

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL ABORTO

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN PSICOTERAPIA**

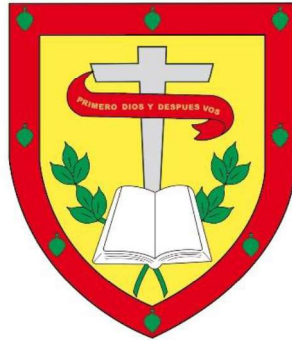
AUTOR: PSIC. CLIN. LORENA ALEXANDRA DUMAS NARAVÁEZ.

DIRECTOR: DR. GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ, PHD.

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS ASOCIADAS AL ABORTO

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOTERAPIA**

AUTOR: PSIC. CLIN. LORENA ALEXANDRA DUMAS NARVÁEZ.

DIRECTOR: DR. GEOVANNY GENARO REIVAN ORTIZ, PHD.

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Certificado del Asesor

Se certifica que:

El informe de investigación “Consecuencias psicológicas asociadas al aborto”, de autoría de la Sra. “Lorena Alexandra Dumas Narváez” con número de identidad 0102044997, con nacionalidad ecuatoriana, previo a la obtención del Título de Cuarto Nivel o Posgrado correspondiente a Magíster en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia, cumple con la caracterización y estructura (parte protocolaria y parte expositiva) y se sujeta a la normativa pertinente exigida por el Consejo de Educación Superior, CES y la Universidad Católica de Cuenca, en consecuencia se autoriza su presentación para los trámites pertinentes.

Santa Ana de los Ríos de Cuenca

Abril, 2026.



Dr. Geovanny Genaro Reivan Ortiz, PHD.

Asesor Científico

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Lorena Alexandra Dumas Narváez portadora de la cédula de ciudadanía N° 0102044997. Declaro ser la autora de la obra: “Consecuencias Psicológicas Asociadas al Aborto”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 02 de abril de 2026

Lorena Alexandra Dumas Narváez

C.I. 0102044997

Agradecimiento

Agradezco a Dios, mi guía, por sostenerme, ser mi fuente de fortaleza y propósito, por permitirme culminar este trabajo de investigación con éxito.

Mi sincero y profundo agradecimiento a mi tutor, Dr. Geovanny Reivan Ortiz, por su acompañamiento constante, su generosidad intelectual, esenciales para la realización de este trabajo.

Mi más alto reconocimiento y gratitud la Universidad Católica de Cuenca, por brindarme un entorno académico de excelencia, recursos de calidad y un espacio donde fue posible crecer tanto a nivel profesional como personal. Culminar esta maestría representa un logro significativo que no habría sido posible sin su apoyo institucional y humano.

A mis apreciados maestros, ha sido un honor y un privilegio aprender bajo su tutela.

Lorena Dumas Narváez

Dedicatoria

Con alegría dedico este trabajo de investigación a mis hijos, Diego, María Elisa, Thomas y Joaquín, quienes son mi mayor fuente de amor, fuerza e inspiración, este camino lo di pensando en su futuro y en el ejemplo que deseo dejarles.

A mis padres Eduardo y Loli, por su apoyo incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por creer en mí incluso en los momentos difíciles.

A toda mi familia por su cariño y apoyo.

Este logro es también de Ustedes

Lorena Dumas Narváez

Resumen

El aborto representa un fenómeno de salud pública con repercusiones físicas y socioemocionales. A nivel mundial, millones de mujeres enfrentan anualmente pérdidas espontáneas o inducidas, con causas y consecuencias que impactan su vida. Esta investigación se realizó con el objetivo de analizar el aborto y sus consecuencias psicológicas. Para la metodología se seleccionó una revisión narrativa de la literatura. Para la búsqueda de información se utilizaron bases de datos de reconocimiento científico como Google Académico, SciELO, Redalyc, Dialnet, PubMed y Scopus; se seleccionaron artículos en idioma inglés y español, así como artículos científicos e informes de organizaciones del área de la salud. Se encontró que el aborto, tanto inducido como espontáneo, está vinculado a una gama de efectos psicológicos con síntomas compatibles con trastornos de ansiedad o depresión, duelo patológico y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), que pueden agravarse frente al insuficiente apoyo o una atención psicológica inadecuada tras la decisión de abortar. A partir de estos hallazgos, se elaboró una propuesta de acompañamiento psicológico con el objetivo de disminuir el impacto emocional y prevenir la cronificación del malestar, la cual incluye sesiones de contención emocional, psicoeducación sobre el duelo en el postaborto, aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y fortalecimiento de las redes de apoyo. Se recomienda que los servicios sanitarios implementen protocolos de acompañamiento, capaciten al personal en la atención del duelo y las consecuencias psicológicas asociadas, fomenten espacios de soporte emocional y establezcan políticas integrales que incorporen la dimensión psicológica del aborto.

Palabras clave: aborto; consecuencias psicológicas; técnicas cognitivo-conductuales; acompañamiento psicológico.

Abstract

Abortion represents a public health issue with physical and socio-emotional repercussions. Worldwide, millions of women experience spontaneous or induced pregnancy loss each year, with causes and consequences that impact their lives. This study was conducted with the aim of analyzing abortion and its psychological consequences. The methodology consisted of a narrative literature review. For the information search, recognized scientific databases such as Google Scholar, SciELO, Redalyc, Dialnet, PubMed, and Scopus were used; articles in English and Spanish, as well as scientific papers and reports from health organizations, were selected.

It was found that abortion, whether induced or spontaneous, is associated with a range of psychological effects, including guilt, anxiety, depression, shame, and symptoms related to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Based on these findings, a psychological support proposal was developed with the aim of reducing emotional impact and preventing the chronicity of distress. This proposal includes emotional support sessions, psychoeducation on post-abortion grief, the application of cognitive-behavioral techniques, and the strengthening of support networks.

It is recommended that healthcare services implement support protocols, train professionals in the management of grief and associated psychological consequences, promote emotional support spaces, and establish comprehensive policies that incorporate the psychological dimension of

Keywords: abortion; psychological consequences; cognitive-behavioral techniques; psychological support.

Índice de contenido

Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Índice de contenido	9
Índice de tablas	11
Capítulo I: El Problema	12
Situación problemática.....	12
Problema Científico	15
Línea de investigación	15
Objeto de estudio de la investigación	15
Campo de acción.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos específicos	15
Hipótesis o preguntas científicas	16
Variables.....	16
Justificación de la investigación	16
Capítulo II: Marco teórico	18
Definición del aborto	18
Descripción de la historia del aborto y su desarrollo.....	18
Tipos de aborto.....	19
Factores relacionados con el aborto.....	22
Descripción de las causales para aprobación del aborto inducido.....	26
Reforma por sentencia de la Corte Constitucional y posterior desarrollo	27
Impacto del aborto en el hombre	29
Consecuencias físicas del aborto	31
Consecuencias psicológicas del aborto.....	31
Trastorno Depresivo.....	31
Trastorno Ansioso	33

Suicidio	36
Duelo Normal.....	37
Duelo complicado	38
Trastorno de Estrés Postraumático.....	38
Relación entre el duelo y el TEPT	41
Análisis integral	42
Capítulo III: La Metodología.....	45
Tipo de investigación.....	45
Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	45
Universo de estudio y tratamiento muestral.....	46
Tratamiento de resultados	46
Capítulo IV: Resultados.....	48
Descripción del aborto	48
Consecuencias psicológicas del aborto.....	52
Estudios sobre las consecuencias psicológicas asociadas al aborto.....	54
Capítulo V: La Propuesta	56
Esquema de la propuesta.....	56
Desarrollo de la propuesta	57
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Referencias.....	64

Índice de tablas

Tabla 1 Definiciones comparativas del aborto.....	18
Tabla 2 Actividades de la propuesta (intervención en pareja)	57
Tabla 3 Aplicación de la Reestructuración Cognitiva.....	59

Capítulo I: El Problema

Situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define el aborto como la interrupción del embarazo en el caso de que el feto no tenga viabilidad fuera del útero. Actualmente, se le cataloga al aborto como una problemática que impacta la salud pública; sin embargo, este tema no ha sido investigado lo suficiente debido a sus implicaciones éticas, morales y los prejuicios existentes. Así, las mujeres que pasan por esta situación se enfrentan tanto al estigma social como a la ausencia de redes de apoyo (pareja, familia), al temor al proceso y a sus secuelas físicas y psicológicas. El aborto, ya sea provocado o espontáneo, es un suceso traumático que afecta el estado emocional de la mujer.

Según Ramos (2016) una de las principales causas de aborto es la presión de la familia, destacando que, en situaciones donde hay desaprobación paterna o expectativas inflexibles sobre el rol reproductivo femenino, el embarazo no deseado puede vivirse como un incumplimiento de las expectativas. Por ejemplo, el miedo al rechazo o a la desaprobación familiar y la presión social en el círculo más allegado puede llevarlas a la interrupción del embarazo, además, estas dinámicas familiares se entremezclan con normas culturales que refuerzan el sometimiento femenino a roles tradicionales y limitan su autonomía reproductiva.

Los factores culturales, sociales y religiosos también influyen, ya que las leyes que penalizan el embarazo fuera del matrimonio o que glorifican la virginidad pueden llevar al aborto como una forma de evitar el oprobio social. En muchas sociedades, la religión es la que dicta la moralidad reproductiva y esta se suele oponer al aborto y generar culpa y presión en la mujer que decide continuar con su embarazo o interrumpirlo clandestinamente. Estudios indican que la alta religiosidad se relaciona con una mayor estigmatización del aborto, por ende, con la forma en que

las mujeres valoran las consecuencias psicológicas y sociales de su elección; por ejemplo, en comunidades religiosas se juzga con mayor severidad a la mujer que abortó (Chandrasekaran et al., 2023). De igual manera, se ha encontrado que las mujeres creyentes asocian su experiencia emocional con su fe, juzgando el proceso no sólo como un evento biológico, sino también moral y espiritual (Santarelli & Anzorena, 2020).

El aborto, por ende, puede resultar en un evento potencialmente traumático y violento con impacto en la salud mental, el daño psicológico puede manifestarse en síntomas asociados con conductas autodestructivas y alteraciones emocionales (Cardoso et al., 2017).

Para Fernández (2016), un problema sociosanitario de gran magnitud es el aborto provocado o intencionado, por su complejidad y consecuencias emocionales, en el cual las mujeres que han tenido este tipo de aborto, suelen desarrollar cuadros de ansiedad y depresión con culpa. Asimismo, el aborto tiene efectos personales y sociales principalmente en las mujeres, sin embargo, en algunos casos, los hombres pueden verse afectados, dado que sienten culpa o se encuentran en conflicto con su paternidad, lo cual evidencia que el problema afecta psicológicamente a ambos progenitores, y esta situación puede generar conflictos maritales e incluso separación (Pantelides, 2008).

Dentro de las consecuencias psicológicas asociadas al aborto, se ha identificado la presencia de diversos trastornos emocionales, entre los cuales destaca el Trastorno de Estrés Postraumático, si bien no es la única manifestación, constituye una de las más relevantes debido a su impacto en la salud mental y entre sus síntomas se tienen la culpabilidad, reexperimentación, pesadillas frecuentes y comportamientos autodestructivos o intentos de suicidio (Lundell et al., 2013).

En este sentido, se realizó un estudio en Bélgica, dirigido por investigadores del Imperial College de Londres, que incluyó más de 650 mujeres que habían experimentado una pérdida gestacional, se encontró que el 35 % experimentó TEPT, el 24 % ansiedad moderada y el 11 % depresión moderada (Infosalus, 2020). Los efectos del estrés postraumático incluyen el abuso de sustancias, la disfunción sexual, la aparición de síntomas depresivos persistentes y el pensamiento o los intentos de suicidio. En este contexto, el aborto tiene el potencial de ser un detonador del TEPT (López, 2012).

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Zulčić et al. (2012), realizado en Bosnia-Herzegovina, en el cual, el 30 % de los 120 adolescentes que abortaron tenía TEPT, mientras que el 75 % padecía depresión. Por otro lado, las que no abortaron, únicamente el 10 % padecía depresión y el 13.3 % TEPT. Un estudio adicional con 637 mujeres reportó que el 29 % tenía TEPT un mes después del aborto y que el 18 % aún lo padecía nueve meses después (Farren et al., 2020).

Así mismo, se ha determinado que, las consecuencias psicológicas del aborto abarcan un conjunto amplio de alteraciones en la salud mental. En este sentido, la revisión realizada por Montoya-Gambini (2024) encontró que las mujeres que han experimentado un aborto inducido pueden presentar no solo depresión, sino también ansiedad, trastornos de adaptación, abuso de sustancias, ideación suicida y otros trastornos mentales, cuyos efectos pueden persistir incluso después de un año del evento.

En este sentido, el aborto puede constituir, para algunas personas, una experiencia potencialmente traumática, cuya intensidad y significado varían según factores individuales, sociales y contextuales. Por ello, resulta fundamental abordar el fenómeno desde una perspectiva integral que permita comprender la diversidad de respuestas psicológicas asociadas. En

consecuencia, se hace necesario investigar las consecuencias psicológicas del aborto mediante la revisión de estudios científicos, con el fin de profundizar en la comprensión del fenómeno y contribuir al desarrollo de enfoques terapéuticos adecuados que favorezcan la salud mental y el bienestar emocional tanto de mujeres como de hombres que han atravesado esta experiencia.

