

Procedimiento para la atención de pacientes posaborto de su salud mental en el Hospital General Marco Vinicio Iza, ubicado en la provincia de Sucumbíos-Ecuador

Procedure for patients attention posabortion of mental health in the Hospital General Marco Vinicio Iza, located at Sucumbíos Ecuador province

Karla Stefani Solis Castillo^{1*} <https://orcid.org/0009-0008-3615-5123>

Julio Jesús Vargas Peña¹ <https://orcid.org/0000-0003-4454-2867>

Deysi Viviana Bonilla Ledesma¹ <https://orcid.org/0000-0001-9233-188>

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Extensión Quevedo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: uq.karlasc44@uniandes.edu.ec

RESUMEN

Las repercusiones del aborto en el bienestar mental de las mujeres, y los resultados indican que los efectos sobre los síntomas depresivos destacan por ser prolongados y persistentes. El objetivo de la investigación es la propuesta de un procedimiento para la atención de pacientes posaborto a partir de un diagnóstico integral y de su salud mental en el Hospital General Marco Vinicio Iza, ubicado en la provincia de Sucumbíos-Ecuador. El método de estudio es el observacional, donde se utiliza un procedimiento para el diagnóstico integral y de la salud mental de una muestra de 42 pacientes. La mayor cantidad de abortos es las edades de

18 a 21 años, diferidos por problemas fisiológicos. El estado civil de las pacientes a es en unión libre para un 43 % y de los tipos de abortos que más se realizaron son diferidos. Existió atención psicológica en las pacientes con un 81 % de los participantes y no existe referencia de que realice una atención psicológica a partir de los traumas que pueda causar a las pacientes esta práctica clínica. Del total de pacientes encuestadas el 57 % tuvieron síntomas de depresión dentro de los factores de riesgo el de mayor prevalencia en las son los fibromas seguido del consumo del café y la anemia. La organización de la metodología de trabajo con el área de psicología es un aspecto fundamental para conseguir el objetivo de que todas las pacientes que posaborto cuenten con una atención psicológica y no solo las adolescentes.

Palabras clave: diagnóstico; psicología; factores de riesgo; aborto.

ABSTRACT

The repercussions of the abortion in the women's mental well-being, and results suggest that the effects on the depressive symptoms highlight to be prolonged and persistent. The objective of investigation is the proposal of a procedure for patients' attention posaborto as from an integral diagnosis and of his mental health in the Hospital General Marco Vinicio Iza, located at Sucumbíos Ecuador's province. The method of study is the observacional, where a procedure for the integral diagnosis of the mental health of 42 patients' sign and is utilized. The bigger quantity of abortions is the ages of 18 to 21 years, differed for physiological problems. The marital status of the patients to you are in free union for a 43 % and of the types of abortions what else they accomplished music deferred. Psychological attention in the patients with 81 % of the participants existed and reference that you accomplish a psychological attention as from the traumas that you may cause to

the patients this clinical practice does not exist. Of polled patients' total the 57 % symptoms of depression within the risk factors had the one belonging to bigger prevalence in the fibroids followed of the consumption of coffee and the anemia are them for. The organization of the methodology of work with the area of psychology is a fundamental aspect to get the objective of than all patients that they tell posabortion with a psychological attention and did not sole teens.

Keywords: Diagnosis; psychology; risk factors; abortion.

Recibido: 07/11/2023

Aceptado: 12/12/2023

Introducción

El embarazo, comienza desde la fecundación de un óvulo por un espermatozoide para formar un embrión, el cual es un viaje fisiológico complejo que dura entre 37 y 40 semanas hasta la preparación para el nacimiento y la aparición de un recién nacido. Este proceso transformador se divide intrincadamente en tres trimestres, con un reconocimiento crucial de que el trimestre inicial y los siguientes encierran la posibilidad de que se produzca un aborto.⁽¹⁾ El primer y el segundo trimestres presentan específicamente una ventana de vulnerabilidad ante la posibilidad de que se produzca un aborto debido a varios factores que pueden afectar el curso del embarazo ⁽²⁾.

Para el diagnóstico y el tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, define el aborto como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa menos de 500 gramos.⁽²⁾ Los datos estadísticos sobre las tasas de pérdida clínica revelan

que aproximadamente del 10 al 15 % de los embarazos experimentan dicha pérdida, y una mayoría significativa de más del 80% de los abortos se manifiestan antes de completar las 12 semanas de gestación.⁽¹⁾

Numerosos estudios de investigación han profundizado en las repercusiones del aborto en el bienestar mental de las mujeres, y los resultados indican que los efectos sobre los síntomas depresivos y el dolor perinatal después del aborto son variables. Se han obtenido resultados contradictorios, y algunos estudios sugieren que los síntomas tienden a aliviarse y parecerse a los de la población general en un período que oscila entre 6 meses y 1 año después del aborto.⁽³⁾

Por el contrario, otras investigaciones destacan la persistencia prolongada de los síntomas depresivos, incluso hasta 3 años después de la pérdida, lo que subraya la intrincada naturaleza de la dinámica de la salud mental después del aborto. La salud mental de la madre se perfila como un aspecto fundamental en el contexto del aborto, ya que descuidar este aspecto puede provocar graves consecuencias, como las tendencias suicidas entre las mujeres.^(4,5)

