritos terapias ambientalistas, de distracción con cuentos, juegos y actividades del agrado del paciente o viajes de vacaciones a diferentes lugares. También incluye propuestas de tratamiento farmacológico como la sangría, o purgas estomacales. Sorano de Éfeso, principal representante de la escuela metodista, considera la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. En el siglo II Claudio Galeno de Pérgamo mantiene los postulados hipocráticos, subrayando la importancia del miedo como síntoma concomitante de la tristeza. Desde una perspectiva religiosa la melancolía se consideraba como un demonio. San Isidoro de Sevilla, menciona cuatro sentimientos derivados de la tristeza: el rencor, la pusilanimidad, la amargura, la desesperación, la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad. William Cullen, durante la segunda mitad del siglo XVII, clasifica la melancolía dentro del apartado de neurosis o enfermedades nerviosas de acuerdo a los recientes descubrimientos neurofisiológicos. Durante las siguientes épocas del desarrollo de la humanidad no hubo grandes cambios en cuanto al concepto de la melancolía, sino hasta el siglo XVII en que Thomas Willis rechazó la teoría de los cuatro humores, al mismo tiempo que atribuye las causas de esta enfermedad a procesos químicos del cerebro y del corazón. También menciona cuatro tipos de melancolía: la debida a una alteración



del cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía histérica, que se encontraba en el útero. A comienzos del siglo XVIII A. Piitcairn, escribió que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podían afectar el flujo de los espíritus de los nervios (conforme a la teoría de René Descartes) dando lugar a los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía. Durante los siglos XIX y XX Philippe Pinel dice que los trastornos anímicos están en la percepción y las sensaciones, iniciando una época de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas y amores apasionados). Él decía que sin atacar estas causas no se podía tratar la melancolía denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto. A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS, define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos (Jackson, Stanley W., 1989).

1.3 TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

Como vimos en el párrafo anterior, la depresión ya se venía estudiando desde tiempos antiguos, mencionando que ésta era causada por cambios en el cuerpo. La utilidad de estas teorías es que nos ayuda a comprender las causas de este importante problema de salud mental que aqueja a la humanidad desde hace mucho tiempo y que en la actualidad es un asunto prioritario de la salud pública. Estas teorías que explican la depresión clínica, reconocen la presencia de síntomas depresivos graves como el estado de ánimo disfórico, las dificultades del sueño, la pérdida del apetito que conduce a una pérdida significativa de peso, la incapacidad para experimentar placer en actividades que anteriormente eran placenteras, el



sentido de autovalía y los pensamientos o los intentos suicidas. Sin embargo estas teorías difieren en sus explicaciones sobre las causas de esos síntomas (Compas y Gotlib, 2005).

1.3.1 PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA/INTERPERSONAL

Sigmund Freud, reconoció la importancia de una pérdida como factor desencadenante de la depresión. Sugirió que los acontecimientos adversos en la infancia temprana, dejan a algunos individuos vulnerables a una depresión posterior en su vida. Asimismo, Freud dijo que el fracaso para recibir gratificación apropiada de las necesidades en la etapa oral, produce una dependencia excesiva de los otros y un desarrollo inadecuado del yo. El fracaso de la gratificación a menudo se debía a un cuidado paterno inadecuado. Si un individuo adulto experimenta una pérdida significativa, los sentimientos de rechazo y abandono se reactivan, el individuo experimenta ira hacia el progenitor. Como por lo general adoptamos o interiorizamos características del cuidador, la ira hacia esa persona también se experimenta como ira hacia si mismo. Por ello, para Freud las pérdidas tempranas que sufre una persona la dejan dependiente y en riesgo de experimentar ira, odio hacia si misma y depresión si más tarde se encuentra con acontecimientos de pérdida que activan dichos sentimientos (Compas y Gotlib, 2005).

Desde una perspectiva más interpersonal y de las relaciones objetales, se considera que las relaciones interpersonales problemáticas, y particularmente la pérdida de una relación importante, son la causa de que se produzca y mantenga la depresión. Gotlib y Beach, (1955) y Weissman y Klerman, (1993) citados en Compas y Gotlib, (2005), mencionan que la depresión puede ser disparada por trastornos en las relaciones interpersonales importantes, pero sobre todo, por la pérdida de una relación importante. Sin embargo, los síntomas de depresión pueden considerarse como un intento inadaptado de tratar con un ambiente social difícil debido a habilidades interpersonales deficientes o a relaciones tempranas problemáticas, esto hace que los individuos se vuelvan personas dependientes. La tristeza, el



menosprecio por sí mismo y la irritabilidad que caracterizan a la depresión propician que las personas cercanas al individuo deprimido se alejen, reduciendo así las redes de apoyo, lo cual ocasiona que los síntomas depresivos se hagan más severos.

1.3.2 PERSPECTIVA CONDUCTUAL/COGNITIVA

La perspectiva conductual sobre la depresión también involucra el concepto de pérdida, pero poniendo énfasis en la pérdida tangible de reforzamiento en el ambiente de la persona. De acuerdo con Lewinsohn, (1974) y Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, (1985) citados en Gotlib, (2005), es probable que la pérdida de una relación significativa conduzca a una reducción en las fuentes de reforzamiento en la vida de una persona. Desde la perspectiva de la teoría operante de Skinner, esta pérdida de reforzamiento llevará a una reducción en las conductas emitidas por el individuo. Este fenómeno se ve como síntoma de alejamiento social y actividad disminuida, características propias de la gente deprimida. La pérdida de reforzamiento y la subsecuente disminución de la conducta inician un círculo vicioso, en el cual el alejamiento de la gente hace que su posibilidad de obtener reforzamiento disminuya, lo que hace que su conducta se inhiba más aún. Para empeorar la situación, las personas deprimidas a menudo reciben reforzamiento, en la forma de empatía y preocupación, por las mismas conductas que intenta reprimir y esto hará que en poco tiempo las conductas adaptativas se extingan y las conductas depresivas se refuercen en un círculo vicioso descendente. Desde el enfoque cognitivo, se propone que los individuos desarrollan una manera de pensar acerca de sí mismos, el mundo y el futuro que los predispone a ser vulnerables a la depresión. No obstante, este estilo disfuncional de pensamiento, por sí solo no es suficiente motivo para causar depresión, ésta debe ser activada por la experiencia de un acontecimiento vital estresante, que hace que el individuo empiece a interpretar todo lo que percibe desde su punto de vista negativo. Centrándose en experiencias negativas, sin tomar en cuenta los acontecimientos positivos, distorsionan las experiencias ambiguas o neutrales de forma negativa. Se culpan a sí mismos de los acontecimientos negativos y jamás advierten los aspectos positivos



de su ambiente. Esto hace que esa forma negativa de pensar influya directamente en las emociones y conductas de las mujeres, llevándolas a los síntomas centrales de la depresión.

1.3.3 PERSPECTIVA HUMANISTA

Desde el punto de vista humanista, la depresión es el resultado de la pérdida de la consideración positiva incondicional de uno mismo, lo que conduce a una disparidad inmanejable entre el yo verdadero y el yo ideal. Esta teoría propone que cuando la gente se concentra en valores e ideales externos para guiar su conducta, provoca que las personas pierdan contacto con su propia experiencia interna y no pongan atención a sus metas y valores personales como guías de su comportamiento. Sobre todo si ese yo ideal es poco realista o inalcanzable para la persona. El no poder alcanzar esos altos estándares a los que la misma persona se somete hace que experimente baja autoestima, que es otra de las características de la depresión. (Lewinsohn, (1974) y Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, (1985) citados en Gotlib (2005).

1.3.4 PERSPECTIVA BIOLÓGICA.

Las teorías biológicas han aportado dos vertientes sobre la depresión: una que es la predisposición genética que indica que la tasa de morbilidad de la depresión es moderadamente más alta en familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) de los pacientes con enfermedad depresiva, que en los pacientes con enfermedad depresiva que en la población general. La tasa global de concordancia en las parejas de gemelos monocigóticos con depresión bipolar, puede alcanzar el 80%; la tasa en los gemelos dicigóticos es aproximadamente del 10% (la misma que en el caso de los hermanos). Seymour Kety, Paul Wender y David Rosenthal citados en Kandel (2001), observaron que la tasa de trastornos del estado de ánimo entre los progenitores biológicos de personas adoptadas con enfermedad depresiva o maniacodepresiva, era superior a la que presentaban los padres adoptivos (mayor



que la tasa en los progenitores biológicos o adoptivos de personas adoptadas mentalmente sanas). También se observó que la incidencia de suicidios entre los familiares biológicos de personas adoptadas con enfermedad depresiva, eran seis veces mayor que entre los familiares biológicos de adoptados normales. Además, la tasa de concordancia de enfermedad afectiva en gemelos monocigóticos criados separadamente es del 40 al 60%, similar a la concordancia que presentan los que se crían juntos. Esta teoría es reforzada por Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1992 citados en Compas y Gotlib, (2005), encontraron que la tasa de concordancia para la ocurrencia de la depresión era más alta para gemelas idénticas que para las fraternas. Por otra parte se ha demostrado que los procesos de neurotransmisión en personas deprimidas son diferentes que en personas no deprimidas. Las personas deprimidas presentan altos niveles de cortisol producido en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal del sistema nervioso central y niveles disminuidos de serotonina o norepinefrina en el sistema nervioso central. Se cree que esta desregulación de neurotransmisores contribuye a la interrupción de una serie de procesos biológicos relacionados con la depresión, incluyendo el sueño, la activación y la respuesta al estrés.

1.3.5 ENFOQUE COGNITIVO PROCESAL SISTÉMICO DE LA DEPRESIÓN DE GUIDANO

Para Guidano, la depresión se produce en aquellos individuos cuyas características centrales de su organización de personalidad, son una marcada tendencia a responder a los eventos de la vida cotidiana, aún los mínimamente discrepantes, en la forma de desamparo/tristeza y rabia como resultado de una activa construcción de estos eventos en términos de pérdida, rechazos, fracasos y decepciones, que lo lleva a una explicación del mundo en términos de una imagen de sí mismo globalmente negativa, como la de alguien no querible. En estas personas, la posición central que adquieren las experiencias de pérdida, se pueden rastrear en la etapa del desarrollo evolutivo, especialmente en la primera infancia, que es cuando se estabilizan en el niño un conjunto de escenas nucleares cargadas de afecto,



conectadas con eventos de pérdida afectiva real o imaginaria con las figuras parentales. Estas experiencias son recurrentes y se mantienen durante toda la vida y se constituyen en su organización de significado personal. La Terapia Cognitiva Procesal Sistémica de Guidano, propone un método en el que el objetivo central es conseguir el cambio en la forma como la persona procesa su significado personal, en este sentido el proceso de cambio es flexibilizarla, hacerla más abstracta y generativa en las explicaciones que se da de sus experiencias emocionales. Para lograr esto es fundamental que el paciente aprenda una metodología de auto observación. Esta forma de combatir la depresión es compatible con la Programación Neurolingüística, ya que trata que la persona piense de manera más flexible y generativa de nuevas formas de pensar (Boscolo, 2000).

1.3.6 INTEGRACIÓN DE TEORÍAS

Como puede advertirse, cada una de estas teorías tiene un fundamento apoyado de manera empírica, pero ninguna de ellas podría explicar las causas o factores de riesgo de la depresión al cien por ciento. Los modelos integrales de acuerdo con Akiskal y McKinney, (1975), Goodman y Gotlib, (1999), Gotlib y Hammen, (1992); Shelton y cols., (1991) citados en Compas y Gotlib, (2005), reconocen que la depresión tiene causas múltiples. La etiología de un problema complejo puede tener múltiples vías y todas, o sólo algunas de ellas pueden estar operando en un solo caso. La integración de los modelos biológicos, psicológico y social representan un mejor modelo para poder explicar la depresión posaborto que padecen las pacientes del Hospital de la Mujer, ya que las causas son diferentes a la depresión posparto, pues la pérdida que estas mujeres experimentan no es por la separación del bebé del vientre materno, sino es un sentimiento de pérdida total de un ser que ya no estará con ellas *Íbidem*.



1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las personas con depresión suelen presentar trastornos del sueño, la falta de apetito, pérdida de peso, disminución del interés sexual hasta disfunciones hepatobiliares que son las que inspiraron la etimología de la melancolía. El estado afectivo se ve perturbado por una profunda tristeza, monótona y sombría, que se resiste a los requerimientos externos. También se presenta una pérdida progresiva de interés por la vida, con frecuencia acompañada por sentimientos de culpa, de indignidad y de autodesprecio. Las personas deprimidas presentan abulia que se refiere a la falta de interés en aspectos como el arreglo personal o las actividades de la vida diaria, no tienen iniciativa y pierden el sentido de proyección. El estar pensando en temas melancólicos, vuelve pobre la ideación, dificultosas las asociaciones, penosos los recuerdos y hace difíciles las síntesis mentales íbidem.

1.5 CLASIFICACIONES Y CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR LA DEPRESIÓN DE ACUERDO AL MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV-TR).

De acuerdo con estudios realizados, los trastornos depresivos se catalogan en Trastorno Depresivo Mayor, que incluye episodios agudos, pero de tiempo limitado, de síntomas depresivos que no tienen causa aparente, estos síntomas incluyen sentimientos de pérdida, de desesperanzas, de poca valía, que no remiten y presentan deseos de suicidarse. Los síntomas emocionales de un episodio depresivo mayor incluyen un ánimo disfórico de una intensidad que sobrepasa los sentimientos comunes de desilusión y tristeza ocasionales de la vida diaria. Dicha disforia puede aparecer como un abatimiento extremo o como una pérdida dramática de interés en aspectos de la vida que antes eran placenteros. En algunos casos la depresión tiene sus raíces en una experiencia de duelo, después de la pérdida de un ser querido como es el caso de las mujeres que han sufrido un aborto y han perdido un hijo y en ocasiones la oportunidad de volver a ser madres (Halguin, (2004). Para



poder diagnosticar los trastornos depresivos a continuación se muestran los criterios del DSM IV.- TR

TABLA 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.....continúa



- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

TABLA 2 CRITERIOS PARA EL EPISODIO MIXTO

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.



TABLA 3 CRITERIOS PARA EL EPISODIO MANIACO

A Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más

de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

(1) autoestima exagerada o grandiosidad.

(2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).

(3) más hablador de lo habitual o verborrérico. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

(5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).

(6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

(7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo. (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.



Las personas que padecen episodios depresivos que incluyen características melancólicas, pierden el interés en la mayoría de las actividades cotidianas y les cuesta trabajo reaccionar ante esas actividades, suelen tener problemas especialmente por las mañanas pues se despiertan más temprano que de costumbre, sintiéndose tristes a lo largo de la mañana luchando con diversos síntomas a lo largo del día, como la agitación, o el retardo psicomotor, trastornos de la alimentación y sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. DSM-IV - TR

El trastorno distímico es una forma de depresión que no incluye los síntomas graves de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, ocasiona que las personas sufran, pues están tristes todo el tiempo y los sentimientos de tristeza son molestos y duraderos. Las personas que padecen este trastorno presentan al menos durante dos años, algunos de los síntomas similares a los experimentados por personas con un trastorno depresivo mayor como alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, fatiga, baja autoestima, poca concentración, dificultad para la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza, tienen sentimientos de inadecuación en la mayoría de sus actividades y son incapaces de sentir placer o interés en los eventos de la vida.

TABLA 4

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F34.1 TRASTORNO DISTÍMICO [300.4]

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestimacontinúa



(5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E Nunca ha habido un episodio maníaco, mixto, o hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo

que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses).

Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico

crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Dentro de los trastornos del estado de ánimo existen otras formas cuya característica principal es el cambio brusco de un estado de ánimo eufórico a uno de



depresión sin causa aparente. Una de estas formas es el trastorno bipolar, en el que las personas viven experiencias intensas y perturbadoras de un gozo extremo alternadas con agotamiento, depresión y episodios depresivos mayores. Sin embargo, aunque el término bipolar implica dos polos, manía y depresión, no todas las personas con esta perturbación muestran signos de depresión. El supuesto que subyace al término diagnóstico es que, en algún momento, las personas se depriman.

El DSM IV – TR clasifica el trastorno bipolar en: trastorno bipolar I que es cuando el individuo experimenta uno o más episodios maníacos con la posibilidad, aunque no la necesidad, de haber tenido uno o más episodios depresivos mayores. Por otra parte, se encuentra el trastorno bipolar II en el que el individuo ha padecido uno o más episodios depresivos mayores y, por lo menos un episodio hipomaniaco. Esto indica que quienes sufren un trastorno bipolar II nunca han experimentado un episodio maniaco completo, pero si han tenido suficiente energía para cumplir los criterios de un episodio hipomaniaco.

El trastorno bipolar no especificado F31.9 [296.80] incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Por ejemplo: Cuando el cambio entre síntomas maníacos y síntomas depresivos cumplen con el criterio de la sintomatología, pero no el de duración mínima para un episodio maníaco, hipomaniaco o depresivo mayor. Episodios hipomaniacos recidivantes sin síntomas depresivos recurrentes. Episodios maníacos o mixtos superpuestos a un trastorno delirante, esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado. Episodios hipomaniacos, junto a síntomas depresivos crónicos, cuya frecuencia no es suficiente para diagnosticar un trastorno ciclotímico. Cuando hay un trastorno bipolar, pero es difícil determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

El trastorno ciclotímico, a diferencia del trastorno bipolar es una condición en la que los individuos con este padecimiento presentan cambios dramáticos y recurrentes en



su estado de ánimo, aunque no son tan intensos como los padecidos por las personas con trastorno bipolar. La hipomanía nunca es tan grave para ser diagnosticada como un episodio maníaco, y la disforia nunca es tan severa para ser diagnosticada como un episodio depresivo. Este trastorno es crónico y que tiene una duración de al menos dos años. (en niños y adolescentes es de un año). Aunque este padecimiento no es tan serio, si afecta de manera importante la vida de los individuos que luchan con los cambios impredecibles del estado de ánimo. Debido a esto, las demás personas los consideran volubles o poco confiables. Conforme pasa el tiempo los síntomas se vuelven más evidentes y los cambios de humor son más rápidos y dramáticos por lo que sus relaciones interpersonales son sumamente difíciles. Además las personas con este trastorno tienen gran riesgo de desarrollar un trastorno bipolar completo.

Otros trastornos del estado ánimo son los causados por enfermedades médicas como es el caso de las mujeres que presentan un aborto, ya sea espontáneo o inducido y por el consumo de sustancias.

TABLA 5

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F06.XX TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A...(INDICAR LA ENFERMEDAD MÉDICA) [293.83]

- A.** En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- (1)** estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
 - (2)** estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B.** A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)
- D.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso.....continúa



de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].

TABLA 6 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los.....continúa



exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):

(1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia

(2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.84]; F15.8. Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]; F14.8 Cocaína [292.84]; Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]; F18.8 Inhalantes [298.84]; F11.8 Opiáceos [298.84]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]; F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84].

Especificar tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterioscontinúa



para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PUEDE PRESENTARSE DE LAS SIGUIENTES FORMAS

- Episodio leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos. Los episodios leves se caracterizan solo por la presencia de cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.
- Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable como la incapacidad para trabajar o para cuidar de si mismo o de los hijos.
- Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y graves.
- Los episodios graves con síntomas psicóticos indican la presencia de alucinaciones o ideas delirantes (en general auditivas). Estas ideas delirantes pueden ser de culpa, de ser merecedores de algún castigo, ideas delirantes nihilistas (p. Ej., destrucción personal o del mundo), ideas delirantes de ruina, ideas delirantes somáticas (por ejemplo piensan en tener enfermedades graves o que el cuerpo se está pudriendo) Este tipo de ideas delirantes se presentan cuando los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo de la persona, por el contrario cuando estos síntomas no son congruentes con el estado de ánimo las ideas delirantes pueden ser de persecución, de inserción de pensamientos ajenos, de difusión de



pensamientos, de control (p. Ej., piensan que alguien controla su mente o su vida).

- En remisión parcial o remisión total. La remisión total requiere de un período de al menos dos meses en los que no haya síntomas significativos de depresión. La remisión parcial se da cuando todavía hay algunos síntomas del episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen los criterios completamente o cuando los síntomas significativos han desaparecido, pero el período de remisión es aún menor de dos meses.

1.6 EMBARAZO Y DEPRESIÓN

Existen cambios psicológicos normales que se presentan en el embarazo. Durante el Primer Trimestre: modificación de intereses, total inmersión en el "embarazo" y temor a la pérdida. En el Segundo Trimestre: inicio de la relación "madre-hijo". Y, en el Tercer Trimestre: inicio de "ansiedad" por el parto y preparación para la separación del posparto. Contrariamente a lo que tradicionalmente se sostenía que el embarazo se asociaba habitualmente a un estado de bienestar emocional en la mujer. La hospitalización psiquiátrica, es casi 7 veces mayor durante los 30 días posteriores al parto que antes de embarazarse (Bright, 1994, Suri y Burt, 1997, Nonacs y Cohen, 1998).

1.6.1 CUADROS DEPRESIVOS DEL POSPARTO

Existen tres tipos de alteraciones que pueden presentarse en el posparto: Disforia, Depresión y Psicosis (Bright, 1994; Suri y Burt, 1997; Nonacs y Cohen, 1998). La Disforia Posparto es un cuadro leve y autolimitado (50-75%), aparece más tempranamente que la depresión, entre la primera y la segunda semana, su duración habitual va de horas hasta 10 días. Es un cuadro de alta frecuencia, que afecta a cerca del 60 % de mujeres en puerperio. Caracterizado por labilidad emocional, angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad y fatiga. Requiere



fundamental apoyo de las redes sociales y orientación y educación a la paciente y su familia; generalmente no requiere tratamiento farmacológico. Si este cuadro se prolonga por más de 2 semanas hay que sospechar y evaluar el desarrollo de un Episodio Depresivo Posparto. La Psicosis Posparto es un cuadro severo, poco frecuente (0,1 a 0,2%) y dramático, aparece en las primeras 48 horas hasta 2 semanas posparto y presenta riesgo de suicidio e infanticidio. Requiere hospitalización y manejo de especialidad a la brevedad y se le considera un indicador pronóstico de patología mental severa. La Depresión Posparto (DPP) (10-15%), mantiene los mismos criterios diagnósticos de depresión mayor. Es un cuadro que puede iniciarse en la tercera o cuarta semana posparto hasta un año después. Un aspecto relevante en relación a la DPP es que suele presentar dificultades para su diagnóstico por una falta de reporte de síntomas emocionales, debido a que la sintomatología se atribuye a una reacción "normal" ante el embarazo y por el hecho que las atenciones de salud para la madre, en el sistema público, se establecen solo en el primer mes posparto. La Depresión Posparto presenta variaciones en cuanto a frecuencia. En el 40% de las pacientes los síntomas aparecen después del primer control posnatal, en el 20% coincide con el destete, en el 16% con el reinicio de la menstruación, en el 14% con el inicio de la ingesta de anticonceptivos hormonales y en el 5% aparecen al año del posparto (Bright. 1994; Suri y Burt, 1997).

