



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre
18 y 35 años.**

AUTORAS:

**Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela
Espinoza De La Torre, Natalia Paulina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Zöller Andina, María José MSc

Guayaquil, Ecuador

5 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela** y **Espinoza De La Torre, Natalia Paulina**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

f. 

Psic. Cl. Zöllner Andina, María José MSc

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA

f. _____

Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes

Guayaquil, 5 del mes de marzo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela**
Espinoza De La Torre, Natalia Paulina

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi/ nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 5 del mes de marzo del año 2026

LAS AUTORAS

f. _____

Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela

f. _____

Espinoza De La Torre, Natalia Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela**
Espinoza De La Torre, Natalia Paulina

Autorizo/Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi/nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a 5 del mes de marzo del año 2026

LAS AUTORAS

f. _____

Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela

f. _____

Espinoza De La Torre, Natalia Paulina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Informe de análisis Compilatio



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres

0%
Textos
sospechosos

6% Similitudes (ignorado)
< 1 % similitudes entre
comillas (ignorado)
0 % entre las fuentes
mencionadas (ignorado)
3% Idiomas no reconocidos
(ignorado)

Nombre del documento: TESIS COMPLETA CORREGIDA.docx
ID del documento: be4890cf2241e380b5c4b48ae22613bd698bd300
Tamaño del documento original: 633.03 kB

Depositante: María José Zoller Andina
Fecha de depósito: 20/2/2026
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/2/2026

Número de palabras: 22.854
Número de caracteres: 147.405

Ubicación de las similitudes en el documento:



Título del trabajo de titulación:

Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años.

Autoras:

Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela; Espinoza De La Torre, Natalia Paulina

Informe elaborado por:

COORDINADORA UTE

f. _____
Psic. Cl. Zöller Andina, María José MSc

Guayaquil, a los 5 días del mes de marzo del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mi directora de tesis por su orientación, compromiso y rigurosidad académica. A los docentes de la carrera de Psicología clínica, quienes a lo largo de mi formación académica transmitieron una ética profesional y una sensibilidad clínica.

A mi familia, Milka, Matías y Dánes por su apoyo emocional, por su comprensión en los momentos de ausencia y por motivarme a continuar cuando el cansancio parecía superar la motivación. A mi papá por siempre preocuparse en mis estudios y querer verme superarme.

A mi padrastro que, a pesar de la distancia, hoy entiendo que esa firmeza siempre estuvo acompañada del deseo de verme salir adelante.

Y, finalmente, agradezco a mi gata, compañera constante de largas noches de estudio. Su presencia sencilla y fiel fue un apoyo emocional silencioso que acompañó cada etapa de todos mis procesos formativos.

Niurka Daniela Cohn Esmeraldas

Agradezco a Dios, por haber puesto en mi corazón el deseo de estudiar esta carrera y por haberme sostenido durante todo este proceso. Su guía fue mi fortaleza, mi paz, mi dirección y por recordarme que este camino tenía un sentido más grande que yo misma. Reconozco que esta carrera no es solo una meta académica, sino también su propósito en mi vida, y deseo que cada paso que dé en mi ejercicio profesional sea para honrar y glorificar su nombre, al servicio de su creación.

A mis padres, Sandra y Alfonso, por caminar conmigo desde el primer día. Gracias por su confianza, por creer en mi decisión de estudiar esta carrera y por acompañar cada etapa de mi proceso con amor, cuidado y presencia. Su apoyo fue ese lugar seguro al que siempre pude volver, y me brindaron tranquilidad en los momentos de mayor incertidumbre.

A mi hermana Camila, por su alegría sincera al verme estudiar lo que me apasiona, por su orgullo ante mi disciplina y constancia, y por su apoyo emocional en los momentos de cansancio o tristeza. Gracias por cuidarme, acompañarme y motivarme a seguir incluso cuando el ánimo flaqueaba.

A mis abuelos, Miguel, Juan, Blanca y Dora, por su cariño y ternura. Por su manera de preguntar cómo voy, de interesarse por mis avances y de alegrarse con cada paso que daba. Su fe en mí fue un impulso constante para no rendirme, y siempre me empujó a seguir. A mis tíos y tías, por las palabras de ánimo que llegaron justo cuando más las necesitaba, por la confianza en mí y por recordarme, con gestos simples, que no caminaba sola.

A Geovanna y Daniela, mis amigas que encontré en la universidad, por caminar conmigo entre desvelos, nervios y pequeños logros, por las risas que aligeraron el peso del cansancio y por el apoyo sincero que hizo este proceso más llevadero, deseo siempre mantener la amistad genuina que llegamos a crear aquí.

A Abraham, por las risas y el cariño compartido, por estar siempre presente con palabras de aliento y por impulsarme a seguir con mis objetivos.

A mi tutora de tesis, por su acompañamiento durante este proceso, por su guía respetuosa y por su disposición para orientar este trabajo hasta tomar la forma que hoy tiene.

Finalmente, me agradezco a mí misma por no rendirme, por volver a intentarlo cuando fue necesario, por sostenerme en los momentos de duda y por elegir, una y otra vez, seguir adelante con esta meta que hoy culmino con gratitud.

Natalia Paulina Espinoza De La Torre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por sostenerme en cada etapa de mi vida. A mi abuela Rosa, quien hoy no se encuentra físicamente conmigo, pero cuya presencia permanece viva en mi corazón. Aunque no pudo verme concluir esta etapa, sé que cada logro lleva también su nombre y su historia. A mi familia, por su apoyo incondicional, por su paciencia y por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades. Finalmente, dedico este trabajo a las mujeres que atraviesan procesos de duelo en silencio. Que esta investigación contribuya, aunque sea mínimamente, a que sus experiencias sean comprendidas con mayor sensibilidad y compromiso clínico.

Niurka Daniela Cohn Esmeraldas

A Dios, por ser guía en cada etapa de este camino y por recordarme, incluso en la incertidumbre, que todo esto ha sido posible gracias a su presencia. A mis padres, por ser mi primer apoyo incondicional y el amor más grande que me sostuvo cuando el camino se volvió difícil. A mi hermana, por su compañía sincera y por alegrarse conmigo en cada pequeño logro. Y a mis abuelos, por su ternura constante, por su fe en mí y por celebrar cada paso de este proceso como si fuera propio.

Natalia Paulina Espinoza De La Torre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CLIN. ROSA IRENE GÓMEZ A, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CLIN. JUAN CANDO Z, MGS,
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CLIN. GINGER RUIZ G, MGS.
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

COHN ESMERALDAS, DANIELA NIURKA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

ESPINOZA DE LA TORRE, NATALIA PAULINA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	VIII
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
Planteamiento del Problema	5
Preguntas de investigación	6
Pregunta General	6
Preguntas específicas	6
Objetivos	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Justificación.....	7
ANTECEDENTES.....	8
Antecedentes internacionales	8
Antecedentes latinoamericanos	8
Antecedentes Nacionales.....	10
CAPÍTULO 1 ASPECTOS CONCEPTUALES, MÉDICOS Y CLÍNICOS DEL ABORTO ESPONTÁNEO	11
Perspectiva histórica, sociológica y religiosa del aborto.....	14
Causas y factores de riesgo del aborto	17
Consecuencias inmediatas del aborto.....	18
CAPÍTULO 2 IMPLICACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN LAS MUJERES	22
Implicaciones psicológicas y emocionales	22
Efectos del aborto espontáneo en la pareja	26
Factores que influyen en el procesamiento psicológico del aborto espontáneo.....	28
Estrategias de afrontamiento ante la pérdida.....	29
CAPÍTULO 3 VIVENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN LAS MUJERES: ASPECTOS PERSONALES, SOCIALES Y CULTURALES	31
Aspectos personales	31
Aspectos sociales y culturales.....	33
Reacciones familiares ante la pérdida.....	34
Rol de los profesionales de salud ante el aborto espontáneo	36
El acompañamiento psicológico frente al aborto espontáneo	37
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA	41
Enfoque de investigación	41
Diseño y tipo de investigación	42
Población y participantes de la investigación	42
Criterios de inclusión	42
Criterios de exclusión	43
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
Consideraciones éticas	45
CAPÍTULO 5 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
Resultados de entrevistas realizadas.....	46
Entrevistas a psicólogas	46
Entrevista a mujeres	56

Análisis de resultados	61
Categoría 1: Aborto espontáneo	61
Categoría 2: Implicaciones psicológicas del aborto espontáneo	63
Categoría 3: Mujeres en edad reproductiva: aspectos personales, sociales y culturales.....	64
CONCLUSIONES	66
LISTA DE REFERENCIAS.....	67
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de categorías	44
Tabla 2. Definición clínica del aborto espontáneo y elementos clave para su caracterización.....	47
Tabla 3. Información indispensable que comunicar a la mujer y su familia ante un aborto espontáneo	48
Tabla 4. Reacciones emocionales más frecuentes en mujeres tras un aborto espontáneo	49
Tabla 5. Señales de posible duelo complicado tras un aborto espontáneo y acciones clínicas ante indicadores de riesgo.....	51
Tabla 6. Factores personales que influyen en la vivencia del aborto espontáneo	53
Tabla 7. Influencia del apoyo de pareja/familia y de las respuestas del entorno en la evolución emocional tras un aborto espontáneo	54
Tabla 8. Resultados de las entrevistas a mujeres.....	56

RESUMEN

El aborto espontáneo se aborda prioritariamente desde un enfoque biomédico, mientras sus repercusiones emocionales, identitarias y relacionales quedan minimizadas o silenciadas; por ello, esta investigación tuvo como objetivo analizar las implicaciones emocionales y psicológicas del aborto en las mujeres, así como los factores personales, sociales y contextuales que influyen en cómo se vive. El estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, dentro del paradigma sociocrítico, que concibe la investigación como una herramienta para transformar la realidad social, enfrentar desigualdades y promover la emancipación de los sujetos mediante procesos de autorreflexión crítica. La muestra estuvo conformada por mujeres entre 18 y 35 años que atravesaron esta vivencia y se incorporó la perspectiva de 6 psicólogas perinatales para enriquecer la comprensión del fenómeno desde el ámbito profesional, utilizando las entrevistas semiestructuradas como instrumento. Los hallazgos permitieron reconocer que la vivencia del aborto representa una pérdida con expresiones emocionales y psicológicas moduladas por los significados atribuidos al embarazo, el apoyo disponible, y la calidad del acompañamiento institucional recibido. En conjunto, estos resultados permitieron visibilizar una pérdida que es invisibilizada y fundamentar la necesidad de una atención más humana en el ámbito perinatal.