Además de las manifestaciones depresivas, las mujeres que sufren un aborto espontáneo pueden experimentar toda una gama de síntomas perinatales relacionados con el duelo, que incluyen entumecimiento emocional y una profunda sensación de añoranza por el feto.⁽²⁾ Sorprendentemente, el impacto emocional del aborto espontáneo se hace eco de la intensidad y la duración de otras formas de experiencias de pérdida importantes, lo que subraya las profundas complejidades emocionales que se entrelazan en el ámbito de la salud materna y los resultados del embarazo.⁽⁶⁾

Además de experimentar síntomas de depresión, las mujeres también pueden experimentar sentimientos de dolor perinatal y síntomas de duelo después de un aborto espontáneo, como entumecimiento emocional y añoranza por el hijo que

han perdido.⁽⁷⁾ El impacto emocional de un aborto espontáneo es similar al de otros tipos de pérdidas en términos de intensidad y duración del proceso de duelo.⁽⁸⁾

A pesar de las similitudes entre el duelo y la depresión, es importante reconocer que pueden manifestarse y entenderse con claridad. Se han reportado que algunas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo pueden presentar síntomas relacionados con el duelo, como lidiar con emociones intensas y tratar de encontrar significado a su pérdida, aunque no necesariamente muestran signos de depresión y logran mantener un nivel funcional de actividades diarias.^(8,9) Sin embargo, la mayoría de los estudios de investigación sobre el aborto espontáneo se han centrado predominantemente en los síntomas de la ansiedad y la depresión, y solo un número limitado ha profundizado en el examen simultáneo de la depresión y el duelo perinatal, siendo una excepción a esta tendencia.⁽¹⁰⁾

La falta de hijos se ha relacionado constantemente con la manifestación de síntomas depresivos y dolor perinatal después de un aborto espontáneo. Se ha observado que las mujeres que tienen uno o más hijos vivos tienen un riesgo reducido de desarrollar depresión o de experimentar síntomas de duelo perinatal después de un aborto espontáneo.⁽¹¹⁾ En consecuencia, se han llevado a cabo investigaciones para determinar si un embarazo posterior y dar a luz a un niño sano podrían aliviar los síntomas depresivos y relacionados con el duelo asociados a un aborto espontáneo anterior.⁽¹⁰⁾

Otros investigadores descubrieron que las mujeres que han sufrido anteriormente una pérdida prenatal seguían presentando síntomas depresivos incluso después de la llegada de un bebé sano durante un embarazo posterior. Por el contrario, otros estudios han reportado una disminución significativa en el nivel de duelo asociado con un embarazo posterior.⁽¹²⁾ Además, postulan que un embarazo posterior permite a las mujeres recuperar funciones vitales que perdieron debido a un aborto espontáneo, como las funciones de mujer embarazada y madre, lo que podría

facilitar una recuperación más rápida de la angustia relacionada con el aborto espontáneo.⁽¹²⁾

Dados los hallazgos inconsistentes descritos anteriormente, es plausible considerar que la presencia de niños vivos puede afectar el duelo perinatal en mayor medida que los síntomas depresivos; sin embargo, esta hipótesis justifica una investigación empírica. La aparición del síndrome postaborto es un fenómeno reciente en la comunidad científica.⁽¹²⁾

También existen estudios que reflejan una figura clave la depresión posaborto, se observa que las mujeres que se someten a un aborto no solo presentan síntomas físicos, como dolores de cabeza y de estómago, sino también manifestaciones emocionales, como trastornos del sueño, ataques de pánico, episodios de depresión, abuso de sustancias, relaciones sexuales dolorosas, falta de deseo sexual, incapacidad para alcanzar el orgasmo, etc.⁽¹³⁾

Por el contrario, investigaciones similares destacan la gran preocupación que rodea el bienestar mental de las mujeres que abortan, en particular las que se producen debido a un aborto. Diversos estudios y observaciones clínicas indican que las respuestas psicológicas difieren entre las personas, pero nunca están exentas de consecuencias.⁽¹⁴⁾ Estas reacciones van desde la ansiedad y la depresión hasta los sentimientos de vacío y tristeza, y se asemejan a una afección específica conocida como síndrome postaborto, que comparte similitudes con el trastorno de estrés postraumático.⁽¹²⁾

Las mujeres que interrumpen sus embarazos debido a anomalías fetales, especialmente aquellas incompatibles con la vida, también sufren trastornos de salud mental.⁽¹²⁾ Existen estudios que enfatizan en el papel crucial de la mejora institucional, y cita la exitosa colaboración con los centros de salud para abordar los problemas posteriores al aborto. Su estudio revela que más del 40 % de los

pacientes que buscan atención a nivel comunitario son adolescentes sexualmente activas que carecen de acceso a servicios anticonceptivos confiables.⁽¹⁴⁾

La afirmación de que el aborto tiene efectos perjudiciales para las mujeres parece más una estrategia empleada por los movimientos antiabortistas en los Estados Unidos y otros países, que una preocupación genuina por el bienestar de las personas que se someten a una interrupción del embarazo.^(9,10,14) De manera similar, otros clasifican los síntomas psicológicos según la edad de las mujeres, y señalan que los adultos a menudo muestran comportamientos como la promiscuidad, los intentos de suicidio, las autolesiones y una tristeza profunda que conduce a interrupciones en las relaciones interpersonales, sociales y familiares.⁽¹²⁾