1.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada reactivo y obteniendo una puntuación final. Estas escalas son una herramienta que ayuda en el diagnóstico de la depresión, y sólo deberán realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas de evaluación se dividen en: heteroevaluadas que son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los reactivos y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de



formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cual de los reactivos refleja mejor su estado de ánimo. Las escalas de este tipo más utilizadas en los trabajos de investigación son: El Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Hamilton y la Escala de depresión de Montgomery Asberg. (Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X y Baro E, 2002).

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II)**, creado por el psicólogo conductista Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Este inventario es una escala que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es el inventario que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Generalmente se utiliza para evaluar la gravedad de la depresión. La versión original de 1961 consta de 21 reactivos apareciendo después dos revisiones la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes reactivos: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, cansancio pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II, se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía **NICE*** se emplea la primera versión. Cada reactivo se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos

* National Institute for Health and Clinical Excellence (organización independiente responsable de proveer una guía que promueve la buena salud y previene la enfermedad y regula la atención médica de calidad para todas las personas, fundada en 1999. Sus oficinas se encuentran en Londres y Manchester).



puntos de corte en intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana, en la versión de 21 reactivos es: Sin depresión de 0 a 9 puntos, depresión leve de 10 a 16 puntos, depresión moderada de 17 a 29 puntos y depresión grave de 30 a 36 puntos (Beck Aarón y Cols.,2006).

- **Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)**

La HAM-D por sus siglas en Inglés, es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos reactivos, como los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión original está formada por 21 reactivos y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 reactivos, otra versión de 24 reactivos y una de 6 reactivos constituida por los reactivos de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión de 1980. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986 y posteriormente se realizó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones de 6, 17 y 21 reactivos. Los reactivos incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los reactivos adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos. Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de



gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los reactivos que los constituyen: melancolía (reactivos 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (reactivos 9-11) y sueño (reactivos 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada reactivo, con un rango de puntuación en la escala de 17 reactivos que en la versión española que es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: sin depresión de 0 a 7 puntos, depresión de ligera a moderada de 8 a 13 puntos, depresión moderada de 14 a 18 puntos, depresión grave de 19 a 22 puntos y depresión muy grave de más de 23 puntos (Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X y Baro E, 2002).

- **Escala de Depresión Montgomery Asberg (MADRS)**

Esta es una escala heteroaplicada publicada en 1979 que consta de 10 reactivos que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión. La escala debe ser administrada por un clínico aunque existen versiones autoaplicadas. Los reactivos incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada reactivo oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar contaminada por reactivos que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios reactivos somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la



validación de las versiones en español fue realizada en 2002. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los reactivos, oscilando entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte definidos, pero los recomendados son: sin depresión de 0 a 6 puntos, depresión ligera o moderada de 7 a 19 puntos, depresión moderada de 20 a 34 puntos y depresión grave de 35 a 60 puntos. Para la evaluación de respuesta a un tratamiento, al igual que en la HAM-D, se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual al 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25 y 49% y no respuesta como una reducción de menos del 25%. Se considera remisión unos valores $\leq 8-12$. Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son la BDI, la MADRS y la HAM-D. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, pues evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La HAM-D Y MADRS al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la BDI que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión (Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X y Baro E, 2002).

1.8 SÍNDROME POSABORTO QUE DE AHORA EN ADELANTE SE DEFINIRÁ COMO SPA

Este síndrome es una condición por medio de la cual el aborto dificulta el vínculo natural entre los padres y los hijos, y que deja a la madre con la sensación de pérdida y culpa. Es el conflicto que se crea en la mujer entre su papel de madre y el papel que desempeña en la destrucción de la vida del hijo no nacido. Es la negación de la pena y el luto que la mujer tiene que reconocer y expresar por la pérdida de su hijo. Es una condición que debilita tanto física como emocionalmente y que puede disminuir el funcionamiento y bienestar de la mujer como individuo, en la sociedad y dentro de su familia. Es un conflicto que otros miembros de la familia también experimentan en sus respectivos roles. Los síntomas del Síndrome pueden empezar



inmediatamente o años después. Las víctimas del Síndrome Posaborto a menudo niegan haber padecido abortos, debido a la culpa y a la depresión asociadas con ello. Los síntomas varían, desde una depresión leve hasta pensamientos suicidas y podría también estar asociado a otros comportamientos emocionales como trastornos alimenticios, abuso de alcohol y drogas, y autocastigo. Millones de mujeres que han tenido abortos descubren que este es un dilema emocional que no se va (Ferguson DM, 2006).

1.8.1 ANTECEDENTES DEL SPA

Entre los trastornos causados por el estrés postraumático (PTSD) que afecta a las víctimas de accidentes, desastres naturales, atentados terroristas y a excombatientes de guerra, hay uno que afecta a millones de personas en su mayoría mujeres que es el Síndrome de Estrés Posaborto (SPA). Recibe su nombre del Síndrome Post- Vietnam que fue el primer tipo de Estrés Postraumático estudiado, por los síntomas y su intensidad. Hay numerosos estudios realizados en todo el mundo, figura en los manuales de medicina y psicología de muchas universidades. El estudio epidemiológico más completo respecto a este síndrome fue llevado a cabo en el año de 1997, y fue realizado sobre una muestra de 9,129 mujeres tomada de la base de datos nacional de Finlandia, financiado por el Centro de Investigaciones y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de dicho país. Esta investigación eliminó el posible sesgo de anteriores estudios basados en entrevistas, realizando un estudio objetivo de los certificados de defunción de mujeres en edad reproductiva entre los años 1987 y 1994 que habían abortado en el año anterior a su muerte. El estudio reveló que, las mujeres que habían abortado, en comparación con las que habían llevado su embarazo a término, tuvieron 60% más muertes por causas naturales (enfermedad), 7 veces más suicidios, 4 veces más muertes por accidentes y 14 veces más muertes por homicidios. Las conclusiones indican que las mujeres que abortan tienen 4 veces más probabilidades de morir al año siguiente que las que tienen a sus hijos. Además, las mujeres que dieron a luz tuvieron 50% menos probabilidad de morir que las que no tuvieron hijos. Este estudio confirma que el aborto es mucho más



peligroso que llevar a término un embarazo, aunque este no sea deseado M. Gissler, et. al.(2005). Otro estudio realizado en Inglaterra por DC Reardon y JR Cogle, (2002) concluye que comparado con las mujeres que llevan su primer embarazo a término, aunque éste no fuera deseado y las mujeres que abortan en su primer embarazo, éstas últimas tienen un riesgo significativamente más alto de depresión clínica, teniendo en cuenta un período de ocho años después del primer embarazo. Un análisis realizado con los datos de un estudio longitudinal sobre mujeres norteamericanas financiado con fondos federales, ha revelado que las mujeres que abortan tienen un 65% más riesgo de padecer depresión clínica a largo plazo, teniendo en cuenta edad, raza, educación, estado civil, historia de divorcio, ingresos y estado psiquiátrico previo. JR Cogle, DC Reardon & PK Coleman, (2003). Desde hace ocho años en México. el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la familia, A.C. (IRMA) se ha especializado en la atención e investigación del Síndrome posaborto. En este tiempo esta institución ha dado apoyo psicológico a más de 500 pacientes. y en un estudio efectuado en una muestra de 252 mujeres se encontró que el 77% presenta depresión severa, el 53% tiene ideación suicida y un 21% ha intentado suicidarse. Este estudio concluye que el aborto es un factor que predispone a padecer depresión, ya sea a corto, mediano o largo plazo (Alva López M. del C., 2005).

1.8.2 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Muchas veces la exposición a eventos traumáticos que en la mayoría de las veces son inesperados, e incontrolables afectan de manera intensa la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo, provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Ejemplo de eventos traumáticos son los accidentes, desastres naturales, asaltos, delitos, violaciones, abusos físicos y sexuales durante la infancia, experiencias en combate, la inesperada muerte de familiares.



1.8.3 SÍNTOMAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

- **Re-experimentación del evento traumático** por medio de pesadillas, reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados al evento traumático.
- **Incremento o activación** como dificultades para dormir, hipervigilancia, problemas de concentración. Irritabilidad, impulsividad y agresividad
- **Conductas de evitación y bloqueo emocional** como son la intensa evitación, huida o rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático. Así mismo la pérdida de interés, el bloqueo emocional y el aislamiento social.

Entre los trastornos más comúnmente asociados se encuentran:

- Ataques de pánico que incluyen sensaciones de miedo y angustia acompañadas de síntomas como: taquicardia, sudoración, náuseas, temblores ideas recurrentes de suicidio.
- Ira y agresividad- que interfieren de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico así como en el funcionamiento diario del sujeto.
- Abuso de drogas. En ocasiones esta estrategia de huida aleja al sujeto de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.
- Conductas extremas de miedo y evitación en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto (Kaplan and Sadok's, 2003).



1.8.4 Causas del SPA

Las causas que provocan este síndrome, pueden ser el impacto emocional que sufren las mujeres al saber que han perdido a un hijo que esperaban con anhelo. También puede deberse a que las mujeres tengan un historial previo de depresión, aunque para esta investigación se tomó en cuenta que las pacientes no padecieran algún trastorno psicológico previo al aborto. La inseguridad, falta de madurez, así como problemas físicos como hemorragias, infecciones pélvicas asociadas al aborto, malnutrición, falta de información y educación para una buena salud reproductiva. De igual forma puede deberse a problemas familiares y de pareja, a recuerdos traumáticos del pasado. La negación es otro factor que puede ser causa de este trastorno pues las mujeres no quieren enfrentar la realidad y la evaden hasta que finalmente padecen los síntomas de este trastorno. Un aspecto muy importante como causa de este padecimiento es las condiciones bajo las que se efectúa el aborto. Recordemos que no todas las mujeres cuentan con servicios médicos adecuados y en ocasiones tienen que recurrir a métodos que ponen en peligro su vida. www.vidahumana.org

1.8.5 SÍNTOMAS DEL SPA

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría, desde los años 80 identificó la depresión, la hostilidad, el desinterés y el aislamiento, las imágenes recurrentes, el insomnio y pesadillas, la incapacidad de expresar sentimientos como secuela del aborto. Otros estudios muestran un alto índice de intentos suicidas, de alcoholismo, bulimia y anorexia, a este respecto la investigadora del SPA, la Dra. Speckhard (1992), afirma que para algunas mujeres el estrés posaborto está asociado a trastornos alimentarios como atracones, bulimia y anorexia nerviosa. Otros síntomas son la frigidez y disfunciones sexuales, ruptura de las relaciones de pareja, crisis histéricas y agresividad. Una reacción frecuente es tratar de olvidar la experiencia o negarla, tratando de reprimir el dolor por el que han pasado. La Dra. Franz W Reardon ,(1992) de la Universidad de West Virginia afirma que esa negación crea un



desajuste que lleva a un descontrol emocional en situaciones como ver jugar a un niño, oír el sonido de una aspiradora, etc.

1.8.6 DIAGNÓSTICO DEL SPA

Es difícil diagnosticar el Síndrome Posaborto entre psicólogos y psiquiatras de Latinoamérica porque nadie lo ha enseñado en las universidades. El SPA no está influenciado por factores culturales, sino por la naturaleza femenina, que es similar en todas las mujeres independientemente de su religión, nacionalidad o posición social. Una razón por la que no se oye hablar del síndrome posaborto, es porque los libros que utilizan los estudiantes en Latinoamérica son traducciones de ediciones norteamericanas, y al estudiarlos no se encuentra ninguna mención de las consecuencias del aborto. Como en lo que concierne a la ciencia, lo que llega de los Estados Unidos de Norteamérica. es "la última palabra", y como ni siquiera se menciona el SPA en las ediciones norteamericanas, significa que éste realmente no existe. La negación por la paciente de las implicaciones del aborto en los trastornos emocionales o psicológicos que sufre es quizás otro de los factores que hace tan difícil que un médico no informado diagnostique el SPA. Es por ello que, tras someterse a la psicoterapia del síndrome posaborto, son las mujeres las más sorprendidas, pues nunca se habían imaginado el tormento emocional y la cantidad de angustia que inconscientemente negaban; y darse cuenta del verdadero daño psicológico que produce el aborto. Por otro lado se ha comprobado que las mujeres que tienen trastornos de la personalidad se practican más abortos. Quizás sea éste el tercer motivo por el cual el SPA ha tardado tanto en llegar a ser reconocido como una enfermedad en sí misma. El aborto parece ser uno más de los sucesos disfuncionales en la vida de las pacientes que padecen trastornos de personalidad. Se podría decir, entonces, que el aborto sería un síntoma más (si se le toma en cuenta), de todo el desajuste mental. www.vidahumana.org

Criterios para diferenciarlo de un trastorno de la personalidad Es importante establecer la diferencia entre una mujer que antes del aborto era psicológicamente normal, y otra que ya sufría un trastorno de la personalidad. Es importante hacer



esta distinción porque es preciso saber cuándo derivar a una mujer a un psiquiatra o darle terapia psicológica. Brevemente se puede decir que la vida de una persona que tiene un trastorno de la personalidad está llena de sucesos que muestran desajustes. Además del aborto, otros comportamientos disfuncionales podrían ser: intentos de suicidio, frecuentes cambios de trabajo, imposibilidad de mantener relaciones íntimas normales, promiscuidad sexual, alcoholismo y otros tipos de adicciones, agresividad hacia sí mismo y hacia los demás, problemas con las autoridades y muchos más. Cuando aparece este tipo de cuadro, el profesional de la salud podrá discernir en una o dos sesiones, que ésta lleva una vida inestable. La función del consejero es entonces, referir a la paciente a un profesional para que trate su trastorno mental. El problema al que se enfrentan las mujeres y que complica el proceso de rehabilitación es que probablemente el profesional de la salud no sea consciente de lo dañino que pueden ser las consecuencias del aborto.

www.vidahumana.org

1.8.7 DEPRESIÓN POSABORTO

Se ha comprobado que las mujeres con antecedentes de aborto tienen un riesgo mayor de sufrir una depresión clínica, comparado con mujeres que han dado a luz, según los datos tomados de la Encuesta Longitudinal Nacional de la Juventud (National Longitudinal Survey of Youth: NLSY) basada en entrevistas realizadas por el Centro de Investigaciones de Recursos Humanos de la Universidad del Estado de Ohio. Este estudio se llevó a cabo en una muestra de 1,880 mujeres. Según este estudio las mujeres que se embarazaron entre 1980 y 1992 se encontró que una media de ocho años más tarde, las mujeres cuyo primer embarazo había terminado en aborto tenían un 65% más de probabilidades de sufrir una depresión, después de controlar las variables de edad, raza, estado civil, antecedentes de divorcio, ingresos, formación académica y estado psicológico anterior al embarazo. Sin embargo de acuerdo con Reardon uno de los principales investigadores de este estudio menciona que estos hallazgos pueden verse afectados, ya que sólo un 40% de los abortos que pueden esperarse de una muestra así aparecen en el NLSY. Esto



significa que muchas mujeres que abortaron sólo figuran, equivocadamente, en la categoría de las que tuvieron hijos, lo cual tiende a diluir los resultados. Además el hecho de ocultar los abortos anteriores también puede haber afectado los resultados. Los estudios muestran que las mujeres que tienden a ocultar sus abortos o sienten vergüenza por ellos son las más proclives a sufrir una depresión. También es muy probable que las mujeres que ocultan sus abortos tengan tasas más altas de depresión que las que pueden hablar de ello libremente (Cougler JR, Reardon DC, Coleman PK, 2003).

Otras investigaciones se han realizado a este respecto, como la realizada basándose en la Encuesta de la Universidad Estatal de Ohio y todas concluyen que las mujeres que han sufrido un aborto son proclives a sufrir diferentes grados de depresión. Además estos estudios muestran que aunque las mujeres casadas tienen un alto riesgo de padecer depresión, las mujeres que están criando a un hijo sin ayuda de una pareja sufren significativamente más depresión que las mujeres casadas. La vergüenza, el secretismo y la represión mental en relación al aborto están asociadas con una mayor depresión, ansiedad y hostilidad posaborto. Los autores de este estudio concluyen que los altos índices de ocultamiento de abortos hace que aparezcan diferencias significativas y sugiere que sólo se está viendo la punta del iceberg. Un aspecto importante de este estudio es que se trata de uno de los pocos estudios que usa pruebas psicológicas pre-embarazo como variable de control. La variable más usada como control para las reacciones emocionales es la evaluación pre-aborto del mismo día del aborto, cuando la mujer está sometida a una gran tensión emocional. Por ello, las pruebas pre-embarazo son mucho más útiles que las de pre-aborto para evaluar el efecto independiente del aborto sobre las reacciones psicológicas a largo plazo (Reardon DC, Cougler JR, 2002).

1.9. DIFERENTES TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN POSABORTO

- a) **Tratamiento farmacológico** El caso de las mujeres que sufren depresión posaborto, no es diferente desde el punto de vista biológico a otras causas de depresión tanto en hombres como en mujeres debido a que, los síntomas que



se presentan en este trastorno son de tipo somático. Los medicamentos de mayor uso son los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina y la desipramina, ya que han demostrado su eficacia en aliviar algunos de los síntomas como son las alteraciones del apetito, o del sueño. Existen también los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO), como la fenelcina y la tranilcipromina que prolongan la vida de los neurotransmisores, incrementando así el flujo neuronal por eso es que estos medicamentos son altamente efectivos en el tratamiento de la depresión crónica de larga duración. Una alternativa muy popular a los tricíclicos y a los IMAO, son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (IRIS) como la fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina. Estas sustancias han tenido un impacto dramático en la vida de millones de personas deprimidas Halguin, (2004). Para algunas personas con depresión o trastornos del estado de ánimo los medicamentos no son eficaces o son muy lentos para aliviar los síntomas graves y pueden poner en peligro la vida. se puede recurrir a la terapia electroconvulsiva (TEC), ésta también es efectiva en personas mayores de 60 años, que por su edad han sido tratados con diferentes medicamentos y éstos no han resultado efectivos. En algunos pacientes gravemente deprimidos se les administra esta técnica por varios meses para evitar la recurrencia de los síntomas depresivos (Stiebel, 1995 citado en Halguin, 2004). Hasta el momento no se ha encontrado daño cerebral o pérdida de memoria permanente como resultado de este tratamiento. (Calev et al., 1991 citado en Halguin, 2004). En el caso de las personas que padecen depresión estacional pueden ser tratadas con terapia luminosa que consiste en aplicar a los pacientes deprimidos luces especiales que simulan el amanecer durante un período de dos horas cada mañana durante los meses de invierno. También existe el método de la privación del sueño. De acuerdo con Leibenflut et al.,(1993), citado en Halguin, (2004) el efecto de los antidepresivos parece ser más eficaz después de que los pacientes no han dormido por periodos de hasta 36 horas.



b) Tratamiento psicoterapéutico

Según la teoría conductual como la depresión se debe a una falta de refuerzos positivos. De parte de sus familiares y de su entorno. El tratamiento consiste en proveer al paciente de una serie de actividades que den al sujeto los refuerzos que necesita y una vez que comienza se establece una retroalimentación positiva. Uno de los problemas a los que se enfrenta el terapeuta es que las personas deprimidas mencionan que no tienen fuerza para nada, que cuando se curen y se sientan mejor harán todo lo necesario para cambiar su vida. El asunto es plantearles lo contrario y hacerles ver que cuando se actúa se recibe retroalimentación positiva y de esa manera su entorno y situación familiar pueden mejorar. www.cop.es/colegiados/M-00451/depre/htm

El tratamiento para la depresión desde el punto de vista cognitivo consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de las personas, analizarlos y cambiarlos racionalmente. Se trata de mostrar a la persona que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos, por ejemplo cuando se piensa mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación, pero falta terminar la idea. El tratamiento con terapia cognitiva es acertado pues se le enseña a las personas a cambiar su forma de pensar. También la terapia de visualización dirigida han demostrado ser técnicas muy útiles. www.cop.es/colegiados/M-00451/depre/htm

El tratamiento cognitivo Conductual y los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio ambiente antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de las experiencias provenientes de su interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones. Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que los



rodean. Los objetivos a conseguir en este tipo de terapia son: aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista. Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones, Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones. Enseñar y mostrar a las personas diferentes alternativas y puntos de vista que les brinden la oportunidad de interactuar de una forma más adaptativa y relajada con las personas de su entorno y a la resolución de problemas. Dentro de las técnicas conductuales se pueden programar actividades, asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En lo que se refiere a las técnicas cognitivas se puede usar el entrenamiento en observación, registro de cogniciones, demostrar al paciente entre cognición afecto y conducta. Se pueden usar técnicas de retribución, diferencias y similitudes. www.cop.es/colegiados/M-00451/depre/htm

c) Tratamiento con Programación Neurolingüística

Desde este enfoque la persona deprimida logra optimizar sus percepciones, pensamientos y sentimientos, logra un nivel apropiado de libertad para la expresión personal alcanzando así un mayor grado de control, dirección y sentido de su propia vida, predisponiéndose con ello a un nivel más alto de efectividad y satisfacción. La programación Neurolingüística promueve el tener contacto con determinadas áreas personales que obstaculizan lograr las metas más importantes de nuestra vida. Modifica las emociones, comportamientos y creencias que facilitan el desarrollo personal constante. Optimiza toda clase de habilidades que permitan un mejor rendimiento en las áreas de nuestro quehacer diario. Emplea formas efectivas de comunicación interpersonal que permita lograr una relación humana más plena y satisfactoria, tanto con nosotros mismos como con las personas con que interactuamos. Esto se puede lograr estableciendo objetivos terapéuticos, que faciliten una pronta consecución; encontrar y usar nuestros mejores recursos personales para el manejo de las situaciones conflictivas Armendáriz RR (1999). La PNL brinda la oportunidad de aprender, a comprender e identificar el proceso mental de cada uno de nosotros. También se le muestra a la persona a darse cuenta que



posee una serie de recursos y cualidades internas que están a su disposición para ser usados cuando los necesite, es decir se busca recuperar la historia de capacidad personal que cada uno de nosotros tenemos para transferirla a la situación de depresión que las personas están sufriendo en un momento dado. La PNL ayuda a resolver incidentes traumáticos del pasado, reemplazando sentimientos y creencias limitantes con sentimientos y creencias positivos de confianza y fortaleza. Ayuda a modificar el concepto o creencia que se tiene de si mismo, favorece el transformar rápida y cómodamente emociones destructivas fortaleciendo el sentido de sí mismo. Proporciona habilidades de automotivación positiva. Promueve la Creación de una nueva autoimagen por medio de visualizar y comparar nuestro yo particular y nuestro yo ideal Andreas C. y Andreas S. (2006). Se puede modificar las conductas de tristeza y melancolía por medio de sentir, expresar y manifestar los sentimientos. Tener un destino emocional global y uno para cada día de nuestra vida. Usar el cuerpo para cambiar nuestro estado emocional como levantar la mirada y recordar imágenes de seres queridos. Esta técnica interrumpe las conexiones neuronales que generan los sentimientos. El movimiento corporal que es placentero, porque se disfruta y permite respirar suficientemente, tiene el poder de cambiar el estado de ánimo. Cantar, sonreír, modifican positivamente el estado de ánimo. Los cambios de expresión facial constituyen una fórmula eficaz y sencilla de modificar las emociones (González L.J., 2000).