Palabras clave: ABORTO ESPONTÁNEO; PÉRDIDA; MUJERES; SALUD MENTAL; APOYO SOCIAL; ATENCIÓN PERINATAL.

ABSTRACT

Miscarriage is addressed primarily from a biomedical approach, while its emotional, identity-related, and relational repercussions are minimized or silenced; therefore, this study aimed to analyze the emotional and psychological implications of miscarriage in women, as well as the personal, social, and contextual factors that shape how it is experienced. The study was developed with a qualitative approach, within the social-critical paradigm, which conceives research as a tool to transform social reality, confront inequalities and promote the emancipation of subjects through processes of critical self-reflection. The sample consisted of women aged 18 to 35 who had gone through this experience, and the perspective of six perinatal psychologists was incorporated to enrich the understanding of the phenomenon from a professional standpoint, the instrument used was semi-structured interviews. The findings revealed that miscarriage is experienced as a loss whose emotional and psychological expressions are shaped by the meanings attributed to the pregnancy, the support available, and the quality of the institutional care received. Overall, these results helped to make visible a loss that is often rendered invisible and to support the need for more humane care in perinatal services.

Keywords: MISGARRIAGE; LOSS; WOMEN; MENTAL HEALTH; SOCIAL SUPPORT; PERINATAL CARE..

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo constituye una de las complicaciones obstétricas más frecuentes del embarazo y, si bien suele abordarse prioritariamente desde una lógica biomédica centrada en el diagnóstico y el manejo clínico, su impacto trasciende el plano físico y se proyecta hacia la esfera psicológica, afectiva y relacional de quienes lo han vivido. En muchos casos, la pérdida gestacional representa una experiencia de quiebre subjetivo que reorganiza sentidos, expectativas y vínculos: interrumpe de forma abrupta una trama de significados ya ligada a un proyecto de maternidad.

Sin embargo, a diferencia de otros duelos socialmente reconocidos, las pérdidas gestacionales suelen permanecer invisibilizadas. Ya sea por tabú, o por discursos que minimizan lo ocurrido, muchas mujeres enfrentan una deslegitimación social del duelo que las empuja a transitar la pérdida sin reconocimiento, sin espacios para narrarla y, en ocasiones, sin permiso explícito para sentir, lo que puede intensificar el aislamiento, la culpa o la autoexigencia que ya están experimentando al instalar la idea de que es un episodio que debe superarse fácilmente.

En este trabajo de titulación se aborda el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años de Guayaquil, considerando tanto las manifestaciones emocionales más frecuentes como los factores personales, sociales y contextuales que influyen en la manera en que se vive y elabora la pérdida gestacional. Correspondencia con dominios y/o líneas de investigación institucional de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG).

Esta investigación se articula con los Dominios Científico-Tecnológico-Humanistas definidos por la UCSG (s.f.), particularmente con el Dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad, en la medida en que aborda el aborto espontáneo como una experiencia que se organiza en la subjetividad: un proceso de construcción de sentido atravesado por el aprendizaje, la cultura y la comunicación, mediante el cual las personas producen significados sobre lo vivido y sobre sí mismas.

Desde este enfoque, analizar las repercusiones psicológicas del aborto espontáneo permite comprender cómo los discursos del entorno y las

prácticas institucionales inciden en la elaboración simbólica de la pérdida, lo cual vuelve pertinente fortalecer líneas de trabajo interdisciplinarias (psicología, educación y comunicación) orientadas a una gestión social del conocimiento que responda a estas problemáticas.

En términos de pertinencia social, el estudio se vincula con el contexto de “hábitat sustentable, derechos y servicios del buen vivir”, específicamente con el eje social que enfatiza la atención integral y las políticas sociales y distributivas relacionadas con sistemas de cuidado y protección de grupos prioritarios (UCSG, s.f.), elementos especialmente relevantes cuando se examinan condiciones de acompañamiento y trato institucional en una pérdida gestacional.

En coherencia con ello, la investigación también se alinea con el Objetivo 6 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013–2017 “consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos” (Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo, 2013), en tanto aporta evidencia para promover prácticas de atención y comunicación clínica que reduzcan la vulnerabilidad, prevengan formas de revictimización y fortalezcan garantías de trato digno en los servicios vinculados a la salud reproductiva y mental.

La investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo, bajo un paradigma sociocrítico y con diseño fenomenológico-descriptivo, con el propósito de comprender la experiencia subjetiva de las participantes; desde esta perspectiva, el estudio busca problematizar cómo se producen y reproducen dinámicas de silenciamiento o deslegitimación, y abrir posibilidades para un acompañamiento más humano y sensible.

Para la recolección de información se emplea una entrevista semiestructurada aplicada a mujeres que han atravesado un aborto espontáneo, complementando la comprensión del fenómeno con entrevistas a profesionales con experiencia en el ámbito perinatal, con el fin de incorporar una mirada clínica sobre patrones las principales demandas observadas en consulta y brechas de acompañamiento emocional; así, se favorece una comprensión más integral del fenómeno al articular la experiencia vivida con las prácticas y condiciones del contexto de atención.

Entre las limitaciones del estudio se consideran la disponibilidad de participantes dispuestas a narrar una vivencia tan íntima y dolorosa, el posible sesgo de recuerdo asociado al tiempo transcurrido desde el evento, así como las barreras vinculadas al estigma social y a la reserva emocional que puede dificultar la profundización de los relatos.

El documento se organiza en cuatro capítulos:

Capítulo 1: Presenta los fundamentos conceptuales y clínicos del aborto espontáneo, sus tipos, factores asociados y abordajes médicos, con el fin de delimitar el fenómeno desde una base biomédica.

Capítulo 2: Desarrolla el impacto psicológico y emocional de la pérdida gestacional, incorporando la comprensión del duelo y sus expresiones, así como afectaciones frecuentes en la salud mental.

Capítulo 3: Analiza los factores personales, sociales y contextuales que median la vivencia, incluyendo el apoyo social, las creencias culturales y estigmas.

Capítulo 4: Expone la ruta metodológica, describiendo el enfoque, diseño, participantes, criterios de selección, técnicas e instrumentos utilizados, a fin de asegurar coherencia y rigor en el proceso investigativo.

Capítulo 5: Presenta los resultados obtenidos en las entrevistas, articulando los testimonios de las mujeres y las profesionales en dimensiones temáticas que evidencian las emociones predominantes, los significados atribuidos al evento, y las dinámicas de apoyo o deslegitimación del duelo.

Planteamiento del Problema

El aborto espontáneo es una de las complicaciones obstétricas más comunes del embarazo y, aunque se aborda prioritariamente desde una lógica biomédica centrada en el diagnóstico y el manejo clínico, su impacto se extiende a la esfera psicológica, afectiva y relacional de quienes lo han vivido.

Las pérdidas gestacionales, suelen ser socialmente invisibilizadas ya sea por tabú o por discursos que minimizan lo ocurrido al no haber un bebé al cual llorarle; esta deslegitimación social del duelo provoca que las mujeres vivan su pérdida sin reconocimiento de su duelo.

Los sistemas de salud cuya atención omite el acompañamiento emocional amplifica este problema, ya que la comunicación resulta fría, poco empática y demasiado técnica, dificultando que la mujer comprenda lo que le ocurrió, resuelva sus dudas y reciba la contención emocional que necesita.

Las mujeres que pasan por un aborto experimentan confusión e incredulidad ante la situación, junto con una tristeza profunda, sensación de vacío, rabia, culpa y miedo a otros embarazos; se observa, además, que perciben la ruptura de un proyecto de vida cuando el embarazo ya se había asociado a expectativas familiares y personales.

Por lo tanto, el problema de investigación radica en la insuficiente comprensión y reconocimiento de las repercusiones psicológicas del aborto espontáneo en las mujeres y de los factores personales, sociales e institucionales que configuran esta experiencia.

Preguntas de investigación

Pregunta General

¿De qué manera influye el aborto espontáneo a nivel psicológico en las mujeres entre 18 y 35 años?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son los aspectos conceptuales, médicos y clínicos del aborto espontáneo que permiten comprender sus implicaciones en la salud de las mujeres?
- ¿Qué manifestaciones emocionales y psicológicas experimentan las mujeres tras un aborto espontáneo?
- ¿Qué factores personales, sociales y contextuales influyen en la vivencia psicológica del aborto espontáneo en las mujeres?

Objetivos

Objetivo general

Analizar mediante una investigación cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas, el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres de 18 a 35 años, con el fin de aportar insumos para orientar la atención integral en el ámbito perinatal.

Objetivos específicos

- Describir, a partir de revisión bibliográfica, los principales aspectos conceptuales, médicos y clínicos del aborto espontáneo que permitan contextualizar sus implicaciones en la salud de las mujeres.
- Caracterizar, mediante entrevistas semiestructuradas, las manifestaciones emocionales y psicológicas que experimentan las mujeres tras un aborto espontáneo.
- Analizar, a partir de entrevistas semiestructuradas, los factores personales, sociales y contextuales que inciden en la vivencia psicológica del aborto espontáneo.

Justificación

Esta investigación se justifica porque el aborto espontáneo se aborda principalmente desde una perspectiva biomédica que prioriza el manejo físico de la pérdida y relega a un segundo plano sus implicaciones emocionales; por ello, el impacto psicológico en las mujeres se intensifica ya que la experiencia se vive en silencio, con escasa validación social y con información insuficiente o que fue comunicada de manera poco empática

Por ello, esta investigación busca comprender, a través de las voces de las propias mujeres y la mirada clínica de profesionales, cómo se manifiesta el sufrimiento psicológico en el aborto, cuáles son los significados que se atribuyen a la pérdida y qué condiciones personales, sociales e institucionales favorecen o dificultan la elaboración del duelo.

Este estudio busca visibilizar una pérdida que es deslegitimizada con discursos sociales que contribuyen a profundizar la culpa, la soledad y la sensación de injusticia en torno a lo sucedido, y ,con esto, promover una cultura de mayor sensibilidad frente al duelo gestacional y con la idea de que este dolor merece ser reconocido.

Además, la investigación resulta pertinente para el campo de la Psicología Clínica y, particularmente, para la salud mental perinatal, ya que profundiza en la comprensión fenomenológica del aborto, aportando conocimiento situado sobre cómo se configuran las emociones y experiencias en torno al duelo perinatal, humanizando su abordaje al integrar testimonios de mujeres y entrevistas a psicólogas.