Problema Científico

¿Cómo se manifiestan las consecuencias psicológicas, en mujeres que han experimentado un aborto, y qué factores influyen en la intensidad y persistencia de estos síntomas?

Línea de investigación

Línea 12: Salud y bienestar por ciclos de vida

Sub-línea 5: Violencia y traumas.

Objeto de estudio de la investigación

Se desarrolló un estudio acerca del aborto y sus consecuencias psicológicas a partir de la revisión de artículos científicos.

Campo de acción

- Población: mujeres que han pasado por una experiencia de aborto.
- Población: hombres afectados por la pérdida gestacional de la pareja.
- Espacios de investigación científica acerca del tema.

Objetivo General

Analizar el aborto y sus consecuencias psicológicas mediante una revisión narrativa.

Objetivos específicos

- Describir el aborto.
- Describir las consecuencias psicológicas relacionadas al aborto.
- Desarrollar una propuesta de acompañamiento psicológico para hombres y mujeres.

Hipótesis o preguntas científicas

La evidencia científica revisada indica que las consecuencias psicológicas del aborto no son homogéneas, sino que varían significativamente según las condiciones individuales y sociales, lo que resalta la necesidad de intervenciones de acompañamiento psicológico adaptadas.

Variables

- Aborto.
- Consecuencias psicológicas relacionadas al aborto (Trastorno depresivo, ansioso, suicidio, duelo patológico y TEPT).
- Repercusión psicológica en mujeres y hombres.

Justificación de la investigación

Según la OMS (2021), aproximadamente se practican 73 millones de abortos anuales, de los cuales en 62 % son provocados, es decir más de 44 millones, no obstante, se considera una cifra mucho mayor, debido a que no se han tomado en cuenta los abortos realizados clandestinamente.

En el estudio de Quenby et al. (2021) se señala que cada año se producen 23 millones de abortos espontáneos en el mundo y entre el 15 % y 25 % de los embarazos reconocidos terminan en pérdida. Por lo que, es importante, identificar cuáles son las secuelas psicológicas, que tiene una mujer luego de un aborto, dado que algunas mujeres pueden experimentar ansiedad, depresión, culpa, duelo e incluso TEPT, lo que puede tener un impacto negativo duradero en sus vidas y en su bienestar a lo largo de su vida.

En este contexto, el presente estudio tiene relevancia científica y práctica, ya que busca ofrecer una revisión actualizada de los datos existentes sobre las consecuencias psicológicas del aborto y las variables que influyen en el grado y la duración del malestar psicológico que experimentan las mujeres y sus parejas. Los resultados contribuirán al desarrollo de un programa

de apoyo psicológico para mujeres y sus parejas que sufren la pérdida del embarazo, en un marco humano y sensible, basado en evidencia científica, con el fin de prevenir trastornos mentales y promover el bienestar psicológico.

Desde una perspectiva social e institucional, los hallazgos de este estudio sensibilizarán a los profesionales de la salud y a los responsables de la planificación y gestión de la atención sanitaria sobre la importancia de la dimensión psicológica en los servicios de salud reproductiva y en las políticas públicas sobre el aborto.

Capítulo II: Marco teórico

En esta sección se estudian las consecuencias del aborto desde una perspectiva psicológica, para lo cual se abordan los efectos, las respuestas y los trastornos generados por el aborto, desde un enfoque biopsicosocial.

Definición del aborto

El aborto puede ocurrir por causas espontáneas o provocadas, siendo un evento biológico y social que se ve afectado por diversos factores médicos, económicos y psicológicos (Larroca & Chaquiriand, 2021). Este concepto, ha sido definido y caracterizado por diferentes autores, los cuales se exponen en la tabla 1.

Tabla 1

Definiciones comparativas del aborto

Autor	Definición	Enfoque
Cardoso et al. (2017)	Se entiende como término del embarazo causado por: embarazo ectópico, anomalías, riesgo para la madre.	Clínico Médico
Besio et al. (2008)	Interrupción de la gestación con muerte del embrión del feto, viable o no.	Ético/Médico
OMS (2012)	Finalización del embarazo cuando el feto aún no es viable fuera del cuerpo de la madre.	Sanitario/ Institucional

Descripción de la historia del aborto y su desarrollo

A fines del siglo XX el derecho internacional fue liberalizado y muchos estados despenalizaron el aborto en casos terapéuticos, por motivos de salud de la mujer, violación o anomalías fetales (en algunos casos incluso libremente). Esta tendencia acompaña a movimientos sociales que lucharon por la autonomía reproductiva femenina, así como por cambios legislativos para despenalizar o liberalizar leyes restrictivas que hasta entonces castigaban con prisión a mujeres y profesionales de la salud (Berer, 2017).

El aborto ya se conocía siglos antes de Cristo, en los pueblos antiguos, con patriarcado pleno, el paterfamilias podía vender y matar a sus hijos, incluso antes de que nacieran, en tales casos, el aborto no era considerado un delito. Las leyes antiguas no penalizaban el aborto, y su persecución se inicia en Roma, al surgir prácticas abortivas perjudiciales para la salud de las mujeres sometidas a ellas. La penalización o no del aborto ha cambiado a través de los años, desde la total libertad por considerarse que el vientre materno es una extensión del cuerpo de la mujer, hasta las posturas cristianas que emergen con una nueva valoración de la vida y califican como homicidio al aborto provocado. Doscientos años después de Cristo se dictaron leyes severas para la mujer sometida a esta práctica, llegando incluso a la pena de muerte, castigos corporales y destierro (Mayo, 2002).

Tipos de aborto

Se presentan diversos tipos de aborto, entre los cuales son:

Aborto espontáneo

Es la pérdida de la gestación, no inducida, antes de las 20 semanas de edad gestacional o cuando ésta se desconoce, de un embrión de menos de 400 gramos. Entonces, se entiende como el que en su etiología hay alteraciones en el proceso de fecundación, alteraciones del embrión por causas paternas o maternas, otras alteraciones como alcoholismo, sobreesfuerzo físico, agotamiento intelectual y vejez. Es decir, la eliminación espontánea del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación (Bouquet , 2012).

Se estima que 1 de cada 5 embarazos no avanza porque se presenta un aborto espontáneo durante los primeros tres meses por lo general por causas genéticas, alteraciones cromosómicas, generalmente se producen entre la semana 12 y la semana 20 (Rodriguez et al., 2020). Para Montes (2025) el aborto espontáneo se puede manifestar de diferentes maneras, como amenaza de

aborto, aborto inevitable, aborto incompleto.

- Aborto inevitable: rotura microscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical; es decir, el aborto se está produciendo.
- Aborto incompleto: cuando parte o toda la placenta queda retenida en el útero; hay sangrado.
- Amenaza de aborto: es la sospecha que se presenta cuando hay cualquier sangrado o manchado vaginal en la primera mitad del embarazo.

Aborto inducido o provocado

Es la consecuencia de maniobras intencionales para interrumpir el embarazo, en condiciones legales o ilegales. Según la OMS, este tipo de aborto es el que se produce por acciones intencionales para interrumpir el embarazo, ya sea por la mujer embarazada o por otras personas (Pitilin et al., 2016). Asimismo, Vargas (2013), el aborto provocado es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, intencionalmente, con medicamentos o por medios mecánicos. Según las investigaciones puede significar un riesgo para la salud y la vida de la mujer.

De este modo, el aborto en cualquiera de sus tipos y causas se presenta como un problema de salud pública, porque entre sus consecuencias se tiene un alto riesgo de morbimortalidad para la madre, en especial cuando no se realiza bajo las condiciones adecuadas o con personal capacitado, por lo que en muchos países es penado por la ley (Maradiegue, 2006).

En el artículo «Do Not Risk Homicide: "Abortion After 10 Weeks Gestation" se argumenta que después de 10 semanas de gestación, los abortos "*risk unjustified homicide*" porque hay una posibilidad razonable de que el feto sea una persona. Esta es una cuestión filosófica que toma una posición moral sobre el estatus del feto (Braddock, 2024). Mientras que, en "*The Scourges*: "Por qué el aborto es aún más grave moralmente..." plantea una forma "privacionista" del argumento

(matar es robar un futuro) y puede ser moralmente equivalente al asesinato, según el valor que se le otorgue al potencial de vida fetal (Miller, 2023).

Así pues, el aborto inducido se desarrolla a partir de métodos tales como la evacuación instrumental y la inducción de medicamentos. El primero se realiza antes de las 14 semanas de gestación; por lo general, se realizan legrados, se utiliza la dilatación y evacuación, a través de una pinza se desmiembra y elimina el feto. Además, se hace uso de dilatadores como misoprostol o laminarias, con el fin de dilatar el cuello uterino y minimizar el daño cervical (Jones & Jerman, 2017).

En cuanto a, la inducción de medicamentos suele usarse en embarazos menores a 11 o 15 semanas. Si el aborto por medicamento se realiza luego de las 15 semanas de gestación el procedimiento se lleva a cabo en una clínica u hospital (Kapp et al., 2019).

Por su parte Pacora (2014) señala que el aborto es un procedimiento realizado mediante la intervención humana y comprende cuatro tipos de abortos inducidos: libre, terapéutico, por causas mixtas y eugenésico:

Aborto libre: se practica en la creencia del derecho que tiene la mujer de interrumpir su embarazo. Se aluden varias causas, siendo las más frecuentes: económicas, abuso sexual o sociales.

Aborto terapéutico: es la interrupción intencionada de un embarazo antes de que el feto sea viable, ya que el mismo provoca alteraciones en la salud de la madre.

Aborto por causas mixtas: este proceso se conoce como reducción fetal selectiva, en el cual se eliminan embriones (en caso de un embarazo múltiple) con el fin de darles una oportunidad a los demás.

Aborto eugenésico: busca la eliminación del embrión cuando hay certeza de

malformaciones congénitas y otras alteraciones que no garantizan la vida del feto.

El aborto puede causar malestar físico como psicológico, independientemente de que se trate de una práctica espontánea o inducida, una de las interrogantes que siempre está en discusión social acerca del aborto, cuál es el motivante que entra en debate para que las mujeres tomen la decisión de interrumpir su embarazo, sin duda resulta ser controversial, puesto a que la problemática es compleja, sin embargo, la evidencia investigativa y literaria global sugiere que existe una relación directa del aborto y la existencia de embarazos no deseados, planeados o inclusive embarazos en riesgo. El aborto seguirá siendo una opción para millones mujeres, adolescente y niñas, de hecho, ha sido y seguirá siendo uno de los eventos obstétricos más frecuentes de la vida reproductiva de las mujeres (Aznar & Cerdá, 2014).

En base a Sánchez et al. (2019) un embarazo puede catalogarse como no deseado, por múltiples factores como incesto, violación, pareja, abuso sexual repetido, miedo a ser madre soltera, expectativas de vida y plan de vida. Además, en relación con los problemas psicológicos que el sujeto presenta, como el abuso de sustancias psicotrópicas, alcohol y drogas, el abandono de la pareja o la expulsión del hogar.

Factores relacionados con el aborto

De tal manera, las mujeres presentan motivos prácticos para elegir interrumpir un embarazo, como la falta de recursos económicos para criar o la decisión de no asumir la responsabilidad de una crianza solitaria, en el caso de las mujeres jóvenes los factores relacionados son su propia inmadurez, está sobreponiéndose a las cuestiones morales (Rondón, 2009).

Entonces, la decisión de abortar involucra diversas consideraciones personales, subjetivas, económicas, sociales y emocionales y de salud que interviene de manera significativa en cada mujer. En cuestión, para muchas mujeres, adolescentes e inclusive las niñas, el afrontar un

embarazo no deseado, planeado o en situación de riesgo afecta su vida, esto se puede convertir en un impedimento en la trayectoria o sus planes a futuro, asimismo, el embarazo no deseado se puede interpretar del resultado de la agresión sexual que la población femenina afronta, en ocasiones, las condiciones o problemáticas que enfrentan las mujeres las direccionan a tomar la decisión de interrumpir el embarazo (Koiwa et al., 2024).

Según Mahalia y Lavelanet (2022) las mujeres pueden presentar dificultades para comunicar abiertamente intención de no continuar con el aborto, debido, al estigma que lo rodea y la percepción generalizada de que la maternidad es uno de los estereotipos de género más prevalentes en la sociedad. Se valora esta práctica como una violación de lo que culturalmente se concibe, la literatura acerca del aborto da evidencia de que no todos los embarazos son intencionados y que la maternidad no siempre es deseada.

De modo que, la elección de abortar plantea un dilema, debido a que implica irrespetar valores culturales como la expectativa de ser madre, la confrontación con las percepciones sociales que vinculan al aborto con la ilegalidad o riesgos para la vida y la salud. Las mujeres que optan por el aborto deben enfrentar estas representaciones culturales. De acuerdo con investigaciones, se indica que quienes eligen abortar lo hacen de manera decidida y que ni el entorno restrictivo, ni los riesgos para la salud logran disuadirlas, así, cuando una mujer decide terminar un embarazo, esta elección se convierte en el objetivo principal (Szwarc, 2024).