1.10 PERDÓN.

1.10.1 DEFINICIÓN. En el libro Perspicacia Para Comprender Las Escrituras de la Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, menciona que el perdón es el acto de perdonar a un ofensor, sin guardar resentimiento. Así mismo, restablecer la comunicación de la persona que comete un error con el Creador por medio de la oración. La Septuaginta griega a veces lo traduce por el término griego a-fí-e-mi que significa literalmente dejar marchar, y que puede emplearse como perdonar. Además, la Biblia menciona que las ofensas personales deben perdonarse sin importar la cantidad de veces que sea necesario (Lu 17:3,4; Ef 4:32; Col 3:13).



1.10.2 ¿QUÉ ES PERDONAR?

Perdonar auténticamente requiere un cambio de percepción, una nueva forma de considerar a las personas y circunstancias que nos han causado dolor. No significa validar, justificar ni aceptar que otra persona tenga razón. Más bien nos enseña a considerar que hay otras maneras de ver el mundo. Recordemos que las percepciones son en realidad una opción. Al cambiar nuestro enfoque de percepción, también cambian automáticamente nuestras reacciones emocionales. El perdón implica reconocer, que bajo el comportamiento falto de sensibilidad de alguna persona que nos causó daño, o el daño que podemos hacernos a nosotros mismos debido a percepciones equivocadas de los eventos de nuestra vida. Una persona que se considere emocionalmente sana no busca agredir, dominar ni obstaculizar el trato; mucho menos, dañar física o moralmente a nadie. Esto sólo lo hace aquél que muy en su interior se siente descontrolado, dolido, confundido, desvalido, envidioso, impotente, temeroso o incluso trastornado en algún sentido. El perdón es un proceso que nos pide cambiar nuestras percepciones una y otra vez. Al cambiar la perspectiva personal a una visión más amplia, surge una mayor disposición a la comprensión, compasión y respeto por uno mismo y por los demás. El perdón radica en cómo percibimos los eventos y en las conclusiones nuevas, más tranquilizadoras, a que llegamos sobre las personas, circunstancias de la vida y sobre nosotros mismos (Armendáriz RR, 1999).

1.10.3 RAZONES PARA PERDONAR

Cuando nos concentramos en el resentimiento y la culpa, nos perdemos y nos estancamos emocionalmente, perdemos la capacidad de disfrutar de la vida y de las relaciones interpersonales. En cambio, al perdonar auténticamente nos liberamos de toda esa carga emocional y del papel de seguir siendo las eternas víctimas, además de que trascendemos nuestros juicios y percepciones limitantes, agobiantes y dañinas. Vivir sin perdonar es vivir separados. La liberación de esta clase de aflicción comienza cuando reconocemos el dolor y nos permitimos integrarlo.



Cuando estas emociones desagradables son reprimidas o negadas, pueden dominar nuestra personalidad. Por ejemplo, si no buscamos una forma de liberar nuestra ira, ésta puede filtrarse en nuestro manejo cotidiano en forma de miedo, sarcasmo, aislamiento, agresividad o estallidos de cólera, comportamientos pasivo-agresivos y dificultad para establecer relaciones humanas íntimas con un mínimo de satisfacción. Además si estos sentimientos se hacen crónicos, podemos llegar a somatizarlos en forma de constantes dolores de cabeza, trastornos digestivos o algunas otras molestias físicas. El negar el dolor emocional sólo obstruye la comunicación mente-cuerpo y reduce nuestro percatamiento consciente. Así al limitar nuestra percepción consciente de las necesidades corporales, la información puede llegarnos por una vía inconsciente como algo doloroso. Un factor importante para el cuidado de nuestra salud es entender que ésta depende en gran parte de la capacidad de comunicarnos con nuestra propia sabiduría interna. Mientras sigamos atados a un recuerdo, asfixiados por la soga quemante del odio o el dolor, difícilmente podremos acceder al verdadero potencial de nuestro propio ser para sanar. Seguimos siendo prisioneros del pasado. La amabilidad y la compasión son la raíz de la sanación (Armendáriz RR, 1999).

1.10.4 PASOS PARA EL PERDÓN

Para lograr que una experiencia desagradable que nos afecta deje de lastimarnos se requiere de un trabajo de sanación mediante el manejo del perdón. El primer paso para practicar el perdón, es preciso comenzar a reconocer el yo esencial (total) propio y de los demás, no sólo el pequeño yo, o esa subpersonalidad que en algún momento se sintió ofendida. El acto específico de una ofensa no resume de un modo exacto el carácter, personalidad, ni mucho menos la verdad total de quienes somos. Para poder practicar el perdón, es necesario hacerlo desde una posición de nuestro yo esencial, no desde nuestro pequeño yo particular, porque de esta manera facilitamos una visión más amplia y profunda de los eventos, de las personas y de nosotros mismos. Desde esta posición, resulta más fácil darse cuenta si la acción de otra gente fue un atentado real contra la integridad de nuestra persona (nuestra



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



totalidad) o sólo se trató de una expectativa anhelada por nuestro yo particular, como el deseo de amor, aprobación, reconocimiento, respeto, agradecimiento, apoyo, etc. que no se cumplió. Cuando culpamos a otros de lo que nos sucede no nos detenemos a pensar que quizá nosotros somos los que tenemos que cambiar nuestras propias expectativas y las expectativas con respecto a los demás. Por lo general, es más fácil perdonar a los demás que a nosotros mismos. Al estar dispuestos a sanar nuestras heridas descubriremos que las mismas personas y situaciones que nos hicieron daño pueden funcionar como verdaderos transformadores mediante los cuales descubriremos la amplitud y alcance de nuestra humanidad (Armendáriz RR, 1999).

Los autores Coyle & Enright, (1997); Freedman & Enright, (1996); Pettit, (1987); Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, (2000); citados por Enright y Fitzgibbons, (2000) mencionan que el perdón llega con el tiempo. Así se puede integrar lo bueno y lo malo de la gente. Si no se perdona, se es incapaz de alejarse del dolor que la herida produce, aunque haya pasado mucho tiempo. Por tal motivo la psicoterapia debería introducir técnicas de perdón. En realidad, el proceso de conocerse es en gran medida un acto de perdón. Pues saberse humano y falible implica perdonarse. Con ello se obtiene salud mental. Existen evidencias que demuestran que el incremento de la capacidad de perdonar trae consigo mejoramiento en la salud física y mental. Perdonar implica el surgimiento de emociones positivas que producen un incremento en el pensamiento creativo. Dejar ir, desprenderse del pasado por medio del perdón hacia los demás y hacia uno mismo, hace que surjan nuevas ideas, que nuevas puertas se abran. Perdonar mejora la autoestima y disminuye la ansiedad u depresión, pues la ira contra los demás y contra uno mismo tiende a reducirse. Si se logra cambiar la forma en que se concibe el dolor y el sufrimiento las personas pueden lograr el perdón para otras personas y para sí mismas. También el lograr un buen grado de aceptación implica perdonarse. Quien perdona acepta a los demás y quien se perdona se acepta a sí mismo. "Quisiera perdonarte pero no puedo olvidar lo que me hiciste y ese daño me ha afectado toda la vida". Este es un pensamiento rumiante que incluso pudiera ser el resultado de un proceso psicoterapéutico



inacabado. La falta de perdón tiene que ver muchas veces con el pasado que se usa como pretexto, con el que se juega para culparse de los falsos fracasos percibidos. Si no se pasa por el dolor del fracaso, no se puede perdonar y aun así, puede existir un ir y venir de resentimientos que impiden que se deje ir lo que supuestamente impidió el logro anhelado. Pudiera pensarse que solamente se puede perdonar cuando se está ante el agresor implorando éste perdón. Pero esto no pasa de un mero deseo, que se produce como consecuencia del resentimiento. "Quisiera que viniera a pedirme perdón de rodillas". Esto es algo muy remoto. Los seres humanos somos muy propensos a justificar nuestras faltas o incluso en confiar precisamente que el tiempo enmendará nuestros errores. Pero el dolor puede volver si el perdón no es tan profundo como la herida. La motivación principal de perdonar se encuentra en los beneficios internos, sobre todo generadores de salud mental que dicho proceso conlleva. El cliente o paciente debe estar consciente que debe perdonar para mejorarse a sí mismo. La falta de perdón está relacionada con el resentimiento y la envidia destructiva. Perdonar es una elección de vida, de tener nuevas oportunidades para disfrutarla. En esta medida, es un proceso similar al del duelo. De hecho, perdonar implica un proceso de duelo. Muchas veces no perdonamos a los ausentes por el hecho mismo de haberse ido, de no habernos visto cuando cambiamos, de no habernos dado una mejor oportunidad, una mayor confianza. También uno debe perdonar sus propias ausencias. No seguir buscando castigo, sino la oportunidad de abrir nuevas puertas.

De acuerdo con Lamb, Sharon (2002) existen técnicas para que cada uno de nosotros logre el perdón y crezca. El sufrimiento que ha de ser aliviado mediante dichas técnicas psicoterapéuticas tiene que ver con la ira, el resentimiento, los pensamientos rumiantes, la incapacidad de "dejar ir" y sobre todo el deseo impotente de perdonar, ya que por lo general las personas se encuentran atrapadas en esta clase de sentimientos. De ahí la importancia de que un proceso psicoterapéutico ayude a perdonar. Eliminar el resentimiento y producir actitudes positivas son las metas terapéuticas primordiales en el perdón.



1.10.5 PERDONARSE A SÍ MISMO

El remordimiento persistente solamente puede ser resuelto si uno se perdona por la culpa sentida por haber hecho u omitido alguna acción que se considera perjudicial o por la vergüenza de no haber sido alguien a la altura de la imagen ideal que se tiene de sí mismo. Perdonarse es desidentificarse con personas idealizadas o amenazantes. Darse cuenta de que se han librado batallas inútiles en aras de lealtades primarias (con madre, padre, hermanos) debido a la necesidad de amor y reconocimiento o al terror que producía perderlos (Wade, N. G., 2008).

1.10.6 EL AMOR Y EL PERDÓN

La falta de perdón produce ira. Ésta solamente puede ser enfrentada con amor. El amor que se usa para perdonar al ofensor tiene que ver con la empatía. Hay que tratar de ver al agresor como alguien que tuvo que llegar a fastidiarnos por algún motivo relacionado con su propio sufrimiento existencial y tratar de sentir cómo su alma fue siendo torturada como para llegar a ser un ofensor tan dañino para los demás y para nosotros. Ser compasivo amplifica la capacidad de perdonar (Wade, N.G., 2008).

1.10.7 LA ORACIÓN Y EL PERDÓN

La oración del padre nuestro involucra al perdón en relación a que un poder superior nos puede ayudar a perdonarnos y a perdonar. Implica el cristiano principio de amar a otros como pudiéramos amarnos a nosotros mismos, en un equilibrio entre el amor por los demás y el amor por uno mismo. En términos psicoanalíticos, un equilibrio entre la libido narcisista y la libido objetal, que tiende a regular la agresión hacia uno mismo y hacia el medio. Desde la visión Cristiana, Dios a través de Jesucristo, espera que perdonemos a los que nos ofenden para poder ser perdonados por él. En la oración. Cada vez que reconocemos que guardamos rencor y que sinceramente deseamos evitarlo, vamos bajando la intensidad de nuestro enojo hasta que efectivamente logramos que no nos afecte. Esto implica una resolución traumática mediante el relato. Los católicos usan para ello la confesión de los



resentimientos. En los programas de doce pasos, se utiliza el quinto paso en que entre otras cosas contiene la lectura ante otro y la admisión ante Dios (oración) de los resentimientos escritos en el cuarto paso (Wade, N.G., 2008).

1.10.8 CONSECUENCIAS DEL PERDÓN

Haber perdonado cambia la perspectiva que tenemos sobre la historia de nuestra vida. Esto no significa que estableceremos otra vez un nexo con alguien que ha abusado de nosotros para que su abuso se perpetúe. Todo lo contrario, el proceso de perdón implica precisamente no volverse a someter al abuso, al entender cual fue nuestro papel – nunca culpable – en la ofensa recibida. Esto implicará que no existe una compulsión a la repetición del acto de abuso recibido, en aras de poder superarlo. El perdón puede disminuir la ira que se encuentra asociada a trastornos depresivos. Si se perdona, la queja común en el depresivo acerca de no haber tenido éxito en la vida o en algunas situaciones debido a la agresión sufrida se anula, esto ayuda a que el enojo y sentimientos de frustración sean utilizados provechosa y creativamente. El perdonar también implica romper la negación sobre hechos traumáticos sufridos. Cuando se perdona realmente, se deja de re – experimentar el hecho traumático en los distintos escenarios de la vida. El resentimiento también puede llegar a dirigirse hacia un grupo y esto genera prejuicios e intolerancia. Con el perdón se alcanza la tolerancia. Al perdonar a un agresor que perteneciera a un determinado grupo identificado, pudiera alcanzarse un perdón general para todo ese grupo, eliminando prejuicios. Pero lo mejor es el perdón universal. No haber podido perdonar simplemente tiene que ver con no haber concebido que el cambio interior que produce el perdón es más provechoso que el estado de resentimiento e ira, si bien muchas veces eso es lo que produce acción vital, lo cual no es una incapacidad moral, sino más bien que no se ha tenido la fortuna de elaborar el trauma y ver al agresor o a uno mismo como errado, con diferente perspectiva (Enright y Fitzgibbons, 2000).



CAPÍTULO II

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

2.1 PROPUESTA

La importancia de la Programación Neurolingüística es que nos enseña que el comportamiento humano se produce a partir de programas mentales que se establecen en el sistema nervioso y que pueden ser modelados, es decir copiados y modificados, a través del lenguaje. La PNL describe cómo trabaja la mente y cómo percibimos el entorno a través de nuestras percepciones sensoriales. La PNL. puede ser utilizada en cualquier campo de acción del ser humano pues es una disciplina de superación holística para mejorar la salud, la calidad de vida de uno mismo, de los demás y del medio, para convivir desde el respeto, la autovaloración y la armonía .con el mundo que nos rodea. Para efecto de aplicar esta disciplina con éxito es necesario poner atención a las tres formas primordiales de percibir la información que llegue a nuestro cerebro. En primer lugar, tenemos a las personas visuales que se inclinan por todo lo que sucede en el mundo exterior a través de la vista. En segundo lugar están las personas auditivas, quienes perciben el mundo a través de los sonidos y en tercer lugar están las personas kinestésicas que utilizan el sentido del tacto y toda la piel para percibir el entorno. Actualmente la humanidad padece de muy diversas dolencias tanto físicas como mentales. La P.N.L. propone el uso de palabras positivas que penetran profundamente en la mente. Constantemente los seres humanos estamos autoprogramándonos, de ahí la importancia de enviar mensajes positivos a nuestro cerebro y olvidar los "no puedo", "tengo miedo", "no soy capaz" que lo único que hacen es limitar nuestra vida. Por tanto, de la calidad de nuestros pensamientos y las emociones que éstos despiertan en nuestro interior, dependerá la calidad de vida que tenemos y tendremos en el futuro. Lo que hace la Programación Neurolingüística es reprogramar nuestro cerebro y sacar a flote ese ser superior que todos llevamos dentro. La función fundamental de la P.N.L. consiste en aumentar la autoconfianza, a partir de reconocer el poder de nuestra mente y utilizar nuestro subconsciente ampliándolo y proyectándolo de manera consciente (Andreas y Faulkner, 2005)



2.2 ANTECEDENTES

La PNL empezó a principios de los años setenta en Santa Cruz, California como resultado de la colaboración entre John Grinder, profesor ayudante de lingüística en la Universidad de California en Santa Cruz, y Richard Bandler, estudiante de psicología en la misma universidad. Bandler y Grinder tomaron en cuenta para el desarrollo de esta nueva disciplina a Fritz Perls creador de la terapia Gestalt, así como a Virginia Satir, Milton Erickson y Juergueé Bateson, cuyas teorías se explican más adelante (O'Connor J. y Seymour J., 1995).

Lo que interesó a Bandler y Grinder fue que la terapia Gestalt se enfoca más a los procesos mentales que en los contenidos y pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo. Esta terapia usa el método de darse cuenta, predominando el percibir, sentir y actuar. La persona aprende a hacerse consciente de lo que hace para desarrollar su habilidad de aceptarse y para experimentar el "aquí y ahora". En este tipo de terapia, el paciente es capaz de "autocurarse". Enfatiza el cómo o el para qué más que el porqué, el terapeuta sólo guía al paciente y le ayuda para que lo logre, haciendo más bien una función de observador externo y no de "el que cura". El principal objetivo de la terapia Gestalt es el "volver a lograr el sentimiento de "nosotros mismos" (Sinay S Y Blasberg, 1995).

Lo anterior se puede lograr por medio de Reactivar activamente los sentidos. Esto quiere decir que se necesita hacer un esfuerzo para darse cuenta de que la percepción es una actividad y no una simple actitud pasiva. Es un entrenamiento encaminado a hacernos conscientes, a darnos cuenta que en todo momento y en toda situación, dentro y fuera de nosotros estamos creando y responsabilizarnos de ello (Sinay S Y Blasberg, 1995).

En la Gestalt La visión interna. Significa responsabilizarnos del control de la propia imaginación, del propio acontecer interno, de huir de la pasividad y asumir una actitud activa. Desarrollar la capacidad imaginativa junto a la capacidad para



distinguir entre la realidad interna y la externa. Practicar el uso terapéutico de la fantasía (Sinay S Y Blasberg, 1995).

Por medio del silencio interior se debe practicar la escucha de los pensamientos para dominarla y poco a poco poder percibir con más claridad las sensaciones sutiles del cuerpo. De esta forma se logra entrar en contacto con los niveles más profundos de nuestra existencia y alcanzar la intuición, armonía de pensamiento y ser (Sinay S Y Blasberg, 1995).

En la desestructuración y asimilación de los introyectos. se introyectan ideas o pensamientos a través de la percepción sensorial, .el material introyectado se procesa y la parte que se asimila contribuye al desarrollo de la personalidad y el excedente emocional se deshecha. Este proceso produce la recuperación del propio sentido crítico de cada uno, sabiendo distinguir quienes somos y quienes no somos (Sinay S Y Blasberg, 1995).

Darse cuenta del aquí y el ahora. significa concentrarse en las propias sensaciones corporales. El reentrenamiento de los sentidos, sobre todo en el interno, facilita la capacidad de concentrarse, en general en las propias sensaciones corporales, y por tanto en los síntomas. Es la toma de conciencia de lo que es real y propio en cada situación, ya que reprimimos muchas de nuestras funciones vitales como las contracciones musculares, el sistema motor ha perdido en gran medida sus funciones como sistema operante y a través de la retroflexión se ha convertido en carcelero más que en auxiliar de importantes necesidades biológicas. El concentrarse en las propias sensaciones y dejar que aparezcan permite que surja la Gestalt escondida y tener la capacidad de distinguir "quien soy yo" en mis propias sensaciones. Enfrentando los hechos desde la indiferencia de contacto plena de la concentración y no desde la de darse cuenta del aquí y el ahora. Concentrarse en el presente. El sentido de la actualidad. La autorrealización sólo es posible cuando la conciencia espacio-temporal penetra en la percepción de la identidad de la realidad y el presente. Es la importancia de darse cuenta que no hay otra realidad más que el



presente. Se trata de no escapar de lo que hay. El sentido de actualidad significa la experiencia de este mismo segundo, no lo que acaba de suceder. La huida hacia el pasado corresponde a personas que consumen su energía en quejas o en descubrir las causas de su infortunio fuera de sí mismas o prefieren culpar a algo o alguien por algo que sucedió en el pasado en vez de dar pasos para remediar la situación presente. La huida hacia el futuro, son los sueños diurnos de todo tipo, sueños para huir del presente, tratando de escapar de la frustración del momento. Existen diferentes Zonas del Darse Cuenta (Sinay S Y Blasberg, 1995).

-El darse cuenta del mundo exterior: Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que se ve, se toca, palpa, degusta, huele o escucha. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros.

-El darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas, escozores, temblores, sudoración, respiración, etc.

-El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM): Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc.

-El Concentrarse en el "cómo" y no en el porqué significa que no interesan las explicaciones sino los hechos. Es preferible abandonar las explicaciones causales de los acontecimientos y limitarse a una descripción de ellos.