Además, las mujeres que se someten a un aborto, en particular las que planean un embarazo, pueden presentar tasas más altas de depresión. Independientemente de la planificación del embarazo, las personas que reciben servicios de aborto en centros de atención médica suelen agruparse junto con las pacientes en posparto y sus recién nacidos,⁽¹³⁾ Teniendo en cuenta los numerosos cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos que se producen durante el embarazo, las mujeres se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad, por lo que requieren enfoques de atención médica atentos.⁽¹⁰⁾ Por lo antes expuesto, el objetivo de la presente investigación es la propuesta de un procedimiento para la atención de pacientes posaborto a partir de un diagnóstico integral y de su salud mental en el Hospital General Marco Vinicio Iza, ubicado en la provincia de Sucumbíos-Ecuador.

Métodos

El método de estudio utilizado es el observacional, de naturaleza retrospectiva utilizando un enfoque cuantitativo y cualitativo dentro de un marco de diseño

descriptivo no experimental. Para ello se realiza una revisión exhaustiva de la literatura centrada en el aborto y sus implicaciones para la salud mental.

Se utiliza un procedimiento para el diagnóstico como instrumento dirigido a las pacientes que enfrentan problemas de aborto en el Hospital General Marco Vinicio Iza, ubicado en la provincia de Sucumbíos-Ecuador. Para ello se procedió a pedir el permiso necesario y solo se entrevistaron a aquellos pacientes que estuvieron de acuerdo a que se le aplicara el instrumento.

Para diagnosticar la salud mental de mujeres que han sufrido abortos, se debe seguir el siguiente procedimiento que incluye los siguientes pasos:

1. Creación de un entorno de confianza:

- Asegure un entorno privado y seguro.
- Establezca una relación de empatía y asegure confidencialidad total.

2. Recolección de la Historia Clínica:

- Realice una historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales, familiares, y cualquier episodio previo relacionado con la salud mental.
- Registre detalles específicos sobre el aborto, incluyendo el momento en la vida de la mujer, circunstancias, y reacciones emocionales inmediatas.

3. Evaluación del Estado Mental Actual:

- Realice una entrevista clínica para evaluar el estado mental actual, prestando atención a signos de depresión, ansiedad, estrés postraumático, y otros trastornos afectivos.
- Use instrumentos validados como el Inventario de Depresión de Beck o la Escala de Ansiedad de Hamilton.

4. Exploración del Duelo y Trauma:

- Investigue el proceso de duelo, reconociendo que puede ser complicado o no resuelto.

- Evalúe síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que pueden surgir después de experiencias traumáticas como un aborto.

5. Valoración de Riesgo de Autolesión y Suicidio:

- Realice una evaluación de riesgo de autolesión o suicidio, especialmente si la paciente muestra signos de desesperanza o desesperación.

6. Análisis de Factores Psicosociales:

- Considere el contexto social y personal, incluyendo soporte familiar, estigma social, y otros factores de estrés.

7. Examen Físico y Pruebas Complementarias:

- Coordine un examen físico para descartar problemas médicos que puedan influir en la salud mental.

- Si es necesario, solicite pruebas complementarias como análisis de sangre para descartar desequilibrios hormonales o endocrinos.

8. Diagnóstico Clínico:

- Integre los datos recogidos para formular un diagnóstico clínico según los criterios del DSM-5 o ICD-10.

- Considere diagnósticos diferenciales y comorbilidades.

Es crucial reconocer que cada mujer es única y por lo tanto, el proceso de diagnóstico debe ser personalizado y sensible a las experiencias individuales de cada paciente. Además, se debe tener en cuenta que la recuperación puede ser un proceso a largo plazo que requiere paciencia y comprensión tanto por parte del profesional como de la paciente.

Se utilizaron además las historias clínicas de las pacientes como principal herramienta de recopilación de datos.

Los datos recogidos para cada paciente fueron:

- Edad, antecedentes obstétricos, formas clínicas de presentación, edad gestacional al momento de ocurrir el evento, tipo de intervención terapéutica

realizada, factores de riesgo; definiéndose como factores de riesgo la edad materna mayor de 35 años.

- Edad paterna mayor de 40 años, anomalías estructurales del útero, aborto espontáneo previo, fibromas uterinos, pólipos uterinos, infección vaginal (se consideró en el estudio la infección vaginal actual o anterior no mayor de 1 a 2 meses según agente etiológico), consumo de tabaco (solo las pacientes fumadoras activas).
- Consumo de alcohol (no está fijado por la cantidad ingerida en un período determinado sino por consumirlo durante el embarazo), consumo de café (consumo mayor de tres tasas por día), obesidad (índice de masa corporal > 25 kg/m²).
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, tratamientos previos de infertilidad, hipertensión arterial (pacientes dispensarizadas y con necesidad de tratamiento farmacológico), diabetes mellitus (pregestacional y gestacional)
- Desnutrición proteico-energética (según tablas cubanas), hipotiroidismo (casos diagnosticados), anemia (cifras de hemoglobinas por debajo de 110 g/l diagnosticadas antes del episodio de sangramiento provocado por el aborto).