ANTECEDENTES

Los antecedentes de investigación permiten contextualizar este estudio al reunir aportes recientes que muestran cómo el sufrimiento de la pérdida se ve afectado por recursos personales, redes de apoyo y respuestas institucionales ofreciendo así un marco de referencia para comprender el fenómeno.

Antecedentes internacionales

Moreno-Tirado et al. (2023) analizan el duelo perinatal desde la perspectiva del personal de enfermería, subrayando que la pérdida gestacional no solo afecta a la mujer, sino también a la pareja, y que su carácter socialmente silenciado exige replantear la atención perinatal para reconocer el duelo y ofrecer un acompañamiento profesional adecuado, el cual puede contribuir a disminuir la sintomatología emocional. En su revisión sistemática, identificaron necesidades biopsicosociales de cuidado familiar que no siempre se abordan adecuadamente por falta de formación o por factores culturales en los equipos sanitarios, concluyendo que es necesaria mayor formación y sensibilización para una atención coherente del duelo perinatal.

Asimismo, Becerra Gordo (2023) subraya que la pérdida gestacional además de afectar a la mujer, también afecta a la pareja, y que su carácter socialmente silenciado exige replantear la atención perinatal para reconocer el duelo y ofrecer un buen acompañamiento, concluyendo que el apoyo profesional contribuye a disminuir la sintomatología emocional.

Antecedentes latinoamericanos

La revisión sistemática de Baró (2022) muestra que la atención perinatal requiere integrar la psicología como parte del abordaje del embarazo, el parto y el posparto, ya que sostiene que el psicólogo cumple un rol clave en equipos interdisciplinarios al brindar apoyo a la madre, el bebé y la familia, además de considerar barreras socioculturales que inciden en la experiencia de cuidado, y advierte que la investigación es limitada sobre el alcance específico de esta intervención en el ámbito perinatal.

Sobre esta base, los estudios empíricos sobre el tema aportan evidencia sobre el peso del apoyo social, la resiliencia, los estilos de afrontamiento y la manera en que los sistemas de salud comunican y acompañan la pérdida.

Mota González et al. (2021a) desarrollan y ponen a prueba un modelo explicativo del duelo perinatal, incorporando la resiliencia y el apoyo social, como variables mediadoras en su estudio, realizado con 295 mujeres mexicanas, que muestra que los factores de resiliencia (claridad de objetivos y competencia social) explica parte de la variabilidad del duelo (12%), mientras que el apoyo social opera principalmente como un factor relacional que alimenta la resiliencia, sosteniendo que las diferencias en el curso del duelo no dependen únicamente de la pérdida en sí, sino de recursos internos y relacionales que amortiguan o intensifican el sufrimiento,

Así mismo, Mota González et al. (2021b) profundizan el análisis al estudiar cómo se enfrenta lo ocurrido: en una muestra de 100 mujeres mexicanas, identificaron las estrategias específicas de afrontamiento: confrontativo, escape-evitación y resolución de problemas, concluyendo que la forma en que la mujer enfrenta la experiencia condiciona la intensidad del duelo y enfatizan la importancia de orientar la intervención psicológica hacia estrategias que favorezcan un afrontamiento adaptativo.

Por otra parte, el aporte de Román Abrams y Plaza Montero (2023) profundiza en aquello que los modelos cuantitativos dejan de lado, que el duelo también se organiza simbólicamente alrededor de la maternidad en construcción, explorando, mediante un enfoque fenomenológico, las experiencias de duelo perinatal en un grupo de apoyo.

En su estudio con seis mujeres, las autoras describen la pérdida como una vivencia difícil, dolorosa, triste e inesperada, y muestran que el duelo incide en la reconstrucción de significados asociados a ser madre, lo que sugiere que el sufrimiento también se da por la ruptura del proyecto identitario y afectivo que el embarazo representaba; por ello, enfatizan que el problema también radice en la ausencia de un abordaje que reconozca su impacto subjetivo.

La necesidad de contención institucional se refuerza con el planteamiento de Estrada Zapata et al. (2024), quienes muestran que las condiciones de atención pueden convertirse en un factor que agrava el daño psicológico si el

duelo es invisibilizado por el personal de salud; los autores señalan que la pérdida perinatal desencadena emociones intensas: estrés, rabia, miedo, tristeza e incertidumbre, y evidencian un déficit de competencias en el personal sanitario para acompañar adecuadamente este duelo.

Antecedentes Nacionales

En el ámbito nacional, Vargas y Lara (2023) revisan la literatura sobre duelo perinatal y concluyen que la pérdida se asocia con estrés postraumático, depresión y ansiedad, y que las estrategias de afrontamiento pueden facilitar la adaptación a la pérdida o, por el contrario, intensificar el malestar emocional.

A su vez, Benavides Borja y Amarilis Guerra (2024) sostienen que el duelo perinatal vivido por madres y padres suele ser minimizado e invisibilizado, configurándose como un duelo no autorizado al no ser legitimado por profesionales de la salud, la familia o la sociedad, señalando la necesidad de contención emocional y de un acompañamiento más sensible por parte de la familia y del personal sanitario.

Los documentos revisados muestran que el duelo asociado a la pérdida gestacional varía según condiciones personales y contextuales; por un lado, la evidencia cuantitativa plantea que la intensidad del sufrimiento se relacionan con la resiliencia, el apoyo social y los estilos de afrontamiento, lo que explica por qué algunas mujeres viven duelos más complejos que otras.

A la vez, los estudios cualitativos subrayan que la compromete una dimensión simbólica e identitaria vinculada a la maternidad en construcción, cuya elaboración depende en gran medida de contar con espacios de narración, validación y acompañamiento profesional; por ello, advierten que el modo en que los servicios de salud comunican y acompañan la experiencia es un factor protector o, por el contrario, agravante del desamparo emocional.

A pesar de la relevancia de estos aportes, la literatura revisada deja vacíos que sustentan la necesidad de esta investigación, ya que no se encontraron estudios que articulen la voz de las mujeres con la mirada experta de psicólogas, permitiendo contrastar las necesidades reales de acompañamiento con las prácticas de atención disponibles.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS CONCEPTUALES, MÉDICOS Y CLÍNICOS DEL ABORTO ESPONTÁNEO

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del útero, ya sea de forma espontánea, sin que medie ninguna intervención o maniobra abortiva o inducida con la pérdida intencionada de un embarazo intrauterino mediante un procedimiento médico o quirúrgico (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Las pérdidas gestacionales, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021) consideran a el aborto precoz, como cualquier pérdida que se genera antes de la semana 12 de gestación o un peso menor a 500 g, y aborto tardío desde las 12 a las 22 semanas.

La pérdida perinatal ocurre posterior a la semana 22 y es considerada como una muerte fetal intrauterina que se clasifica en: muerte fetal temprana (entre las semanas 20 y 27), muerte fetal tardía (entre las semanas 28 y 36) y muerte fetal a término (desde la semana 37 en adelante). Las pérdidas perinatales incluyen tanto las muertes fetales como las muertes neonatales, ocurridas hasta los 28 días después del nacimiento (Tinedo et al., 2016).

Etimológicamente, el término aborto “procede del latín abortus, participio del verbo aborior, formado por ab (separación) y orior (levantarse, salir, nacer), lo que remite a la idea de una vida que no llega a nacer” (Cunningham et al., 2022, p.3)

Cunningham et al. (2022). distinguen varios tipos de aborto desde una perspectiva médica y bioética:

Aborto espontáneo (AE). Es la interrupción no provocada del embarazo, más frecuente en el primer trimestre y debida a múltiples causas: alteraciones cromosómicas, problemas hormonales, infecciones, etc.

Aborto accidental. Ocurre como consecuencia de un accidente en cualquier momento del embarazo.

Aborto indirecto. Se produce como efecto no deseado de una intervención médica destinada a tratar una enfermedad grave de la madre, por ejemplo,

una cirugía necesaria. Aquí la muerte del feto no es el fin buscado, sino una consecuencia no querida.

Aborto inducido. Es el realizado deliberadamente por un profesional sobre un embarazo viable. Dentro de este grupo se describen el aborto terapéutico, que se justifica en la intención de preservar la vida o la salud de la madre, y el aborto eugenésico, practicado para evitar el nacimiento de un niño con malformaciones o enfermedades graves previamente diagnosticadas.

Además, de acuerdo con Wattar et al. (2019) el aborto completo se presenta cuando ya se ha expulsado todo el contenido uterino, es decir, el embrión o feto, la placenta y las membranas ovulares. A la exploración, el útero se encuentra más pequeño y blando, y el cuello uterino suele estar cerrado; mientras que en la ecografía se observa la cavidad uterina sin restos ovulares.

En cambio, el aborto incompleto ocurre cuando sólo una parte del producto de la gestación ha sido expulsada y quedan restos en el interior del útero. Se caracteriza por un sangrado vaginal que puede ser abundante o persistente y por dolor tipo cólico. El cuello uterino suele encontrarse abierto y, al realizar una ecografía, se observan imágenes ecogénicas en la cavidad uterina compatibles con restos ovulares (Wattar et al., 2019).

Por otro lado, el aborto diferido, también llamado aborto retenido, se refiere al caso en el que el embrión o feto ha muerto, pero no ha sido expulsado del útero. En la ecografía se observa un saco gestacional con un embrión sin latido cardíaco o un saco vacío según la edad gestacional. Si esta situación se prolonga durante varias semanas, existe riesgo de alteraciones en la coagulación y otras complicaciones, por lo que se valora si esperar la expulsión espontánea, inducirla mediante tratamiento médico o realizar una evacuación quirúrgica mediante aspiración o legrado, según el caso (Wattar et al., 2019).

Se debe mencionar, además, que la diferencia entre pérdida gestacional y pérdida perinatal se relaciona principalmente con el momento en que ocurre la muerte del bebé. Se habla de pérdida gestacional cuando la muerte embrionaria o fetal sucede durante el embarazo en el primer o segundo semestre; mientras que la pérdida perinatal incluye las muertes que ocurren en el periodo que rodea el nacimiento, abarcando la muerte fetal en el último

semestre de gestación y las muertes neonatales tempranas, es decir, las que suceden en los primeros días o semanas de vida extrauterina (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Desde el punto de vista médico, el aborto se relaciona con el desarrollo de una nueva vida humana: Bottini de Rey (2014) afirma que el ciclo vital humano comienza con la fecundación, cuando la unión del espermatozoide y el óvulo origina un cigoto, fundamentando la idea de que el embrión es un individuo humano y, por tanto, un sujeto de consideración moral.