-El evitar el lenguaje interpersonal y hablar en primera persona. Evitar el lenguaje interpersonal hace que se esté evitando la responsabilidad de los propios actos. Usar la primera persona ayuda a desarrollar la propia personalidad acercándonos a quienes realmente somos.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



Otra gran influencia sobre Bandler y Grinder en el desarrollo de la Programación Neurolingüística fue Virginia Satir, terapeuta especializada en terapia familiar, quien menciona que el mundo es un lugar de esplendor, evolución y transformación infinitos. Como los seres forman parte del mundo, también participan de estas cualidades. Menciona que durante muchos años, la ciencia de la psicoterapia pasó por alto al alma, la cual se consideraba como el demonio de la religión organizada; este concepto ignoraba el hecho de que, cuando los individuos olvidan sus dimensiones espirituales, se sienten perdidos debido a que no tienen contacto con la fuerza vital o la mente universal. Los individuos no siempre están en contacto con su fuerza vital. Muchas personas no prestan atención al tesoro que contienen, y necesitan ayuda para encontrarlo. La exclusiva belleza de un individuo muchas veces se encuentra oculta en sus profundidades, y es necesario excavar mucho para hallarla, pero siempre estará allí. Virginia Satir, en su "modelo semilla", menciona que todo ser humano nace con un potencial que puede desarrollar durante su estancia en este planeta. En este modelo, todo individuo es único. El cambio se considera un proceso de vida constante que se desarrolla en un nivel celular y cósmico. El cambio también se percibe como una buena oportunidad para descubrir nuevas áreas. Las personas tienen conciencia de que el cambio les ofrece nuevas opciones y selecciones de las que no dispondrían si permanecieran aferradas al statu quo. Este modelo reconoce que hay cierta sabiduría en el cuerpo. Virginia Satir considera que el centro de todo individuo es el yo, el cual se encuentra rodeado de ocho niveles por medio de los cuales interactuamos con el mundo; Estos son:

- *La dimensión física.* Nuestros cuerpos físicos son milagros. La mayoría de nosotros hemos aprendido a ignorar nuestros cuerpos, salvo cuando están enfermos o presentan algún problema. La idea de amar, apreciar, entender y comunicarnos con nuestros cuerpos es sólo el principio. Cuando odiamos, ignoramos o damos por sentada la existencia de nuestro cuerpo, surgen los desequilibrios y la falta de armonía.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



- *La dimensión intelectual.* Nuestra parte intelectual nace del hemisferio cerebral izquierdo, allí se encuentra nuestra parte pensante. De allí sacamos cocimientos, hacemos reglas, adoptamos creencias y almacenamos aprendizaje. El cerebro izquierdo es un vehículo para procesar datos y hechos; cuando éste reconoce al cerebro derecho como un compañero en igualdad de condiciones, puede crear una gran variedad de emociones, descubrimientos y motivos de curiosidad. Sin embargo, la cultura occidental ha dado una condición muy superior a las actividades del cerebro izquierdo y se ha restado importancia al hemisferio derecho, que es la sede de la creatividad, las emociones y los sentimientos.
- *La dimensión emocional.* Se ha encontrado que el cerebro derecho es el vehículo principal mediante el cual vigilamos y experimentamos nuestros sentimientos, los cuales son el medio por el cual experimentamos los acontecimientos de la vida. Por desgracia con tal de ser aceptados los individuos distorsionan sus percepciones e inhiben su creatividad y competencia. Todo esto contribuye a un estado de malestar. Una consecuencia posterior es que la gente se niega el amor y respeto que tanto desea.
- *La dimensión sensorial.* Todos disponemos de canales sensoriales, los cuales han sido afectados por amonestaciones recibidas a temprana edad como: no mires, no toques, no escuches, etc. Por este motivo nuestros canales de admisión sólo funcionan parte del tiempo, y con sólo una parte de su capacidad.
- *La dimensión interactuante.* Todos los seres humanos proceden de otros individuos y, en consecuencia, nacieron en un grupo. De ahí su necesidad de vivir en grupos e interactuar con los demás. Todos tenemos la necesidad de ser entendidos, amados, y respetados por los demás. Esto nos coloca en una posición vulnerable con respecto a los otros, y deposita un peso enorme en los



lazos que forjamos con otras personas. Nuestro incesante trabajo en el mundo requiere que colaboremos con otras personas en capacidad de confianza y competencia. Cuando no sucede así, quedamos privados de nuestra necesidad de logro, y disminuye la autoestima. Las alteraciones, los desequilibrios y la falta de armonía en las relaciones con otras personas, en particular miembros de la familia, tienen un efecto devastador en el individuo. Hasta hace poco estos niveles han sido abordados como entidades distintas y son los especialistas quienes se hacían cargo de cada uno de ellos, por ejemplo los cuerpos quedaban en manos de médicos, los cerebros en las de educadores, las almas por los religiosos y el resto quedaba en territorio de nadie. Sin embargo, en cualquier ser humano, en cualquier momento, se desarrolla una interacción dinámica entre los ocho niveles. como si se tratara de una fórmula A (cuerpo) + B (cerebro) + C (emociones) + D (sentidos) + E (interacciones) + F (nutrición + G (contexto) + H (alma) = S (yo, o self en inglés) (Satir V., 2002).

Otro de los principios en el desarrollo de las técnicas de PNL es la hipnosis de Milton Erickson, ya que para Erickson, la hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas, que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana. Esta comunicación e intercambio se logra a través del trance hipnótico, que es un estado alterado de conciencia que permite a la persona ponerse en contacto con sí mismo sin perder la conciencia y la capacidad de alerta, participando activamente en su propio proceso terapéutico y/o de entrenamiento emocional. Esta forma de hipnosis se llama natural porque todas las personas tienen la posibilidad de estar en contacto consigo mismas haciendo uso de capacidades naturales como la respiración, la imaginación, el uso de las emociones, sensaciones, ideas, etcétera. También se llama natural porque en diferentes momentos de la vida diaria se puede estar en estado de trance sin la necesidad de un trance formal. Se considera que la inducción es una coconstrucción nueva, por medio del lenguaje, que realizan interactivamente individuos y terapeuta. La hipnosis ericksoniana es interaccional, es decir, a través del lenguaje, el terapeuta y el



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



individuo alcanzan un estado de conducción y en dicho estado construyen una nueva realidad. El uso de la técnica hipnótica dentro del proceso terapéutico y de entrenamiento emocional facilita a la persona contactar sus recursos naturales de bienestar y ponerlos al servicio de su conocimiento personal. Esto permite que se lleve a cabo una terapia y/o entrenamiento emocional breve y orientado a las soluciones. También es importante mencionar que la hipnosis natural promueve la no dependencia a la terapia y al terapeuta. Así mismo, es un proceso de aprendizaje para el paciente, un proceso de reeducación. El cambio terapéutico es concebido como el producto de la reorganización de la vida experiencial del cliente, la cual puede facilitarse a través de distintos medios. Una vez producido un cambio, por pequeño que éste sea, puede haber una bola de nieve con una dirección positiva Zeig. (1990/1994). En este enfoque hay dos supuestos que explican el cambio: La mente inconsciente tiende a ser benigna y generalmente busca encaminarse a la salud y el inconsciente contiene soluciones para los problemas. Estas soluciones pueden ser traídas al plano consciente. Una vez que los esquemas rígidos de los síntomas son interrumpidos, las personas intentan moverse en niveles de funcionamiento más eficaces, al tener acces a potenciales previamente no utilizados. De acuerdo con Erickson, la terapia es buscada en primer lugar no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar en el futuro (Eguiluz LL, 2004).

La PNL de Bandler y Grinder también se encuentra fundamentada en las ideas de Gregory Bateson, acerca de la mente, el espíritu, el pensamiento y la comunicación que se conjugan con la dimensión externa del cuerpo para construir la realidad individual de cada sujeto. El cuerpo trasciende la esfera de lo material a través de dichos aspectos, los cuales llegan a constituirse como las principales formas de cohesión psicológica y social humanas. Desde el punto de vista de la cibernética, la comunicación adquiere un mayor valor como instrumento para acceder, aprehender e intervenir la realidad, para él mente y cuerpo pueden ser comparables al software y hardware de una computadora, de manera que los procesos, estados y patologías mentales pueden ser analizados desde una observación concienzuda del cuerpo.



Bateson logró conjugar la neurolingüística con la psicología del lenguaje o psicolingüística creando una teoría sistémica de la comunicación, que se basa en la concepción de que gracias a la facultad del lenguaje las personas llegan a crear realidades de significado por medio de interacciones, significados, conductas y creencias. Estas realidades pueden llegar a suponer el bienestar o el malestar del sujeto según estén configurados sus elementos. Desde esta perspectiva, en lugar de preguntarse por el pasado de la persona para justificar su comportamiento presente, se pregunta por cómo está constituido su contexto interpersonal actual para que su conducta tenga sentido y sea coherente con la situación. Para Bateson las relaciones humanas se hacen en base a la comunicación. Otro aspecto de esta teoría de la comunicación de Bateson es que él consideraba que la comunicación está directamente determinada por el contexto, puesto que es éste el que supone el carácter intencional de la información dada por el locutor y permite su correcta decodificación por parte del interlocutor. Además consideraba que los procesos comunicativos son producto de la evolución y, al mismo tiempo cumplen con leyes evolutivas en las que juega un papel definitivo la retroalimentación continua entre el locutor e interlocutor (Eguiluz LL., 2004).

2.3 DEFINICIONES DE PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

La Programación Neurolingüística cuenta con diferentes definiciones, como por ejemplo se dice que:

- ❖ Es el arte y ciencia de la excelencia personal. Se considera un arte porque cada persona pone un sello personal en sus actividades y es una ciencia porque hay método y un proceso para descubrir los modelos mentales empleados por personas de éxito en cualquier ámbito.
- ❖ La PNL enseña a las personas a comprender y organizar sus propios éxitos, de tal manera que pueda disfrutar de muchos más momentos como éstos.
- ❖ Es una forma de descubrir el genio, la creatividad e inventiva de cada uno de nosotros.
- ❖ Es la forma de sacar a la luz lo mejor de nosotros mismos y de los demás.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



- ❖ La Programación Neurolingüística se entiende como un conjunto de habilidades de comunicación que se emplean para obtener modelos de excelencia en el comportamiento humano.

La definición de PNL se puede entender de mejor manera explicando los componentes que la forman (O'connor y Seymour, 1995).

- *Programación*: se refiere a las habilidades para descubrir y utilizar en forma efectiva los modelos o mapas de la realidad que la persona usa para comunicarse con los demás y con sí misma, a fin de alcanzar sus objetivos deseados (Armendáriz RR,1999).
- *Neuro*: hace referencia al sistema nervioso, a través del cual la persona procesa su experiencia mediante sus cinco sentidos. Es el estudio de *cómo* recibimos información del mundo y luego *cómo* la integramos a nuestros "mapas"o modelos de la realidad. (Armendáriz RR,1999).
- *Lingüística*: habilidades para la utilización del lenguaje verbal y no verbal mediante el cual codificamos y ordenamos nuestras experiencias neurológicas cotidianas. Son las formas en que compartimos con otros nuestros respectivos "mapas de la realidad. Otra forma de entender qué es la PNL es considerarla como un modelo para obtener los pasos que siguen las personas al realizar una actividad de manera exitosa. Generalmente, cuando las personas hacen bien las cosas no prestan atención de manera consciente los aspectos personales que los llevan a tener éxito. Es por eso que la PNL pone énfasis en el proceso, más que en el contenido de una experiencia, es decir, cómo hace una persona para lograr sus metas, en lugar de centrarse en lo que hace. Esta capacidad de hacer bien las cosas puede transferirse no sólo de una persona a otra, sino en uno mismo: Esto significa que si se sabe cómo hace una persona para lograr sus objetivos se le puede guiar o ayudar a aplicar esta misma secuencia en otras áreas de su vida en las cuales no es tan efectiva. En la actualidad, la PNL consta de una amplia gama de



estrategias que ayudan a optimizar la comunicación y, por ende, una convivencia humana más plena (Armendáriz RR ,1999).

2.4 PRESUPOSICIONES DE LA PNL

A través del tiempo la mayoría de los seres humanos han basado su comportamiento en todo lo que se les ha enseñado desde niños. Los niños creen todo lo que dicen los adultos, empezando por la familia, la escuela, las religiones y los medios de comunicación, de esta manera han crecido teniendo un sistema de creencias trazado por la sociedad. En este proceso de aprendizaje se han perdido las tendencias naturales al bienestar, la salud y el éxito. Nuestras creencias son tan poderosas que, muchas veces actuamos sin reflexionar en si estamos haciendo lo correcto o no. Y sentimos temor de experimentar nuevas alternativas, por lo que tomamos decisiones equivocadas, cometemos errores y cuando nos equivocamos, nos juzgamos a nosotros mismos, nos declaramos culpables y nos castigamos y cada vez que recordamos nuestros errores de nuevo volvemos a castigarnos o sentirnos avergonzados (Ruiz M., 2005)

Un amanaera de llenar la vida de comportamientos más positivos y de mayor éxito se puede lograr a través de cambiar nuestras ideas o creencias por otras formas más creativas y positivas en vez de pensamientos, que aunque se han usado en muchas ocasiones, no han producido los resultados deseados. (Ruiz M., 2005). Es por eso que la Programación Neurolingüística creada por Bandler y Grinder propone nuevos principios, de percibir el entorno, llamados presuposiciones que a continuación se enumeran:

- *El mapa no es el territorio.* Nuestros mapas mentales del mundo no son el mundo. La mayoría de los seres humanos respondemos más a nuestros mapas que directamente al mundo real, por eso es más fácil actualizar los mapas, que intentar cambiar el mundo
- *Toda experiencia tiene una estructura.* Cada uno de nuestros pensamientos y recuerdos tienen su propio patrón. Cuando modificamos dicho patrón o



estructura, nuestra experiencia cambia automáticamente. Por eso es que se pueden neutralizar los recuerdos dolorosos y enriquecer aquellos que nos resultan útiles.

- *Si una persona puede hacer algo, cualquier otra puede aprender a hacerlo.* Podemos aprender del mapa mental de un realizador y hacerlo nuestro. Hay que imaginar que todo es posible. Cuando exista algún límite físico o ambiental, el mundo de la experiencia te lo hará saber.
- *Mente y cuerpo son partes del mismo sistema.* Esto quiere decir que nuestros pensamientos influyen de manera instantánea en la tensión muscular, la respiración y emociones. Y todo ello a su vez afecta a nuestros pensamientos. Aprendiendo a cambiar cualquiera de estos aspectos, aprendemos a cambiar el otro.
- *Las personas están dotadas de todos los recursos que necesitan.* Las imágenes mentales, las voces interiores, las sensaciones y emociones son los elementos básicos de nuestros recursos físicos y mentales, con ellos podemos construir cualquier pensamiento, emoción, o habilidad que queramos y aprovecharlos después en nuestras vidas donde queramos o donde mas los necesitemos.
- *No puedes **NO** comunicarte.* Esto significa que siempre estamos comunicando algo aunque nos encontremos en silencio. A menudo las palabras son la parte menos importante de la comunicación. Un suspiro, una sonrisa o una mirada, son comunicación. Incluso nuestros pensamientos son comunicación con nosotros mismos, que se transmiten a otros a través de nuestros ojos, nuestros tonos de voz, nuestras posturas y nuestro lenguaje corporal..
- *El significado de tu comunicación es la respuesta que obtienes.* Los demás reciben lo que decimos y hacemos a través de sus propios mapas mentales del mundo. La comunicación es lo que se recibe. Prestar atención a cómo es recibida nuestra comunicación nos permitirá ajustarla, de modo que en la próxima ocasión resulte más clara.



- *Bajo todo comportamiento subyace una intención positiva.* Todo comportamiento, incluso los comportamientos nocivos, agresivos y desconsiderados, tiene en su origen un propósito positivo.
- *Las personas se deciden siempre por la mejor opción disponible.* Cada uno de nosotros tiene su propia y única historia personal. Con ella hemos aprendido qué hacer y cómo hacerlo, qué querer y cómo quererlo, qué valorar y cómo valorarlo, qué aprender y cómo aprenderlo. Desde nuestra experiencia debemos elegir todas nuestras opciones, al menos hasta que se añadan otras nuevas y mejores.
- *Si lo que haces no funciona, haz otra cosa.* Haz cualquier otra cosa. Si sigues haciendo lo que siempre has hecho, seguirás obteniendo lo que siempre obtuviste. Si deseas algo nuevo haz algo nuevo (Andreas S y Faulkner Ch., 2005).

2.5 BENEFICIOS DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

El manejo de la PNL hace que las personas logren optimizar sus percepciones y pensamientos, logra un nivel apropiado de libertad para la expresión personal alcanzando así un mayor grado de control, dirección y sentido en su propia vida, predisponiéndose con ello a un nivel más alto de efectividad y satisfacción. La PNL ayuda a tener contacto con determinadas áreas personales que obstaculizan el logro de las metas importantes de nuestra vida. Se pueden modificar emociones, comportamientos y creencias que facilitan un desarrollo personal constante. Se pueden optimizar toda clase de habilidades que nos permitan un mejor rendimiento en áreas de nuestras vidas como son el trabajo, la salud, nuestras relaciones interpersonales y con nosotros mismos, relaciones laborales y con nuestro entorno. El emplear formas realmente efectivas de comunicación interpersonal nos permite lograr una relación humana más plena y satisfactoria, tanto con nosotros mismos como con las personas con quienes interactuamos. Todo esto se puede lograr estableciendo objetivos terapéuticos de una forma que faciliten una pronta consecución; encontrar y usar nuestros mejores recursos personales par la solución



de situaciones que nos limitan, también facilita el desarrollo creativo, congruente y constante de las partes más sanas de la persona que le ayudan a alcanzar un nivel de vida más deseable. La PNL ayuda a crear mayor confianza, identificar y aclarar los objetivos que deseamos para nuestra vida, tanto en lo personal como interpersonal; ayuda a modificar actitudes poco favorables que tenemos hacia nuestro propio comportamiento, permitiéndonos modificar dichas actitudes en forma relativamente fácil; revisar si los cambios que estamos buscando en nuestra vida son adecuados para nosotros y, en caso de no serlo del todo, ayudarnos a realizar las adecuaciones pertinentes para mantener nuestra propia ecología. La PNL es una alternativa en comunicación y una herramienta de apoyo para el logro de metas personales. Se trata de un modelo de comunicación completamente compatible con cualquier otro modelo y esto la conforma como una serie de estrategias poderosas y útiles para usarse como apoyo de cualquier tratamiento terapéutico (Armendáriz RR, 1999).

2.6 COMPONENTES DE LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA

Armendáriz RR, (1999) menciona que los pasos a seguir en cualquier intervención de Programación Neurolingüística son los siguientes:

- *Rapport*. Como un elemento principal de toda intervención terapéutica, el rapport se entiende como la disposición, la confianza, la apertura, la empatía, el acompañamiento, la cercanía y el respeto que debe mostrarse en una relación interpersonal.
- *Objetivos*. Una vez que se ha detectado cuál es el estado actual en que nos encontramos, requerimos concentrarnos, conocer hacia dónde deseamos dirigirnos. Este componente nos aclara qué queremos lograr en la vida.
- *Ecología*. Cuando sabemos qué es lo que deseamos, hemos de evaluar las posibles consecuencias de nuestra meta, tanto agradables como desagradables. Debemos revisar si las posibles modificaciones a nuestra vida cotidiana que implican el logro de esa meta, valen la pena. Por lo general, entre más trascendente es el objetivo personal, más aspectos ecológicos



tendremos que cuidar. Es importante revisar si los cambios que se van a generar en nuestra vida respetan la ecología del sistema en el cual nos encontramos.

- *Técnicas*. El escoger la técnica adecuada constituye la última parte de una intervención.

2.7 EL METAMODELO

De acuerdo con Bandler y Grinder, (2007) para poder explicar lo que significa el *Metamodelo* en la programación neurolingüística se debe tomar en cuenta que el lenguaje humano es un modo de representar el mundo. La gramática generativa transformacional (GGT) es un modelo explícito del proceso de representar y comunicar dicha representación del mundo. Los mecanismos dentro de la gramática generativa transformacional son universales a todos los seres humanos y al modo como representan sus experiencias. El significado semántico que representan estos procesos son existenciales, e infinitamente ricos y variados. El modo de representar y de comunicar estos significados existenciales está regido por reglas. La gramática generativa transformacional no modela el significado existencial, sino la manera en que se constituye ese conjunto infinito, es decir, las reglas mismas de la representación. El sistema nervioso, que es donde se produce el sistema representacional del lenguaje, es el mismo sistema nervioso mediante el cual los seres humanos producimos todos los demás modelos del mundo. Por lo tanto, a través de los principios formales que los lingüistas han identificado como parte del sistema representacional denominado lenguaje, se puede lograr comprender de manera explícita cualquier sistema de modelaje humano. Desde el punto de vista de la gramática generativa transformacional cuando los individuos desean comunicar su representación, su experiencia del mundo, forman una representación utilizando la lengua completa de dicha experiencia, que se denomina **estructura profunda**. La estructura de una oración puede ser concebida como el resultado de una serie de opciones sintácticas realizadas en el momento en que es generada. El hablante codifica el significado y construye sus oraciones eligiendo determinados rasgos



sintácticos, a partir de un conjunto limitado. Sin embargo, nuestra conducta al hacer estas opciones es regulada por reglas. El proceso por el cual se realiza esta serie de elecciones se traduce en la **estructura de superficie**, que es una oración o secuencia de palabras que reconocemos como un grupo de palabras bien formado en nuestro idioma. Esta estructura superficial se considera como la representación lingüística de la representación completa, que es la estructura profunda.

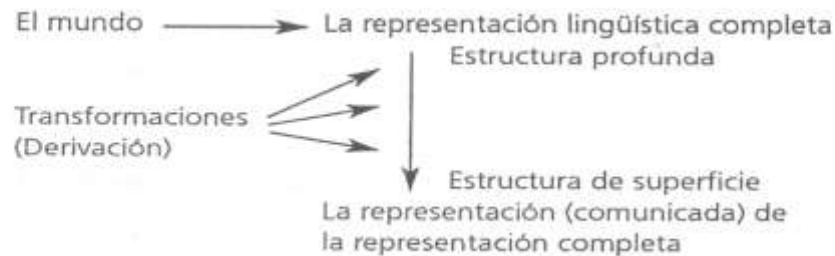
El *Metamodelo* de la PNL es un intento de conexión entre los dos ámbitos, es decir entre la estructura superficial y la estructura profunda basándose en un conjunto sistematizado de técnicas de interrogación basadas en las operaciones de generalización, eliminación y distorsión que realizan los individuos para administrar la información que perciben y adecuarla a su modelo del mundo. Estas técnicas de interrogación nos permiten disponer de una guía conversacional capaz de acceder a la estructura profunda del lenguaje del otro. Acceder a claves verbales que induzcan al cambio del otro, a un cambio de punto de vista del problema, motivación, conexión de la persona con su lado más fuerte (Bandler y Grinder, 2007).

El *Metamodelo* intenta recuperar la información transformada en los procesos de generalización, eliminación y distorsión. Con el *Metamodelo* se intenta acceder a la estructura experiencial (sensorial) de una relación con el mundo para impulsarla a movilizar recursos y nuevas perspectivas de la situación problemática. (Bandler y Grinder, 2007)

Una característica fundamental del *Metamodelo* es su orientación al proceso de la acción más que a su contenido, con lo que ayuda a evitar las resistencias del individuo. Por otra parte se refuerzan estados de trance caracterizados por una intensificación de la atención interna y focalizada al tema que se este tratando. Los problemas de inadaptación social suelen estar en el modelo que tenemos del mundo o mapa de la realidad, los cuales se ven modificados de acuerdo con los filtros sensoriales, socioculturales y personales con los que mediatizamos nuestra experiencia relacional con el mundo (Bandler y Grinder, 2007).



2.7.1 ESQUEMA DEL METAMODELO DE ACUERDO A BANDLER Y GRINDER-



2.7.2 PROCESOS UNIVERSALES DEL MODELAMIENTO

El modelamiento es un proceso dinámico de exploración, investigación y descubrimiento por medio del cual los seres humanos perciben su entorno y se modelan a través de hacer generalizaciones, eliminaciones, distorsiones y disociaciones.

- *Generalización.* La generalización es el proceso mediante el cual algunos elementos o piezas del modelo de la persona se desprenden de la experiencia original y llegan a representar la categoría total de la cual la experiencia es sólo un caso particular. Un ejemplo de generalización son las frases: "todos los hombres son infieles" o "Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus". Sin embargo, para poder entender al individuo, las generalizaciones deben evaluarse dentro del contexto de cada persona. La capacidad de generalizar es esencial para enfrentar el mundo. Por ejemplo, es útil generalizar la experiencia de miedo al ser mordido por un perro en la calle. Sin embargo, el tener miedo a todos los perros o el no querer tener un perro como mascota por considerarlo peligroso es limitar nuestra vida diaria innecesariamente. (Bandler y Grinder, 2007).
- *Eliminación.* Este es un proceso mediante el cual prestamos atención selectivamente a ciertas dimensiones de nuestra experiencia al mismo tiempo que excluimos otras. En otras palabras oímos lo que queremos oír y vemos lo



que queremos ver. La eliminación reduce el mundo a dimensiones en que nos sentimos capaces de manejarlo y puede ser útil en algunos contextos, pero en otros, puede ser causa de sufrimiento. (Bandler y Grinder, 2007).