Además, se entrevistaron a pacientes que no habían buscado atención psicológica y que posteriormente fueron dadas de alta con un diagnóstico de aborto, lo que dio como resultado una muestra de 42 participantes.

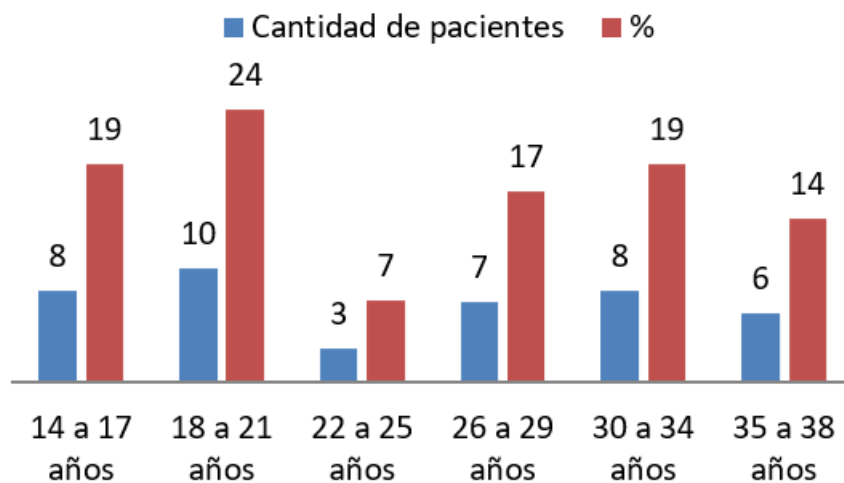
Este enfoque permitió a los investigadores comparar y analizar la información obtenida de las personas que recibieron apoyo psicológico con las que no lo recibieron, lo que facilitó una exploración exhaustiva del tema. Además, las entrevistas realizadas proporcionaron una visión más profunda de las experiencias y perspectivas de los participantes, y ofrecieron valiosos datos cualitativos para

complementar los hallazgos cuantitativos analizados en el paquete estadístico InfoStat.

Resultados y Discusión

La Figura 1 muestra la cantidad de abortos según el rango de edades registradas en el Hospital General Marco Vinicio Iza en el periodo de Junio del 2019 a Junio del 2020. De esta forma se puede observar que del total de encuestados el mayor porcentaje de pacientes que se realizaron abortos se encuentra en el rango de edad de 18 a 21 años que representa el 24 % del total de pacientes que participaron en el estudio.

Seguido a este rango de edad hubo una similar prevalencia de personas con abortos en los rangos de edad de 14 a 17 años y de 30 a 34 años con un porcentaje de 19 % respectivamente. En menor cuantía se observa que en el rango de 22 a 25 años, solo 3 pacientes se realizaron esta práctica para un 7 %.

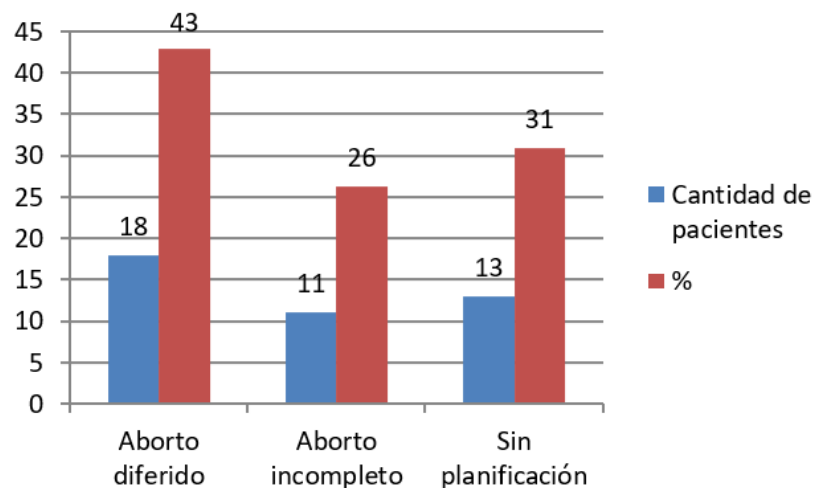


Fuente: Elaboración propia.

Fig. 1- Cantidad de abortos según el rango de edades, registrados en el Hospital General Marco Vinicio Iza en el periodo de Junio del 2019 a Junio del 2020.

Aunque este dato no aporta alguna conclusión válida, toda vez que es solo una muestra, sí ratifica un fenómeno social que es la importancia biológica de este rango de edad; que constituye el período de mayor fecundidad de la mujer en el que los trastornos relacionados con el embarazo tienen una alta incidencia. Algunos autores^(10,12) enfatizan que la amenaza de aborto, el aborto espontáneo y el aborto séptico se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 25 a 29 años, lo que coincide con el estudio. Las adolescentes tienen un mayor porcentaje de abortos espontáneos, muy superior al de otros grupos de edades.