Es fundamental entender que el aborto como problema social resulta de la interacción de diversos factores tanto individuales como asociados, la literatura indica que las mujeres recurren al aborto debido a factores relacionados como la familia, economía, individualidad, pareja entre otros. Estos factores reflejan una variedad de deseos y aspiraciones reproductivas de la mujer (Valdez et al., 2010).

De este modo, la influencia familiar es crucial en el comportamiento sexual, especialmente entre los jóvenes. Ante un embarazo no deseado los miembros de la familia pueden reaccionar de diversas formas y pueden influir en la decisión de abortar al ofrecer opiniones sobre cómo manejar la situación o incluso obligar a la mujer a abortar tomando la decisión por ella. Además, el miedo es un factor significativo puede sugerir de la angustia por el riesgo de desobedecer las normas familiares o causar decepción a los padres, si el embarazo no es aceptado por la familia, este miedo puede anular la capacidad de decisión de la mujer empujándola a optar por un aborto (Calderón & Alzamora, 2006).

Por su parte, Strong (2022), señala que la procreación involucra tanto a hombres como a mujeres, pero frecuentemente se analiza solo desde la perspectiva femenina, ignorando el papel del hombre en la decisión de continuar un embarazo o abortar; las dificultades económicas, relacionales, sociales o culturales incrementan la probabilidad de que una pareja opte por el aborto. Las circunstancias atípicas también pueden afectar la decisión, como una pareja sin vínculo estable podría optar por no tener hijos, si es una relación breve; una dinámica problemática puede llevar al aborto, la falta de compromiso de una de las partes. Las relaciones casuales o simultáneas generan inestabilidad, lo que eleva la posibilidad de tomar la decisión de abortar.

Según investigaciones, se indica que la mayoría de las mujeres que abortan son estudiantes o desean continuar sus estudios, siendo esto una razón para interrumpir el embarazo. Factores como la juventud, la falta de deseo de ser madre durante ese momento y la falta de preparación para la maternidad también influye en la elección de abortar (Koiwa et al., 2024).

Por otro lado, la religión influye en las prácticas y subjetividades de las mujeres que optan por abortar, esto se debe a que las mujeres que se consideran creyentes enfrentan una doble presión, no solo están infringiendo los estándares sociales, sino también la condena de su religión de

pertenencia, lo cual les provoca un mayor grado de angustia y culpa (Frohwrith et al., 2018).

En consecuencia, la OMS (2025), expone en sus informes que cada año se producen 73 millones de abortos inducidos en todo el mundo. Seis de cada 10 (61 %) de todos los embarazos no deseados, y 3 de cada 10 (29 %) de todos los embarazos, terminan en un aborto inducido. Por su parte, la OMS evalúa que anualmente 210 millones de mujeres quedan embarazadas y aproximadamente 130 millones de dichos embarazos resultan en nacimientos vivos, el restante de los embarazos se interrumpe debido a abortos espontáneos, mortinatos o abortos inducidos (Ipas México, 2021). De la misma forma, Quenby et al. (2021) señalan que cada año se producen 23 millones de abortos espontáneos en el mundo, entre el 15 % y 25 % de embarazos reconocidos terminan en pérdida.

En la página web Worldometers (2026) que proporciona estadísticas en tiempo real nos informa que hay un poco más de 126 millones de nacimientos en este año, en contraste con esta cifra con el número de abortos registrados cada año, alrededor de 80 millones, es una cifra muy alta de pérdidas gestacionales cada año. Al respecto, Pitilin et al. (2016) indica que más de 85 millones de los embarazos son no deseados por lo que hasta 22 millones terminan en abortos realizados de manera insegura.

Así pues, Scala (2010) indica que la despenalización del aborto aumentó el número de prácticas de este procedimiento, sin excepción. Además, en Estados Unidos, la cifra fue de 57.160 en el año 1967, ahora tienen 1.200.000 abortos por año. En España el registro fue de 16.766 en 1987, en el año 2008 hubo 115.812 abortos. En Sudáfrica el número de abortos aumento de 1.600 al año anterior a su legalización a 85.621 en el año 2005. Caso contrario, los países en que el aborto no es legal como es el caso de Polonia, que tenía aborto libre en el régimen marxista. En 1993 modificó sus leyes, prohibiendo todo aborto, excepto en el caso de peligro para la vida de la madre,

donde el resultado fue de 135.000 abortos anuales a los 100 abortos por año en el 2010.

Por otro lado, Bearak et al. (2020) indican que, aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019. De estos embarazos no planeados, el 61 % terminó en aborto. La tasa de aborto es en realidad más alta en los países que restringen el aborto que en aquellos que no lo restringen, según análisis que excluyen a China y la India, cuyas cuantiosas poblaciones distorsionarían los datos.

Según Statista (2025) entre 1990 y 1994, cada mil mujeres en edad reproductiva experimentaron 79 embarazos no planeados y 40 abortos. En contraste, entre 2015 y 2019, cada mil mujeres en la misma franja de edad tuvieron solamente 64 embarazos no deseados y también 40 abortos. Aunque el índice global de abortos no planificados descendió entre 1990 y 2019, la tasa de abortos se mantuvo casi constante. Esta estadística muestra las tasas de abortos y gestaciones no deseadas a nivel global desde 1990 hasta 2019.

Descripción de las causales para aprobación del aborto inducido

En Ecuador, las mujeres que enfrentan este evento con mayor recurrencia son jóvenes entre 16 y 25 años, debido a que son un grupo vulnerable por diferentes factores como la presión social, falta de educación y recursos económicos (Ortiz, 2017).

En lo que respecta a Ecuador el aborto es penalizado por la ley y puede implicar una pena de hasta dos años de prisión para la mujer que se someta a este procedimiento sin justificación médica, mientras que para los profesionales que realizan este procedimiento puede recibir privativa de libertad hasta por 3 años, esto se encuentra regido por el Código Orgánico Integral Penal, en la Corte Constitucional en 2021 (Human Rights Watch, 2021).

Reforma por sentencia de la Corte Constitucional y posterior desarrollo

Un cambio que se presentó en la ley ecuatoriana respecto al aborto corresponde al aborto en caso de embarazo por violación, esto a partir del año 2021 bajo Sentencia 34-19-IN/21 de la Corte Constitucional. Posteriormente, fue aprobada la Ley Orgánica que regula el aborto en estos casos, creando un marco legal específico bajo esa causal (Rocano & Álvarez, 2024).

Según el Ministerio de Salud de Ecuador (2017), se considera necesario el aborto en aquellos casos en los que el embarazo represente un riesgo para la salud o vida de la madre, no obstante, cuando no hay una causa establecida por la ley la mujer será condenada a prisión según el COIP.

Causales permitidas

En Ecuador el aborto se considera permitido en los casos que el embarazo represente un riesgo para la salud o vida de la madre o en aquellos que las mujeres hayan concebido producto de una violación, esto se ha generado recientemente a partir del 2021 y quedó establecido en el art N° 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) (2022).

Tendencias a nivel mundial

En las últimas décadas, numerosos países han ido liberalizando sus leyes sobre el aborto, ampliando los casos en que está legalmente permitido (por solicitud, por salud de la mujer, anomalías fetales). Por otro lado, hay países que mantienen marcos muy restrictivos; se observa que en 68 naciones solo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer o lo prohíben casi por completo; en cambio, otras 60 reconocen derechos más amplios (Mayall et al., 2025).

En Europa, la mayoría de las naciones permiten el aborto a petición o con justificaciones sociales extensas durante el primer trimestre, con escasas excepciones muy restrictivas (Leyes del aborto en Europa: un panorama comparativo) (Center For Reproductive Rights, 2022).

A nivel mundial, 22 naciones tienen una prohibición absoluta del aborto. Para permitirlo legalmente, muchos otros establecen condiciones (como violación, anomalías fetales o riesgo para la salud) (Council on Foreign Relations, 2024).

El aborto es un evento que conduce a consecuencias en el estado de salud físico y psicológico; en cuanto a los daños físicos, estos comprenden dolor, la productividad de la mujer, su organismo e incluso su vida misma. Respecto a los daños psicológicos, el mismo hecho de ser un evento de gran impacto puede causar huellas emocionales como: ira, hostilidad, enojo, tristeza y el deseo de buscar castigo con la finalidad de suprimir los sentimientos de culpa (Lok & Neugebauer, 2007).

Estos aspectos emocionales se ajustan a los criterios diagnósticos del DSM-5-TR para los trastornos de adaptación y depresivos, en los que se observan reacciones excesivas de angustia, autorreproches, alteraciones del sueño y una imagen negativa de sí misma, a raíz de un suceso estresante significativo.

Las madres sienten tristeza, culpabilidad o irritabilidad en las semanas siguientes a la pérdida gestacional, y esas emociones pueden transformarse en fobias, depresión crónica, hipocondría u otras enfermedades. La frecuente aparición de síntomas de ansiedad y depresión indica que podrían ser respuestas comunes (Pourreza & Batebi, 2011).

El DSM-5-TR -V (2022) reconoce que el duelo puede convertirse en un Trastorno Depresivo Mayor si el sufrimiento excede lo esperado culturalmente y se manifiestan síntomas como desesperanza, insomnio o falta de energía durante más de dos semanas.

Asimismo, Pourreza y Batebi (2011) mencionan que cuando el aborto resulta traumático, puede interferir en la capacidad de concentración, en las actividades de la vida diaria como estudios, trabajo y vínculos sociales; además, pueden presentarse planteamientos e intentos

suicidas y, por último, rechazo hacia la pareja. En consecuencia, hay presencia de alteraciones socioemocionales que pueden interferir en diferentes áreas de funcionamiento. Este tipo de respuesta prolongada se relaciona con el trastorno de duelo persistente complejo, caracterizado por el anhelo permanente del ser querido, malestar clínico significativo y deterioro funcional durante más de 12 meses.

De acuerdo con Cardoso et al. (2017) en una investigación con mujeres que tuvieron un aborto, ya sea inducido o espontáneo, se identificó que la salud mental de la población estudiada se ve afectada, debido a que atraviesan un proceso de duelo complejo que puede complicarse; además, se evidencia la manifestación de un evento traumático y la comorbilidad con depresión, TEPT y ansiedad, los cuales afectan la cotidianidad.

Una gran parte de los embarazos termina en una pérdida gestacional y, de ese porcentaje, la mayor parte de las mujeres vuelve a quedar en estado. Sin embargo, aquellas que han pasado por esta circunstancia viven su nuevo embarazo con ansiedad y miedo, pues temen perderlo nuevamente (Gracia, 2023).

Impacto del aborto en el hombre

La población que, en cierta manera, pasa desapercibida en el proceso de pérdida gestacional son los hombres. Si bien es cierto, la mujer es el actor principal frente a este evento traumático, no hay que dejar de lado la otra parte involucrada, que corresponde a la pareja. En varios de los casos de aborto, el hombre también comparte el impacto psicológico que conlleva esta práctica, pues el género masculino hace frente a la pérdida de paternidad (Avelin et al., 2013).

Por su parte, Obst y Due (2019) señalan que los altos niveles de angustia psicológica son comunes inmediatamente después de la pérdida, y aproximadamente uno de cada cinco padres sufre de angustia psicológica y duelo duradero. Además, sugieren que los hombres suelen

experimentar una lucha entre expresar y reprimir su dolor para asumir el papel de apoyo a su pareja.

En la misma línea, los hombres refieren una baja tendencia a exteriorizar su dolor emocional; en su lugar, suelen recurrir a estrategias de afrontamiento centradas en la evitación, como la prolongación de jornadas laborales o el consumo de sustancias, con el fin de suprimir o mitigar el malestar (Avelin et al., 2013).

Según estudios como el realizado por Glaser y Baum, (2023) se ha identificado que los hombres frecuentemente se sienten marginados por el personal de salud, la familia e incluso su círculo social. Esto ocurre a pesar de que en los últimos años los servicios de atención para personas que han sufrido una pérdida gestacional han ido incrementándose; sin embargo, la mayoría atiende principalmente a parejas o solo a mujeres, lo que evidencia que los hombres carecen de servicios directos de atención de acuerdo con sus necesidades.

En el libro: *Él y el aborto*, de Vanni (2017) se ha comprobado que en el hombre hay una reacción al aborto como en la mujer. A este sufrimiento se le ha llamado trauma postaborto masculino, se trata de una reacción en cadena que erosiona la identidad personal masculina, minando, por una parte, su autoestima, por otra, sofocándola con el sentimiento de culpa y el remordimiento que se deriva de él. No sólo esto, en este proceso psicológico también se inflige un grave golpe a la maduración de una plena identidad de género. En efecto, para el varón el participar en la concepción de un hijo significa vivir el núcleo central de virilidad, del ser realmente varón: a saber, la capacidad entendida también como fuerza y poder, de desencadenar el proceso vital de un nuevo ser humano.

Para dar continuidad a la descripción de las variables, se exponen las consecuencias físicas que se presentan en la mujer durante y después del aborto.

Consecuencias físicas del aborto

El aborto, tanto provocado como espontáneo, puede causar diversos efectos físicos, los cuales varían según el caso. Entre las causas más frecuentes están las infecciones, los desequilibrios hormonales, las hemorragias y las lesiones uterinas. Aunque la mayoría de estos efectos son curables, su sola posibilidad genera en la mujer angustia y temor, provocando estrés agudo y reacciones emocionales intensas ante la percepción de riesgo físico (Alarcón, 2007).