- *Distorsión.* Este proceso de modelaje nos permite hacer cambios en nuestra experiencia de los datos sensoriales que recibimos y nos hace ser creativos, preparar con anticipación lo que hemos de hacer o decir. Por medio de la distorsión, es como se han creado todas las obras de arte, pues entra en juego cómo cada artista percibe y distorsiona la realidad dando paso a su ingenio e inventiva. Por otra parte, puede tener efectos negativos cuando se distorsionan ideas o pensamientos de acuerdo al mapa mental de baja autoestima o de inseguridad que tienen las personas. Un ejemplo de esto sería cuando alguien ofrece un cumplido a otra persona diciéndole que luce bien con alguna prenda de ropa y la otra persona distorsiona este cumplido pensando que se lo dice por puro compromiso. (Bandler y Grinder, 2007).
- *Disociación:* Este es un proceso por medio del cual la persona centra su atención de la realidad externa hacia el mapa interno. La persona deja de estar consciente de la realidad exterior, no ve, no escucha, no saborea, no siente lo que sucede a su alrededor. Este mecanismo es la base de la hipnosis ericksoniana (Pérez, 1996).

Estos procesos de modelamiento se realizan de acuerdo a la actitud que tiene la persona hacia la vida, pues pueden apreciarse desde un punto de vista enriquecedor, un punto de vista de sobrevivencia o un punto de vista empobrecedor, por ejemplo para eliminar el dolor se puede,. pensar en la salud perfecta. Poner atención a la salud y no a la enfermedad. Cuando se tiene un dolor se generaliza y se hacen juicios. Es recomendable quitar juicios, evaluaciones y poner atención al dolor e investigar que mensaje nos envía. Otro ejemplo de modelar nuestro mapa mental desde un punto de vista enriquecedor es el de meditar cuando se tiene una preocupación distorsionando el sufrimiento. El cerebro registra las distorsiones como



reales por lo que es importante cambiar las generalizaciones, eliminación, distorsión y disociación del punto de vista de empobrecimiento al de enriquecimiento (Bandler y Grinder, 2007).

2.7.3 REPRESENTACIONES Y EXPERIENCIA

La comunicación comienza con nuestros pensamientos que luego transformamos en palabras para transmitir a otras personas. Percibimos el mundo exterior por medio de representaciones que hacemos mentalmente por medio de la información que nos proporcionan nuestros sentidos, los cuales nos ayudan a explorarlo y delimitarlo. El mundo es una infinidad de posibles impresiones del cual sólo percibimos una pequeña parte. Sin embargo, la experiencia personal de cada individuo hace que estas representaciones sean únicas pues éstas son filtradas por nuestra experiencia única, cultura, lenguaje, creencias, valores, intereses y supersticiones. Cada uno de nosotros vive en su propia y única realidad construida por sus propias impresiones sensibles y experiencias individuales de la vida y actuamos de acuerdo a lo que percibimos, esto es nuestro modelo del mundo. Los filtros que ponemos en nuestras percepciones determinan en que mundo vivimos. Las convicciones (creencias) actúan como filtros haciendo que actuemos de cierta manera. La PNL ofrece una manera de pensar sobre nosotros mismos y el mundo. Es un filtro en sí misma. Para la PNL no hay que cambiar de convicciones sino estar preparado y ser curioso para intentar y experimentar (O'Connor y Seymour, 1995).

2.8 SISTEMAS REPRESENTACIONALES

El ver, oír, sentir, gustar y oler, que son los medios por los cuales recogemos, almacenamos y codificamos la información en nuestra mente, en PNL se conocen con el nombre de sistemas representacionales. El sistema visual puede ser usado externamente o internamente cuando estamos visualizando con la mente. El sistema auditivo nos permite escuchar sonidos internos o externos. El sentido del tacto o sistema cinestésico. La cinestesia externa incluye las sensaciones táctiles como el tacto, la temperatura y la humedad. La cinestesia interna incluye sensaciones



recordadas, emociones y los sentidos internos del equilibrio y la conciencia del propio cuerpo; se conoce como el sentido propioceptivo que nos informa en todo momento de nuestros movimientos. Los sistemas visual, auditivo y cinestésico son los sistemas representacionales primarios empleados en la cultura occidental. Los sentidos del gusto y olfato, no son tan importantes y a menudo se excluyen en el sentido cinestésico. Sin embargo, son muy útiles como nexos inmediatos y poderosos a las imágenes, sonidos y escenas asociados con ellos (O'Connor y Seymour, 1995).

2.8.1 SISTEMAS REPRESENTACIONALES PREFERIDOS

Muchas personas pueden realizar imágenes mentales muy claras y pensar, básicamente en imágenes. Otros encuentran esto difícil y puede que se la pasen hablando con ellos mismos, mientras otros puede que basen sus actuaciones a partir de sus sentimientos en cada situación. Cuando una persona tiende a utilizar de manera habitual un sentido de forma interna, se dice que éste es su sistema preferido o primario y parece que son más perspicaces y capaces de realizar distinciones más sutiles empleando ese sistema en vez de otro. Para comunicar nuestros pensamientos usamos el lenguaje. Las palabras que empleamos reflejan nuestra forma de pensar. Las palabras que usamos para describir nuestros pensamientos indicará qué sistema representacional empleamos. Todos nosotros podemos pensar de manera diferente, unos pensamos mediante imágenes, otros mediante sonidos y otros mediante sensaciones. Las palabras de base sensorial como adjetivos, verbos y adverbios en PNL se llaman predicados. El uso habitual de un tipo de predicado indicará el sistema representacional favorito de la persona. El secreto de la buena comunicación, no es tanto lo que se dice, sino cómo se dice. Para crear sintonía, hay que hacer concordar los predicados con las otras personas. Se deberá hablar con las personas en su propio lenguaje y presentar las ideas en la misma forma que ellos piensan sobre ellas. La habilidad del terapeuta para lograrlo dependerá de dos cosas. Primero, su agudeza acústica para darse cuenta, escuchar o captar los modelos de lenguaje de los demás. Y segundo, tener un vocabulario



adecuado en ese sistema representativo para responder (O'Connor y Seymour, 1995).

2.8.2 SISTEMA DIRECTOR

Es el sentido interno que empleamos como herramienta para remontarnos a una memoria. Es la forma en que la información llega a la parte consciente del cerebro. El sistema director es casi como el programa de una computadora que no se puede ver, pero es fundamental para el funcionamiento de la máquina. En ocasiones se le llama el sistema de entrada, porque suministra el material sobre el que pensar de manera consciente. Las personas pueden tener un sistema director distinto para diferentes tipos de experiencia. (O'Connor y Seymour, 1995).

2.9 EVIDENCIAS DE ACCESO OCULAR

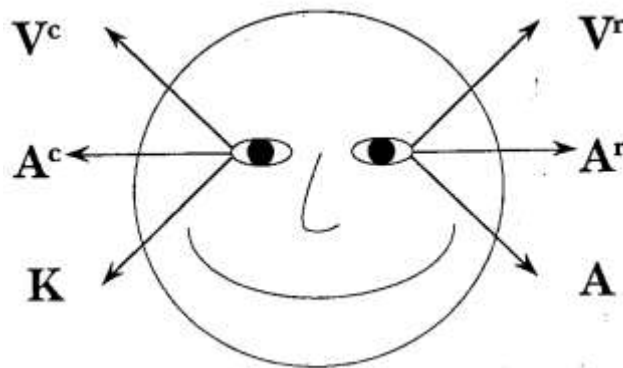


Figura 1 (Bandler R. y Grinder J., 2007)

Una forma de tener acceso a la estructura profunda es por medio de las señales que nos proporciona nuestro cuerpo como se puede ver en la figura 1, por ejemplo es fácil saber si una persona piensa mediante imágenes, sonidos o sensaciones pues hay cambios visibles en nuestro cuerpo según la manera en que estamos pensando. La forma como pensamos afecta nuestro cuerpo, y cómo usamos nuestro cuerpo afecta a la forma en que pensamos. Cuando visualizamos algo referente a nuestras experiencias pasadas, los ojos tienden a mirar hacia arriba y a la izquierda.



Cuando construimos una imagen a partir de palabras o intentamos imaginar algo que no hemos visto nunca, los ojos se mueven hacia arriba y a la derecha. Los ojos se mueven en forma horizontal hacia la izquierda para recordar sonidos, y en horizontal a la derecha para reconstruir sonidos. Para acceder a sensaciones los ojos irán hacia abajo a la derecha. Cuando hablamos con nosotros mismos, los ojos irán, abajo a la izquierda. Desenfocar los ojos y mirar hacia delante, también es señal de visualización (O'Connor y Seymour, 1995).

Otras formas de exploración que nos ofrece nuestro cuerpo aunado a los movimientos oculares es el lenguaje corporal por ejemplo una persona que piensa mediante imágenes, hablará, por regla general, más rápidamente y en un tono más alto. Las personas que piensan mediante sonidos, respiran de forma homogénea por todo el pecho. A menudo producen pequeños movimientos rítmicos con el cuerpo, y el tono de voz es claro, expresivo y resonante. Las personas que están hablándose a si mismas, a menudo inclinan la cabeza hacia un lado, apoyándose en su mano o puño. Las personas que piensan de manera cinestésica se caracterizan por una respiración profunda que arranca desde el estómago, acompañada, muchas veces por una relajación muscular (O'Connor y Seymour, 1995).

2.10 SUBMODALIDADES

En PNL, se les da el nombre de "modalidades" a los cinco sentidos: visual, auditivo, kinestésico, auditivo y gustativo, también llamados, "sistemas de representación". Los seres humanos utilizamos los sentidos para recibir, transmitir y almacenar la información acerca del mundo que nos rodea. Dentro de cada modalidad, existe una gran cantidad de detalles o submodalidades que ayudan a describir las percepciones de los sentidos de una manera más completa (O'Connor y Seymour, 1995).

Las submodalidades pueden ser:

Visuales. Las cuales nos indican la ubicación, distancia, brillo, color, tamaño, foco, movimiento (o no), asociado-disociado, etc. de lo que se percibe por medio de la vista



Auditivas. Como son el volumen, tono, distancia (de la cual viene el sonido), mono o estéreo, ubicación, intermitente o continuo.

Kinestésicas. Que indican la ubicación, temperatura, presión, textura (liso o áspero), duración, movimiento e intensidad.

Vale la pena mencionar aquí que los procesos a través de los cuales una persona almacena información, son inconscientes (automáticos) y que cuando una persona se comunica, utiliza, sin darse cuenta, las mismas submodalidades que empleó para almacenar la información. Veamos algunas frases como ejemplo:

"Veo que hay alternativa".

"Eso que me dices me suena conocido"

"Esta situación es un dolor de cabeza"

"Tu descubrimiento sonó como música en mis oídos"

"Las perspectivas son brillantes"

"Ya dejamos ese problema atrás"

La parte importante con respecto a las submodalidades es que si hacemos un cambio en la descripción verbal, podemos lograr que cambie la percepción acerca de nuestras experiencias, modificando los colores y su intensidad, colocando las imágenes cerca o lejos o dándoles una diferente perspectiva, hacer que la imagen de la experiencia se haga más clara o más difusa, dar movimiento a las imágenes, poner atención a los sonidos y cambiarles el tono, reduciendo o aumentando el volumen o acercando o alejando ese sonido (Andreas y Faulkner, 2005)



2.11 ESTADOS FISIOLÓGICOS Y LIBERTAD EMOCIONAL

El estado de la mente son todos los pensamientos, emociones y fisiología que expresamos en un momento determinado, las imágenes mentales, sonidos, sentimientos y todos los gestos, posturas y ritmo respiratorio. El cuerpo y la mente están totalmente intercomunicados, por lo que los pensamientos influyen inmediatamente en la fisiología y viceversa. El cambiar de un estado emocional negativo a uno positivo se conoce como cambio de estado o ruptura del estado. (Andreas y Faulkner, 2005)

2.12 INDUCIR

Inducir es la palabra usada en PNL para describir el proceso de guiar a alguien a un estado en particular. Este proceso se puede llevar a cabo por medio de palabras, tono de voz, gestos. La forma más sencilla de inducir un estado emocional es pedirle a la otra persona que recuerde un momento del pasado en que estaba experimentando alguna emoción (Andreas y Faulkner, 2005)

2.13 CALIBRACIÓN

Calibración es la palabra empleada por la PNL que significa reconocer en qué estado emocional se encuentra la gente en un momento dado. Esta es una habilidad que todos los seres humanos tenemos y que ponemos en práctica en mayor o menor grado (Andreas y Faulkner, 2005)

2.14 LA PNL EN LA SALUD

La salud es un tema que ha preocupado al hombre desde su aparición en el planeta. El hombre ha empleado muchos métodos para recobrar la salud perdida, desde las curaciones a base de sangrías utilizadas en la edad media, pasando por el uso de hierbas curativas, magia. En tiempos modernos hemos depositado toda nuestra confianza en la medicina moderna que trata a la enfermedad como una dolencia del cuerpo físico y trata de reparar el daño sufrido de una forma mecánica, sin tomar en



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



cuenta que para tener buena salud es necesario contemplar al individuo desde cualquier ámbito: individual, biológico, emocional, social y espiritual. La idea de pensar en el cuerpo como algo separado de la mente tiene sus orígenes en el siglo XVII cuando el pensamiento científico occidental, encabezado por Descartes, dividió al ser humano en dos entidades distintas: mente y cuerpo. Es por tal motivo que la medicina trata de hacer que el cuerpo funcione de manera adecuada sin tomar en cuenta la influencia de la mente en la salud. La medicina moderna actúa como si todos los problemas de salud fueran biológicos, pero hoy las enfermedades que nos amenazan son muy diferentes de las infecciosas contra las cuales ha tenido tanto éxito la medicina. Ahora, las principales amenazas son enfermedades crónicas degenerativas como las dolencias cardíacas, el cáncer, la artritis, la hipertensión y la diabetes, así como las relacionadas con depresión o el colapso del sistema inmunitario. Hoy en día el principal efecto de los avances médicos es que las personas son capaces de vivir más tiempo con sus enfermedades. La PNL postula que cuando la persona está sana puede conducir su vida como desee. Estar sano significa tener objetivos. Estar enfermo, significa que la persona pierde la libertad de buscar tales objetivos. El estar sano es un estado de equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu, un estado natural de ser uno mismo. No existe un estado de salud monolítico, comparable al de enfermedad. Nuestros cuerpos se reajustan permanentemente a circunstancias que cambian y a pesar de que nadie escapa por completo a la enfermedad, a la sensación de pérdida, a la pena y a la preocupación, nuestros cuerpos disponen de formidables capacidades curativas innatas que, a menudo despreciamos a favor de la ayuda que nos ofrece la consulta médica. Ya Hipócrates enseñaba que estar sano era la prueba de que un individuo había alcanzado un estado de armonía consigo mismo y con el entorno y que aquello que afectaba a la mente afectaba también al cuerpo McDermott y O'connor (1997). El doctor Deepak Chopra está de acuerdo con los postulados de la PNL al mencionar que todos los seres humanos son capaces de autocurarse pues disponen de herramientas que pueden poner en práctica al centrar su atención en la sabiduría interna que todos poseemos. Para tal efecto él menciona seis principios:



La curación es real y se produce biológicamente. Y podemos acceder a ella por medio de nuestra forma de pensar. Podemos modificar el medio ambiente. Nuestras células crecen y cambian cada día. Al estar en estado de calma el cuerpo produce sustancias tranquilizantes como el valium. De hecho el cuerpo es como una farmacia de recursos inagotables a nuestra disposición.

- Un estado inducido de euforia naturalmente inducido tiene consecuencias biológicas.
- La información traducida a una respuesta biológica es la base del efecto placebo.
- La información trasciende el espacio y el tiempo
- El estado de salud del sanador influye en el paciente, por lo que éste tiene que poner atención a su propia salud.
- La fuerza de la sincronicidad en el campo de la energía en espacio, tiempo y materia.

Además este autor señala que para tener una buena salud deben evitarse las emociones o pensamientos tóxicos, poner atención e intención a lo que hacemos. Para la PNL es vital poner atención a la manera en que percibimos el entorno pues a través de nuestros cinco sentidos se puede mejorar y hasta recuperar la salud. La visualización de condiciones ideales por medio de la vista. El recuerdo de momentos agradables traídos a la mente por medio de recordar aromas, sonidos, texturas y sabores. Otro factor que la PNL propone para mejorar la salud es el amor Jack Schwars citado en Carlson y Shield, (1991) considera que el común denominador de todos los métodos de sanación es el amor incondicional, y un amor que respeta la originalidad de cada persona y la capacita para que se responsabilice de su propio bienestar. Louise L. Hay en su libro "You Can Heal Your Life" (Tú



Puedes Sanar tu vida) explica que gran parte de los problemas de salud tienen origen en el rechazo y el odio, en mayor o menor grado, sentidos hacia uno mismo. Muchas personas, por alguna razón siguen provocando, una y otra vez, experiencias desagradables por sí mismos, por ejemplo, con el abuso del alcohol, cigarrillos o comida. Mientras no dejen de castigarse a sí mismos, no hay mucho que pueda hacerse por ello de modo permanente. Cuando el amor está presente, es sorprendente observar los cambios de conciencia. Según esta autora el amarnos no es más que aceptarnos como realmente somos

2.14.1 NIVELES DE SALUD

La salud es la manera de ser total de una persona y en ella influyen factores de orden individual, psicológico, social, físico y nutricional. Existen dos cuestiones importantes acerca de cualquier tema de salud: ¿Sobre qué factores se puede influir? Y ¿Cuál de estos factores producirá un cambio más adecuado? Sobre algunos factores podemos ejercer una gran influencia; sobre otros esa influencia puede ser sólo parcial, o nula. La PNL ha desarrollado un modo de ver los diferentes niveles de control y de influencia que resulta de especial utilidad en el terreno de la salud. Denominados "niveles neurológicos" o, simplemente "niveles lógicos" este concepto ha sido desarrollado por Robert Dilts. El primer nivel es el *medio ambiente*. Los factores ambientales son importantes para la salud. El segundo nivel es la *conducta*, ya que los hábitos nocivos provocan enfermedad. El tercer nivel que la PNL llama *capacidad* se refiere a las maneras rutinarias de pensar y de responder. El cuarto nivel es el de las *creencias y valores* pues éstas tienen una influencia directa en nuestra salud. El quinto nivel es la *identidad*, es decir, el concepto que una persona tiene de sí misma, las creencias y valores que la definen y su misión en la vida. El sexto nivel es el que está más allá de la identidad, el nivel *espiritual* (McDermott y O'connor, 1997).



2.14.2 LOS CUATRO PILARES DE LA SALUD

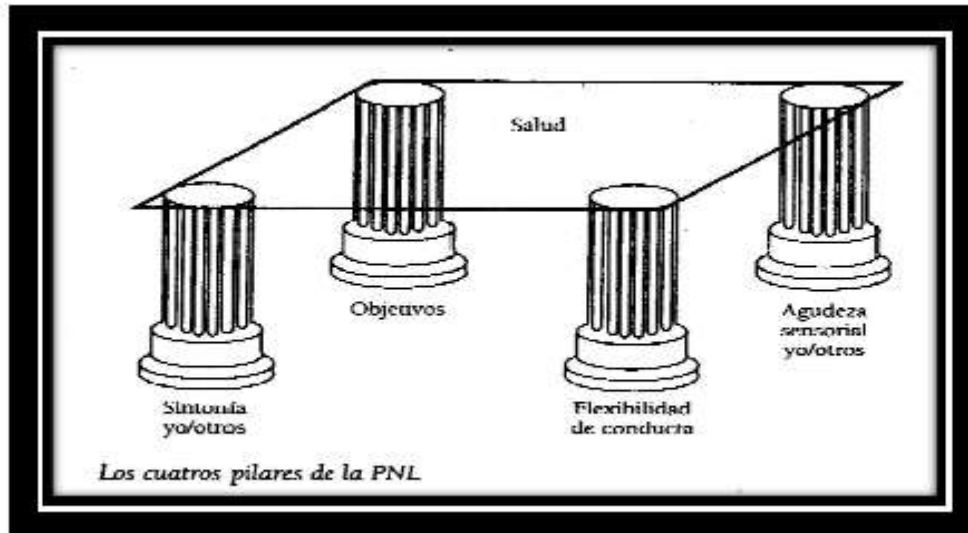


Figura 2 Los 4 pilares de la salud (McDermott y O'Connor, 1997)

En el libro "PNL para la Salud" escrito por Ian McDermott y Joseph O'Connor, (1997) se menciona que la salud se basa en cuatro sencillos, pero muy importantes principios que toman en cuenta aspectos que en el pasado no tenían tanta relevancia como son la calidad de nuestras relaciones con otras personas y con nosotros mismos, así como la comunicación con nuestra mente y todas las partes que conforman nuestro cuerpo. Estos 4 pilares ilustrados en la figura 2 son:

- **Sintonía**

La sintonía, permite cultivar la calidad de nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos. La sintonía se logra acompañando a los demás. "Ser capaz de aceptar su modelo del mundo, en vez de exigir que vean las cosas como nosotros." "Acompañar no es lo mismo que estar de acuerdo". No se trata de adoptar las creencias del otro sino de reconocerlas y aceptarlas. La sintonía con uno mismo puede abarcar distintos niveles como la sintonía con el cuerpo físico, es decir poner atención a las señales que éste nos envía cuando algo no está funcionando bien y no olvidarlo cuando todo nuestro cuerpo está trabajando



bien. En segundo lugar está la sintonía entre las diferentes partes de la mente, es decir tener la capacidad de conciliar deseos posiblemente conflictivos de tal modo que, con el tiempo, sean todos atendidos. En tercer lugar está la sintonía entre cuerpo y mente, ya que la salud es producto de la labor conjunta de ambos, pues se sabe que los pensamientos producen efectos físicos reales y nuestro cuerpo influye en nuestros pensamientos. Por último está la sintonía a nivel espiritual, que tiene que ver con un sentido de pertenencia a algo más grande que el ser humano mismo, que lo conecte con su esencia, sus creencias, y sus valores

- **El tener objetivos**

El planteo profundo de objetivos es otro de los pilares que propone la PNL. Saber lo que uno quiere parece fácil, pero suele no serlo. La confusión respecto de los propios objetivos, la dificultad para establecer prioridades o simplemente el plantearlos de modo incorrecto son causantes importantes de infelicidad. Cuanto más claros sean nuestros objetivos, más fácil será conseguirlos. Obtener la salud es dirigirse hacia el estado que se desea disfrutar en el futuro y alejarse del estado insatisfactorio en que uno se encuentra en el presente. La PNL contempla la salud positiva desde dos aspectos. Por una parte, la exploración de la salud como un estado positivo que se puede fomentar mediante el modelado. Por otra, la contribución a establecer futuros objetivos relacionados con el mejoramiento de nuestra salud.