La Figura 2 ilustra la cantidad de pacientes que planificaron su embarazo y terminaron en la práctica del aborto. El 43 % (18 pacientes) de las encuestadas plantean que el aborto fue diferido por problemas fisiológicos que tuvieron luego de saber que estaban embarazadas. Seguido un grupo de 11 pacientes tuvieron que ser asistidas debido a que el aborto fue de forma incompleta para un 26 % del total. Un tercer grupo de los pacientes encuestados indican que el aborto no fue planificado y tuvieron que acceder a él por motivos personales los cuales por ética no se pueden exponer.



Fuente: Elaboración propia.

Fig. 2- Cantidad de paciente que planificaron su embarazo y terminaron en la práctica del aborto.

Según los datos que se presentan en la Figura 3, el estado civil de las pacientes a la hora en que le realizaron el aborto es en mayor cuantía el número de ellas que se encontraban en unión libre para un 43 %, mientras que el 36 % estaban solteras y el 21 % casadas. Ante esta situación se puede afirmar que en la mayoría de los casos que tuvieron que acudir a esta práctica clínica de aborto lo enfrentan aquellas pacientes con problemas socio-económicos que las que presentan mejor condiciones de vida, y en este último caso lo realizan por anomalías que puedan aparecer en el período de embarazo.

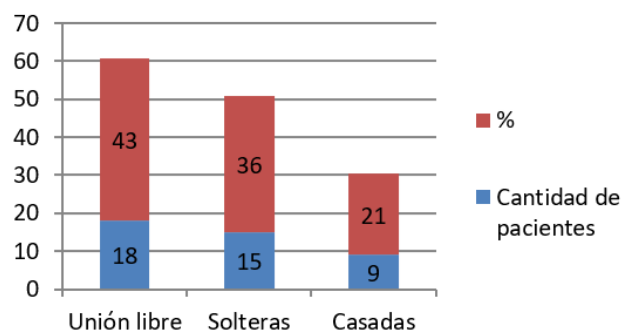


Fig. 3- Estado civil de las pacientes en el momento que le realizaron el aborto.

Fuente: Elaboración propia.

Al indagar en los tipos de abortos que más se realizaron en el período evaluado (Figura 4) los de mayor incidencias son los del tipo diferidos que representan el 43 % seguido de los abortos en curso con un 31 % y los del tipo incompleto un 26 %.

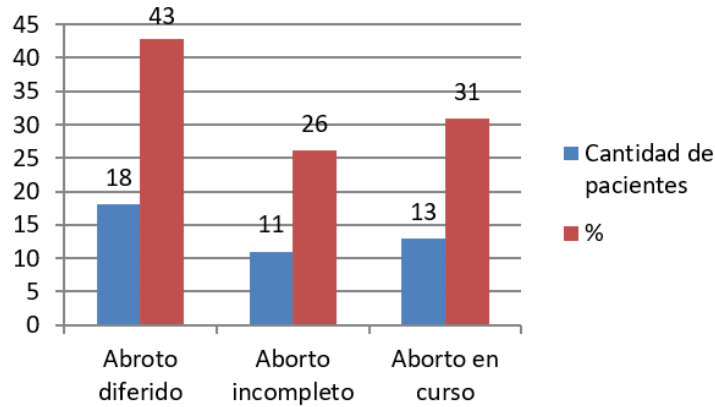


Fig. 4- Tipos de abortos registrados en el período en que se realiza el estudio.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el rango de edad en los que existió atención psicológica en las pacientes con abortos (Figura 5), en el rango de edad de 18 a 38 años con un 81 % de los participantes no existe referencia de que realice una atención psicológica a partir de los traumas que pueda causar a las pacientes esta práctica clínica. Solo un 19 % se evidencia que hubo algún tipo de atención psicológica lo que demuestra que en este sentido se debe de realizar un mayor trabajo.

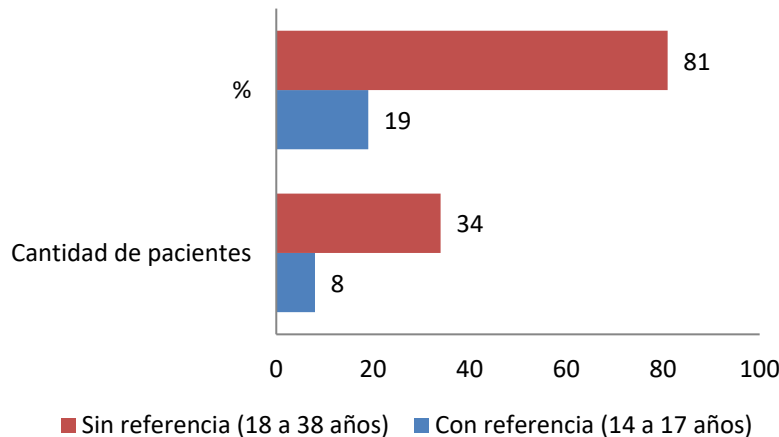


Fig. 5- Rango de edad en los que existió atención psicológica en las pacientes con abortos.

Fuente: Elaboración propia.

Del total de pacientes encuestadas el 57 % tuvieron síntomas de depresión y el 43 % no tuvieron síntomas para lo cual no existen diferencias significativas entre estos dos grupos de personas que estuvieron ingresadas luego de realizarles un aborto.