Sin embargo, Berg (2017) contrasta esta postura indicando que, si se afirma que el feto es persona desde la concepción, entonces la altísima incidencia de abortos implicaría que son el mayor problema de salud pública, más letal que enfermedades como el cáncer o las cardiopatías, lo cual no se corresponde con las prioridades médicas y políticas reales. Esto lleva a cuestionar que podamos afirmar con seguridad que todo embrión sea ya un individuo humano con el mismo estatus moral que una persona nacida.

Aunque desde la perspectiva médico-bioética, se reconoce que la fecundación marca el inicio de un nuevo proceso biológico, con la formación de un cigoto genéticamente humano, se cuestiona que la biología por sí sola pueda determinar en qué momento aparece un individuo humano en sentido personal y moral (Herranz, 2021). Por lo tanto, no existe consenso científico sobre el punto exacto en que comienza la vida humana independiente. Algunos proponen la fecundación, otros la gastrulación, la aparición de patrones de actividad eléctrica cerebral o la viabilidad e incluso se puede considerar que la pregunta sobre el inicio de la persona no es propiamente biológica sino moral o religiosa. Desde este enfoque, lo que la medicina puede describir con precisión es el desarrollo gradual del embrión y el feto, pero no puede garantizar por sí misma que en las primeras etapas exista ya un sujeto de derecho o un portador pleno de estatus moral (Kurjak et al., 2023).

Más allá de las definiciones y tipologías, nombrar el aborto y las pérdidas gestacionales/perinatales implica ordenar una experiencia profundamente humana mediante categorías clínicas que buscan precisión, pero que nunca alcanzan a contener del todo lo que está en juego.

Las características fisiológicas del aborto permiten orientar decisiones médicas y prevenir riesgos, pero no explican por sí solas el impacto subjetivo,

relacional y simbólico que puede acompañar a cada pérdida. Del mismo modo, el debate sobre cuándo comienza la vida humana muestra un límite propio del lenguaje científico: la biología describe procesos, pero el estatuto moral de ese proceso se construye en un terreno donde intervienen valores, creencias, marcos legales y sensibilidades culturales.

En ese sentido, comprender el aborto requiere de una perspectiva capaz de reconocer simultáneamente la necesidad de clasificación médica y la dimensión ética y existencial que la desborda, evitando respuestas simplistas frente a una realidad que suele vivirse con ambivalencia, dolor y dilemas morales difíciles de procesar.

Perspectiva histórica, sociológica y religiosa del aborto

Desde una perspectiva histórica, el aborto es una práctica tan antigua como la propia organización social. Ya en las civilizaciones griega y romana se recurría a abortivos, por ejemplo, mediante la inserción de sustancias a través del cuello uterino, descrita en textos atribuidos a Hipócrates. En la antigua Grecia, su uso podía recomendarse en casos de incesto, cuando los progenitores eran de edad avanzada o para limitar el tamaño de la familia. Filósofos como Platón consideraban que el feto no tenía alma, y Aristóteles lo entendía como parte del cuerpo de la madre, de modo que la decisión correspondía a ella (McLeod, 2024).

Durante el Imperio Romano, sin embargo, comienzan a aparecer medidas represivas más severas cuando se percibe que determinadas sustancias abortivas ponen en peligro la vida de las mujeres y, más tarde, cuando se entiende que el aborto arrebató al marido su descendencia, lo que condujo a sanciones que llegaron a incluir pena de muerte, castigos corporales y exilio (McLeod, 2024).

Desde comienzos del siglo XX, la regulación jurídica del aborto ha transitado desde la penalización casi absoluta hacia una despenalización parcial, primero en supuestos excepcionales que constituían un peligro para la vida o la salud de la mujer y, más recientemente, hacia leyes que configuran la interrupción voluntaria del embarazo como una prestación sanitaria vinculada a los derechos sexuales y reproductivos (Browne, 2018).

En este sentido, toda norma sobre aborto es una respuesta a un hecho social que refleja ciertos valores, de manera que los cambios legales no pueden separarse de las transformaciones históricas en la moral social, los movimientos feministas y los debates sobre derechos humanos. Así, la práctica del aborto ha estado siempre atravesada por factores psicológicos, culturales, sociales, religiosos, económicos y políticos que favorecen o restringen el acceso a métodos de control de la fecundidad (Browne, 2025).

La penalización del aborto se ha utilizado para reforzar un determinado rol social asignado a las mujeres: la buena madre, esposa y ama de casa, en contraste con la figura de la “mujer–criminal”, sexualmente desviada o que rechaza la maternidad. La doble moral es evidente: mientras la sexualidad masculina se tolera en ciertos espacios (por ejemplo, con prostitutas), la sexualidad femenina fuera del matrimonio se criminaliza y se castiga con especial dureza cuando se traduce en maternidades no deseadas y abortos: la mujer vive un estigma que se perpetúa manteniendo el silencio con respecto a lo que ocurrió (Browne, 2018).

Desde la perspectiva religiosa, en el mundo grecorromano, el aborto no se juzgaba desde categorías religiosas de pecado, sino desde criterios de oportunidad familiar o de riesgo físico para la mujer; mientras que, en el judaísmo bíblico, el pasaje de Éxodo 21,22 sugiere que la preocupación principal no era la muerte del feto, sino el daño al derecho del padre a la descendencia, lo que indica que el feto no tenía el mismo estatuto moral que la madre (Taboada, 2018).

En la tradición cristiana se desarrolló la teoría de la hominización tardía, según la cual el alma humana no llegaba al feto hasta un momento avanzado del embarazo. Tomás de Aquino habla de que “el alma está en el embrión; el alma nutritiva desde el principio, luego la sensitiva y, por último, la intelectual”, aunque la Iglesia mantuvo una condena general del aborto (Taboada, 2018, p.84).

Con el tiempo, la posición oficial de la Iglesia católica se endurece, especialmente a partir de documentos como *Casti connubii* de Pío XI y la encíclica *Evangelium Vitae* de Juan Pablo II, que afirma el carácter igualmente sagrado de la vida de la madre y del feto y niegan legitimidad moral y jurídica a toda forma de aborto y anticoncepción (Lamas, 2012).

Sin embargo, no todas las corrientes cristianas sostienen una postura tan restrictiva; las iglesias anglicana, episcopal, metodista, presbiteriana unida, ortodoxa griega, mantienen posiciones más liberales, permitiendo el aborto en determinados plazos o circunstancias, mientras que sectores fundamentalistas del protestantismo evangélico comparten con el catolicismo una condena tajante (Clements, 2015).

La doctrina católica ha influido en el debate jurídico y constitucional en torno al debate, defendiendo que toda práctica lesiva para el embrión, incluido el AE, es inmoral y debería ser prohibida y castigada, frente a otras corrientes que distinguen entre juicio moral y regulación legal, sosteniendo que el hecho de considerar inmoral una conducta no basta, por sí solo, para justificar su prohibición jurídica (Browne, 2018).

Si bien todo lo anterior se refiere principalmente al aborto voluntario, también se encuentran datos históricos que dan cuenta de los imaginarios colectivos sociales, culturales y religiosos que lo acompañan. Antes del avance de la ciencia y la medicina, estos abortos podían atribuirse directamente a una causa divina, sobre todo culpabilizando a la familia o a la mujer embarazada por algún pecado cometido.

Con respecto a esto mencionan que en contextos fuertemente influenciados por doctrinas religiosas se sitúa la maternidad como núcleo de la identidad femenina por lo que, “una buena mujer” es aquella que logra llevar a término sus embarazos, cuidar a sus hijos y cumplir con el mandato social de la reproducción. El aborto, aún cuando sea espontáneo, se interpretaba como señal de que algo está mal en esa mujer en términos morales (Cárdenas et al., 2018).

En este contexto, la idea de castigo divino funciona como un mecanismo simbólico que refuerza la vergüenza social, y el miedo al juicio familiar y comunitario alimenta el silencio hacia las experiencias de aborto y dificultan buscar apoyo emocional o atención sanitaria oportuna.

Este recorrido histórico deja ver que el significado social del aborto ha sido continuamente fabricado por las culturas que lo nombran y regulan. A lo largo del tiempo, la misma práctica ha sido interpretada de formas distintas: como decisión familiar, como amenaza al orden social, como pecado, como delito o

como derecho, y esas lecturas organizan quién puede hablar, quién debe callar, a quién se protege y a quién se castiga.

En ese sentido, las prohibiciones y permisos no solo responden a preocupaciones por la vida, sino también a disputas por el control de la sexualidad, la reproducción y el lugar simbólico de las mujeres en la comunidad. La dimensión religiosa, por su parte, muestra cómo una doctrina puede modelar imaginarios colectivos que sobreviven incluso cuando cambian las leyes: la culpa, la vergüenza y la idea de castigo pueden seguir operando en la experiencia de las mujeres y en el trato social, incluso ante un aborto espontáneo. Comprender este trasfondo permite reconocer que el sufrimiento asociado a estas experiencias muchas veces no proviene únicamente de la pérdida, sino del peso de los significados heredados, del estigma y del miedo al juicio.

Causas y factores de riesgo del aborto

Merviel et al. (2021) destacan que el aborto funciona como un marcador de riesgo para complicaciones obstétricas, como parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de placenta y muerte perinatal, así como de problemas de salud en la madre, incluyendo enfermedad cardiovascular y tromboembolismo venoso; por ello, la pérdida gestacional señala la necesidad de atención obstétrica y médica más estrecho en otros embarazos.

Larsen et al. (2013) mencionan que “se considera que los abortos espontáneos esporádicos representan principalmente el fracaso de embriones anómalos para progresar hasta la viabilidad...se piensa que el aborto recurrente tiene múltiples etiologías, incluidas anomalías cromosómicas parentales, trastornos trombofílicos maternos, disfunción inmunológica y diversas alteraciones endocrinas.” (p.3)

Estos mecanismos biológicos implican que el AE puede ser la manifestación visible de procesos médicos subyacentes ya sean genéticos, inmunológicos, hematológicos, endocrinos o relacionados con el estilo de vida como la edad materna y paterna, índice de masa corporal muy alto, tabaquismo, consumo de alcohol, estrés y exposición a contaminante, que también requieren atención (Roman et al., 2019).