- **Agudeza sensorial**

La agudeza sensorial se refiere a los sentidos. Los sentidos son las puertas a través de las cuales nos llega la experiencia. Que nos permiten prestar atención a lo que el cuerpo nos comunica. El cuerpo nos dice cuándo hacemos algo que no le conviene o le perjudica. Si no prestamos atención a estas señales podemos enfermarnos. El cuerpo nos indica cuando está cansado, necesita alimento, calor o



por el contrario cuando un alimento nos puede causar malestar. La agudeza sensorial es la clave para el placer. El hacer cosas que nos causen bienestar y placer proporciona salud y equilibrio. También tener agudeza sensorial permite acompañar a otros y establecer sintonía, al percatarse de cómo responden las personas a nuestro alrededor. El modo en que la persona utiliza sus sentidos hacia el exterior afecta el pensamiento y la experiencia interiores.

- **Flexibilidad de conducta**

La flexibilidad de conducta es la habilidad de darnos cuenta cuando la información útil que nos proporcionan los sentidos da a entender que no se está obteniendo lo que se desea. En este caso se cambia de conducta. Es recomendable fijar objetivos y utilizar todos los medios de que se disponga para avanzar hacia ellos. Hay que plantearse todas las opciones posibles para conseguir dichos objetivos utilizando los sentidos como fuentes de información útil para darse cuenta qué es lo que lo acerca y qué lo aleja. Pero si lo que se está haciendo no está sirviendo hay que tener la suficiente flexibilidad para cambiar de conducta, de pensamientos, ideas u objetivos

2.15 ESTADO EMOCIONAL Y ESTADO DE REFERENCIA

El estado emocional es un estado, una manera de ser en un momento dado: es la suma de los pensamientos, sensaciones, emociones y de la energía física y mental de una persona. Abarca tanto cuerpo como mente, es decir, tanto la situación mental como la fisiológica. Muchos informes han demostrado que la depresión reduce la respuesta inmunológica. Los estados emocionales negativos prolongados son malos para la salud, por el contrario los estados emocionales positivos son ideales para una buena salud. Por otra parte el estado de referencia es un estado o condición en la que nos encontramos la mayor parte del tiempo. Es nuestra manera de ser característica, el modo de respirar, la postura, y nuestra expresión oral y corporal (McDermott y O'Connor, 1997).



2.16 LAS CREENCIAS Y LA SALUD

De acuerdo con la PNL las creencias son los principios por los que actuamos y no necesariamente, lo que declaramos creencias son generalizaciones basadas en experiencias pasadas que modelan nuestras futuras reacciones. No son hechos comprobados ni lógicos. No pueden demostrarse. Son las hipótesis de trabajo que utilizamos diariamente. Las principales creencias con respecto a la salud en el modelo occidental nos dicen que la enfermedad es un proceso patológico en el que el cuerpo humano se aparta de las constantes biológicas normales. Toda enfermedad tiene una causa biológica. La enfermedad está localizada en el cuerpo del paciente. La causa inicial de la enfermedad suele ser externa al organismo del paciente. El tratamiento es por intervención física. Los médicos son los expertos y el paciente no sabe nada con respecto a su enfermedad. En general la medicina moderna considera que la salud puede recuperarse de una manera mecánica, es decir como si el cuerpo humano fuera una máquina que sólo necesitara reparación. Sin embargo, el cuerpo humano funciona como un sistema y siempre procura curarse por sí mismo, aunque a veces parezca estar haciendo lo contrario (McDermott y O'Connor, 1997).



CAPÍTULO III

EL ABORTO EN MÉXICO

3.1 IMPACTO

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un aborto, ya sea espontáneo o inducido. La carga moral es muy pesada debido a los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres. Por otra parte, si bien México es un país de tradición laica, la iglesia católica ha jugado siempre un importante papel en el contexto político del país e influido en la actitud de sectores sociales muy amplios respecto a la sexualidad y la reproducción. La percepción de la alta jerarquía católica sobre estos aspectos se traduce en normas y principios morales rígidos que operan como un poderoso dispositivo para mantener las condiciones de subordinación y de desigualdad social de las mujeres. En la concepción católica sobre la maternidad, una madre siempre debe anteponer al hijo a sus necesidades y deseos como persona. Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que tiene una nueva vida, como en que cumpla el imperativo que simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del esposo y de la familia. Pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres (Lamas, 1997).

Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo tienen una relación directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención posaborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo. Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios. Las actitudes punitivas que asumen muchos(as) de los (as) profesionales



de la salud frente a las mujeres que abortan tiene que ver no solamente con los estigmas sobre la interrupción del embarazo o con su prohibición legal. El maltrato que en general reciben las mujeres en los hospitales públicos tiene también relación con aspectos vinculados a las condiciones de subordinación genérica de las mujeres, a la precaria situación social de aquellas que sufren complicaciones con mayor frecuencia, y a la desigualdad de las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre médicos y pacientes. Sin embargo, lo más importante es saber actuar para prevenirlos y evitarlos, mediante el uso de métodos anticonceptivos y el ejercicio responsable de la sexualidad, ya que en todo caso legal o ilegalmente, se pone en riesgo la vida de la madre, y las consecuencias emocionales, casi siempre duran toda la vida. (Lamas, 1997).

3.2 DEFINICIÓN DE ABORTO

La palabra aborto del latín *abortus* o *aborsus*, de *aborior*, contrario a *orior*, nacer, es la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo, antes de que haya alcanzado las 20 semanas; después de este tiempo la terminación del embarazo antes del parto, se llama parto pre-término (F. Serrano, 1989).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal debe ser de 500 gr. y la longitud cefalo nalgas de 25 cm. La viabilidad clínica es un concepto más amplio que involucra la capacidad de la medicina actual de prestar asistencia contra la prematuridad extrema, y está determinada por la madurez anatómico funcional del pulmón, o sea la capacidad de intercambio gaseoso pulmonar, que ocurre aproximadamente entre las 24 a 26 semanas de gestación.



3.3 ANTECEDENTES

El aborto es un hecho que viene sucediendo desde hace mucho tiempo. Ya la Biblia lo menciona, aunque ésta no distingue entre aborto espontáneo y provocado; el término se emplea en un sentido más amplio e intercambiable. La palabra hebrea *scha-kjá*, que significa "sufrir un aborto" (Éxodo, 23:26), también se traduce "privar" (Deuteronomio 32:25), "privar de hijos" (Levitas 26:22), "abortar" (Oseas 9:114) y "resultar sin fruto" (Malaquías 3:11), La voz hebrea *yoh-tsé'th*, vertida "aborto" en el Salmo 144:114, viene de una raíz que significa "salir". (Génesis 27:30) (Watch Tower Bible and Tract Society, 1991). El aborto también es mencionado en el Código de Hammurabi desde el año 1750 A.C., así como por el historiador Tertuliano en el año 160 de nuestra era (J. C. Wilke, 1985).

3.4 EL ABORTO EN MÉXICO

Hablar de aborto es un tema controversial en muchas partes del mundo, así como en nuestro país, debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; con los valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres; y con las ideas que predominan en nuestro contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad. En este trabajo se hablará del aborto y las consecuencias emocionales, como la depresión posaborto en las mujeres mexicanas, que por diversas causas se han visto expuestas a esta experiencia en algún momento de sus vidas (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000).

El aborto en México está penalizado. Sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible, como en los casos de violación. A pesar de la existencia de este marco jurídico, el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido; aún bajo las circunstancias previstas en la legislación. La mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados, para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos



de aborto legal son muy pocos en el país. Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos son practicados en condiciones de inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse. Las restricciones legales no impiden que un elevado número de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos peligrosos para autoinducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos(as) profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias. La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de mayoría (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000).

La legalidad del aborto en la República Mexicana es considerada desde diferentes perspectivas, por ejemplo en los 32 estados en México el aborto es legal cuando el embarazo es producto de una violación; en 29 estados se permite cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer; en 10 cuando el embarazo constituye un riesgo severo a la salud de la mujer; en 13 en casos de malformaciones congénitas; en 29 cuando el aborto se produce de manera imprudencial; en 11 cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no consentida y en un estado, Yucatán, por razones económicas (Juárez F. y cols, 2008).

El Gobierno del Distrito Federal, ante el problema de salud que implica la alta tasa de mortalidad de mujeres que se realizan un aborto en la clandestinidad el día 24 de abril del 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó el "Decreto por el



que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal." Con esta reforma se establece una nueva definición de aborto, despenalizándolo siempre y cuando se realice antes de que se cumplan las doce semanas de gestación, independientemente de cual sea la causa. Sin embargo, en mayo del mismo año, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CND) presentó ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) una demanda de Acción de Inconstitucionalidad, donde se solicita la invalidez de las disposiciones legales impugnadas. Esta demanda de Inconstitucionalidad ha sido apoyada por numerosos funcionarios públicos de alto rango e Instituciones como Servicios de Apoyo a la Familia, A. C., Vida y Familia, A. C. y el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia, A. C. que afirma que existe un síndrome posaborto que daña la estructura física, psicológica y social de la mujer y sus familias entre otras muchas (Cevallos F., 2008).

Una de las causas principales de aborto es el embarazo no deseado. Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres, niños y niñas que nacen en estas condiciones (David y cols., 1991).

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la natalidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos, ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, aún cuando se usen de manera adecuada, pueden fallar. Por otro lado la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean debería compartirse de manera equitativa con los hombres, al menos cuando las mujeres tienen una pareja estable. La forma en que operan los programas de planificación familiar que se utilizan en la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de embarazos no deseados. Los programas se dirigen principalmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios de salud la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios. Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios propician que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o provocan el abandono del que ya utilizaban. Cabe también mencionar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas. Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción. De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68% de las mujeres con relaciones estables y en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que en los grupos de mujeres



mencionadas las proporciones eran inferiores al 50% (Consejo Nacional de Población , 2000).

Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura, favorece que en muchos casos los hombres controlen la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos. No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de anticonceptivos por miedo a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).

Otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la Iglesia católica que son de muy baja efectividad. Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de la salud. Op. Cit.

Otras razones importantes para un embarazo no deseado son la falta de un padre, las limitaciones económicas, la incapacidad de ser una buena madre o la interferencia con los proyectos de vida (Faúndes A. Y Barzelatto J., 2005).

3.5 CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

- a) Aborto inducido El término "aborto inducido" se refiere a los hechos que se presentan de manera no natural, en el cual intervenga la voluntad de eliminar al feto, ya sea por parte de la madre o el médico que la atiende (F. Serrano,1989). Entre algunos de los métodos que se utilizan para llevar a cabo éste, están los métodos llamados "caseros", que son los que usan las llamadas comadronas, que abarcan desde el consumo de drogas, como la sobredosis de sedantes; medicamentos fuertes como la quinina y la produlina;



el consumo de té de diversas hierbas (perejil, mandrágora, ruda, etc.); lavados vaginales con vinagre, alcohol, o lo que "esté a la mano"; golpes o presión en el vientre, hasta intentos de herir al feto a través de la pared abdominal mediante la introducción de instrumentos como varas, utensilios de cocina, etc. (Alva L. 2005). Dentro de los métodos médicos se encuentran la regulación menstrual, la dilatación y evacuación, legrado o curetaje, la aspiración y el uso de medicamentos como el misoprostol, las prostaglandinas, etc (Cifrán C. y cols., 1999).

- b) Aborto espontáneo. El aborto espontáneo clasificado por la CIE-10 003 Y CIE-9 634, (Clasificación Internacional de Enfermedades, apartado de psiquiatría recogido por la Organización Mundial de la Salud) especifica que es la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno. Un aborto espontáneo ocurre cuando un embarazo termina de manera abrupta. Se menciona que incluso el 50 por ciento de los embarazos pueden considerarse fracasados y terminar de forma espontánea. Las alteraciones cromosómicas constituyen la causa más común de esta alteración. También se han propuesto como causa de aborto espontáneo las alteraciones de la arteria uterina. Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la adenomiosis, las cirugías tubarias y la endometriosis (Cifrán C. y cols., 1999).
- c) Aborto terapéutico En la compilación hecha por Elu Ma. Del Carmen. Zermeño Otero L. en 1992, Schwarz y Manorama mencionan que este tipo de aborto es un aborto provocado orientado a la prevención de riesgos reales de origen materno, por la existencia de un embarazo. Además, está justificado por razones médicas como:
- Salvar la vida de la madre, cuando la continuación del embarazo significan un riesgo para su vida.



- Salvar la salud física o mental de la madre cuando están amenazadas por el embarazo.
- Evitar el nacimiento de un niño con una enfermedad congénita o genética grave que es fatal o le condena a padecimientos muy graves.
- Reducir el número de fetos en embarazos múltiples hasta un número que haga el riesgo aceptable.

Dentro de las causas de aborto terapéutico se encuentran los siguientes factores de riesgo.

Factores del producto

- Defectos genéticos.
- Defectos placentarios como:
 - a) Insuficiencia hormonal.
 - b) Defectos de implantación.
 - c) Enfermedades de la placenta.

Factores maternos

Causas endocrinas:

- a) Insuficiencia luteínica del cuerpo amarillo.
- b) Hipotiroidismo.
- c) Insuficiencia suprarrenal
- d) Diabetes

Causas infecciosas:

- a) Agudas.
- b) Crónicas

Causas anatómicas:

- a) Malformaciones congénitas intrauterinas
- b) Miomas y pólipos
- c) Insuficiencia orificio uterino.
- d) Encarcelamiento de útero gestante

Causas especiales:

- a) Traumatismos físicos.



b) Traumatismos psíquicos

Deficiencias nutricionales como anemia aguda o perniciosa.

Factor paterno:

- a) Espermatogénesis anormal.
- b) Especialmente en aborto habitual

A continuación se mencionan los diferentes tipos de aborto terapéutico

- *Amenaza de aborto.* Este cuadro aparece en el curso de las primeras 22 semanas de embarazo, presentando escaso sangrado proveniente de la cavidad uterina y sin modificaciones cervicales o dolor pélvico determinado por la cavidad del útero.
- *Aborto en evolución o inminente.* Es aquel que como consecuencia de la actividad uterina propia del trabajo de aborto (contracciones dolorosas, intermitentes, progresivas, etc.) ha producido modificaciones cervicales (borramientos, dilataciones) irreversibles y existe sangrado de origen endouterino de magnitud variable.
- *Aborto inevitable.* Se caracteriza porque en ausencia de modificaciones cervicales notorias, se produce la ruptura de las membranas ovulares acompañada o no de sangrado abundante; ambas circunstancias hacen imposible la prosecución del embarazo.
- *Aborto incompleto.* En esta forma clínica ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra retenido en la cavidad uterina.
- *Aborto completo o consumado.* Son aquellos casos en los que la expulsión del huevo ha sido total. Se trata, en realidad de un puerperio posaborto sin manifestaciones clínicas de infección.
- *Aborto diferido.* Se refiere a cuando el producto antes de su viabilidad, muere in útero y es retenido por dos meses o más.
- *Aborto infectado o séptico.* Se refiere a infección del útero y su contenido, que constituye potencialmente el centro de una infección genital o general.



- Aborto habitual. Se refiere a cuando han ocurrido tres o más abortos espontáneos consecutivos (Elu Ma. Del C. y Zermeño Otero L., 1992)

Otra clasificación del aborto es el directo y el indirecto.

- *Directo*. Este alude al que ha sido premeditado como fin principal, para desembarazarse del niño, o como medio para salvaguardar la honra, la salud, la vida o cualquier otro bien de la madre o de otras personas.
- *Indirecto*. Es el que no se realiza como medio o como fin de la acción, sino que es algo que sigue como secuencia accidental y probable de esa acción en si misma, libre y legítima, de tal modo que, si se pudiera, se evitaría el aborto. Un ejemplo de esto, es el administrar a la madre medicamentos necesarios para erradicar un proceso patológico grave, con riesgo de producirlo (Elu Ma. Del C. y Zermeño Otero L., 1992)
- *Aborto inseguro*. La Organización Mundial de la Salud lo define como el procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, ya sea por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias (OMS, 1992 citado en Faúndes y Barzelatto, 2005)
- *Aborto seguro*. Es el que es llevado a cabo por un profesional capacitado con los medios necesarios y en un ámbito médico adecuado que implique un riesgo extremadamente bajo para la mujer. La mortalidad materna observada en casos de aborto seguro es de no más de uno por cada cien mil intervenciones (OMS, 1992 citado en Faúndes y Barzelatto, 2005).

3.5.1 SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL ABORTO

Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal de tipo cólico o en la región lumbar, la hemorragia vaginal acompañada o no de dolores o la emisión de materia sólida tisular o de coágulos por la vagina. Sin embargo, hay que tener cuidado de no alarmarse, pues algunos de estos signos son frecuentes durante los primeros meses



de la gestación sin que tengan que ir necesariamente seguidos de un aborto (Hassold, T. Y cols., 1980).

3.5.2 TRATAMIENTO

El tratamiento a seguir si el aborto no se completa en forma natural en un plazo de pocas semanas, se requerirá de cirugía para completarlo artificialmente. La cirugía puede sustituirse por un tratamiento con medicamentos, pero los efectos secundarios y el riesgo de que la evacuación no se complete, hace que finalmente se recurra a la cirugía (Hassold, T. Y cols., 1980).

3.5.3 PREVENCIÓN

Las posibilidades de aborto espontáneo pueden prevenirse en gran medida con una atención especial por parte de la madre y una vigilancia médica adecuada, especialmente si existen limitaciones físicas de la madre. El riesgo asociado a enfermedades sistémicas se combate tratándolas antes del eventual embarazo y vigilando el estado de salud de la madre (Hassold, T. y cols., 1980)

3.5.4 DATOS ESTADÍSTICOS DEL ABORTO EN MÉXICO.

La penalización del aborto impide contar con datos confiables y actualizados sobre su incidencia y sobre la frecuencia de las complicaciones y las muertes que ocasiona. Como indica un estudio realizado en seis países latinoamericanos cuyas leyes sobre el aborto son restrictivas –Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana, los datos disponibles incluyen sólo una mínima parte de los abortos que se practican. Las estadísticas registran sólo los casos de las mujeres que buscan atención hospitalaria por complicaciones del aborto y la información reportada por las instituciones de salud no permite diferenciar entre los abortos inducidos y los espontáneos. Los registros dejan fuera todos los abortos no complicados, los de las mujeres que sufren complicaciones pero las subestiman y



los de aquellas que no tienen acceso a la atención médica o que no la buscan por temor a las consecuencias legales, sociales y religiosas (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

De acuerdo con el Instituto Guttmacher, Colegio de México y Population Council el número de abortos en México durante el año de 2006 asciende a 874,747 En Souza y Machorro M., (2000) se menciona que La Universidad de Boston señala al aborto inducido como el cuarto método de control de la fertilidad más usado en Latinoamérica y señala que estimaciones anuales calculan que ocurren de 2.7 a 7.4 millones de casos, es decir, del 10 al 27% de todos los abortos producidos en el mundo. También refiere que en México se calcula una prevalencia de aborto en cifras aproximadas del 15 al 18% de todos los embarazos, aunque un número importante y difícilmente valorable pasan desapercibidos.

TABLA 7

CIFRAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL D. F. DEL 27 DE ABRIL DE 2007 AL 06 DE JULIO DE 2010

CONCEPTO	CIFRAS
Total de ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 6 de julio de 2010	42,873 (representa el 61% de las solicitudes de información recibidas)
Solicitudes de información	70,480 solicitudes de información
Menores de edad que realizaron ILE	3,206 menores (7.4 % del total de ILEs realizadas)
Origen de las solicitantes de ILE	<ul style="list-style-type: none"> •75.5 % residentes del DF (32,389 mujeres) •21.5 % residentes del Estado de México (9,208 mujeres) •3 % residentes de otros estados (1,276 mujeres)
Procedimiento empleado	<ul style="list-style-type: none"> •Misoprostol : 58% •Misoprostol más AMEU / LUI: 35% • Misoprostol más LUI: 7%
Fuente: Secretaría de Salud del D. F. "Programa de Interrupción Legal del Embarazo: de Registro de Personas" (6 de julio de 2010)	



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



Lo relevante con respecto al aborto legal en México es que durante este tiempo el número total de abortos ha sido de 42,873, de los cuales 3,206 fueron practicados a menores de edad como se muestra en la tabla número 7.



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la influencia de la técnica “Perdonarse a sí Mismo” de Programación Neurolingüística en mujeres con diagnóstico de depresión posaborto.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características socio demográficas en relación a la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos y tiempo de la relación de las mujeres hospitalizadas en la sección de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante los meses de febrero a mayo del año 2010.
- Comprobar la prevalencia del estado de depresión en las mujeres con diagnóstico de depresión posaborto del Hospital de la Mujer durante los meses de febrero a mayo del año 2010.
- Determinar los niveles de depresión posaborto en mujeres hospitalizadas en el servicio de puerperio complicado del Hospital de la Mujer durante los meses de febrero a Mayo del año 2010.
- Evaluar los resultados de la técnica de PNL

4.3 HIPÓTESIS

La técnica del “Perdonarse a si mismo” de Programación Neurolingüística influye de manera positiva en el manejo terapéutico de la depresión en mujeres que fueron sometidas a una intervención quirúrgica por presentar aborto incompleto, en la disminución del estado depresivo de acuerdo a la clasificación de Beck.

-HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias significativas en la depresión posaborto en mujeres hospitalizadas que recibieron apoyo terapéutico con la técnica “Perdonarse a Sí



Mismo" de Programación Neurolingüística de aquellas que no recibieron ningún tratamiento

-HIPÓTESIS ALTERNA

Habrán diferencias significativas en los niveles de depresión posaborto en mujeres hospitalizadas después de la aplicación de la técnica "Perdonarse a Sí Mismo" de Programación Neurolingüística.

4.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

Técnica de "Perdonarse a sí mismo" de Programación Neurolingüística, por su atributo es cualitativa y por su nivel de precisión es nominal.

Definición conceptual

Técnica: Conjunto de procedimientos y métodos de una ciencia, arte, oficio o industria o cada uno de dichos procedimientos (Diccionario Planeta, 1990).

Programación: Se refiere a las habilidades para descubrir y utilizar en forma efectiva los programas que la persona usa para su comunicación intrapersonal e interpersonal a fin de alcanzar sus objetivos deseados (Armendáriz RR, 1999).

Neuro: Se refiere a los procesos invisibles del pensamiento y reacciones fisiológicas visibles frente a los diferentes acontecimientos e ideas a los que el individuo está expuesto cada día. Cuerpo y cerebro forman una unidad inseparable en el ser humano (Armendáriz RR, 1999).

Lingüística: Forma en que usamos el lenguaje para ordenar nuestros pensamientos y conducta, así como para comunicarnos con los demás (Armendáriz RR, 1999).



PNL. Programación Neurolingüística, es un conjunto de habilidades finas y muy poderosas de comunicación que se emplean para obtener modelos de excelencia en el comportamiento humano (Armendáriz RR, 1999).