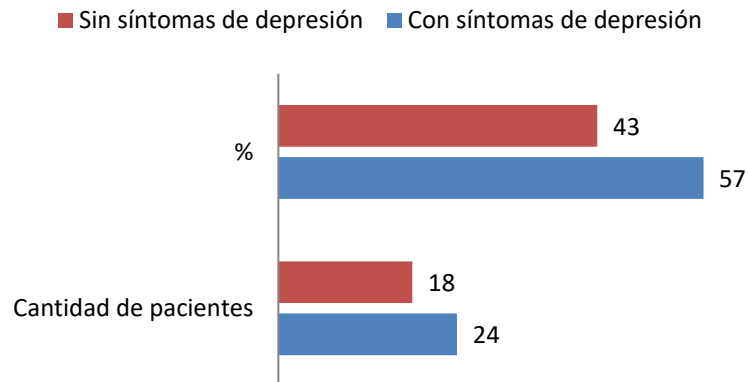


Fig. 6- Pacientes que fueron diagnosticadas con síntomas de depresión.

Fuente: Elaboración propia.

Esos resultados coinciden con estudios anteriores que indican que la mayoría de las mujeres se recupera de un aborto espontáneo en un período aproximado de 6 meses. Sin embargo, en el presente estudio, el nivel de ansiedad y el duelo perinatal variaron según el tiempo transcurrido desde el aborto espontáneo.⁽¹⁵⁾ Los resultados sugieren que, para algunas mujeres, los síntomas persisten mucho tiempo después de la pérdida. De hecho, puede haber varias razones por las que los síntomas de angustia psicológica y salud mental varían con el tiempo, entre ellas las dificultades para concebir otro hijo, y los aniversarios u otras fechas significativas asociadas con el aborto espontáneo.⁽¹⁵⁾

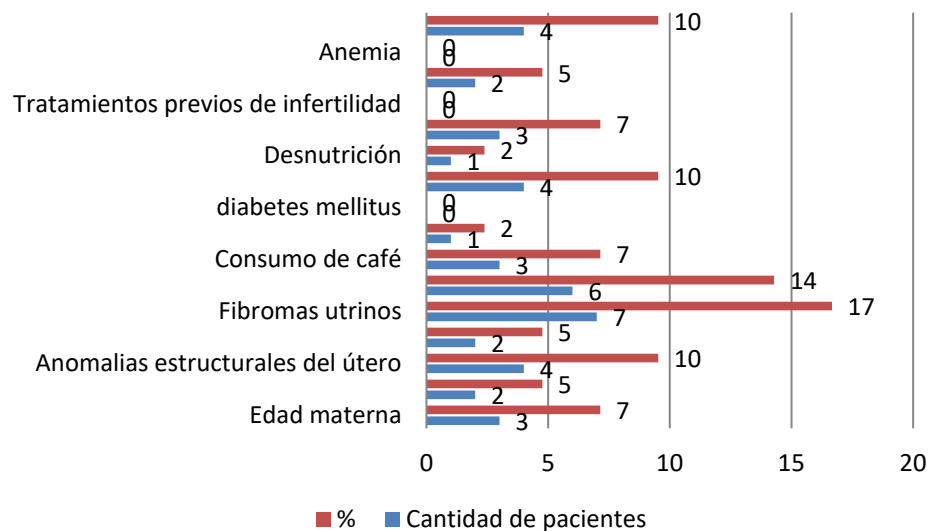
En este sentido, en un estudio anterior se descubrió que la asociación entre la pérdida prenatal, la depresión y la ansiedad no difería significativamente a lo largo del tiempo y podía persistir hasta 3 años. Estudios recientes^(4,12) se indicó que los

síntomas de depresión y de duelo persisten más tiempo en el caso de las mujeres sin hijos o insatisfechas con los servicios de atención de la salud.

En el futuro, los estudios deberán continuar por esta vía y investigar otras variables moderadoras, como la cantidad de abortos espontáneos, la edad, el historial de infertilidad y otras pérdidas anteriores, que podrían poner de manifiesto las condiciones en las que es probable que la depresión, el duelo perinatal y la ansiedad se reabsorban más rápidamente después de un aborto espontáneo.⁽¹⁶⁾

En los estudios se ha observado una disminución en el nivel de satisfacción con las relaciones después de una muerte perinatal, que puede incluso conducir en última instancia a la separación o al divorcio. El temor a otra pérdida, la ansiedad de las madres y las diferencias en las reacciones de los dos cónyuges son elementos que se han identificado⁽¹⁶⁾ como factores que contribuyen a las dificultades conyugales.⁽¹⁸⁾ Desafortunadamente, la naturaleza transversal del presente estudio nos impidió someter esta hipótesis a una prueba. Futuros estudios que utilicen un diseño longitudinal podrían examinar la naturaleza bidireccional de la relación entre la calidad de la relación conyugal y la salud mental e intentar determinar cuál es más probable que prediga a la otra.⁽¹⁹⁾ Diversos estudios anteriores han indicado que las personas que estaban insatisfechas con sus matrimonios, en comparación con las que estaban satisfechas, presentaron 2,68 veces más probabilidades de desarrollar un episodio Depresivo Mayor (EDM),⁽¹²⁾ mientras que nuestra muestra presentó 3,34 veces más riesgo.⁽²⁰⁾

La Figura 7 muestra los factores de riesgo encontrados en las pacientes que tuvieron que hacerse abortos en el período evaluado. Donde el factor de mayor prevalencia en las pacientes son los fibromas seguido del consumo del café y la anemia.