Algunos casos pueden resultar en problemas reproductivos o endocrinos que alteren la fertilidad y el balance hormonal. Estos cambios fisiológicos suelen venir acompañados por síntomas emocionales secundarios, como tristeza, inseguridad o ansiedad, cuando se siente que se ha perdido el control sobre el cuerpo propio o sobre la capacidad reproductiva (Eppig et al., 2025).

Cuando las secuelas físicas, como la infertilidad o las infecciones, persisten, pueden incrementar el miedo a los embarazos futuros y la inquietud constante sobre la salud (Ramírez et al., 2019). De esta manera, las repercusiones físicas no solo se restringen a un impacto biológico, sino que también actúan como catalizadores del sufrimiento psicológico y de la aparición de trastornos emocionales en el futuro.

Consecuencias psicológicas del aborto

Trastorno Depresivo

Corresponde a un trastorno del estado de ánimo caracterizado por alteraciones en el humor e irritabilidad; la persona puede angustiarse fácilmente. Además, implica la pérdida de interés por actividades que en otro momento resultaban satisfactorias, así como cambios cognitivos relacionados con pensamientos de ineficiencia y autocrítica (OMS, 2025).

Además, el DSM-5-TR – 5 (2022) indica que la persona también presenta pérdida de placer (anhedonia) y se destaca la duración y frecuencia de ellos síntomas como aspecto relevante, por lo

que la persona debe tener un estado de ánimo deprimido casi todo el día y diariamente. Otros síntomas se asocian a la pérdida o disminución del apetito, falta o exceso de sueño, cansancio extremo, alteraciones a nivel cognitivo que dificultan la atención y concentración.

La tríada cognitiva del trastorno depresivo, según el modelo cognitivo de Beck (2010), sostiene que las conductas y emociones desadaptativas tienen su origen en patrones negativos y pensamientos distorsionados acerca de uno mismo, del mundo y del futuro. En la situación del aborto, existe un gran número de mujeres que tienen pensamientos automáticos como: no me lo merezco, soy culpable, no puedo superarlo. Estas interpretaciones equivocadas fortalecen los sentimientos de inutilidad, desesperación y autocrítica, lo que propicia una visión pesimista de la vida. En consecuencia, el individuo puede experimentar un episodio depresivo mayor que se expresa a través de la pérdida de interés, el cansancio, las alteraciones del sueño y la anhedonia.

Factores de riesgo

Entonces, la depresión al presentarse como una enfermedad clínica que afecta la estabilidad del individuo presenta factores que influyen su manifestación. Para Remes (2021) la depresión surge por la interacción entre factores psicológicos, biológicos y ambientales estos relacionados al contexto social o familiar.

Los factores de riesgos están comprendidos por la actuación dinámica de diversos componentes como genéticos, es decir la existencia de antecedentes familiares incrementando la posibilidad de su manifestación, el sexo donde hace referencia a que las mujeres tienden a sufrir con mayor frecuencia depresión a diferencia de los hombres (Zhao et al., 2020). También, los antecedentes de haber padecido de otros problemas de salud mental, eventos estresantes o traumáticos, la pérdida de un ser querido, violencia física o psicológica, mala relación familiar, el perfil de personalidad, alguna enfermedad grave base, el consumo de alcohol y drogas.

Sintomatología

La manifestación de los síntomas depresivos puede presentarse de manera lenta e intrigante, en ciertas ocasiones estas expresiones no son consideradas de gran importancia, sin permitirse buscar ayuda, y dejando que el tiempo de los síntomas se prolongue por días, semanas e inclusive meses.

Es así como, los síntomas se presentan en áreas de la conducta aislamiento, desinterés de responsabilidades, pérdida de motivación, sin interés en su apariencia, en el área de emociones, está la tristeza, cambios repentinos de humor, pérdida de la esperanza, pensamientos negativos, la persona se critica a sí misma, es pesimista, ideas de muerte. A nivel físico también hay alteraciones por lo que disminuye el rendimiento y se manifiesta dolor físico (Remes et al., 2021).

Criterios de diagnóstico

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la presencia de un mínimo de cinco síntomas durante un periodo de dos semanas o más, entre los cuales se encuentran el insomnio, falta de interés, fatiga, sensación de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas o sobre la muerte.

Es importante mencionar que algunas de las reacciones ante pérdidas significativas (duelo, sucesos traumáticos, etc.) pueden manifestar síntomas similares al episodio depresivo, pero la valoración clínica debe determinar si se trata de una respuesta adaptativa o un trastorno depresivo mayor, considerando la historia personal y el contexto cultural del individuo.

Trastorno Ansioso

La ansiedad, desde el punto de vista físico, se describe como un sistema que avisa al cuerpo sobre eventos que pueden ser perjudiciales. Es una sensación incómoda que viene con síntomas

físicos como náuseas, palpitaciones, sudoración, dolor de cabeza, ganas de orinar y, a veces, malestar estomacal (Luna et al., 2001).

De acuerdo con la OMS (2025), la ansiedad es una manifestación psicofisiológica que en algún momento puede presentarse, sin embargo, se convierte en una problemática cuando es reiterada e intensa configurándose como un trastorno, con síntomas que pueden ser difíciles de controlar, generando angustia y con una duración relevante si no recibe una adecuada atención; interfiriendo en las actividades cotidianas, deteriorando la relación familiar y social.

Según el modelo cognitivo de la ansiedad de Clark y Wells (1995), los síntomas ansiosos surgen de un procesamiento distorsionado de la información que se registra como amenazante. La persona interpreta como peligrosas sus propias ideas y sensaciones corporales (por ejemplo, palpitaciones, tensión o temor), lo que perpetúa la hiperactivación y el malestar.

En mujeres que han pasado por un aborto, esta forma se manifiesta en una preocupación exagerada por volver a quedar embarazada o por volver a perderlo, con hipervigilancia y evitación de estímulos relacionados con el evento (por ejemplo, lugares médicos o conversaciones sobre maternidad).

Estos patrones cumplen con los criterios del TEPT y de la ansiedad generalizada, según el DSM-5-TR (2022) debido a la presencia de tensión, reexperimentación, evitación y preocupación desmesurada. Desde el punto de vista cognitivo, el tratamiento se dirige a reconocer pensamientos amenazantes, disminuir la autoobservación ansiosa y promover estrategias de afrontamiento adaptativas.

Factores de riesgo

La ansiedad puede presentarse como consecuencia de factores biológicos y psicosociales, o de su combinación. Esta puede manifestarse en cualquier persona; sin embargo, existe un mayor

riesgo en quienes han experimentado situaciones de maltrato, pérdidas significativas u otras experiencias negativas, ya que tienen más probabilidades de desarrollarla. El género se presenta como un factor de riesgo, donde el género femenino muestra mayor predisposición; asimismo, la edad es un elemento asociado, comprendido entre los 20 y 40 años. Otros factores de riesgo están relacionados con enfermedades de alto riesgo y el consumo de fármacos, drogas ilegales y alcohol, puesto que estos incrementan la probabilidad de desarrollar ansiedad patológica (Vizioli & Grasso, 2024).

Sintomatología

Los individuos que presentan un trastorno de ansiedad pueden experimentar miedo o preocupación de manera excesiva ante un evento específico. Estas pueden manifestarse mediante sintomatología psicológica, como dificultad para concentrarse, irritabilidad, trastornos del sueño e inquietud; de igual forma, síntomas fisiológicos como náuseas, taquicardia, temblores, vértigo, mareos o malestar abdominal (Boletín de la ANMM, 2013).

Aunque puede confundirse con miedo, la ansiedad por la persistencia y frecuencia de los síntomas que pueden extenderse por meses y muchos episodios pueden resultar irracionales (Vizioli & Grasso, 2024).

Criterios de diagnóstico

El trastorno de ansiedad generalizada y el TEPT comparten una emoción básica: la preocupación o el temor exagerado ante situaciones reales o anticipadas, que causan un deterioro significativo en el funcionamiento diario. Los recuerdos angustiosos, los sueños perturbadores, las reacciones disociativas y la angustia intensa ante estímulos que recuerdan el suceso son formas frecuentes de intrusión. A esto se añaden sentimientos constantes de temor, culpa o vergüenza, pérdida de interés en actividades previamente significativas y aislamiento emocional o social.

Además, el TEPT se acompaña de alteraciones significativas en la activación fisiológica, como irritabilidad, hipervigilancia, sobresaltos exagerados, dificultad para concentrarse y alteraciones del sueño, que persisten durante más de un mes y deterioran significativamente la vida personal, laboral o social del individuo, y que no se atribuyen al uso de sustancias ni a otra afección médica. En algunos casos, pueden manifestarse síntomas disociativos como despersonalización (sentirse fuera del propio cuerpo) o desrealización (percibir el mundo como ajeno). También puede presentarse una manifestación diferida del trastorno, cuando los síntomas surgen meses después del suceso traumático. En conjunto, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica del tipo y magnitud de la exposición traumática, los factores de vulnerabilidad individual (antecedentes familiares, abuso en la infancia, enfermedad grave) y la persistencia de manifestaciones emocionales y fisiológicas que deterioran la vida de la persona.

Suicidio

Se define el suicidio como la acción de una persona de terminar con su propia vida. No se le considera como síntoma de una enfermedad, aunque debe considerarse como un factor de riesgo para los trastornos mentales (OMS, 2024).

De acuerdo con lo anterior, hay elementos que pueden contribuir a tomar una decisión de este tipo; el elemento cultural puede tener un rol significativo frente al concepto del acto. Su significado en Japón: es visto como una manera honorable y digna de escapar de circunstancias vergonzosas. Por otro lado, en América Latina, donde la religión católica y cristiana tiene un gran peso, se considera que el suicidio es un pecado mortal (Salazar et al., 2025). Esta idea tiene un impacto proporcional en la información sobre los intentos de suicidio, cuanto mejor se comprende el acto suicida, más precisa es la información; y cuando menos se entiende el acto, hay una mayor ocultación de datos del afectado o de sus familiares.

Es importante mencionar que, las mujeres que tuvieron un aborto, ya sea espontáneo o inducido, enfrentan una situación potencialmente perturbadora que crea un conflicto entre su rol de madre y el aborto. Esto provoca que las mujeres lidien con problemas mentales preexistentes como la ansiedad y la depresión (Rue et al., 2004).

Según Coleman (2011), el antecedente del aborto está relacionado con un incremento del 81 % en el riesgo de problemas mentales y con un 10 % en la aparición de nuevos síntomas, entre ellos el comportamiento suicida.

De acuerdo con la bibliografía, el 60 % de las mujeres que sufren secuelas postabortos refieren presentar pensamientos suicidas; además, el 28 % ha intentado quitarse la vida, habiéndolo logrado en más de una ocasión. Para algunos autores, el incremento del riesgo de homicidios y accidentes mortales podría ser consecuencia de suicidios no reconocidos o asociados a conductas de riesgo. Asimismo, el consumo excesivo de drogas y alcohol después de un aborto puede estar vinculado con una mayor cantidad de muertes por accidente (Aznar & Cerdá, 2014).

Duelo Normal

El aborto, tanto espontáneo como provocado, inicia un proceso de duelo psicológico similar al de la pérdida de un ser querido. Se calcula que el 30% de las mujeres que pasan por un aborto presentan síntomas de duelo, como tristeza, insomnio, llanto y sensación de vacío (Cuenca, 2023). A pesar de que todavía no se tiene al bebé en brazos, la pérdida simbólica de la maternidad ya produce un impacto emocional.

Según Khosravi (2021) el duelo normal es un proceso de adaptación en el que se incorpora la pérdida mediante la aceptación gradual de lo que ha sucedido. Pero en el aborto, la ausencia de reconocimiento social interrumpe el proceso, de acuerdo con la evidencia científica muchas mujeres no anuncian su embarazo y, al perderlo, no cuentan con rituales ni redes de apoyo para

llorar su pérdida.

Las investigaciones más recientes confirman que es el valor emocional que se asigna al hijo perdido, no la duración de la gestación, lo que define la intensidad del duelo (Ryninks et al., 2022). En esta línea, la experiencia de perder algo tiene que ver con la sensación de no haber alcanzado los objetivos vitales, los sentimientos de fracaso y las incertidumbres sobre la habilidad reproductiva en el futuro.

Duelo complicado

El proceso de duelo no siempre sigue un camino adecuado y, en ocasiones, se torna en un duelo prolongado o complicado. El DSM-5-TR -V (2022) lo describe como una afección clínica que se caracteriza por el deseo persistente, la dificultad para aceptar lo perdido y alteraciones en la identidad personal. Según Cortes et al. (2025) cerca del 10 % de las mujeres que han sufrido un aborto experimentan este tipo de duelo.

Cuando hay factores de riesgo, como la falta de apoyo emocional, sentimientos muy fuertes de vergüenza o culpa y estigmatización social, el duelo se vuelve más difícil (Kersting, y otros, 2013). Las mujeres pueden concebir la pérdida como un castigo o una falta moral, lo que las lleva a internalizar una imagen negativa de sí mismas que perpetúa el malestar psicológico. Las Terapias Cognitivo-Conductuales, ayudan a elaborar el duelo y disminuyen los síntomas de ansiedad, depresión y culpa, según estudios actuales (Bagheri et al., 2023).