Definición operacional

En este estudio se entenderá por técnica de PNL al procedimiento de intervención facilitado a la participante por el programador. En su modalidad de "perdonarse a sí mismo".

Variable dependiente

Síntomas de depresión posaborto

Definición conceptual

Síntoma: Fenómeno que se percibe en el curso de una enfermedad (Diccionario de psicología Galimberti, 2006)

Depresión: Acción o efecto de deprimir o deprimirse. Decaimiento de ánimo o de voluntad (Diccionario de psicología Galimberti, 2006)

Post o pos: prefijo que significa después (Diccionario Planeta, 1990).

Aborto: Expulsión de un feto que todavía no está en condiciones de vivir fuera de la madre (Diccionario Planeta, 1990).

Depresión posaborto

Definición conceptual

Conjunto de signos y síntomas como la hostilidad, el desinterés y aislamiento, las imágenes recurrentes, el insomnio y pesadillas, y la incapacidad de expresar sentimientos, trastornos de la alimentación, disfunciones sexuales, ruptura de relaciones de pareja, incapacidad de concentración, agotamiento, nerviosismo, crisis



históricas y nerviosismo, así como tristeza y decaimiento que hacen que la mujer se debilite tanto física como emocionalmente y que puede afectar el funcionamiento y bienestar de la mujer como individuo, en la sociedad y dentro de su familia (JR Cogle, DC Reardon y PK Coleman, 2003).

Definición operacional

En este estudio se entenderá por depresión a los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de depresión de Beck a las participantes de esta investigación.

4.5.PONDERACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. No existe un consenso sobre los puntos de corte de este instrumento, por lo que se emplean distintos puntos de corte en intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana, (APA) en la versión de 21 reactivos que a continuación se mencionan, serán los que se utilicen en este estudio.

De 0 a 9 Sin depresión

De 10 a 16 depresión leve

De 17 a 29 depresión entre moderada y severa

De 30 a 36 o más depresión severa. (el valor total del cuestionario es de 63 puntos).

4.6 FORMA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para calificar el Inventario de Depresión de Beck, se suman las respuestas dadas por el sujeto, y se clasifica de acuerdo a la tabla de puntajes directos ya establecida a fin de dar una interpretación.

-TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo exploratorio, transversal y de análisis cuantitativo de casos sobre depresión posaborto.



-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo no experimental porque se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, observacional y analítico, de dos medidas. En el grupo experimental se aplicará el cuestionario de depresión de Beck para determinar si existe depresión. Después se le aplicará la técnica de “Perdonarse a sí mismo” y nuevamente se le aplicará el cuestionario de depresión de Beck. En el grupo control igualmente se aplicará el cuestionario de depresión de Beck para ver el nivel de depresión en la primera parte de la intervención y al final de la misma sin que se haya hecho la aplicación de la Técnica de PNL

Este estudio también es de tipo analítico, puesto que es un estudio cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado y determinar el nivel de prevalencia de depresión y si la técnica de PNL fue efectiva.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizará el modelo de preprueba y postprueba en un grupo experimental que se representa de la siguiente manera.

GE	O ₁	x	O ₂
GC	O ₃	x	O ₄

GE Grupo experimental: (Será al que se le realizará la intervención).

GC Grupo control: (Será al que no se le aplique la técnica de PNL)

O₁ Aplicación del cuestionario de Beck al grupo experimental antes del tratamiento.

O₂ Aplicación del cuestionario de Beck al grupo experimental después del tratamiento.

O₃ Aplicación del cuestionario de Beck al grupo control por primera vez

O₄ Aplicación del cuestionario de Beck al grupo control por segunda ocasión sin ninguna intervención.

4.7 ESTADÍSTICA

En este estudio se utilizará la estadística descriptiva, para hacer análisis cuantitativos y cualitativos de datos; se utilizarán tablas que reflejen las frecuencias y



los porcentajes. Se trata de un estudio piloto, la muestra estará constituida por todas las pacientes que se encuentran internadas en el servicio de puerperio complicado con diagnóstico de depresión posaborto de acuerdo a los criterios de inclusión. También se usará la estadística inferencial para determinar la asociación entre las variables dependiente e independiente.

La información se obtuvo por medio de una entrevista semiestructurada y el cuestionario de depresión de Beck.

4.8 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres voluntarias que se encuentren hospitalizadas en la sección de puerperio complicado del Hospital de la Mujer con diagnóstico de legrado por aborto incompleto.

-MUESTREO

El tipo de muestra es no probabilística. El tipo de muestreo es consecutivo porque recluta a todos los elementos. Se tomaron en cuenta las implicaciones éticas de acuerdo a las consideraciones expresadas en la Ley de Helsinki, Ley General de Salud, Derechos Humanos de los Pacientes y el Código de Ética del Psicólogo.

-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Grupo experimental 10 participantes

Grupo control 7 participantes

4.9 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

Mujeres que se encuentren internadas en el servicio de puerperio complicado del Hospital de la Mujer, por presentar aborto incompleto.



Que tengan de 18 a 40 años de edad

Mujeres de cualquier estado civil.

Mujeres de cualquier ocupación

Nivel socioeconómico indistinto

Que no hayan tenido un tratamiento psicológico anterior

Que acepten participar en el estudio

Que presenten depresión posaborto.

Exclusión

Mujeres con diagnóstico de depresión negativo

Mujeres que no tengan la edad adecuada para el estudio

Eliminación

Mujeres que no tengan interés en realizar la técnica o responder a las preguntas del cuestionario

Que no acepten participar en el estudio

Que hayan recibido atención psicológica previa al estudio

Mujeres que no contesten todas las preguntas

Mujeres que no tengan la edad adecuada para el estudio

Las que decidan interrumpir la técnica de programación

4.10 DESARROLLO EXPERIMENTAL

- Se solicitó permiso al Hospital de la Mujer, a través de las autoridades respectivas a fin de obtener apertura e información para elaborar la presente investigación.
- Se elaboró la metodología, no se aplicó fórmula de distribución, ya que se trata de un estudio piloto. Se procedió a evaluar el instrumento más adecuado



para esta investigación (seleccionándose el Cuestionario de Depresión de Beck). Se planteó el diseño y la estadística.

- Se procedió a la elaboración y revisión de las variables a fin de que tuvieran congruencia con este estudio de investigación. Así mismo, se trabajó en la operacionalización de las mismas.

4.11 PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación se seleccionó a las participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y posteriormente se llevaron a cabo dos sesiones en cada uno de los grupos para desarrollar el trabajo. A continuación se explican los pasos que se siguieron con cada una de las mujeres que aceptaron participar en la encuesta.

4.12 IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA

Esta se llevó a cabo en el Servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer en donde las participantes se encontraban hospitalizadas por presentar abortos incompletos debido a embarazos ectópicos, feto muerto (mortinato) o abortos incompletos por causas desconocidas.

4.13 PRIMERA Y SEGUNDA SESIÓN GRUPO EXPERIMENTAL

- Se saludó amablemente a la participante y se hizo la presentación con ésta.
- Se explicó que tipo de estudio se estaba realizando.
- Se solicitó a la participante permiso para realizar la entrevista.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



- Durante la entrevista se le explicó el motivo de ésta y se les proporcionó el formato de consentimiento informado para que lo firmaran aceptando su participación en el estudio.
- Se realizó la entrevista (semiestructurada) a la participante creando empatía y sintonía.
- La duración de la entrevista fue de entre 5 y 10 minutos.
- Se identificó el comportamiento o respuesta a modificar. Se tomó el tiempo necesario para expresar aprecio, respeto e interés por la participante.
- Se estableció comunicación con la parte responsable del comportamiento. Se interiorizó y se mantuvieron todos los sentidos abiertos a las señales internas y externas de la participante por medio de la calibración (técnica de PNL que permite obtener información prestando atención a las señales emitidas inconscientemente por el individuo ya sea de manera verbal y/o de su lenguaje corporal, incluyendo los movimientos oculares). En algunos casos para poder obtener la información necesaria o identificar una señal definida del comportamiento de la participante se efectuaron más preguntas hasta obtener una señal que la participante no pudiera controlar a voluntad (McDermott y O'connor, 1997).
- Una vez que se interrogó a la participante y se detectó un estado depresivo se procedió a la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck para confirmar y determinar el grado de depresión. Antes de la aplicación del cuestionario se le proporcionaron las instrucciones necesarias para que realizara el registro de su respuesta a cada pregunta. Una vez que la participante no tuvo dudas, se le entregó el cuestionario para que lo contestara, así como un lápiz del No. 2 1/2 y una tabla de plástico para que pudiera contestar las preguntas.



Influencia de la Técnica “Perdonarse a sí mismo”
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



- Después de contestar el cuestionario y comprobar el estado depresivo de la participante se le aplicó la técnica “Perdonarse a sí Mismo” de la siguiente manera:
- Se hizo la limpieza de canales pidiéndole a la participante que hiciera tres respiraciones profundas para propiciar la relajación. Y se le indicó que cerrara los ojos y se imaginara su flor favorita. Una vez que ya tenía esta imagen en su mente se le dijo que disfrutara de esa flor por medio de la visualización detallada de la misma, así como de disfrutar su aroma y acariciarla con sus manos de manera imaginaria. (Esta actividad tuvo como objetivo sensibilizar y preparar a la participante en la ejecución de la técnica usando su imaginación y creatividad)
- Después de la limpieza de canales se le pidió a la paciente que cerrara los ojos e imaginara sus dos manos frente a ella a la altura de sus ojos, como si fueran una pantalla y que sobre la palma de su mano izquierda se visualizara a sí misma teniendo una conducta con la cual no se hubiera sentido a gusto o que le hubiera hecho sentirse mal consigo misma.
- Se le pidió que visualizara cuidadosamente y con todo detalle esa imagen y se diera cuenta de qué era específicamente lo que no le gustaba de ese comportamiento. Que identificara las consecuencias que esa conducta trajo para ella y qué esperanza tenía puesta en esa conducta que no se realizó.
- Una vez detectada esa esperanza se le preguntó cuál era la intención positiva de esa esperanza y que observara si en ese tiempo ella necesitaba de amor, aceptación, aprobación, reconocimiento, amistad o alguna otra cosa importante para ella y de qué persona ella esperaba eso.



- Se le dijo que pensara en los recursos o cualidades con los que ella contaba y que la hubieran ayudado para que esa experiencia no la hubiera afectado tanto.
- Después de darle tiempo para que reflexionara al respecto, se estableció un estado separador pidiéndola a la paciente que abriera los ojos y se le preguntó si se encontraba cómoda y se le preguntó cuál era su comida favorita.
- Después de este intervalo se le pidió que hiciera nuevamente tres respiraciones profundas y que cerrara los ojos y se visualizara ahora en la palma de su mano derecha, mirándose como una persona que poseía una gran variedad de conductas. Se le pidió que observara esa imagen lo más vívidamente posible pues ésa era ella en su totalidad.
- Se le pidió que sintiera y viviera con toda su mente y cuerpo todas las cualidades y recursos con los que ella contaba hasta que pudiera percibir su yo esencial, la totalidad de su ser y no sólo una conducta. Que se diera cuenta y experimentara en su cuerpo y mente el placer de todos los logros que había tenido en su vida, sus habilidades, sus valores, su identidad, su espiritualidad y de que la experiencia que la afectó y que tenía representada en su mano izquierda era sólo una pequeña parte de su totalidad o ser verdadero.
- Después se le pidió que distinguiera bien a su yo verdadero y que lo viera grande, brillante de un colorido especial, lleno de sabiduría, posibilidades y lleno de vida.
- Se le pidió que analizara cómo ese yo verdadero apreciaría esa experiencia que la afectó en el pasado.



- A continuación, se le pidió que visualizara sus dos manos frente a frente a la altura de sus ojos y que hiciera como si las dos imágenes se reconocieran como partes complementarias, ya que ninguna estaría completa sin la otra. Se le pidió que hiciera que ambas imágenes se apreciaran la una a la otra, y que la necesidad de unirse las atrajera.
- Conforme las manos se iban empalmando se le dijo que distinguiera cómo el yo verdadero aportaba recursos al yo particular para que entre ambos construyeran una nueva comprensión de la experiencia desagradable. La nueva imagen debía tener las mismas o mejores cualidades que tenía su yo verdadero.
- Se le pidió que hiciera como si su verdadero yo entregara toda esa información, recursos, de reconocimiento, amor, aprobación, reconocimiento incondicional que buscaba su yo particular en la experiencia desagradable, y que viera cómo se fundían en uno solo, su yo verdadero y su yo particular, y que disfrutara los sentimientos y sensaciones nuevas que le daban la integración de su totalidad.
- Se le pidió que una vez que ya tuviera visualizada la nueva imagen integrada de su totalidad, reconociera internamente la importancia y capacidad de compasión, comprensión y percepción diferente de su ser verdadero y que al integrar esa imagen a su cuerpo, sintiera en su interior esa capacidad de perdón pleno para sí misma. Se le pidió que llevara las manos a su corazón, llenándose con una luz sanadora que tuviera su nueva imagen, y que reconociera a ese yo verdadero en su interior, que llenaba todo su ser, siempre dispuesto a acompañarla en el futuro cuando fuera necesario.
- Finalmente, se le pidió a la participante que respirara profundamente tres veces y que abriera los ojos poco a poco al tiempo que ella lo deseara.



- Cuando la participante abrió los ojos se le dieron las gracias por su participación y se le indicó que se le volvería a visitar más tarde para aplicarle nuevamente un cuestionario.

Segunda sesión

Se saludó nuevamente a la participante para crear empatía y sintonía y se procedió a la segunda aplicación del cuestionario de Beck. Al término de esta actividad se le agradece su cooperación y se dio por terminada la sesión.

Primera y segunda sesión grupo control

Primera sesión.

- Se saludó amablemente a la participante y se hizo la presentación con ésta..
- Se solicitó a la participante permiso para realizar la entrevista.
- Durante la entrevista se trató con respeto, empatía e interés a la participante y se le preguntó si le gustaría participar en una investigación para lo cual se le iba a proporcionar un cuestionario para que lo contestara.
- En seguida se le proporcionó un formato de consentimiento informado para que lo firmara.
- La duración de la entrevista fue de entre 5 y 10 minutos.
- Una vez que se interrogó a la participante y se detectó un estado depresivo de igual manera que en el grupo experimental, se procedió a la aplicación del Cuestionario de Depresión de Beck para confirmar y determinar el grado de depresión. Antes de la aplicación del cuestionario se le dieron las instrucciones para contestarlo. Una vez que la participante no tuvo dudas, se



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



le entregó el cuestionario para que lo contestara, así como un lápiz del No. 2 1/2 y una tabla de plástico para que pudiera contestar las preguntas.

- Una vez que terminó de contestar el cuestionario se le agradeció su cooperación y se le informó que más tarde se le pasaría a visitar para ver como se sentía y se le aplicaría otro cuestionario.
- En la segunda visita se conversó con la participante para crear una atmósfera amable, de respeto e interés por ella y su familia.
- Se le entregó nuevamente el Cuestionario de Depresión de Beck y una vez que lo termino se le agradeció su cooperación de forma cortés



CAPÍTULO V RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En este estudio se incluyeron un total de 17 mujeres que presentaron aborto incompleto con un rango de edades entre 18 y 40 años. Estas fueron divididas de manera aleatoria: grupo control; en el cual se incluyeron 7 participantes cuyas edades y frecuencia se muestran en la tabla número 8 y el grupo experimental de 10 participantes cuyo rango de edades y frecuencia también se muestra en la tabla número 8. De los datos obtenidos con respecto a la edad se observa que en el grupo experimental la edad que se presenta con mayor frecuencia son 18 años; con una edad promedio para este grupo de 22.6 +/- 9.3 y en el caso del grupo control se presentó una edad promedio de 29.3 años +/- 8.32

TABLA NO. 8
Edad de las Participante

GRUPO EXPERIMENTAL			GRUPO CONTROL		
Edad	No. participantes	Porcentaje	Edad	No. Participantes	Porcentaje
18	4	40%	19	1	14%
25	1	10%	22	1	14%
27	2	20%	23	1	14%
28	1	10%	30	1	14%
31	1	10%	32	1	14%
33	1	10%	39	1	14%
-----	-----	-----	40	1	14%
Media = 22.6			Media = 29.3 años		
D. estándar = 9.32380466			D. estándar = 8.32094317		
Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.					

Con respecto al promedio de nivel escolar como puede observarse en la tabla número 9, éste fue más bajo en el grupo experimental, ya que la mayoría de las participantes sólo terminó la primaria y secundaria, tres de ellas terminaron la preparatoria y una estudió dos años de licenciatura. En el grupo control el promedio



de nivel escolar fue más alto aunque dos de las participantes sólo asistieron hasta segundo de primaria, pero dos de ellas dejaron inconclusa la licenciatura y una de ellas si la terminó. Sin contar que en el grupo control sólo fueron 7 las participantes en el estudio.

TABLA NO. 9
ESCOLARIDAD DE LAS PARTICIPANTES

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
Escolaridad en años	No. participantes	Escolaridad en años	No. participantes
9	6	6	1
12	3	8	1
14	1	2	2
		14	1
		15	1
		16	1
Media = 10.4		Media = 11.9	
D. estándar = 1.8973666		D. est. = 3.67099312	

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.

La tabla número 10 muestra que tanto en el grupo experimental como en el grupo control el estado civil predominante fue la unión libre. Dentro del primer grupo, en el que las participantes son más jóvenes se encontraron tres participantes que son madres solteras. En el grupo control no hubo madres solteras. En cuanto al número de mujeres casadas fue el mismo en ambos grupos.

TABLA NO. 10
ESTADO CIVIL DE LAS PARTICIPANTES

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
Estado Civil	No. Participante	Estado Civil	No. Participante
Unión libre	5	Unión libre	5
Madre soltera	3	Madre soltera	0
Casada	2	Casada	2

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.



Como puede observarse en la tabla número 11 la mayoría de las participantes se dedica al hogar. En el primer grupo hay una mayor variedad de ocupaciones, pues hay una estudiante, una empleada, una mujer dedicada al comercio y una participante que se dedica a la restauración de retablos en las iglesias. En el segundo grupo sólo hay dos participantes que se dedican al comercio.

TABLA NO. 11
OCUPACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
Ocupación	No. Participantes	Ocupación	No. participantes
El hogar	6	El hogar	5
Estudiante	1	Estudiante	
Empleada	1	Empleada	
Comerciante	1	Comerciante	2
Rest. De arte	1	Otro	

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010

La tabla número 12 indica que en el grupo experimental el número de hijos de estas mujeres es de 0 a 3 y que la mayoría de ellas sólo tiene un hijo. En cuanto al grupo control el número de hijos va de 0 a 2, donde únicamente una de ellas tiene dos hijos.

TABLA NO. 12
NÚMERO DE GESTAS QUE HAN LLEGADO A TÉRMINO

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
Número de hijos	No.Participantes	No. de hijos	No.Participantes
0	3	0	3
1	5	1	3
2	1	2	1
3	1		
Media = 1		Media = 0.7	
D. estándar = 0.94280904		D. est. = 0.75592895	

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.



La tabla número 13 muestra el promedio de tiempo de la relación de las participantes con su actual pareja que es de casi 4 años en el grupo experimental donde el promedio de edad es de 22.6 años mientras que el promedio que han vivido con su actual pareja en el grupo control es de 7.43 años, donde las participantes tienen una edad promedio de 29.3 años, por lo que se puede concluir que a mayor edad, mayor es el tiempo de duración de la relación de pareja.

TABLA NO. 13
NÚMERO DE AÑOS DE LA RELACIÓN DE PAREJA DE LAS PARTICIPANTES

GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
No. de años	No. Participantes	No. de años	No. Participantes
0.5	1	2	1
1	1	3	2
3	3	7	1
4	3	9	1
5	1	10	1
12	1	18	1
Media = 3.95		Media = 7.43	
D. est. = 3.14863286		D. est. = 5.623081683	

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.

En la tabla número 14 se muestran los resultados obtenidos en la primera aplicación del cuestionario de Beck para evaluar el nivel de depresión en las participantes antes de la aplicación de la técnica "Perdonarse a sí mismo" de PNL. Estos resultados muestran que 3 participantes presentaron una depresión leve, 2 de las cuales obtuvieron 13 puntos en el Cuestionario de Beck y una de ellas obtuvo 14 puntos y 7 de ellas presentaron una depresión moderada obteniendo en cada caso una puntuación diferente que va desde los 18 hasta los 28 puntos, como se muestra en esta misma tabla. Presentando un promedio de 19.8 puntos en el grupo experimental y un promedio de 15.33 puntos en el grupo control.



TABLA NO. 14

PUNTOS OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE BECK QUE MUESTRAN EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LAS PARTICIPANTES ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PNL

GRUPO EXPERIMENTAL SIN TÉCNICA			GRUPO CONTROL SIN TÉCNICA		
No. de puntos	Frecuencia	Nivel de depresión	No. de puntos	F r e c u e n c i a	Nivel de depresión
13	2	Leve	10	3	Leve
14	1	Leve	11	1	Leve
18	2	Moderada	25	3	Moderada
19	1	Moderada	----	----	----
23	1	Moderada	----	----	----
25	1	Moderada	----	----	----
27	1	Moderada	----	----	----
28	1	Moderada	----	----	----
Media = 19.8.		Moderada	Media = 15.33		Leve
D. est. = 5.67254597			D. est. = 7.8921299		

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.

La tabla número 15 muestra que el nivel de depresión disminuyó en el grupo experimental de moderada con un promedio de 19.8 puntos a un nivel leve con un promedio de 14.3 puntos, incluyendo a dos participantes que no presentaron depresión después de la aplicación de la técnica. Con respecto al grupo control el nivel de depresión inicial fue leve con un promedio de 15.33 puntos y en la segunda aplicación del cuestionario sin haber utilizado la técnica se obtuvo un nivel leve con un promedio de 13.86 puntos.



TABLA NO. 15
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE BECK POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN

GRUPO EXPERIMENTAL DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA			GRUPO CONTROL SIN APLICACIÓN DE TÉCNICA		
No. de puntos	Frecuencia	Nivel de depresión	No. de puntos	Frecuencia	Nivel de depresión
8	2	Sin depresión	4	1	Sin depresión
10	1	Leve	7	1	Sin depresión
12	1	Leve	8	1	Sin depresión
13	1	Leve	13	1	Leve
17	3	Leve	16	1	Leve
18	1	Leve	21	1	Moderada
22	1	Moderada	28	1	Moderada
Media = 14.3		Leve	Media 13.86		Leve
D. est. = 4.7093288			D. est. = 8.79393731		

Fuente: Datos obtenidos en el servicio de Puerperio Complicado del Hospital de la Mujer durante las prácticas profesionales de la especialidad en PNL de febrero a mayo del año 2010.