Oliveira et al. (2020), mencionan que entre los factores sociodemográficos, que inciden en el aborto se identifican la baja escolaridad (≤ 8 años de estudio), el bajo ingreso familiar y la edad materna (mayor de 35 años) que se vincula con una mayor probabilidad de alteraciones cromosómicas en los ovocitos; se ha estimado que cada aumento de cinco años en la edad materna eleva el riesgo de aborto aproximadamente 1,5 veces.

El estado de salud general de la mujer también se relaciona con el riesgo de aborto ya que, como destacan Petracchi et al. (2022) el sobrepeso y la obesidad incrementan la probabilidad de pérdida gestacional, a partir de alteraciones endocrinas y metabólicas, como la resistencia a la insulina y trastornos en el metabolismo de esteroides sexuales, que interfieren en la implantación y el desarrollo embrionario.

Asimismo, se describen asociaciones entre hipertensión, cardiopatías maternas y otros trastornos crónicos y un aumento del riesgo de aborto; en particular, las mujeres con cardiopatías congénitas presentan una mayor incidencia de abortos que las mujeres sanas (Oliveira et al., 2020)

También suele acompañarse de signos físicos evidentes entre los que se encuentran el dolor lumbar de intensidad, cólicos rítmicos, sangrado vaginal con coágulos y expulsión de tejido, aparición de moco rosado y la disminución de los signos de embarazo (Parvin et al., 2022).

Estos síntomas son más bruscos en abortos incompletos, cuando parte del tejido gestacional se queda en el útero o en abortos retenidos, en los que el embrión ya no se desarrolla, pero no se ha expulsado, por lo que requiere intervención farmacológica o médica para evacuar el contenido uterino.

En ese aspecto, el aborto es un hecho que interrumpe el embarazo, pero también revela condiciones subyacentes que pueden requerir seguimiento y una mirada preventiva en embarazos futuros. Así, comprender los factores de riesgo amplía la explicación médica del fenómeno y favorece un acompañamiento más integral del evento.

Consecuencias inmediatas del aborto

Quenby et al. (2021) señalan que las consecuencias inmediatas del aborto incluyen principalmente sangrado y riesgo de infección uterina, complicaciones que deben ser vigiladas y tratadas adecuadamente. La

magnitud de la hemorragia puede generar anemia o comprometer la estabilidad hemodinámica, sobre todo cuando el aborto ocurre en etapas relativamente avanzadas del primer o segundo trimestre.

Cuando ocurre un aborto hay un descenso rápido de la hormona hCG que estimula al cuerpo lúteo para producir progesterona y participa en la invasión del trofoblasto. Al interrumpirse la gestación, deja de producirse drásticamente esta hormona y se produce una retirada brusca de progesterona y estrógenos, lo que facilita la contracción del útero y la expulsión del contenido; de ahí el sangrado, el dolor tipo cólico y el posterior proceso de involución uterina (Larsen et al., 2013).

A nivel cerebral, se da una situación comparable a un posparto hormonal: el cerebro pasa en muy poco tiempo de estar expuesto a niveles muy altos de esteroides sexuales a valores bajos, lo que puede contribuir a la aparición de síntomas emocionales intensos, como labilidad afectiva, irritabilidad, insomnio, sensación de vacío o síntomas depresivos y ansiosos, que se superponen al impacto psicológico propio de la pérdida (Lisova et al., 2021).

El manejo expectante del aborto consiste en permitir que el cuerpo expulse de manera espontánea el contenido uterino. Se utiliza sobre todo en pérdidas gestacionales del primer trimestre, porque más allá de ese período aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas. Aproximadamente ocho de cada diez mujeres logran la expulsión completa de los restos intrauterinos en un plazo de hasta ocho semanas. Durante este proceso es esperable que haya sangrado vaginal de intensidad variable y dolor tipo cólico, pero existe el riesgo de hemorragias más abundantes o de que queden restos retenidos, lo que puede obligar a cambiar de estrategia terapéutica (Kapp et al., 2013).

El manejo médico se basa en el uso de fármacos como el misoprostol, un análogo de las prostaglandinas, que provoca contracciones uterinas y facilita la expulsión del contenido gestacional y, en la mayoría de los casos, consigue la expulsión completa en un plazo de unos pocos días. Los efectos más importantes son el sangrado, los cólicos uterinos y, en algunos casos, síntomas digestivos pasajeros como náuseas o diarrea derivados tanto del propio proceso como de la medicación (Kapp et al., 2013).

La evacuación quirúrgica, mediante legrado o aspiración uterina, es el tratamiento de elección cuando la mujer presenta hemorragia abundante, o

datos de infección con una buena tasa de éxito, pero, como todo procedimiento invasivo, conlleva riesgos: hemorragia, infección y perforación uterina. Más allá del procedimiento elegido, el cuerpo necesita varias semanas para recuperarse de una pérdida gestacional (Mehra et al., 2024).

El sangrado posaborto puede ser similar a una menstruación o incluir coágulos y restos de tejido; durante varias semanas hay niveles de hormonas del embarazo y, si la pérdida ocurre después de las catorce semanas, es posible que aparezca congestión mamaria e incluso producción de leche, con dolor y sensibilidad (Larsen et al., 2013).

Cuando el AE ocurre en el tercer trimestre, los cambios físicos generalmente son más fuertes. Por ejemplo, se requiere dar tratamiento farmacológico a la mujer para detener la producción de leche materna que su cuerpo había empezado a favorecer hormonalmente. También en estos casos, si se da la muerte fetal en el tercer trimestre, resulta más intrusivo el procedimiento dado que podría ser necesaria una cesárea (Quenby et al., 2021).

De acuerdo con el Consejo Nacional para la Igualdad de Género (2024) “de un total de 431.614 abortos reportados en el Ecuador, 85% corresponden a causas desconocidas, seguidos aborto espontáneo espontáneo con el 9% y el medicamento justificado con el 6%... [siendo] la provincia del Guayas donde más abortos se producen (29,2%), seguida por Pichincha con el 21,5% y Manabí con el 7,3%” (p.321).

En Ecuador su manejo se rige por normativas sanitarias oficiales establecidas por el Ministerio de Salud que indican se deben registrar todos los datos en la Historia Clínica Materno-Perinatal y clasificar el aborto (amenaza, inevitable, incompleto, diferido, séptico), así como brindar apoyo emocional a la paciente y proveer de consejería anticonceptiva.

La pérdida gestacional se confirma mediante una exploración física para evaluar signos vitales, junto con una ecografía; el manejo varía según el tipo de aborto ofreciendo tres enfoques: el manejo expectante que implica vigilar la expulsión del tejido gestacional, lo que es eficaz en el 80% de casos; el tratamiento médico con misoprostol por su eficacia y facilidad, ya que puede darse incluso en atención primaria, instruyendo sobre sus efectos esperados; y la evacuación uterina quirúrgica por aspiración manual endouterina (AMEU)

que puede hacerse con anestesia local y sedación, o se realiza legrado por succión eléctrica.

Esto muestra que la pérdida no termina en el momento de la expulsión o del procedimiento, sino que abre un periodo crítico en el que el cuerpo y la subjetividad quedan expuestos a cambios fisiológicos rápidos y, a veces, difíciles de sostener. En lo físico, el sangrado, el dolor y el riesgo de infección recuerdan que se trata de un proceso biológico que exige vigilancia clínica y decisiones terapéuticas ajustadas al tipo de aborto y al estado de la paciente.

En lo hormonal, la caída abrupta de hCG, progesterona y estrógenos ayuda a comprender por qué pueden aparecer reacciones emocionales intensas que son parte de una transición brusca comparable a un posparto. A esto se suma que el modo de manejo que se requiera también sensaciones e incertidumbres que pueden marcar la vivencia de control, seguridad o vulnerabilidad.

En contextos como el ecuatoriano, donde existen lineamientos de registro, clasificación y consejería, el desafío es que la atención no se reduzca al protocolo, sino que logre integrar el cuidado clínico con un acompañamiento humano que nombre el dolor, reduzca el aislamiento y ofrezca contención real en un momento en que el cuerpo se recupera, pero la elaboración de la experiencia sigue abierta.

CAPÍTULO 2

IMPLICACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN LAS MUJERES

Implicaciones psicológicas y emocionales

El aborto se asocia a un incremento del riesgo de ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y suicidio en comparación con mujeres que no han presentado pérdidas, ya que pesar de lo común que es este problema, muchas mujeres no reciben atención psicológica formal (Farren et al., 2020).

Para muchas mujeres y parejas el aborto representa la pérdida de la oportunidad de criar a un hijo y de consolidar una identidad parental, por lo que suele vivirse como la muerte de un sueño con sentimientos de culpa, fracaso, vergüenza, vacío, injusticia y, en ocasiones, autoacusación por no haber protegido al bebé (Cuenca, 2023).

El aborto impacta en todos los ámbitos de la vida femenina: el biológico, el emocional, el espiritual, el familiar y el social; las mujeres sufren sentimientos de culpa, tristeza profunda, miedo y vergüenza, así como la evitación de situaciones asociadas (embarazadas, niños, consultas médicas) y fechas significativas, como el día en que el bebé habría nacido o el aniversario del aborto (Rivera-King et al., 2022). Este sufrimiento suele vivirse en soledad y silencio, porque reconocer la existencia de un duelo tras el aborto implicaría aceptar también la pérdida de un ser humano, algo que muchas veces el entorno social prefiere negar (Bilardi & Temple-Smith, 2023).

No todos los abortos espontáneos se viven con la misma intensidad, ya que la vivencia siempre va a experimentarse de una forma particular. Además, uno de los componentes que influyen en que la pérdida sea más o menos significativa tiene que ver con el vínculo desarrollado con el embarazo. Si la mujer ya se había imaginado al bebé, le había hablado, había hecho cambios en su vida por él, guardaba ecografías o pensaba nombres, la pérdida se vive como la ruptura de una relación en curso (Meaney et al., 2017).

El aborto suele despertar un torbellino emocional que combina sentimientos aparentemente contradictorios; por un lado, está la tristeza y vacío por la

pérdida de un bebé que ya estaba siendo imaginado: con nombre, con un lugar en la familia, con planes a futuro y, por otro, surgen pensamientos centrados en la culpa, donde la mujer interpreta la pérdida como consecuencia de un cuidado inadecuado, de no haber detectado oportunamente los síntomas o de un cuerpo incapaz. Y aunque médicamente la causa no dependa de la mujer, se tiende a buscar responsabilidades para darle sentido a lo ocurrido, y en ese proceso se las adjudica a sí misma (Lee et al., 2017).