El estigma social y la ausencia de recursos emocionales aumentan el riesgo de duelo complicado en adolescentes, algunas mujeres jóvenes buscan un nuevo embarazo como mecanismo inconsciente de reparación; descubrimientos más recientes (Subramaney et al., 2015).

Trastorno de Estrés Postraumático

El estrés postraumático relacionado con la pérdida gestacional previa también influye en

los síntomas depresivos. Se define como trastorno depresivo con inicio periparto, del estado de ánimo que interfiere en el apego materno y la adaptación a la nueva función parental (Bicking et al., 2015). En el DSM-5-TR -V (2022) estos se codifican dentro del trastorno de ansiedad generalizada, el cual se define como preocupación excesiva, tensión muscular y sensación de peligro inminente ante la posibilidad de que ocurra un nuevo suceso negativo.

Sintomatología

Los criterios para el TEPT involucran la reacción ante un evento traumático; existe una tendencia a revivir la experiencia a través de flashbacks, por ejemplo. La persona exhibe un comportamiento de evitación y también puede exhibir hipervigilancia ya que trata de asegurar que el evento traumático no se repita, aunque siempre está alerta al hecho de que puede volver a ocurrir.

Normalmente, los síntomas se vuelven menos graves durante el primer año, pero es habitual que persistan hasta dos años después. Cerca del 20% de las mujeres presentan síntomas un año después de la pérdida (Turton & Hughes, 2002). Estos componentes se encuentran dentro de los criterios B, C y E del TEPT, que representan la activación fisiológica y emocional continua en respuesta a la amenaza percibida.

Es común encontrar que estos padres todavía están afligidos por su pérdida en lugar de esperar con alegría la llegada de un nuevo bebé. En estas circunstancias, la muerte está íntimamente ligada a la vivencia del embarazo, y es común vivir con la ansiedad constante de que esto vuelva a suceder. Aunque los síntomas depresivos parecen disminuir en algunas madres después del nacimiento de un bebé sano, se han reportado altos niveles de angustia en madres de bebés sanos que han sufrido previamente una pérdida gestacional, con un alto riesgo de depresión.

Los padres a menudo expresan sentimientos encontrados hacia el nuevo bebé, las reacciones puerperales suelen ser graves y el riesgo parece aumentar cuando las reacciones a la

pérdida anterior parecían mínimas y se produce un nuevo embarazo rápidamente (Bourne & Lewis, 1984). Sin embargo, no es raro apreciar síntomas depresivos durante el próximo embarazo (Bourne & Lewis, 1984).

Las manifestaciones descritas en este segmento, como pueden ser la culpabilidad, las pesadillas, la reexperimentación de lo que ocurrió, la evitación, el insomnio, la ideación suicida y la ansiedad persistente, se ajustan a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR -V; APA; 2022) para tres trastornos clínicos fundamentales: ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y TEPT.

Por último, los síntomas de ansiedad generalizada que se han mencionado tensión muscular, preocupación permanente, insomnio, hipervigilancia y miedo a que el suceso vuelva a ocurrir son congruentes con los criterios diagnósticos para este trastorno.

Factores de riesgo

Alrededor del 86% de las mujeres que sufren una pérdida gestacional vuelven a quedar embarazadas en los siguientes 18 meses (Gaudet et al., (2010). Sin embargo, los embarazos que ocurren después de una pérdida gestacional han recibido poco interés por parte de la comunidad científica hasta hace algunas décadas y no reciben una atención especial en la práctica clínica (O'Leary, 2003).

El riesgo parece aumentar cuando las reacciones a la pérdida anterior parecían mínimas y se produce un nuevo embarazo rápidamente (Bourne & Lewis, 1984). Es recomendable posponer el embarazo hasta que la madre haya completado el proceso de duelo, ya que esto puede complicarse por la preocupación por el correcto desarrollo del futuro bebé y su inminente nacimiento.

No obstante, los embarazos tras pérdidas gestacionales, aunque son situaciones frecuentes

en la práctica clínica, no reciben apoyo psicológico ni intervenciones destinadas a las mujeres y sus familias que les faciliten afrontar este proceso, lo que representa un riesgo para la salud mental.

Se han observado niveles más altos de depresión y ansiedad en mujeres que conciben rápidamente después de una pérdida perinatal, es importante mencionar que un patrón de duelo ansioso después de la pérdida gestacional es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión durante el embarazo posterior (Van den Akker, 2011).

Turton y Hughes (2002) estimaron que el riesgo de por vida de desarrollar TEPT tras una pérdida perinatal es del 29%; además, la probabilidad de presentar este cuadro en un embarazo posterior alcanza el 20%. Asimismo, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, este trastorno y la depresión son comórbidos, lo que implica que ambos se potencian mutuamente al compartir síntomas como la dificultad para concentrarse, el insomnio y la anhedonia.

Muchos de estos componentes se observan en numerosas mujeres después de un aborto, especialmente cuando se desencadenan distorsiones cognitivas como las que el modelo de Beck (2010) presenta la desesperanza, la autocrítica y una perspectiva pesimista sobre sí mismas y el futuro, que hacen que el sufrimiento emocional y la falta de actividad conductual continúen.

La atención excesiva a las sensaciones internas y la interpretación apocalíptica de los pensamientos, según el modelo de Clark y Wells (1995) intensifican el malestar y la activación fisiológica, lo que refuerza un patrón duradero de ansiedad.

Relación entre el duelo y el TEPT

La tristeza tras el aborto comparte con el TEPT varios síntomas, como la reexperimentación emocional, la irritabilidad, el insomnio, la evitación y los recuerdos intrusivos (American Psychiatric Association, 2022). En numerosas ocasiones, la pérdida gestacional

representa un acontecimiento traumático que pone en riesgo las convicciones fundamentales sobre el sentido de la vida, la seguridad y el control (Krosch & Shakespeare, 2017).

Según Farren et al. (2016), el 40 % de las madres con un aborto ectópico o espontáneo presentaron síntomas de TEPT durante los tres meses siguientes, incluyendo la evitación de estímulos vinculados con el embarazo y la presencia de pesadillas. La coexistencia de duelo y trauma genera lo que Kersting et al. (2013) denominan duelo traumático, en el cual el individuo no solo se lamenta por la pérdida, sino que además rememora de manera constante el momento en que ocurrió.

Desde la práctica clínica, Lee et al. (2002) sugieren una evaluación diagnóstica diferencial que permita distinguir el duelo normal del duelo complicado y del TEPT, además de intervenciones conjuntas que incluyan la terapia cognitivo-conductual, el acompañamiento empático y la reestructuración cognitiva.

Un estudio realizado por Wallin et al. (2013) en una muestra de 1514 mujeres evaluadas por medio del Cuestionario de Cribado – Trastorno de Estrés Postraumático (SQ-TEPT) basado en los criterios diagnósticos para el TEPT, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, encontró que casi la mitad reportó experiencias traumáticas. La prevalencia vitalicia y puntual del TEPT fue del 7% y la prevalencia en la muestra alcanzó el 23 %.

Análisis integral

En general, la evidencia muestra que el aborto espontáneo o inducido puede producir síntomas compatibles con depresión, ansiedad y TEPT. Estos síntomas se distinguen por la culpa, la reexperimentación, la evitación y una autocrítica persistente (American Psychiatric Association, 2022). Las investigaciones de tipo longitudinal demuestran que las mujeres que han tenido abortos inducidos tienen una recuperación emocional más lenta, con emociones de desvaloración y

vergüenza que pueden extenderse por años (Coleman, 2011). Desde la psicología clínica, estos hallazgos se comprenden mejor cuando se relacionan con modelos teóricos actuales.

La culpa y el aislamiento a nivel emocional pueden favorecer estas condiciones en mujeres postaborto, lo que podría incrementar su vulnerabilidad a pensamientos suicidas o autodestructivos. Los modelos cognitivos de Clark y Wells (1995) y Beck (2010) describen cómo la hiperactivación ansiosa y los pensamientos automáticos negativos son persistentes, lo que acentúa el malestar emocional.

El análisis clínico demuestra que el aborto puede ser un acontecimiento de riesgo psicológico con múltiples factores, en el que se entrelazan la autopercepción deteriorada, el duelo y el trauma. Los métodos de primera línea para prevenir el duelo complicado, la depresión y el riesgo de suicidio son las intervenciones que se centran en la Terapia Cognitivo-Conductual y la asistencia emocional especializada (Bagheri et al., 2023).

El marco teórico muestra que el aborto espontáneo e inducido es un evento significativo con alta carga emocional que puede generar síntomas psicológicos complejos, como síntomas depresivos, ansiosos y traumáticos, que se manifiestan en culpa, vergüenza, evitación y alteración de la autopercepción. La integración de los datos empíricos con los modelos cognitivo-clínicos actuales ayuda a comprender cómo estos patrones emocionales se mantienen en el tiempo a través de pensamientos negativos automáticos, hiperactivación ansiosa y círculos viciosos de aislamiento que aumentan la vulnerabilidad psicológica.

Asimismo, se reconoce que el duelo por aborto presenta elementos específicos que lo distinguen de otras pérdidas y que requiere intervenciones informadas por enfoques de primera línea, como la Terapia Cognitivo-Conductual, el acompañamiento emocional especializado y las estrategias preventivas del duelo complicado.

En suma, la evidencia analizada respalda la importancia de abordar el aborto desde una perspectiva integral que considere la interrelación entre trauma, cognición y duelo, y que oriente la intervención a aliviar el malestar emocional y favorecer el bienestar psicológico en las mujeres que atraviesan esta experiencia.

Capítulo III: La Metodología

Tipo de investigación

Este estudio es una investigación descriptiva mediante una revisión de artículos, investigaciones y publicaciones científicas obtenidas a partir de bases de datos profesionales en el ámbito de la salud.

Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

Para la búsqueda de información se utilizaron bases de datos de reconocimiento científico como Google académico, SciELO, Redalyc, Dialnet, Pubmed y Scopus, fueron seleccionados artículos en idioma inglés y español, se utilizaron artículos científicos e informes de organizaciones del área de la salud.

Para delimitar la búsqueda se emplearon palabras clave como: aborto; consecuencias psicológicas; técnicas cognitivo-conductuales; acompañamiento psicológico. Los estudios utilizados para la presente investigación fueron aquellos que especificaban la relación que guarda el aborto con las consecuencias psicológicas. En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos científicos y fuentes institucionales que se ajustaron a las variables de investigación; asimismo, se revisó la información proveniente de estudios previos relacionados con el tema.

Para asegurar la relevancia teórica y la actualidad de la información, se consideraron estudios publicados principalmente en los últimos años, con énfasis en la producción científica reciente. No obstante, también se incluyeron investigaciones sin restricción estricta de temporalidad, debido a la amplitud de la bibliografía disponible y a la importancia de ciertos estudios clásicos que resultan fundamentales desde el punto de vista histórico y teórico para el análisis del duelo postaborto.

Universo de estudio y tratamiento muestral

La muestra de la revisión narrativa quedó conformada por 12 estudios, para su selección se establecieron criterios de inclusión, también se determinaron criterios de exclusión para descartar aquellos que no permitieran alcanzar los objetivos.

Criterios de inclusión

- Artículos originales, revisiones sistemáticas o guías clínicas que se hayan difundido en publicaciones indexadas.
- Investigaciones realizadas con mujeres que hayan pasado por un aborto espontáneo o inducido.
- Estudios que aborden las consecuencias psicológicas asociadas al aborto, tales como duelo patológico, trastorno depresivo y ansioso y TEPT.
- Publicaciones en inglés o español que tengan el texto completo accesible en línea.

Criterios de exclusión

- Investigaciones que usan únicamente muestras biológicas o médicas y no incluyen la evaluación psicológica.
- Artículos que repiten contenido o que no tienen información completa sobre los instrumentos o métodos utilizados.

Tratamiento de resultados

Para la obtención de los resultados se realizó una revisión narrativa, la cual pasó por diferentes fases metodológicas. En primer lugar, se identificaron y seleccionaron estudios científicos sobre el aborto y sus consecuencias psicológicas, dando prioridad a aquellos con evidencia empírica y diseños clínicos o longitudinales. Luego, se realizó una lectura crítica y se

categorizaron los artículos en función de la forma de aborto de la que trataban, las variables psicológicas que estudiaban y la calidad metodológica. Con la información filtrada, se hizo un análisis comparativo para encontrar patrones similares, diferencias y tendencias teóricas sobre síntomas como depresión, ansiedad y TEPT. Finalmente, los resultados se integraron y sintetizaron para elaborar los resultados de esta investigación, priorizando la coherencia, validez científica y su asociación con los objetivos planteados.

Capítulo IV: Resultados

El análisis de los estudios encontrados arrojó patrones similares en cuanto al aborto y su efecto psicológico, como la manifestación de síntomas compatibles con depresión, ansiedad y TEPT. Los resultados se exponen según los objetivos específicos, agrupando la evidencia científica para caracterizar el aborto, sus consecuencias psicológicas en mujeres y hombres, y evaluar críticamente los estudios que lo asocian con efectos negativos en la salud mental a corto y largo plazo. Esta síntesis permite entender el fenómeno como un evento biopsicosocial de gran magnitud, cuyos síntomas emocionales están respaldados por evidencia empírica internacional.