Fuente: Elaboración propia.

Fig. 7- Factores de riesgo encontrados en las pacientes que tuvieron que hacerse abortos en el período evaluado.

La forma clínica más frecuente de manifestarse el aborto fue el sangrado vaginal, lo que coincide con estudios previos al respecto. Es precisamente el sangrado el que hace que las pacientes acudan a solicitar ayuda médica. Por ello, es extremadamente necesaria una atención oportuna y con calidad a las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias. La OMS expresa especial preocupación por el aborto incompleto, ya que puede provocar complicaciones que si no se tratan a tiempo y de manera profesional pueden llegar a causar la muerte de la paciente. Las principales causas de complicaciones del aborto incompleto pueden ser el shock hipovolémico y las infecciones, lo cual aumenta el riesgo de muerte materna hasta en un 60 % de los casos, en algunos países.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

La atención psicológica posaborto es un proceso complejo y delicado que debe ser manejado con cuidado y sensibilidad. El procedimiento para el tratamiento psicológico de mujeres después de un aborto a partir de la información recogida en este estudio se presenta a continuación:

1. Evaluación Inicial:

- Entrevista Clínica: Realice una entrevista clínica exhaustiva para comprender la historia médica y psicológica de la paciente, incluyendo circunstancias del aborto.
- Evaluación del Estado Psicológico: Use escalas de depresión y ansiedad reconocidas para evaluar el bienestar emocional de la paciente.
- Valoración de Riesgo: Evalúe el riesgo de autolesión o suicidio, que puede ser elevado en esta población.

2. Establecimiento de la Relación Terapéutica:

- Empatía y Validación: Asegure un entorno de apoyo donde la paciente se sienta escuchada y sus sentimientos sean validados.
- Confidencialidad y Confianza: Asegure a la paciente la confidencialidad y trabaje para construir una relación de confianza.

3. Educación y Normalización de la Respuesta al Trauma:

- Información: Proporcione información sobre las reacciones normales al trauma y al duelo.
- Normalización: Ayude a la paciente a entender que sus respuestas emocionales son normales y esperadas.

4. Intervención Psicológica Especializada:

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Use la TCC para abordar pensamientos y creencias disfuncionales relacionados con el aborto.
- Terapia de Duelo: Facilite el proceso de duelo para ayudar a la paciente a procesar la pérdida.

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Promueva la aceptación de emociones y pensamientos difíciles, y trabaje hacia un compromiso con acciones alineadas con los valores personales de la paciente.

5. Apoyo al Duelo y a la Pérdida:

- Espacio para el Duelo: De espacio para hablar sobre la pérdida y expresar emociones.

- Rituales de Despedida: Anime a la paciente a participar en rituales de despedida si es apropiado y si lo desea.

6. Desarrollo de Estrategias de Afrontamiento:

- Habilidades de Manejo del Estrés^{**}: Enseñe técnicas de relajación, como respiración profunda y mindfulness.

- Reestructuración Cognitiva: Ayude a la paciente a identificar y cuestionar pensamientos negativos.

7. Apoyo a la Autocuidado:

- Rutinas Saludables: Fomente la adopción de hábitos saludables de sueño, nutrición y ejercicio.

- Actividades Gratificantes: Incentive la participación en actividades que la paciente encuentre gratificantes y reconfortantes.

8. Integración de la Experiencia:

- Narrativa Personal: Ayude a la paciente a construir una narrativa personal que integre la experiencia del aborto de manera que sea menos perturbadora.

9. Evaluación Continua:

- Seguimiento: Haga seguimiento del progreso y reevalúe periódicamente para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

10. Soporte Social:

- Redes de Apoyo: Anime a la paciente a buscar el apoyo de amigos, familiares o grupos de apoyo especializados.

11. Planificación del Futuro:

- Exploración de Deseos Futuros: Hable sobre los deseos y planes futuros de la paciente respecto a la maternidad o el embarazo, si corresponde.

12. Prevención y Preparación para el Futuro:

- ****Herramientas y Recursos****: Proporcione herramientas y recursos para el manejo de la ansiedad ante futuros embarazos o decisiones de vida.

13. Cierre Terapéutico:

- Evaluación de Resultados: Determine junto con la paciente si se han alcanzado los objetivos terapéuticos y si está lista para terminar la terapia.

- Plan de Prevención de Recaídas: Desarrolle un plan de prevención de recaídas con estrategias para manejar pos

Conclusiones

Con el procedimiento realizado en este estudio, que hace partir del diagnóstico integral y de la salud mental de pacientes posaborto enfatiza en la importancia de este tipo de investigaciones para mejorar la calidad de vida de estas personas. En este sentido lo que más afecta a las pacientes son factores socioeconómicos así como enfermedades que pueden adquirir dentro del embarazo lo cual puede llegar a la práctica del aborto.