El proceso también se puede vivir con vergüenza, asociada a la sensación de haber fallado en algo que socialmente se espera de una mujer, especialmente en contextos donde la maternidad tiene un enorme valor simbólico, lo que puede llevar al silencio y a la dificultad para compartir lo ocurrido, incrementando el sentimiento de soledad (Lee et al., 2017).

Junto a ello pueden aparecer sentimientos de rabia e injusticia, dirigidos tanto hacia el propio cuerpo como hacia la vida o incluso hacia figuras religiosas, y que en algunos casos desemboca también en envidia hacia mujeres embarazadas o que acaban de tener un bebé, lo cual genera culpa adicional por experimentar estas emociones. Además, es frecuente el miedo al futuro: temor a intentar un nuevo embarazo y revivir el mismo dolor, acompañado de dudas sobre la propia capacidad de ser madre (Meaney et al., 2017).

En la base de estas emociones está una búsqueda insistente de explicaciones. La mente trata de encontrar un porqué para recuperar cierta sensación de control ya que, cuando las respuestas médicas no son claras, ese vacío aumenta la angustia y deja campo libre a pensamientos distorsionados (Meaney et al., 2017).

Después de un aborto pueden aparecer síntomas depresivos que se manifiestan en la pérdida del interés en casi todo, sentir que nada tiene sentido, cansancio extremo, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y del apetito. A esto se agrega la culpa ya que muchas mujeres sienten que fallaron como madre o que su cuerpo no funciona como debería, lo que afecta la autoestima y la identidad femenina ligada a la maternidad (Klier et al., 2002).

Asimismo, la ansiedad se expresa en una preocupación por la salud, miedo a no poder a quedar embarazada o a que ocurra un aborto, lo que provoca

visitas médicas o, al contrario, evitación total de todo lo relacionado con el embarazo (Geller et al., 2004)

Las mujeres que han tenido abortos presentan un riesgo aún mayor de mostrar síntomas más intensos y viven los embarazos con preocupación ante cualquier signo corporal, creando miedo a vincularse emocionalmente con el embarazo o dificultad para disfrutar de la gestación (Farren et al., 2018).

Cuando la experiencia es muy traumática, por ejemplo, si la pérdida fue abrupta y dolorosa, aparecen síntomas de estrés postraumático: recuerdos intrusivos, flashbacks del hospital, pesadillas, evitación de lugares o personas que recuerdan el evento (consultorios, embarazadas, bebés), irritabilidad y dificultad para relajarse que limitan la vida social, la relación de pareja y hacen que otros embarazos se vivan con un nivel de tensión muy alto (Klier et al., 2002).

Elaboración emocional y psicológica ante el aborto espontáneo

El duelo gestacional se refiere al proceso de elaboración emocional que atraviesan las personas ante la pérdida de un embarazo, ya sea por AE o voluntario, muerte fetal o muerte perinatal temprana. Se enmarca en las pérdidas desde la concepción y durante la gestación hasta poco después del nacimiento (Navarro et al., 2025) Esta es una etapa cargada de significados afectivos, expectativas, proyectos e identidad parental, de modo que su interrupción implica no sólo la pérdida del bebé, sino también la pérdida de sueños, roles y narrativas vitales que se estaban construyendo.

El duelo es, ante todo, un proceso de adaptación emocional, cognitiva y relacional a una realidad nueva: aprender a vivir sin la persona que ha muerto. De acuerdo con Guillem et al. (2003) la primera fase del duelo es el shock y negación, que corresponde a la reacción inmediata ante la noticia de la muerte, en la que predominan el aturdimiento, la sensación de irrealidad y una especie de incredulidad que funciona como un amortiguador frente al impacto, mientras los rituales tras el fallecimiento dan un mínimo sostén cuando internamente todo parece derrumbarse (Guillem et al., 2003).

A medida que se debilita este estado, se entra en una fase de angustia aguda y aislamiento en el que la persona toma conciencia de que la pérdida es real e irreversible y el dolor aparece con mayor crudeza. En este período

se presentan un conjunto de manifestaciones: malestar somático intenso (sensación de vacío en el estómago, opresión torácica, debilidad, cefaleas), pensamientos recurrentes sobre el fallecido, sentimientos de culpa, angustia y enfado dirigidos contra uno mismo, contra otros o incluso contra Dios, junto con alteraciones del sueño, pérdida de motivación y fenómenos de identificación con la persona perdida (Guillem et al., 2003).

La fase de reorganización permite ir asumiendo el significado profundo de la pérdida y sus implicaciones en la propia vida, se recupera el interés por otras áreas: regresa al trabajo o al estudio, reordena sus roles, construye nuevos proyectos y reconfigura sus vínculos. El recuerdo está, pero deja de ocupar cada pensamiento y cada emoción; el dolor se vuelve menos agudo y se integra como parte de la historia personal (Guillem et al., 2003).

El duelo gestacional se reconoce como una reacción esperable ante la muerte del bebé, que va acompañada de tristeza intensa, culpa, rabia, ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, síntomas depresivos, episodios de reexperimentación o evitación, así como un cuestionamiento profundo de la propia identidad y del proyecto de maternidad o paternidad (Navarro et al., 2025).

Si este proceso no encuentra espacios de expresión y acompañamiento, puede derivar en duelos complicados y en mayor riesgo de depresión perinatal en otros embarazos, con repercusiones también en el vínculo con hijos e hijas (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Este duelo es poco reconocido, ya que se transmite a las mujeres y sus parejas la idea de que es mejor olvidar o que ya habrá otro embarazo, negando la legitimidad del dolor y de la relación afectiva con el bebé que estaba en camino. Esta invisibilización se ve reforzada por los sistemas de atención sanitaria, donde una gran cantidad de abortos no se documenta, lo que contribuye a que muchas personas vivan su duelo en soledad, con vergüenza, y una sensación de no tener derecho a estar mal (Becerra Gordo, 2023).

Aunque el duelo gestacional es una respuesta esperable ante una pérdida tan significativa, puede evolucionar hacia un trastorno de duelo prolongado. En este sentido, no son tanto los factores estrictamente obstétricos (edad

gestacional, tipo de parto, etc.) los que predicen un proceso de duelo más largo o complejo, sino factores personales y psicosociales.

Esto deja ver que el aborto no solo interrumpe un proceso biológico, sino que puede fracturar un sentido de continuidad interna: la imagen de sí misma, los proyectos que ya se estaban narrando y el lugar simbólico que ese bebé empezaba a ocupar en la vida psíquica y familiar.

Por eso, el impacto emocional también se explica por lo que estaba en juego: una identidad parental en construcción, un futuro imaginado y una relación afectiva que, aunque invisible para los demás, podía ser muy real para la mujer o para la pareja. Cuando el entorno niega ese vínculo, el dolor no desaparece: se vuelve clandestino, se llena de culpa y vergüenza, y muchas veces queda sin palabras, aumentando el riesgo de ansiedad, depresión o respuestas traumáticas.

En este sentido, el duelo gestacional aparece como un proceso de adaptación a una pérdida y reconocerlo implica pasar de preguntar “por qué no lo superas” a preguntarse “qué se perdió contigo”, y de atender solo el evento obstétrico a sostener también las condiciones para que la experiencia pueda elaborarse sin aislamiento, sin estigma y con acompañamiento suficiente para que el recuerdo se integre sin arrasar la vida.

Efectos del aborto espontáneo en la pareja

El AE no sólo constituye una pérdida individual, sino que puede generar tensiones en la pareja, al afectar la comunicación y enfrentar las formas de duelo, generando cambios en la intimidad, el proyecto reproductivo y los vínculos afectivos. Kousar et al. (2024) mencionan que “las parejas que han tenido un aborto espontáneo reportan niveles menores de satisfacción marital en comparación con parejas con embarazos saludables”, mayor estrés junto a dificultades para mantener la misma sensación de unión y bienestar conyugal que tenían antes de la pérdida (p. 278).

En la relación de pareja, el AE puede funcionar como una prueba de estrés que reorganiza los vínculos afectivos, la comunicación y la sexualidad. Swanson et al. (2011) describen que, al cabo de un año, algunas parejas se sienten más unidas, otras refieren que la relación sigue igual y otro grupo experimenta mayor distancia. Esto podría asociarse con mayor impacto

subjetivo de la pérdida, más depresión, ansiedad, ira y confusión, así como con una percepción de menor apoyo y cuidado por parte de la pareja. Por el contrario, las parejas que logran mantener o hasta fortalecer la cercanía, muestran mayor participación del compañero en el compartir mutuo de sentimientos.

Por otro lado, Serrano y Lima (2006) mencionan que el duelo femenino por la pérdida se vincula con la calidad del ajuste conyugal: a mayor intensidad del dolor, peor comunicación con la pareja ya que la experiencia de no haber podido llevar el embarazo a término puede deteriorar la autoestima de la mujer, su imagen corporal y su deseo sexual, lo que repercute en la vida íntima de la pareja.

En los hombres, en cambio, el impacto se expresa en su percepción de su rol como compañeros: algunos refieren cambios en el deseo sexual por miedo a hacer daño al retomar las relaciones sexuales o la sensación de que la intimidad se ha vuelto un territorio cargado de riesgo y de recuerdos dolorosos (Williams et al., 2020).

Es importante mencionar que, en esta situación, los hombres suelen quedar en un segundo plano en el reconocimiento social de su dolor y se sienten obligados a ocupar el rol de soporte para la mujer, controlando o silenciando sus propias emociones, lo que se suma a la tendencia a evitar el tema por miedo a decir algo que haga sentir peor a la pareja, lo que contribuye a que compartan poco lo que sienten y a que el duelo masculino quede invisibilizado (Williams et al., 2020).

En el ámbito familiar, la norma cultural de no contar el embarazo en el primer trimestre hace que muchas veces amigos y familiares ni siquiera estén al tanto de que la gestación existía, de modo que la pérdida transcurre en un relativo secreto, haciendo que a la pareja se le dificulte encontrar reconocimiento de su dolor, consuelo, o simplemente alguien que legitime la magnitud de lo ocurrido (Galeotti et al., 2022).

Asimismo, algunos hombres describen que el AE implica no sólo la pérdida del bebé esperado, sino también la ruptura de los proyectos y esperanzas compartidas por toda la familia, lo que despierta miedo por el futuro y una vulnerabilidad respecto a la continuidad del linaje o del proyecto familiar (Galeotti et al., 2022).