Descripción del aborto

Cardoso et al. (2017) caracterizan el aborto como la interrupción del embarazo provocada por múltiples razones médicas, como anomalías embrionarias, riesgos graves para la madre o problemas en el proceso de implantación. Destacan que su repercusión va más allá de lo puramente biológico. Los autores subrayan que el aborto, en su forma espontánea y en la inducida, provoca respuestas emocionales importantes que tienen un impacto sobre la estabilidad psicológica de la mujer. El análisis demuestra que este acontecimiento tiende a provocar procesos de duelo complicado, ansiedad, depresión y respuestas traumáticas que obstaculizan el funcionamiento diario. Además, se indica que la elaboración emocional se complica cuando el aborto ocurre de forma repentina o con escasa contención social. En general, los resultados indican que el aborto es una experiencia multidimensional que involucra dolor físico, repercusiones psicológicas y retos de índole social.

Bouquet (2012) define el aborto espontáneo como la pérdida gestacional que se presenta antes de las 20 semanas, y subraya que en la mayoría de los casos es resultado de anomalías cromosómicas o fallas en el desarrollo del embrión. El autor destaca que esta pérdida a menudo se

manifiesta clínicamente como amenaza de aborto, aborto inevitable o incompleto, lo que ayuda a entender la variedad de formas en que ocurre el fenómeno. Además, enfatizan que su incidencia es elevada, ya que uno de cada cinco embarazos termina espontáneamente en el primer trimestre. Esta frecuencia convierte al aborto espontáneo en un problema de salud que impacta tanto a nivel físico como emocional. La mujer experimenta síntomas físicos inmediatos, además de un duelo caracterizado por incertidumbre, miedo y sensaciones de culpa vinculadas a la pérdida.

Pitilin et al. (2016) señalan que el aborto provocado se define como la interrupción intencionada del embarazo usando medios mecánicos o farmacológicos, los cuales dependen de la edad gestacional y las condiciones médicas de la mujer. El informe destaca que cuando este procedimiento se lleva a cabo en condiciones clandestinas o por personal no capacitado, el riesgo de complicaciones como infecciones, hemorragias y perforación uterina se eleva significativamente. Además, los autores indican que el aborto provocado en condiciones de riesgo es un problema de salud pública, sobre todo en aquellos países con leyes restrictivas que obligan a las mujeres a recurrir a prácticas clandestinas. El problema no solo conlleva riesgos físicos inmediatos, sino también psicológicos, como culpa, miedo y estigma social. Así, la investigación evidencia la necesidad de abordar este tipo de aborto desde un enfoque de salud integral.

Según Larroca y Chaquiriand (2021), el aborto es un fenómeno que se encuentra en la intersección entre lo social y lo biológico, y está afectado por una variedad de factores médicos, económicos y emocionales. La vivencia emocional de la mujer no se puede entender solo desde el plano fisiológico, según lo que revela su análisis, debido a que las circunstancias socioculturales influyen en ella. Los elementos que se incluyen son el nivel de respaldo familiar, la situación económica, las creencias religiosas y el grado de estigma social vinculado con la interrupción del embarazo. Los autores subrayan que el aborto es un asunto de importancia para la salud pública

debido a su alta frecuencia y sus efectos sobre la salud, para entenderlo se deben incluir puntos de vista médicos, psicológicos y sociales que posibiliten una evaluación holística de su impacto.

Se pierde un embrión de menos de 400 gramos; por tanto, se considera que el aborto espontáneo es aquel que tiene como causa alteraciones en el proceso de fecundación, como malformaciones del embrión, las cuales pueden deberse a problemas paternos, maternos o a otras causas, como alcoholismo, sobreesfuerzo físico, agotamiento intelectual o edad materna avanzada. Es decir, la eliminación espontánea del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación (Bouquet , 2012).

Según Rodríguez et al. (2020) 1 de cada 5 embarazos no se logra producto de un aborto espontaneo durante las primeras semanas, siendo la razón más frecuente anomalías. El aborto espontáneo se puede manifestar de diferentes maneras: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto.

El aborto provocado es ocasionado por medio de maniobras, en condiciones legales o ilegales. Según la OMS, este tipo de aborto es el que se produce por acciones intencionadas para interrumpir el embarazo, ya sea por la propia mujer embarazada o por otra persona (Pitilin et al., 2016). De acuerdo con Onofre (2017) puede ser por el uso de fármacos o con la implementación de herramientas por lo que se le conoce como mecánica. Por lo que, este proceso se convierte en un procedimiento inseguro, que puede ser un riesgo para la salud y la vida de la mujer.

Se le cataloga como un problema para la salud pública ya que puede causar la muerte de la mujer cuando el procedimiento se realiza en condiciones inseguras y por personal no capacitado. Es importante saber que el aborto, es tres veces más peligroso que el parto, según Scala (2010), en un estudio en Finlandia entre 1987 y 2000 se concluyó que hubo tres veces más muertes maternas

por aborto, que las muertes maternas luego de dar a luz. En algunos contextos legales o culturales el aborto ha sido considerado un delito y objeto de sanción social (Maradiegue, 2006).

Así pues, el aborto inducido se desarrolla a partir de métodos, estos son la evacuación instrumental y la inducción de medicamentos. También, se usa la dilatación y evacuación, a través de una pinza se desmiembra y elimina el feto, además, se hace uso de dilatadores como: misoprostol o laminarias, con el fin de dilatar el cuello uterino y minimizar el daño cervical (Jones & Jerman, 2017).

Por su parte, Pacora (2014) señala que el aborto es un procedimiento que está realizado por la intervención humana. Este comprende cuatro tipos de abortos inducidos, como el libre, eugenésico, terapéutico y por causas mixtas. Por ende, el aborto es una práctica que se considera un problema de salud pública, ya que causa malestar tanto físico como psicológico, independientemente de que se trate de un evento espontáneo o inducido. Las principales causas por las que las mujeres consideran su embarazo como no deseado se deben a múltiples factores, como la falta de apoyo de la pareja.

Es inquietante lo que puede ocurrirle a la salud física y mental de la mujer, dado el número exorbitante de abortos practicados anualmente en el mundo y teniendo en cuenta que el aborto es un acontecimiento traumático. (Aznar & Cerdá, 2014).

El aborto es un evento que conduce a consecuencias en el estado de salud físico y psicológico; en cuanto a los daños físicos, estos comprenden dolor, afectación en la productividad de la mujer, su organismo e incluso su vida misma. Respecto a los daños psicológicos, el hecho de ser un evento de gran impacto puede generar huellas emocionales como ira, hostilidad, enojo, tristeza y el deseo de buscar castigo con la finalidad de suprimir los sentimientos de culpa (Lok & Neugebauer, 2007).

Según Cardoso et al. (2017) en una investigación con mujeres que tuvieron un aborto ya sea inducida o espontánea, se identificó que la salud mental de la población estudiada se ve afectada, porque atraviesan un proceso de duelo complejo, que puede complicarse, además, la manifestación de un evento traumático, y la comorbilidad con depresión, TEPT y ansiedad, mismos que afectan la cotidianidad.

Por otra parte, la población que en cierta manera pasa desapercibida en el proceso de pérdida gestacional son los hombres. Si bien es cierto, la mujer es el actor principal frente a este evento traumático, no hay que dejar de lado a la otra parte involucrada, que corresponde a la pareja. En varios casos de aborto, el hombre también comparte el impacto psicológico que conlleva esta práctica, pues el género masculino enfrenta la pérdida de paternidad. Los altos niveles de angustia psicológica son comunes inmediatamente después de la pérdida, y aproximadamente uno de cada cinco padres sufre de angustia psicológica y duelo duradero. Además, se sugiere que los hombres suelen experimentar una lucha entre expresar y reprimir su dolor para asumir el papel de apoyo a su pareja (Lerner & Guillaume, 2008).

Consecuencias psicológicas del aborto

Zulčić et al. (2012) llevaron a cabo una investigación con 120 adolescentes y hallaron que aquellos que se habían sometido a un aborto mostraban índices de afectación psicológica mucho más elevados que el grupo de control. El 30 % de los participantes cumplió con criterios de trastorno por estrés postraumático y el 75 % presentó síntomas de depresión, lo que demuestra la magnitud del impacto emocional en este grupo etario vulnerable. Los autores destacan que estas disparidades no solo se deben a la edad, sino también al estigma y la carga emocional vinculados con el aborto. Las investigaciones reportan que las adolescentes manifestaban emociones de miedo, culpa y aislamiento social después del acontecimiento. Estos descubrimientos muestran

que el aborto en los adolescentes no solo conlleva un peligro físico, sino también una notable degradación emocional con efectos duraderos.

Fernández et al. (2018) detectaron que la pérdida gestacional genera una variedad de reacciones emocionales intensas, como miedo persistente, irritabilidad, insomnio y profunda tristeza, que pueden durar varias semanas o meses. Si no se manejan correctamente estos síntomas, el riesgo de que se conviertan en episodios de ansiedad clínica o trastornos depresivos puede incrementarse. La investigación indica que, muchas mujeres tienen pensamientos persistentes acerca de la pérdida y temen volver a quedar embarazadas por miedo a pasar por la misma experiencia nuevamente. De igual manera, las reacciones fisiológicas derivadas del estrés continúan activas aun después de que la fase física del aborto ha sido superada. Esta situación muestra que el duelo postaborto es un proceso complicado que afecta el bienestar psicológico en general.

Según Lok y Neugebauer (2007), el aborto puede provocar sentimientos intensos como hostilidad, ira, anhedonia, culpa y un claro sentido de vacío emocional. Los autores explican que el hecho de que numerosas mujeres perciban la experiencia como un fracaso personal incrementa la autocrítica y los sentimientos de indignidad. Además, en algunos casos se detectó la existencia de conductas autodestructivas e ideas suicidas, las cuales evidencian el profundo impacto emocional del suceso. Estos síntomas son compatibles con los criterios del Trastorno Depresivo Mayor y del Trastorno de Estrés Postraumático, especialmente en lo que concierne a la reexperimentación y a la alteración del estado de ánimo. El análisis enfatiza que, si no se brinda un apoyo emocional adecuado, estas respuestas pueden persistir, lo cual tendría efectos duraderos en la salud mental.

López (2012) subraya que el aborto puede ser un factor desencadenante importante del trastorno por estrés postraumático, ya que numerosas mujeres experimentan reacciones emocionales intensas como miedo constante, pesadillas y comportamientos de evitación después de la pérdida gestacional. El autor señala que el impacto psicológico del evento es significativo, lo cual se evidencia en síntomas traumáticos como disfunción sexual, pensamientos suicidas y abuso de sustancias. Cuando el aborto tiene lugar en contextos de estigmatización social, silencio emocional o carencia de apoyo adecuado, estos efectos tienden a prolongarse. Además, se indica que el aborto puede desafiar las convicciones esenciales de la mujer acerca de sí misma y de su capacidad para manejar su vida reproductiva. El estudio establece que la experiencia postaborto se desarrolla como un proceso emocional complejo que requiere tratamiento clínico especializado.

Estudios sobre las consecuencias psicológicas asociadas al aborto

Farren et al. (2020) examinaron a 650 mujeres que habían sufrido una pérdida gestacional y descubrieron que el 40 % presentó síntomas de trastorno por estrés postraumático tres meses después del suceso. La intensidad del malestar emocional se evidencia a través de síntomas como la evitación de situaciones o lugares asociados con el embarazo, la presencia de recuerdos intrusivos y pesadillas frecuentes. La investigación subraya que la pérdida gestacional no es un proceso de duelo lineal, sino que puede convertirse en un trauma duradero. Asimismo, se observó que varias mujeres conservaban altos niveles de angustia a pesar de haber recibido atención médica. Los autores enfatizan que el aborto y la pérdida gestacional requieren un seguimiento psicológico específico.

Nordal et al. (2005) concluyeron que las mujeres con abortos inducidos mostraron niveles mucho más elevados de vergüenza, culpa y evitación que las que padecieron abortos espontáneos. Los investigadores descubrieron que estas emociones negativas se mantenían aún cinco años

después del suceso, lo cual evidencia el impacto psicológico prolongado. Además, las participantes manifestaron incomodidad y autocrítica intensa al recordarles el embarazo, así como dificultades para hablar sobre el tema. La investigación enfatiza que el aborto inducido puede dar lugar a procesos de luto más complejos y prolongados. Estos resultados subrayan la relevancia de la asistencia terapéutica para reducir el efecto psicológico a largo plazo.

Rue et al. (2004) encuestaron a mujeres de Estados Unidos y Rusia; el 65 % de las estadounidenses y el 13 % de las rusas mostraron síntomas de TEPT después de un aborto inducido. Estas diferencias culturales evidencian cómo el entorno social y el nivel de estigma modifican la experiencia emocional después del aborto. El estudio halló que los síntomas traumáticos incluían la reexperimentación del suceso, ansiedad severa y la evitación de situaciones que les recordaran el embarazo. Además, se informaron altos niveles de culpa internalizada, especialmente en contextos en los que la práctica está altamente moralizada. Los estudios revelan que, aunque con cifras diferentes, siempre existe una asociación entre el aborto provocado y el trauma psicológico.