De ahí que los procedimientos que se realicen para diagnosticar los abortos y luego de su realización deben de contener su respectiva referencia para psicología, ya que debe ser una necesidad prioritaria valorar el estado mental de las mujeres.

La organización de la metodología de trabajo con el área de psicología es un aspecto fundamental para conseguir el objetivo de que todas las pacientes que pasan por un aborto cuenten con una atención psicológica y no solo las adolescentes. Teniendo como punto principal que se comience por medidas

sencillas y de fácil implantación en los establecimientos de salud, puede reportar un gran beneficio para las pacientes y mejorar la salud mental de las mismas.

Referencias bibliográficas

1. Ramírez FB, Misol RC, Alonso MDC, Tizón JL, de Salud Mental MDG. Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. 2022;54:102494.
2. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev Med Clin Condes. 2020;31(2):169-73.
3. Kusumawati Y, Widyawati W, Dewi FST. Vulnerabilidad a los problemas de salud mental: Percepción de las mujeres embarazadas y de sus maridos en Surakarta, Indonesia. Enferm Clin. 2022;32(5):334-43.
4. Heras-Sola J, Gallo-Vallejo JL. Importancia de la colina durante el embarazo y lactancia. Una revisión sistemática. Med Fam. SEMERGEN. 2024;50(1):102089.
5. Mackenna MJ, Escaffi MJ, González T, Leiva MJ, Cruzat C. Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. Rev Med Clin Condes. 2021;32(2):207-13.
6. Olhaberry M, Sieverson C. Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. Rev Med Clin Condes. 2022;33(4):358-66.
7. deMontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3350.
8. Logroño IENG, Galarza CKG, Polit LFV, Romero FEI, Chico JEB. Anticoncepción y atención post-aborto durante la pandemia por COVID-19. Cienc Salud Nutr. 2022;(Ed. Esp.):144-53.

9. Ríos EG, Carranza-Asmat C, Meza-Santibañez L, Ayala-Peralta F, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, Rondón MR. Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. *Rev Peru Investig Materno Perinatal*. 2021;10(2):9-16.
10. Vaca Valverde DE. Determinación de alteraciones a nivel psicológico en mujeres con abortos múltiples atendidas en el hospital less Riobamba. [Bachelor's thesis].
11. Blanco CLR, De los Ríos Palomino M, Rodríguez AMG, Blanco DSQ, Reyes IS. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*. 2020;24(6):1349-65.
12. Martínez-Rodas OR, Gonzáles-Castro GM, Carrasco-Cerrato DA, Parodi-Turcios KI. Eficacia del misoprostol como tratamiento en abortos menores a 12 semanas en un Hospital Materno Infantil de Honduras, 2019. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2021;6(1):11-7.
13. Chapa-Romero J. Mejorando el acceso a la atención del aborto terapéutico en el Instituto Nacional Materno Perinatal en salvaguarda del derecho a la vida y la salud de la mujer. *Rev Peru Investig Materno Perinatal*. 2021;10(3):30-7.
14. Alcántara-Auqui MY. Mitos asociados al uso de métodos anticonceptivos modernos en multigestas en un puesto de salud peruano, 2023. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2023;8(3):o1-6.
15. Fernández-Sopeña Y, Matos-Laffita D, Nicles-Estévez Y, Galano-Machado LA, Durán-Flores A. Factores sociodemográficos de las gestantes de un policlínico de Guantánamo que interrumpieron voluntariamente el embarazo. *Rev Med Electrónica*. 2023;45(3):419-30.

Las referencias según las normas de Vancouver para los documentos proporcionados serían las siguientes:

16. Fernández-Sopeña Y, Matos-Laffita D, Nicles-Estévez Y, Galano-Machado LA, Durán-Flores A. Factores sociodemográficos de las gestantes de un policlínico de Guantánamo que interrumpieron voluntariamente el embarazo. *Rev Med Electron.* 2023;45(3):419-30.
17. Castillo LS, Alomá IA, Redonet EMS, Bangdiwala SI. Interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital "América Arias". *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2021;47(2):1-21.
18. Oliveira ADBP, Rocha ES, do Livramento TDS, Sampaio ACA, Marques PF, da Maia Lima CF, et al. Aborto na Bahia: perfil demográfico e epidemiológico de mortalidade 2011-2017. *Rev Eletron Acervo Saúde.* 2023;23(9):e13770.
18. Vilela GBD, Dumes CR, Soledispa SG, Pilligua SS. Abortos espontáneos durante la pandemia del covid-19 en mujeres de 20 a 30 años. *Pro Sciences: Rev Prod Cienc e Invest.* 2022;6(45):101-8.
19. Nonato AL, de Souza ABM, Gonçalves ALS, Reis FV, Silva ABC, de Almeida AP, et al. Repercussões do aborto induzido e espontâneo na saúde física e mental da mulher. *Rev Eletron Acervo Saúde.* 2022;15(10):e11128.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Aborto. In: Colectivo de Autores. *Williams Obstetricia.* 25ª Ed. México: McGraw-Hill; 2020. P. 343-53.

Financiación

"Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación".

Conflicto de intereses

"Los autores declaran que no existe conflicto de intereses".