5.2 Análisis de correlaciones

Seguidamente se aplicó la prueba t de student para confirmar la diferencia en los niveles de depresión en la muestra estudiada antes y después de la aplicación de la técnica de PNL al grupo experimental como puede observarse en las tablas 7 y 8, ya que la t es igual a -3.76 y cae en la zona de rechazo que es de 1.833, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las medias no son iguales. Esto indica que si hubo un cambio significativo en los niveles de depresión en el grupo experimental mientras que en el grupo control el valor de t fue de 0.127 y éste no cae en la región de rechazo, se acepta la hipótesis nula y se concluye que las medias son iguales, lo que indica que no hay un cambio significativo.



5.3 Discusión y Conclusión

Comparando los resultados obtenidos en esta investigación con los obtenidos en diferentes investigaciones sobre el tratamiento psicológico de la depresión, se encontró lo siguiente sobre los efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. Llevado a cabo por la UNAM y el CONACYT. Los pacientes diagnosticados con depresión (Cuestionario de Beck) mostraron una disminución significativa después de 16 sesiones (Riveros et al, 2004). Otro estudio llevado a cabo en Asturias, España muestra que se obtuvieron resultados positivos en el manejo de la depresión en un grupo de 60 personas a las que se les aplicó psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia para la potenciación de recursos personales, psicoterapia de apoyo social, psicoterapia de lista de espera. En las tres primeras hubo cambios positivos, mientras que en la última no se presentó ningún cambio. La duración de esta intervención fue de 18 semanas (González et al, 2006). En el 2002 Vázquez Gonzáles Fernando de la Universidad de Santiago de Compostela en España ha encontrado que la técnica de solución de problemas tiene efectos positivos en la depresión mayor en 6 o 7 sesiones de 30 a 60 minutos durante 3 meses. En la Universidad de Tarapacá, Chile se han estudiado los efectos de la psicoterapia positiva en grupos de pacientes con depresión (Cuadra-Peralta et al, 2010) con un total de 18 horas de trabajo terapéutico. Como puede observarse las intervenciones psicoterapéuticas mencionadas anteriormente han tenido éxito en cuanto a la disminución de los niveles de depresión en las personas que han tomado parte en ellas, así como también lo muestra este estudio, aplicando una técnica de PNL, con la salvedad de que sólo se le dio atención a las participantes durante una sola sesión por las características de la muestra antes mencionadas. Por lo que se puede concluir que estas técnicas pueden ser una buena alternativa en el tratamiento de mujeres que sufren depresión posaborto de una manera más rápida y eficiente. Otro punto importante a considerar es la cobertura que podría abarcarse con la aplicación de técnicas de PNL, ya que por su brevedad y eficacia se podría dar una atención más completa a las mujeres que acuden al Hospital de la Mujer por



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



abortos incompletos y cuya estancia en el hospital no es usualmente mayor de 3 días. Las ventajas que se desprenden de los resultados de esta investigación son que estas técnicas pueden implementarse en esa institución con poca o ninguna necesidad de personal extra, ya que el mismo personal de psicología como doctores y personal de enfermería podrían capacitarse en la aplicación de estas técnicas y el costo sería mínimo en comparación con la calidad de atención que se alcanzaría principalmente en el beneficio de las pacientes. La limitación en cuanto a la brevedad de tiempo (una sola sesión) y la muestra de sólo 17 participantes deja abierta la puerta para posteriores investigaciones con una muestra más grande y un período de tiempo más largo para poder aplicar la técnica en diferentes sesiones, además de poder dar seguimiento a las pacientes y así poder medir los resultados a mediano y largo plazo.

En esta investigación, se tuvo como objetivo el evaluar la influencia de la técnica "Perdonarse a sí mismo" de PNL con el fin de contribuir a una nueva alternativa de tratamiento de la depresión, que es una enfermedad que a nivel mundial está cada día en aumento, por lo que es importante encontrar formas de combatir este mal de una manera más rápida. Los resultados de este estudio permiten afirmar que esta técnica tuvo un efecto positivo en la disminución de los niveles de depresión en las mujeres con diagnóstico de depresión posaborto que participaron en este estudio. Estos resultados confirman que las técnicas de Programación Neurolingüística pueden tener una influencia positiva y rápida en el tratamiento de la depresión posaborto, ya que las técnicas son de fácil aplicación, no son invasivas, no interfieren con ningún tratamiento y la duración de las sesiones puede ser menor en contraste con otros enfoques psicológicos. Otra ventaja que se observa en las técnicas de la PNL es que éstas permiten al sujeto apreciar su entorno desde un punto de vista más positivo. Esto se logra por medio de hacer consciente a la persona del mundo que la rodea a través del uso eficiente de sus sentidos. Las técnicas no sólo se enfocan a la visualización, sino que inducen a la persona a experimentar con todo su cuerpo y su mente los cambios que necesita hacer en su vida, recordándole hacer uso de los recursos internos con los que todo ser humano



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



cuenta. Es por eso la importancia que por la PNL tiene la relación mente cuerpo, ya que los cambios no se llevan a cabo sólo de manera cognitiva o conductual, sino que se hace llegar el mensaje al cerebro por medio de la percepción sensorial sin que medie el razonamiento, de tal manera que los mensajes de modificación o mejora de una conducta pasan directo al inconsciente, que es el lugar en el que se encuentran todos los recursos de cada persona. Por otra parte está comprobado que para tener un buen estado de ánimo el nivel de serotonina debe estar equilibrado, es decir ni alto ni bajo las emociones, los estados de ánimo y la actitud negativa de afrontar las situaciones de la vida diaria provocan que el nivel de este neurotransmisor disminuya causando desde tristeza, depresión y hasta el suicidio. La intervención con técnicas de PNL permiten que la persona mande señales positivas al cerebro por medio de las percepciones y sensaciones de su cuerpo de una manera instantánea, pues lo que siente su cuerpo de inmediato es transmitido al cerebro ocasionando una mejoría visible de inmediato. Esto puede observarse en los resultados obtenidos en esta investigación, ya que los niveles de depresión en las participantes disminuyó a pesar de que la aplicación de la técnica antes y después se llevó a cabo en el mismo día, esto debido a que el tiempo de hospitalización de las participantes era de 1 a 3 días como promedio, por lo cual era difícil tener más de una sesión terapéutica con la misma participante.



5.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreas C. Y Andreas S., (2006), Corazón de la Mente, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile pp. 35-37, 197-211.

Andreas S y Faulkner Ch, (2005), La Nueva Tecnología del Éxito, Ediciones Urano, Barcelona, España.

Armendáriz Ramírez Rubén (1999), PNL Sanando Heridas Emocionales, Editorial Pax México.

Bandler Richard y Grinder John, (2007), La Estructura de la Magia I, Cuatro Vientos. Argentina.

Beck Aaron y Cols., (2006), "BDI – II Inventario de Depresión de Beck", Editorial Paidós, Argentina.

Boscolo, Luigi (2000) Terapia Sistémica Individual, Amorrortu Editores, Argentina, pp. 80-81

Bright. (1994). Am Fam Physician. 50, pp. 595.

Carlson, R y Shield, B. (1991), La Nueva Salud, Editorial biblioteca de la Nueva Conciencia, Kairos pp. 16-24

Cevallos Ferriz M. del Carmen, (2008), "La Vida ante la Corte", Inconstitucionalidad del aborto, Editorial Enlace, México. Pp. 15 y 130.

Cevallos Ferriz M. del Carmen, (2008), "La Vida ante la Corte", Inconstitucionalidad del aborto, Editorial Enlace, México.

Cifrán Concha, Martínez Carmen, Serrano Isabel, (1999), Editorial Icaria, pp. 17
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000. Estado de población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Nueva York: FNUAP

Compas E. G y Gotlib I. H., (2005), Introducción a la Psicología Clínica. Editorial McGraw-Hill, México, pp. 113- 116

Cogle JR Reardon DC, Coleman PK, "Depression associated with abortion and childbirth, a long-term analysis of the NLSY cohort". Med Sci Monit, 2003, 9(4). pp. 105-112.

Cuadra-Peralta A. Et al., (2010), "Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión", Terapia Psicológica, 2010, Vol. 28, N° 1 pp. 127-134



David, H. P. Dytrychm Z., Matejcek, Z., Schuller, V., 1991. Hijos no deseados México: Edamex (Edición adaptada al español por Anilú Elias y Hortensia Moreno).

Diccionario Planeta, (1990). Editorial Planeta

Eguiluz LL (2004), Terapia Familiar. Pax México, pp. 7-11; 31-35

Elu Ma. Del C. y Zermeño Otero L., (1992), De Carne y Hueso. Estudios Sociales sobre Género y Reproducción: Familia, Generaciones, Fecundidad, Anticonceptivos, Aborto y Muerte – Estudios de caso – Editorial Imes, A.C., México, D. F., pp. 252-262.

Enright, Robert D.; Fitzgibbons, Richard P. (2000). Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope. Washington, DC, US: American Psychological Association. xiii, 376 pp.

Faúndes A. Y Barzelatto J., (2005), El Drama del Aborto en Busca de un Consenso, Editorial Grupo TM, S.A. PP. 47-48, 90-91.

Ferguson David M. et. Al, (2006), "Abortion in young women and subsequent mental health," Journal of Child Psychology and Psychiatry 47(1) pp. 16-24

Franz, W., Reardon, D, (1992), Differential Impact of Abortion on Adolescents and Adults. University of Virginia.

Galimberi U., (2006), Diccionario de Psicología, Editorial Siglo XXI, México

González González, Sara et al, (2006), "Prevención secundaria de la depresión en atención primaria", Psicothema, 2006, Vol. 28, N° 003, Universidad de Oviedo, Oviedo, España pp. 471-477.

González L. Jorge, (2000), Amor, Salud y Larga Vida, Edizioni del Teresianum, Roma pp. 45-57

GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA, 2000. Miradas sobre el aborto. México: GIRE.

Halguin, R.P. y Krauss Whitbourne S., (2004), Psicología de la Anormalidad. Editorial McGraw-Hill, México, pp. 312-347.

Hassold, T., Chen, N., Funkhouser, J., Jooss, T., Manuel, B., Matsuura, J., et al. (1980), A cytogenetic study of 1000 spontaneous abortions. Annals of Human Genetics, pp. 44, 151-164.



INSTITUTO GUTTMACHER, COLEGIO DE MÉXICO Y POPULATION COUNCIL,
Datos sobre el aborto inducido en México, octubre de 2008.

J. C. Wilke, *Abortion: Questions and Answers* (Cincinnati: Hayes Publishing Co., 1985), pp. 83-131

Jackson, Stanley W. (1989), *Historia de la Melancolía y la depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*, Ediciones Turner, Madrid. pp. 145-150.

JR Cogle, DC Reardon y PK Coleman, (2003).

Juárez F. Y cols., (2008) *Estimates of induced abortion in Mexico: what's changed between 1990 and 2006?* *International Family Planning Perspectives*. Investigación llevada a cabo por el Colegio de México, el Guttmacher Institute y el Population Council.

Kandel y Cols., (2001), *Principios de Neurociencia*, Editorial McGraw-Hill Interamericana, España, pp. 1211-1213

Kaplan and Sadok's, (2003), *Sinopsis of Psychiatry*, 9^a edition, Lippincott Williams & Wilkins Press.

Lamb, Sharon(Editor). *Before Forgiving : Cautionary Views of Forgiveness in Psychotherapy*. Cary, NC, USA: Oxford University Press, Incorporated, 2002.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV – TR, (2005), Editorial Masson, Barcelona, España.

McDermott I y O'connor J, (1997), *PNL para la Salud*. Ediciones Urano. Barcelona, España.

Neurolingüística En Nuestra Vida Diaria. Editorial Pax. México.

Nonacs & Cohen (1998). *J Clin Psychiatry*, 59. Suppl 2 pp 34-40.

O'Connor J y Seymour J (1995), *Introducción a la PNL*. Urano. Barcelona, España.

Pérez, F. (1996). *Aprendiendo A Cambiar. Como Aplicar La Programación*

Perspicacia para entender las escrituras (1991), editado por Watchtower Bible and Tract Society of New York, Inc. International Bible Students Association, Brooklyn, New York, U.S.A.

Reardon DC, Cogle JR.: *Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study* *British Medical Journal*, 2002; 324: 151-152. Full text available at www.bmj.com



Riveros et al. (2004), "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales" *International Journal of Clinical and Health Psychology*, España, septiembre, 2005 Vol. 5 N° 003 pp. 445-462.

Ruiz Miguel, (2005). *Los Cuatro Acuerdos*. Ediciones Urano. España.

Satir Virginia, (2002), *Terapia Familiar Paso a Paso*, Editorial Pax. México, pp.148-170

SECRETARIA DE SALUD DEL D. F. "Programa de Interrupción Legal del Embarazo: Concentrado de Registro de Personas" (6 de Julio de 2010).

Sinay, Sergio; Blasberg, Pablo, (1995). *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente SRL. 987-9065-14-X.

Souza y Machorro M., (2000), *Aspectos Médicos y Psicológicos de la Sexualidad Femenina*, Trillas. México.

Speckhard, A. & Rue, V., "Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern," *Journal of Social Issues*, 48(3):95-119 (1992).

Suri and Burt. J. (1997). *Pract Psychiatry Behav Health*, 3, pp. 67.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994, *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York: AGI. Tomado de: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validacion de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluacion de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118(13):493-9.

Vázquez González Fernando L., "La técnica de solución de problemas aplicada la depresión mayor", *Psicothema*, 2002 Vol. 14, N° 003 Universidad de Santiago de Compostela, España pp. 616-522.

Wade, N. G., Johnson Ch. V. y Meyer, J. E.: *Understanding concerns about interventions to promote forgiveness: a review of the literature*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Copyright 2008 by the American Psychological Association 2008, Vol. 45, No. 1, 88–102.

Medios electrónicos

http://es.Wikipedia.org/wiki/Aborto_espont%C3%A1neo.

www.cop.es/colegiados/M-00451/depre/htm



ANEXO I

TÉCNICA "PERDONARSE A SÍ MISMO"

Otorgar el perdón a personas que nos han hecho algún daño no es difícil, pero si nos esforzamos logramos hacerlo, no así el perdonarnos a nosotros mismos, lo cual causa dolor, angustia y finalmente depresión.

1. Visualización del yo particular

Imagina que te observas a ti mismo en la palma de una de tus manos, como si vieras una pequeña pantalla... una representación visual... Identifica una situación en la cual te encuentras teniendo una conducta específica con la que no quedaste conforme... Date cuenta, específicamente, de cual comportamiento no te gustó. Revisa qué forma tendría, sus colores, su tamaño, etcétera...

2. Identificación de expectativas

Identifica las consecuencias que eso trajo para ti... Pregúntate que expectativa tenías que no se realizó. Al contrario, pregúntate cuál era la intención positiva de tu expectativa... ¿El *tú* de ese tiempo requería amor, aceptación, aprobación, reconocimiento, amistad o alguna otra cosa importante para ti? Si era cualquiera de estas expectativas ¿específicamente de quién esperabas eso?, ¿qué expectativa tuya te ayudaría para que tu experiencia no te hubiera afectado tanto?

3. Establece un estado separador

Sal momentáneamente de un estado emocional afectante, muévete un poco físicamente (haz una serie de sentadillas rápidas o da unos cuantos saltos para modificar tu estado emocional). Una vez que te sientas mejor continúa.

4. Visualización del yo esencial

Ahora percíbete visualmente en la palma de tu otra mano, como una persona que tiene una amplia variedad de conductas... Amplifica cada vez más tu foco de atención y percepción de esa persona ahí en tu palma, que eres tú en su totalidad... Percibe cada vez más ese potencial que tiene ese *tú* hasta que puedas percibir por completo tu *yo* esencial, lo que entendemos como la totalidad de tu ser y no sólo una conducta... Date cuenta de todo tu potencial, de todos tus logros... tus habilidades... tus valores... tu identidad... y de que la expectativa que te afectó, y que tienes representada en tu otra palma, es sólo una pequeña parte de tu totalidad.



Distingue bien a tu yo esencial y las características que acompañan a esta visualización: ¿es grande, brillante, de un colorido especial?, ¿de qué tamaño?, ¿tiene movimiento? Analiza en que forma diferente percibiría este yo esencial aquella expectativa que afectó en ese tiempo a tu yo particular.

5. Integración del yo particular y el yo esencial

Ubica las palmas de tus manos frente a frente, y haz como si las dos imágenes se reconocieran como partes complementarias, porque ninguna estaría completa por sí sola. Haz que ambas se aprecien, una a otra, y que la necesidad de unirse las atraiga una hacia otra. Conforme se van empalmando, distingue cómo ese yo *esencial* aporta recursos al yo *particular* para que entre ambos, construyan una nueva comprensión de la experiencia desagradable. La nueva imagen debe tener las mismas o mejores cualidades de brillo, colorido, distancia, movimiento, tamaño, etcétera, que tenía la imagen de tu yo esencial. Con cuidado, haz como si el yo esencial entregara esta información, percepción, recursos y este estado de comportamiento de reconocimiento, amor, aprobación, reconocimiento incondicional que buscaba tu yo particular en la experiencia desagradable, al mismo tiempo que se funde con tu yo esencial y disfruta los sentimientos y percepciones nuevas que pueda tener esta integración de tu totalidad.

6. Integración de la nueva imagen a tu interior

Una vez que tus manos estén unidas y se haya formado una nueva imagen integrada de tu totalidad, reconoce internamente la importancia y capacidad de compasión, comprensión y percepción diferente de tu ser total y haz que, al integrar esa imagen a tu cuerpo sientas en tu interior esta capacidad de perdón pleno por ti mismo.

Lleva tus manos hasta tu corazón, llenándote con una luz sanadora que tenga tu nueva imagen, y reconoce a ese yo esencial en tu interior, que recorre y llena todo tu ser, siempre dispuesto a acompañarte en un futuro cuanto sea necesario.

(Armendáriz Ramírez Rubén. 1999)



ANEXO II

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en el Hospital de la Mujer para conocer la forma de sentir de las mujeres que han presentado un aborto incompleto y buscar alternativas diferentes que proporcionen apoyo y fortalecimiento a las mujeres que están viviendo esta situación. La información que usted pueda proporcionarnos será tratada con absoluta confidencialidad y procesada estadísticamente, por ello se le pide que conteste en forma honesta y sincera, ya que de sus respuestas depende que tan exitoso sea este programa.

Por favor haga un esfuerzo en contestar todas las afirmaciones. En este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas.

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentra ajunto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados varias pueden aplicarse de la misma manera circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

NOMBRE:	ESTADO CIVIL:
FECHA:	OCUPACIÓN:
EDAD:	NO. DE HIJOS:
ESCOLARIDAD:	TIEMPO DE LA RELACIÓN

1)	
0	No me siento triste.
1	Me siento triste.
2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3	Me siento tan triste o desgraciado (a) que no puedo soportarlo.

2)	
0	No me siento especialmente desanimado (a) con respecto al futuro.
1	Me siento desanimado (a) con respecto al futuro.
2	Siento que no hay nada por lo que luchar.
3	El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto



Tesina de especialidad

3)	
0	No me siento fracasado (a).
1	He fracasado más que la mayoría de las personas.
2	Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3	Soy un fracaso total como persona.

4)	
0	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1	No disfruto de las cosas tanto como antes.
2	Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3	Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con respecto a todo.

5)	
0	No me siento especialmente culpable
1	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3	Me siento culpable constantemente

6)	
0	No creo que esté siendo castigado (a).
1	Siento que quizás esté siendo castigado (a).
2	Espero ser castigado (a).
3	Siento que estoy siendo castigado (a)

7)	
0	No estoy descontento (a) de mi mismo (a).
1	Estoy descontento (a) de mi mismo (a).
2	Estoy a disgusto conmigo mismo (a).
3	Me detesto

8)	
0	No me considero peor que cualquier otro (a).
1	Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2	Continuamente me culpo por mis faltas.
3	Me culpo por todo lo malo que sucede.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



9)	
0	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2	Desearía poner fin a mi vida.
3	Me suicidaría si tuviera oportunidad.

10)	
0	No lloro más de lo normal.
1	Ahora lloro más que antes.
2	Lloro continuamente.
3	No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11)	
0	No estoy especialmente irritado (a).
1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2	Me siento irritado (a) continuamente.
3	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12)	
0	No he perdido el interés por los demás.
1	Estoy menos interesado (a) en los demás que antes.
2	He perdido gran parte del interés por los demás.
3	He perdido todo interés por los demás.

13)	
0	Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1	Evito tomar decisiones más que antes.
2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3	Me es imposible tomar decisiones.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto



Tesina de especialidad

14)	
0	No creo tener peor aspecto que antes.
1	Estoy preocupado (a) porque parezco envejecido (a) y poco atractivo (a).
2	Nota cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
3	Creo que tengo un aspecto horrible.

15)	
0	Trabajo igual que antes.
1	Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2	Tengo que obligarme a mi mismo (a) para hacer algo.
3	Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16)	
0	Duermo tan bien como siempre.
1	No duermo tan bien como antes.
2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17)	
0	No me siento más cansado (a) de lo normal.
1	Me canso más que antes.
2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3	Estoy demasiado cansado (a) para hacer nada.

18)	
0	Mi apetito no ha disminuido.
1	No tengo tan buen apetito como antes.
2	Ahora tengo mucho menos apetito.
3	He perdido completamente el apetito.

19)	
0	No he perdido peso últimamente.
1	He perdido más de 2 kilos.
2	He perdido más de 4 kilos.
3	He perdido más de 7 kilos.



Influencia de la Técnica "Perdonarse a sí mismo"
de programación neurolingüística
en mujeres hospitalizadas con diagnóstico de depresión posterior al aborto

Tesina de especialidad



20)	
0	No estoy preocupado (a) por mi salud.
1	Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2	Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3	Estoy tan preocupado (a) por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21)	
0	No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1	La relación sexual me atrae menos que antes.
2	Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo que antes.
3	He perdido totalmente el interés sexual.



ANEXO NO. III

Consentimiento informado

**Instituto Politécnico Nacional
Centro Interdisciplinario de Ciencias de la salud
Unidad Santo Tomás**

Estudio llevado a cabo en el Hospital de la Mujer: Aplicación de técnica de PNL “perdonarse a sí mismo” como alternativa terapéutica en pacientes hospitalizadas por la interrupción del embarazo

Investigadora: María Eugenia Aréstegui R. estudiante de la especialidad en programación neurolingüística (con enfoque en salud) en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomas. I. P.N.

México D.F. a _____ de _____ del 2010
Yo _____ autorizo a la psicóloga _____

Estoy de acuerdo en contestar las preguntas que se me hagan y después se me aplique la técnica de PNL. He sido informada que la aplicación de esta técnica me ayudará a sentirme relajad y a darme cuenta que yo y mis conductas somos dos cosas diferentes. Se me ha informado que toda la información que proporcione durante esta intervención será absolutamente confidencial y que los resultados del cuestionario que voy a contestar serán tratados únicamente de manera estadística, es decir sólo se tomarán en cuenta los resultados de la evaluación, pero sin incluir mi nombre. También se me indicó que esta intervención es totalmente inofensiva y que no tiene contraindicación con el tratamiento médico que se me está proporcionando en este hospital.

Testigo

Testigo

Paciente