Según Coleman (2011) quien realizó un metaanálisis de diversas investigaciones internacionales, las mujeres que se sometieron a un aborto tenían un 81 % más de probabilidad de sufrir trastornos mentales. Se detectaron, entre las consecuencias más comunes, el abuso de sustancias, la conducta suicida, la ansiedad y la depresión. Además, estableció que al menos el 10 % de los problemas emocionales posteriores podían asociarse directamente con abortos anteriores, lo que evidencia la solidez de esta relación. La investigación enfatiza que la carencia de apoyo emocional y el estigma social empeoran los síntomas; por lo tanto, resalta la importancia de implementar políticas de salud mental que incluyan seguimiento posterior a un aborto.

Capítulo V: La Propuesta

Esquema de la propuesta

Título de la propuesta

Programa de acompañamiento psicológico para el abordaje de las consecuencias psicológicas en las parejas que han experimentado un aborto.

Justificación

La propuesta responde, al correlato investigado, sobre la necesidad de soporte emocional especializado para parejas que atraviesan pérdidas gestacionales. Tratar el duelo y el trauma facilita la recuperación emocional, social y familiar y mejora la salud mental.

Objetivo general de la propuesta

Diseñar un plan de apoyo para el afrontamiento adaptativos para disminuir el impacto psicológico después del aborto en parejas.

Metodología

El propósito de esta propuesta clínica es describir un enfoque de intervención para el tratamiento psicológico de parejas que han experimentado un aborto. La propuesta de intervención se basa en los lineamientos de la Terapia Cognitivo-Conductual, mediante el manejo de las emociones a través de la identificación, el análisis y la modificación de las cogniciones y conductas negativas que dificultan el afrontamiento de la culpa, la ansiedad y el duelo complicado.

La intervención propuesta se basa en un modelo de apoyo emocional, impartido en un formato breve. El programa se diseña para desarrollarse en un período de 4 semanas, con sesiones semanales de 60 minutos. Las sesiones se planificadas se llevarían a cabo de manera sistemática, con el objetivo de tratar los síntomas de malestar psicológico de forma organizada e incluirá

evaluación clínica, intervención en crisis, contenidos psicoeducativos generales y específicos, y técnicas cognitivo-conductuales.

Desarrollo de la propuesta

Se ha diseñado la propuesta para ser implementada en un periodo de 4 semanas, una sesión semanal, que se exponen en la tabla 2 de manera detallada con cada uno de los objetivos establecidos por actividad.

Tabla 2

Actividades de la propuesta (intervención en pareja)

#	Intervención	Tipo de intervención	Objetivo	Técnicas
Sesión 1	Valoración Clínica	Evaluativa	Determinar el nivel de conflicto emocional que presenta la pareja.	Entrevista clínica.
Sesión 2	Reestructuración cognitiva enfocada en la culpa.	Asesoramiento cognitivo-conductual.	Modificar pensamientos disfuncionales asociados con la culpa.	Registro de pensamientos, debate socrático.
Sesión 3	Psicoeducación del duelo complejo y resignificación de la culpa.	Intervención cognitivo-emocional.	Comprender el duelo y disminuir sentimientos asociados a la culpa.	Psicoeducación, técnica del pastel.
Sesión 4	Autocuidado y red de apoyo	Intervención psicosocial	Fortalecer recursos emocionales y sociales.	Plan de autocuidado, red de apoyo.

Sesión 1: Valoración Clínica

En esta sesión, el psicoterapeuta realiza una **entrevista clínica estructurada**, orientada a identificar síntomas como: culpa, ansiedad, tristeza, reexperimentación o evitación.

Intervención del psicoterapeuta

El terapeuta inicia generando un clima de confianza, utilizando escucha activa, empatía y validación emocional. Se evita cualquier juicio moral y se refuerza la legitimidad de las emociones.

Se exploran:

- Significado del aborto para la persona
- Reacciones emocionales actuales
- Estrategias de afrontamiento

Enfoque diferenciado

- En mujeres: Se profundiza en emociones como culpa, vergüenza, tristeza y secuelas postaborto. Se identifica la presión social, cultural o religiosa.
- En hombres: Se exploran emociones menos expresadas (culpa, impotencia, ambivalencia). Se identifica tendencia a evitación emocional (trabajo excesivo, silencio, consumo de sustancias).

Sesión 2: Reestructuración cognitiva enfocada en la culpa.

Esta es la sesión central del enfoque TCC.

Objetivo clínico: Modificar pensamientos disfuncionales relacionados con:

- “Fue mi culpa”
- “Soy una mala persona”
- “No merezco nada bueno”

Aplicación paso a paso

Tabla 3

Aplicación de la Reestructuración Cognitiva.

Paso	Descripción
1. Identificación del pensamiento automático	La terapeuta pregunta: <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué pensaste en ese momento?• ¿Qué te dices a ti mismo/a sobre lo ocurrido?
2. Registro cognitivo	Se organiza en: <ul style="list-style-type: none">• Situación• Pensamiento• Emoción• Intensidad
3. Detección de distorsiones cognitivas	El terapeuta identifica: <ul style="list-style-type: none">• Personalización• Sobregeneralización• Pensamiento dicotómico
4. Debate socrático	Se cuestiona el pensamiento: <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué evidencia tienes?• ¿Hay otra explicación posible?• ¿Qué le dirías a otra persona en tu situación?
5. Reestructuración	Se construye un pensamiento alternativo más realista: “Hice lo mejor que pude con los recursos que tenía”

Enfoque diferenciado

- En mujeres: Se trabaja la culpa moral y social, secuelas (madre, religión, expectativas culturales).
- En hombres: Se trabaja la culpa por no haber protegido, decidido o acompañado adecuadamente.

Rol del terapeuta

Activo, directivo y guiado, facilitando el cambio cognitivo.

Sesión 3: Psicoeducación del duelo complejo y resignificación de la culpa.

Psicoeducación del duelo

El terapeuta explica:

- El aborto como evento de pérdida
- Duelo complejo vs duelo normal
- Emociones ambivalentes

Técnica del pastel (reasignación de la culpa)

Aplicación paso a paso:

1. El terapeuta dibuja un círculo (pastel)
2. Se pide al paciente distribuir la responsabilidad del evento en porcentajes

Ejemplo:

- Factores médicos
 - Familia
 - Pareja
 - Decisión personal
 - Amistades
3. Se analiza cada segmento

El objetivo es reducir la atribución total de culpa al paciente.

Enfoque diferenciado

- En mujeres: Se reduce la autoacusación absoluta y se incluyen factores externos (presión, contexto).
- En hombres: Se trabaja la sensación de responsabilidad indirecta o falta de control.

Rol del terapeuta

Facilitador, ayudando a ampliar la perspectiva y disminuir la carga emocional.

Sesión 4: Autocuidado y construcción de red de apoyo

Intervención

El terapeuta guía la elaboración de un plan de autocuidado, incluyendo:

- Rutinas saludables
- Actividades placenteras
- Regulación emocional

También se identifican redes de apoyo:

- Familia
- Pareja
- Amigos
- Profesionales

Enfoque diferenciado

- En mujeres: Se refuerza la expresión emocional y la búsqueda de apoyo.
- En hombres: Se promueve la verbalización emocional y reducción de evitación.

Rol del terapeuta

- Refuerza avances
- Consolida aprendizajes
- Facilita cierre terapéutico.

Conclusiones

La descripción del aborto permitió concluir que es un fenómeno complejo, el cual, desde una perspectiva biológica, puede ocurrir de forma espontánea o inducida; sin embargo, desde una perspectiva social, ética, cultural y psicológica, es multifacético. El aborto puede darse por diversas circunstancias, entre las que se incluyen las relacionadas con la presión económica o las exigencias de terceros, así como las circunstancias de la pareja y la edad de la mujer. Por estas razones, la decisión del aborto depende en gran medida de las características particulares de la mujer y de las complejas circunstancias en las que se encuentra.

Las investigaciones sobre las consecuencias psicológicas del aborto indican que pueden presentarse a corto y largo plazo y presentar síntomas compatibles con trastornos de ansiedad o depresión, duelo patológico y TEPT, que pueden agravarse y cronificarse ante la falta de apoyo adecuado o una atención psicológica insuficiente tras la decisión de abortar. La investigación también reveló que tanto mujeres como hombres pueden verse afectados de diferentes maneras por un aborto, siendo un factor común la evitación emocional de la experiencia, lo que pone de manifiesto la necesidad de una perspectiva psicológica integral basada en evidencia empírica.

Con base en las investigaciones, se diseñó un programa de apoyo psicológico para mujeres y hombres después de un aborto, basado en diversas técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual como la reestructuración cognitiva, la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el apoyo social. Estas técnicas fomentan la comprensión del proceso de duelo, la reducción de la culpa, la vergüenza, y el aprendizaje de estrategias para gestionar estas emociones complejas, además de la construcción de una red de apoyo. Se considera que la implementación de estos programas sería uno de los medios para promover la recuperación emocional y prevenir el malestar crónico.

Recomendaciones

De acuerdo a las investigaciones, es fundamental fortalecer los programas y políticas de atención postaborto, incorporando servicios psicológicos accesibles y gratuitos que permitan atender las secuelas emocionales. De igual manera, se sugiere capacitar a los profesionales de la salud en enfoques sensibles al trauma, para reducir el estigma y garantizar una atención basada en la empatía y el respeto.

Asimismo, se recomienda que las personas que han experimentado un aborto busquen apoyo emocional y psicológico en las primeras semanas, ya que en este período suelen aparecer síntomas como tristeza, insomnio o pensamientos intrusivos. Contar con el apoyo de familiares o amigos, así como participar en grupos de apoyo o espacios terapéuticos, puede favorecer el afrontamiento saludable y prevenir el aislamiento emocional.

Es importante también, hacer más estudios de las consecuencias psicológicas en parejas consolidadas.

Para futuras investigaciones se recomienda expandir el estudio a través de indagaciones longitudinales que faciliten entender cómo se desarrolla la depresión, la ansiedad, el duelo y el TEPT más allá de los primeros meses después del aborto. Además, explorar en mayor profundidad, la cultura contextual y las experiencias pasadas de trauma. La inclusión de comparaciones entre grupos socioculturales o países podría contribuir de gran manera a la comprensión de las diferencias en la respuesta emocional.

Referencias

- Alarcón, M. (2007). El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Revista médica UIS*, 20(2), 151-156. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1837>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association. doi: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668-673. doi:10.1016/j.midw.2012.06.007. Epub 2012 Aug 3.
- Aznar, J., & Cerdá, G. (2014). Aborto y salud mental de la mujer. *Acta bioethica*, 20(2), 189-195. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
- Bagheri, S., Zarshenas, L., Rakhshan, M., Sharif, F., Moghimi, E., & Hadian, Z. (2023). Impact of Watson's human caring-based health promotion program on caregivers of individuals with schizophrenia. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09725-9>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, O., & Beavin, C. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health*, 8(9), 1152-1161. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>

- Beck, A. (2010). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press.
<https://es.scribd.com/document/932175344/Cognitive-Therapy-and-the-Emotional-Disorders-PDF>
- Berer, M. (2017). Abortion Law and Policy Around the World. *Health Hum Rights*, 19(1), 13-27.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5473035/>
- Besio, M., Chomalí, F., Neira, J., & Vivanco, A. (2008). *Aborto "terapéutico"*.
https://www.iglesia.cl/portal_recursos/documentos/20090422_abortoterapeutico.pdf
- Bicking, C., Baptiste, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. (2015). Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms during Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. *Matern Child Health J*, 19(2), 391-400. doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-014-1521-0>
- Boletín de la ANMM. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- Bouquet, R. (2012). Aborto espontáneo. *Liberabit*, 18(1), 53-58.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100007
- Bourne, S., & Lewis, E. (1984). Delayed psychological effects of perinatal deaths: the next pregnancy and the next generation. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 289(6438), 147-148.
<https://doi.org/10.1136/bmj.289.6438.147>
- Braddock, M. (2024). Do Not Risk Homicide: Abortion After 10 Weeks Gestation. *J Med Philos*, 49(4), 414-432. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhae018>

- Calderón, J., & Alzamora, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 247-252. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400003
- Cardoso, M., Zavala, M., & Alva, M. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109-120. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6071955>
- Center For Reproductive Rights. (2022). *European Abortion Laws A Comparative Overview*. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/06/15381_CRR_Europe_V8.pdf
- Chandrasekaran, S., Key, K., Ow, A., Lindsey, A., Chin, J., & Goode, B. (2023). The role of community and culture in abortion perceptions, decisions, and experiences among Asian Americans. *Front. Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.982215>
- Clark, A., & Wells, B. (1995). *Cognitive Behavioral Model of Social Phobia (Clark & Wells, 1995)*. <https://www.psychologytools.com/resource/cognitive-behavioral-model-of-social-phobia-clark-wells-1995>
- Clark, D., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. The Guilford Press. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1925173>
- Coleman, P. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*, 199(3), 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230.
- Cortés, F., Olhaberry, M., Sieverson, C., Romero, M., Tagle, M., & Mena, C. (2025). Duelo perinatal, salud mental y la importancia del acompañamiento psicológico. *Revista Médica*