En el caso que ocurran varios abortos, el impacto sobre la pareja es más intenso lo que convierte el embarazo en una experiencia marcada por la incertidumbre y el temor al fracaso; con cada gestación, la pareja oscila entre la esperanza y la expectativa de una pérdida, desarrollando estrategias defensivas para protegerse del dolor, lo que, paradójicamente, puede dificultar la elaboración del duelo y la vinculación con el proyecto de maternidad y paternidad. (van Wely, 2023).

Con base en lo anterior, podemos comprender que el aborto espontáneo afecta a la pareja en su conjunto: ese espacio compartido donde se sostienen los proyectos, la intimidad y la sensación de seguridad afectiva. La pérdida introduce una experiencia de fragilidad que puede generar conflicto en la relación no porque falte amor, sino porque cada uno intenta sobrevivir al dolor con recursos distintos: uno necesita hablar, el otro calla; una parte busca cercanía, la otra se protege tomando distancia.

En casos de abortos repetidos, además, el futuro reproductivo deja de ser un horizonte esperanzador y se convierte en un territorio incierto, donde la defensa emocional protege del golpe, pero también puede congelar el proyecto compartido. Por eso, más que pensar en si la pareja resiste al evento, el punto es reconocer que el AE puede reconfigurar el vínculo y que su elaboración requiere espacios para hacer duelo en conjunto, validar ambos dolores y reconstruir, sin prisa, una forma nueva de cercanía.

Factores que influyen en el procesamiento psicológico del aborto espontáneo

Esta experiencia no afecta sólo a la persona gestante, sino a toda la constelación familiar, y el acompañamiento debe considerar las dinámicas de pareja, la presencia de otros hijos, las redes de apoyo y los significados culturales y religiosos que se atribuyen a la pérdida (Kishimoto et al., 2021).

Para muchas mujeres y parejas, poder despedirse del bebé, disponer de información clara sobre lo ocurrido, recibir un trato respetuoso y acceder a recursos especializados (psicología perinatal, trabajo social sanitario, grupos de apoyo) permite integrar la pérdida sin quedar atrapados en ella (Rusca & Morales, 2022).

Asimismo, el contexto relacional en el que ocurre la pérdida cumple un papel clave ya que los conflictos con la familia de origen, dificultades en la pareja, escaso apoyo social y la ausencia de otros hijos vivos se han asociado con mayor riesgo de duelo complicado; por el contrario, contar con una buena relación de pareja y redes de apoyo que legitimen el sufrimiento pueden funcionar como factores protectores que favorecen una trayectoria de recuperación (Mørk et al., 2023).

Otro elemento crucial en el duelo gestacional es la interacción con los equipos de salud ya que la forma en que estos profesionales acompañan a la familia influye en cómo se vive el duelo (Valenzuela et al., 2020); una comunicación brusca, fría o poco empática puede aumentar el impacto traumático del evento, mientras que una comunicación cuidadosa, clara y humana puede favorecer un duelo más saludable (Rusca & Morales, 2022).

Precisamente por ello, se destaca la importancia de fortalecer las competencias de los equipos en duelo perinatal: formación en contención emocional, comunicación de malas noticias, manejo de crisis y trabajo interdisciplinario, así como la implementación de protocolos que orienten qué hacer antes, durante y después de la pérdida.

Estrategias de afrontamiento ante la pérdida

Las estrategias de afrontamiento permiten comprender por qué algunas mujeres consiguen integrar la pérdida, mientras que otras desarrollan cuadros de duelo complicado; el afrontamiento es “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona pone en marcha para manejar demandas internas o externas que desborda sus recursos” (Lazarus & Folkman, 1984, como se cita en Mota González et al., 2021, p.38).

Un primer conjunto de estrategias se orienta a la reconstrucción de significados y de la propia identidad como madre, ya que el duelo se concibe como un proceso de reconstrucción de sentido: las mujeres no sólo enfrentan la muerte del bebé, sino también la fractura de expectativas, proyectos de vida y del ideal de maternidad, y necesitan reorganizar su narrativa vital alrededor de lo ocurrido (Neimeyer, 2002, como se cita en Román Abrams & Plaza Montero, 2023). También lidian con los cambios del cuerpo que son nuevamente un recordatorio tangible de la pérdida experimentada.

En este proceso, compartir la historia en un grupo de apoyo, poner en palabras lo vivido, legitimar al bebé como hijo o hija y reconocer el impacto de la pérdida se convierten en formas de afrontamiento que permiten transformar una vivencia traumática en una experiencia integrada en la biografía. Otro grupo de estrategias está vinculado al apoyo social y relacional, ya que el sostén de la pareja, la familia extensa y la comunidad religiosa ayuda a que las mujeres no vivan el duelo en soledad al poder hablar sin ser juzgadas y recibir validación emocional (Román Abrams & Plaza Montero, 2023).

No todas las formas de afrontamiento tienen el mismo efecto sobre la intensidad del duelo: el estilo de afrontamiento evitativo se asocia con mayor intensidad de duelo, más desesperanza, depresión y culpa. Por el contrario, la resolución de problemas y la reevaluación positiva pueden disminuir la intensidad del duelo: las mujeres que pueden organizar acciones concretas para reacomodar su vida y, al mismo tiempo, otorgar un sentido nuevo a la experiencia, muestran menos síntomas (Mota et al., 2021).

Por lo tanto, en el apoyo al duelo gestacional se debe favorecer la expresión emocional, fortalecimiento de redes de apoyo, trabajo con la culpa y la autoacusación, así como el acompañamiento en la reconstrucción de significados, incluidos los vinculados a la maternidad futura, contribuyendo a que la experiencia de pérdida no quede fijada como un trauma paralizante, sino como un acontecimiento doloroso pero integrado en la historia de vida (Bilardi & Temple-Smith, 2023).

Por ende, el afrontamiento puede comprenderse como el modo en que una persona intenta sostenerse cuando lo vivido desborda su mapa de sentido. Tras una pérdida gestacional, no se trata únicamente de tolerar la ausencia, sino de responder a una pregunta más íntima y a veces devastadora: ¿qué hago ahora con esta historia que ya había empezado a escribirse? Por eso, las estrategias que ayudan no son necesariamente las que borran el dolor, sino las que permiten darle un lugar y reconstruir una identidad que quedó dañada, sin quedar atrapada en la culpa.

CAPÍTULO 3

VIVENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN LAS MUJERES: ASPECTOS PERSONALES, SOCIALES Y CULTURALES

Aspectos personales

La forma en que una mujer experimenta un AE se ve también influido por sus características personales y su historia de vida, ya que las reacciones emocionales ante una pérdida gestacional varían según el significado personal que tenía ese embarazo para la mujer, sus expectativas y rasgos individuales (Iwanowicz-Palus et al., 2021).

Los rasgos de personalidad también influyen en la respuesta emocional ante un AE que es, por su naturaleza, un evento fuera del control de la persona; por ello, las mujeres con altos rasgos de perfeccionismo experimentan una intensa sensación de desorganización y fracaso personal frente a esta situación lo que les genera ansiedad y frustración adicionales (Kishimoto et al., 2021).

A este respecto, Lang et al. (2011) encontraron que la combinación de la necesidad de control y el miedo a lo desconocido en padres que enfrentan una pérdida perinatal se asociaba con niveles más elevados de ansiedad en el duelo. En particular, un nivel alto de neuroticismo con inestabilidad emocional, preocupación y sentimientos negativos, constituye un factor de riesgo a desarrollar trastorno por estrés postraumático (TEPT) en estos casos (Engelhard et al., 2006).

Por el contrario, las personas con una disposición optimista tienden a sobrellevar mejor las adversidades en general, lo cual atenúa el impacto psicológico del AE (Ockhuijsen et al., 2013); asimismo, “estilos de afrontamiento adaptativos pueden ayudar a algunas mujeres a encontrarle significado a la pérdida y a conservar la estabilidad emocional” (Kobes & Yildiz, 2021, p.353).

La historia personal y vulnerabilidades previas también moldean la vivencia del duelo por AE. Antecedentes de problemas de salud mental, por ejemplo,

depresión o ansiedad previas, aumenta la probabilidad de que el AE desencadene un duelo complicado que agrave síntomas psicológicos preexistentes (Kishimoto et al., 2021).

Del mismo modo, haber sufrido abuso sexual violencia doméstica intensifican la respuesta emocional al AE ya que los recuerdos y efectos del trauma resurgen provocando vulnerabilidad e indefensión en el contexto de la pérdida gestacional, que se traduce en niveles más altos de culpa, vergüenza o desesperanza (Kobes & Yıldız, 2021).

En este sentido, las narrativas personales y el significado atribuido al AE son determinantes en la experiencia, ya que cada mujer encuadra la pérdida en su propia historia de vida: algunas logran encontrar un sentido, mientras que otras pueden sentir que la pérdida quebranta su identidad como mujeres y madres (Iwanowicz-Palus et al., 2021).

Construir una narrativa coherente y empática sobre lo ocurrido puede facilitar la adaptación, permitiendo reconstruir la identidad tras la pérdida y mitigar el estigma o la sensación de fracaso, por lo que, relatar la experiencia y contar la historia del bebé perdido ayuda a muchas mujeres y parejas a procesar el duelo de manera más saludable, al validar sus emociones y mantener un vínculo simbólico con el hijo que no nació.

Esto invita a comprender que, aunque el aborto espontáneo es un acontecimiento que ocurre en el cuerpo, su impacto se organiza en la subjetividad de una mujer con una historia previa, con rasgos de personalidad, heridas, expectativas y maneras aprendidas de darle sentido a lo que ocurre. Para algunas mujeres, la pérdida activa la necesidad de control, el perfeccionismo o el temor a la incertidumbre pueden convertir el AE en una experiencia de fracaso íntimo, como si el cuerpo hubiera fallado en una tarea que se siente profundamente identitaria.

En otras, la pérdida reabre vulnerabilidades anteriores de ansiedad, depresión, traumas o violencia y entonces el dolor no se limita al duelo actual, sino que se mezcla con memorias emocionales que intensifican la culpa, la vergüenza y la indefensión. Pero aparecen también ciertas disposiciones, como el optimismo o estilos de afrontamiento más flexibles, que no eliminan el sufrimiento, pero pueden amortiguar su impacto.