- Clínica Las Condes*, 36(3), 221-227.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686402500046X>
- Council on Foreign Relations. (2024). *Abortion Law: Global Comparisons*.
<https://www.cfr.org/article/abortion-law-global-comparisons>
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womens Health*, 3(23), 1-7. doi:<https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- Eppig, J., Bravo, G., Galarraga, T., & Estrada, G. (2025). Interacción entre hormonas y salud reproductiva: el impacto de los trastornos endocrinos en la fertilidad femenina. *RECIMUNDO*, 9(1), 965-981.
doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.965-981](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.965-981)
- Farren, J., Jalnbrand, M., Falconieri, N., Mitchell, N., Bobdiwala, S., & Al-Memar, M. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 222(4).
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Fernández, E. (2016). El aborto, ¿una cuestión de decisión personal en búsqueda de un bien? Secuelas psicológicas y morales. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 9(4), 261-268.
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053362/rcm-v9-n4-2016_pag261-268.pdf
- Fernández, E., Rengel, C., Morales, I., & Labajos, M. (2018). Estrés postraumático y síntomas relacionados en un embarazo posterior a una pérdida gestacional: revisión narrativa. *Salud mental*, 41(5), 237-243. https://www.researchgate.net/publication/328609084_Post-traumatic_stress_and_related_symptoms_in_a_gestation_after_a_gestational_loss_Narrative_review

- Frohworth, L., Coleman, M., & Moore, A. (2018). Managing Religion and Morality Within the Abortion Experience: Qualitative Interviews With Women Obtaining Abortions in the U.S. *World Med Health Policy*, 3(4), 381-400. doi:<https://doi.org/10.1002/wmh3.289>
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251. <https://doi.org/10.1080/02646830903487342>
- Glaser, N., & Baum, N. (2023). The experience of men following stillbirth: the case of Israeli bereaved fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(2), 443-458. doi:<https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2237541>
- Gracia, M. (2023). Una revisión del impacto emocional de la pérdida perinatal previa en un embarazo posterior. *Musas*, 8(1), 150-165. doi:<https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num1.8>
- Human Rights Watch. (2021). *Ecuador: Criminalizar el aborto vulnera derechos y afecta la salud*. <https://www.hrw.org/es/news/2021/07/14/ecuador-criminalizar-el-aborto-vulnera-derechos-y-afecta-la-salud>
- Hutti, M., Armstrong, D., Myers, J., & Hall, L. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 44(1), 42-50. doi:<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
- Infosalus. (2020). *El aborto espontáneo puede desencadenar estrés postraumático*. <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-aborto-espontaneo-puede-desencadenar-estres-postraumatico-20200115075841.html>
- Ipas México. (2021). *El aborto como un asunto de salud pública*. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1365>

- Jones , R., & Jerman, J. (2017). Abortion Incidence and Service Availability In the United States, 2014. *Perspect Sex Reprod Health*, 49(1), 17-27. <https://doi.org/10.1363/psrh.12015>
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet , A., & Rodriguez, M. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception.*, 99(2), 77-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.002>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., & Baust, K. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(6), 372-381. doi:<https://doi.org/10.1159/000348713>
- Khosravi, M. (2021). Worden's task-based approach for supporting people bereaved by COVID-19. *Curr Psychol*, 40(11), 5735–5736. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01292-0>
- Koiwa , Y., Shishido , E., & Horiuchi, S. (2024). Factors Influencing Abortion Decision-Making of Adolescents and Young Women: A Narrative Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.*, 21(3), 1-24. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph21030288>
- Krosch, D., & Shakespeare, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma*, 9(4), 425-433. doi:<https://doi.org/10.1037/tra0000183>
- Larroca, C., & Chaquiriand, V. (2021). Manejo inicial del aborto. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(2), 22-26. <https://www.researchgate.net/publication/354354592>
- Lee, D., Scragg, P., & Turner, S. (2002). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based TEPT. *British Journal of Medical Psychology*, 7(4), 451-466. doi:<https://doi.org/10.1348/000711201161109>

- Lerner, S., & Guillaume, A. (2008). La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, *1*(2), 29-45. doi:<https://doi.org/10.31406/relap2008.v1.i1.n2.2>
- Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación. (2022). *Registro Oficial No. 53, 29 de abril de 2022*. <https://vlex.ec/vid/ley-organica-regula-interrupcion-902744239>
- Lok, I., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, *21*(2), 229-247. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17317322/>
- López, N. (2012). ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? *Cuadernos de bioética*, *23*(78), 565-586. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4418042>
- Lundell, I. W., Sundström Poromaa, I., Frans, Ö., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., Nyberg, S., Sydsjö, G., Georsson Öhman, S., Ostlund, I., & Skog Svanberg, A. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *18*(6), 480–488. <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.828030>
- Luna, M., Hamana, L., Colmenares, Y., & Maestre, C. (2001). Ansiedad y Depresión. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, *20*(2), 111-122. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002
- Mahalia, A., & Lavelanet, A. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Soc Sci Med*, *311*(22), 1-15. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9577010/pdf/main.pdf>

- Maradiegue, E. (2006). Aborto como causa de muerte materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(3), 150-153. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9506233>
- Mayall, K., Ajayi, L., & Gruer, C. (2025). Global progress in abortion law reform: a comparative legal analysis since the International Conference on Population and Development (1994–2023). *Sex Reprod Health Matters*, 33(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40292540/>
- Mayo, D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200012
- Miller, C. (2023). The Scourges: Why Abortion Is Even More Morally Serious than Miscarriage. *J Med Philos*, 48(3), 225-242. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhad014>
- Ministerio de Salud. (2017). *Ministerio de Salud aclara los alcances de memorando sobre atención de mujeres que llegan con abortos en curso y secuelas de abortos*. <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-aclara-los-alcances-de-memorando-sobre-atencion-de-mujeres-que-llegan-con-abortos-en-curso-y-secuelas-de-abortos/>
- Montes, M. (2025). Caracterización clínica de pacientes adolescentes con aborto. *CUNORI*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.36314/cunori.v9i1.334>
- Montoya-Gambini, N. J. S.; Apaza-García, J. J.; Munares-García, O. F. (2024). Association between induced abortion and depression: A systematic review and meta-analysis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 62(1), e5430. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10278156>
- Nordal, A., Moum, T., Sejersted, A., & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*, 3(18), 1-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343341/>

- O'Leary, J. (2003). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 7-18. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-003-0037-1>
- Obst, K., & Due, C. (2019). Australian men's experiences of support following pregnancy loss: A qualitative study. *Midwifery*, 70(19), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.013>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Aborto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Aborto provocado*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> *Trastornos de ansiedad*.
- Onofre, E. (2017). Aborto inducido en hospitales de referencia de la región puno y su impacto en la salud pública en el 2010. *Revista de Investigación Carrera Profesional de Obstetricia*, 1(1), 1-32. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45510.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. https://www.womenonwaves.org/en/media/inline/2015/6/20/aborto_sin_riesgos_guia_tecnica_y_de_politicas_para_sistemas_de_salud_who_2012.pdf?is_http_request=true&auth_replay_token=bB00k8kK47pdEOy5I7uh

- Ortiz, E. (2017). *El 85% de los abortos registrados en el Ecuador son por causas desconocidas*.
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/el-85-de-los-abortos-registrados-en-el-ecuador-son-de-causas-desconocidas-90319>
- Pacora, P. (2014). Aborto terapéutico: ¿realmente existe? *Acta Médica Peruana*, 31(4), 234-239.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400006
- Pantelides, E. (2008). Los varones y su relación con el aborto. Revisión de la bibliografía y sugerencias para la investigación. *Revista Latinoamericana de Población*, 27(46), 27-46.
<https://doi.org/10.31406/relap2008.v2.i2.n3.7>
- Pitilin, E., Banazeski, A., Bedin, R., & Gasparin, V. (2016). Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. *Enfermería Global*, 15(43), 2016. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300017
- Pourreza, A., & Batebi, A. (2011). Psychological Consequences of Abortion among the Post Abortion Care Seeking Women in Tehran. *Iran J Psychiatry*, 6(1), 31-36.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3395931/>
- Quenby, S., Gallos, L., Dhillon, R., Podsek, M., Stephenson, M., & Fisher, J. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Ramírez, A., Cala, B., Fajardo, D., & Grave, P. (2019). Factores causales de infertilidad. *Revista Información Científica*, 98(2), 283-293.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000200283&lng=es&tlng=es

- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia (resumen ejecutivo). *Estudios demográficos y urbanos*, 31(3), 833-860. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833
- Remes, O., Mendes, J., & Templeton, P. (2021). Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sci*, 11(12), 1-33. doi:<https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>
- Rocano, B., & Álvarez, J. (2024). El Aborto, un enfoque de la realidad actual en el Ecuador en 2024. *Religación*, 10(44), 1-20. <https://doi.org/10.46652/rgn.v10i44.1369>
- Rodríguez, C., De los Ríos, M., González, M., & Quintana, D. (2020). Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*, 24(6), 1349-1365. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349
- Rondón, M. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. PROMSEX. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>
- Rue, V., Coleman, P., Rue, J., & Reardon, D. (2004). Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*, 10(10), 5-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15448616/>
- Ryninks, K., Wilkinson, M., & Stacey, A. (2022). Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PlosOne*, 17(8), 1-16. <https://www.researchgate.net/publication/362561096>

- Salazar, J., Herrera, S., & Hernández, C. (2025). El suicidio y su manifestación en iconos: Un análisis cultural. *Ciencia Latina*, 9(4). doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19278
- Sánchez, S., Bastidas, G., Alfonso, I., & Labrada, E. (2019). Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias. *Espacios*, 40(39), 1-11. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n39/a19v40n39p09.pdf>
- Santarelli, N., & Anzorena, C. (2020). Religiosidad y experiencias emocionales sobre aborto. *Con X*, 37(7). <https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/160/1602410001/index.html>
- Scala, J. (2010). *Curso Básico sexualidad y vida humana*. <https://es.scribd.com/document/403662553/SEXUALIDAD-y-VIDA-HUMANA-Curso-Ba-sico-Dr-SCALA>
- Statista. (2025). *Unintended pregnancy and abortion rates worldwide from 1990 to 2019*. <https://www.statista.com/statistics/1190620/unintended-pregnancy-rates-abortion-rates/>
- Strong, J. (2022). Men's involvement in women's abortion-related care: a scoping review of evidence from low- and middle-income countries. *Sex Reprod Health Matters*, 30(1), 1-25. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2040774>
- Subramaney, U., Wyatt, G., & Williams, J. (2015). Of ambivalence, shame and guilt: Perceptions regarding termination of pregnancy among South African women. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 105(4), 283-284. https://www.researchgate.net/publication/276103226_Of_ambivalence_shame_and_guilt_Perceptions_regarding_termination_of_pregnancy_among_South_African_women
- Szwarc, L. (2024). Los aportes de las luchas por el aborto. *Critical Times*, 7(1), 26-45. doi: <https://doi.org/10.1215/26410478-11082945>

- Turton, P., & Hughes, P. (2002). Post-traumatic stress disorder and management of stillbirth. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 180(3), 277-281.
https://www.researchgate.net/publication/11489142_Post-traumatic_stress_disorder_and_management_of_stillbirth
- Valdés, A., Velasco, A., Cruz, J., Díaz, A., & Salas, L. (2010). El aborto dentro del contexto social. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1), 130-137.
<https://www.researchgate.net/publication/262518580>
- Van den Akker, O. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(3), 295-304. doi:<https://doi.org/10.1586/eog.11.14>
- Vanni, A. (2017). *Él y el aborto*. San Pablo.
https://books.google.com.ec/books?id=cq0JDgAAQBAJ&pg=PA195&hl=es&source=gb_s_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Vargas, E. (2013). aborto inducido en hospitales de referencia de la región puno y su impacto en la salud pública en el 2010. *revista de investigacion carrera profesional obstetricia*, 1(1), 32-37. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45510.pdf>
- Vizioli, N., & Grasso, J. (2024). Factores protectores y de riesgo asociados a síntomas de ansiedad y de depresión: análisis de perfiles latentes y de predictores. *CES Psicología*, 17(3), 54-68.
<https://doi.org/10.21615/cesp.7166>
- Vukelić, J., Šapić, I., Alegro, A., & Šegota, V. (2017). Phytocoenological analysis of grey alder (*Alnus incana* L.) forests in the Dinarides of Croatia and their relationship with affiliated communities. *TUEXENIA*, 37(1), 65-78. doi:<https://doi.org/10.14471/2017.37.014>
- Wallin, I., Sundström, I., Frans, O., Helström, L., Högberg, U., & Moby, L. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *Eur J*

Contracept Reprod Health Care, 18(6), 480-488.

doi:<https://doi.org/10.3109/13625187.2013.828030>

Worldometers. (2026). *Abortos en el mundo este año*..

https://www.worldometers.info/es/abortos/#google_vignette

Zhao , L., Han , G., Zhao, Y., Jin , G., Ge, T., Yang, W., & Cui , R. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Front Genet*, 11(20), 1-15.

<https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

Zulčić, V., Pajević, I., Hasanović, M., Pavlović, S., & Ljuca, D. (2012). Psychological problems sequalae in adolescents after artificial abortion. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 25(4), 241-247.

doi:10.1016/j.jpag.2011.12.072