Aspectos sociales y culturales

En muchas sociedades la maternidad sigue considerándose un elemento central de la identidad femenina y del proyecto de vida en pareja y familia. El embarazo se asocia con una expansión del yo y del núcleo familiar, y confirma a la mujer como reproductivamente capaz. Cuando esta expectativa “se interrumpe de forma inesperada, implica la pérdida de un futuro imaginado: el hijo esperado, el rol de madre o padre, la continuidad del linaje que se asocian con el éxito familiar” (Rellstab et al.,2022, p.13).

Sin embargo, el reconocimiento social de esa pérdida es muy limitado ya que a diferencia de la muerte de un hijo nacido, que se acompaña de ceremonias, condolencias y apoyo explícito, las pérdidas prenatales pasan desapercibidas para el entorno laboral, social e incluso familiar, lo que limita las oportunidades de recibir consuelo y legitimación del dolor; esta falta de rituales y de reconocimiento genera la sensación de que no hay derecho a estar tan afectada, dificultando la elaboración del duelo.

A ello se suma un entorno cultural donde se espera que los embarazos salgan bien y que la planificación y los cuidados garanticen un resultado exitoso. El avance tecnológico en pruebas de embarazo tempranas y en control prenatal ha alimentado la ilusión de que la reproducción es completamente controlable y que, si algo falla, debe haber una causa atribuible a la conducta de la mujer (Bilardi & y Temple-Smith, 2023).

Como muchas personas subestiman la frecuencia real del AE, la pareja suele vivirlo como un evento excepcional, casi como una anomalía personal, de lo que emergen explicaciones moralizantes y atribuciones de culpa dirigidas a la mujer, reforzadas por creencias sociales que vinculan un buen embarazo con el autocontrol, la disciplina y la pureza del cuerpo femenino (Peters, 2017).

Las normas culturales también determinan qué se puede decir, a quién y de qué manera y en muchas ocasiones, las mujeres se ven obligadas a vivir el duelo en silencio por el temor al estigma, a las acusaciones veladas de incapacidad reproductiva o a ser consideradas riesgosas como futuras madres. La consigna de no anunciar el embarazo hasta después del primer

trimestre contribuye a que, si ocurre una pérdida, casi nadie sepa que hubo una gestación, lo que limita de antemano la red de apoyo (Van der Sijpt, 2010).

El apoyo social aparece como un factor decisivo para modular el impacto psicológico del AE. Bilardi y Temple-Smith (2023) señalan que, aunque el aborto es uno de los eventos más frecuentes del embarazo temprano, las mujeres y sus parejas reportan de manera consistente poco o ningún apoyo por parte de sus redes sociales y de los servicios de salud, a pesar de que se conoce la elevada carga de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos asociada a esta experiencia.

Muchas mujeres describen una falta de reconocimiento del duelo por parte de familiares y amistades, quienes suelen minimizar la pérdida o no logran comprender su magnitud ya que no hay un cuerpo que velar, ni rituales consolidados para despedirse, ni un hijo socialmente reconocido, lo que hace que el entorno le reste importancia al sufrimiento con lo que la mujer puede sentir que su dolor no es legítimo y replegarse aún más (Rellstab et al.,2022).

Dicho eso, el modo en que los sistemas de salud enmarcan el AE también transmite mensajes culturales con la manera en que los profesionales de la salud comunican la noticia, escuchan las emociones y ofrecen información clara y la posibilidad de despedirse, lo que marca una enorme diferencia. Ya que” un trato empático legitima el dolor y reduce el riesgo de que la experiencia se viva como un trauma” (Engel & Remper, 2016, p.55).

Cuando se lo trata como sólo una complicación del embarazo, sin dar lugar a la dimensión emocional, las mujeres describen sentirse reducidas a un caso médico más, lo que refuerza la sensación de que su pérdida no merece atención especial (Engel & Remper, 2016).

Reacciones familiares ante la pérdida

El modo en que la familia responde a la pérdida puede amortiguar o agravar estos efectos ya que recibir poco apoyo por parte de la familia extendida aumenta la probabilidad de experimentar sintomatología depresiva en las mujeres, incluso un año después del AE. Cuando el entorno minimiza la experiencia o evita el tema, la pareja puede sentirse incomprendida y optar por el silencio, reforzando la distancia con la familia (Farren et al., 2016). Por el contrario, las familias que reconocen la pérdida facilitan espacios de

escucha y ayudan con el cuidado de otros hijos o con apoyo en el hogar, contribuyen a que la pareja disponga de más recursos para elaborar el duelo y reconfigurar sus vínculos (Lee et al., 2023).

Por otro lado, los comentarios de padres, suegros u otros familiares pueden añadir estrés emocional a una situación ya dolorosa; por esto, es importante no presionar a la pareja, ya que cada individuo necesita procesar el duelo a su modo haciendo necesario que la familia brinde apoyo incondicional y valide el duelo de la pareja (Meaney et al., 2017).

Muchas parejas tampoco anuncian su embarazo por el temor a una pérdida: al no divulgarlo la pareja cree que puede evitar la vergüenza o tener que dar explicaciones si algo sale mal; no obstante, este secretismo contribuye al estigma alrededor del AE (Farren et al., 2018).

En otras palabras, al no contar con una red que sepa del embarazo, la pérdida queda invisibilizada: los familiares y amigos no se enteran y, por ende, no ofrecen apoyo, lo que contribuye a la sensación de soledad de la pareja, reforzando la idea de que el tema no se habla abiertamente, lo cual las aísla incluso de su familia cercana (Rowlands & Lee, 2010).

Cuando la familia sí llega a enterarse del AE, algunos minimizan la pérdida, con la intención de consolar, pero sin reconocer plenamente el duelo de la pareja con comentarios bienintencionados que buscan resaltar aspectos esperanzadores que pueden invalidar el dolor que están viviendo los padres en duelo (Mendes et al., 2023).

Por otro lado, en familias que adoptan un rol activo de apoyo y comprensión, mostrando empatía, y brindando compañía al ayudar con tareas domésticas, se mitiga la sensación de aislamiento de la mujer, ya que se le permite expresar sus emociones abiertamente y sentirse acompañada en su duelo; incluso pequeños gestos pueden marcar una gran diferencia en la recuperación emocional al validar la pérdida (Hiefner & Villarreal, 2021).

Una situación especialmente delicada ocurre cuando nadie en la familia sabía que la mujer estaba embarazada y, por tanto, desconocen que ha habido un AE. En estos casos, es común que con la mejor intención los familiares sigan preguntando o haciendo comentarios sobre futuros hijos. Para la pareja que acaba de atravesar una pérdida, este tipo de ofensas inadvertidas pueden resultar profundamente dolorosas e incómodas (Bellhous

et al., 2018). Al no saber los demás lo sucedido, la mujer y su pareja suelen optar por el silencio, respondiendo con evasivas o simplemente callando ante la pregunta, mientras interiormente reviven su duelo (Rowlands & Lee, 2010).

Por todo esto, el AE se vive como una experiencia relacional en la que en caso de que el entorno guarda silencio, minimiza la pérdida o presiona por un nuevo embarazo, la pareja queda expuesta a una forma de duelo desautorizado que incrementa la culpa y la soledad. Por el contrario, cuando la familia reconoce la pérdida, valida el dolor y ofrece apoyo concreto sostiene la elaboración del duelo.

En sociedades donde la maternidad se vuelve un mandato identitario, el embarazo suele investirse como promesa de pertenencia, éxito familiar y continuidad; por eso, cuando se interrumpe, no solo se pierde un bebé, sino también una narrativa socialmente valorada. Sin embargo, esa misma cultura que sobrecarga de significado la maternidad tiende a deslegitimar la pérdida prenatal: como no hay ceremonias, ni un duelo reconocido la mujer aprende que no debería estar tan afectada.

Allí se vuelve comprensible cómo el estigma transforman una experiencia dolorosa en una vivencia de culpa moralizada. Por ello, el apoyo social hace la diferencia en cómo se puede elaborar el duelo ya que pueden validar, y humanizar la pérdida, o pueden convertirla en un evento sin derecho a ser llorado.

Rol de los profesionales de salud ante el aborto espontáneo

En el AE el rol de los y las profesionales de la salud es decisivo, porque su actuación puede atenuar o intensificar el impacto emocional de la pérdida al reconocer que el AE suele vivirse como un evento altamente angustiante, asociado a duelo y sentimientos de fracaso, y que la manera en que el personal acompaña y comunica influye en la experiencia subjetiva de la mujer y la pareja (Jensen et al., 2019).

Dentro de sus funciones se encuentra el validar la pérdida y brindar contención emocional, ya que ayudar a mitigar la culpa que sienten los padres, al enfatizar que no son responsables del aborto, mejora la forma en que la mujer procesa lo ocurrido y busca ayuda (Galeotti et al., 2022).

Sin embargo, si la atención se centra en la recuperación física, delega en la mujer la tarea de expresar si necesita apoyo adicional; a esto se suman límites institucionales y emocionales del propio personal: problemas de recursos, fatiga por compasión y necesidades de autoprotección que restringen la posibilidad de brindar un buen cuidado (Engel & Rempel, 2016).

Por lo tanto, el rol profesional implica detectar necesidades emocionales y dirigir oportunamente a apoyos pertinentes, por lo que establecer cómo se sintió la mujer se vuelve un paso importante para conectarla con servicios y apoyos. A la vez, identificar barreras de acceso (costo, tipo de consejería, ubicación y disponibilidad limitada de profesionales), vuelve crucial el trabajo de coordinación del sistema de salud para disminuir la brecha entre lo que las mujeres necesitan y lo que efectivamente reciben (Yang et al., 2022).

Es por esto que es importante reconocer que, en el aborto espontáneo, el personal de salud muchas veces se convierte en el primer marco de significado que la mujer y la pareja reciben para comprender lo ocurrido. En un momento donde el cuerpo sangra, el futuro se derrumba y la mente busca desesperadamente una causa, la forma en que se comunica la noticia, se responde al llanto o se valida el dolor puede marcar la diferencia.

Por eso, el rol profesional incluye el reconocer la pérdida y ofrecer un sostén que no dependa de que la paciente pida ayuda cuando muchas veces ni siquiera sabe qué necesita o no se siente con derecho a pedirlo. En última instancia, acompañar un AE implica entender que la medicina no solo interviene sobre el cuerpo, sino también sobre la memoria de lo vivido; y esa memoria se escribe, en gran parte, en el encuentro con los profesionales de la salud.

El acompañamiento psicológico frente al aborto espontáneo

El apoyo psicológico es un componente imprescindible de la atención perinatal, especialmente cuando la pérdida se vive con síntomas intensos y persistentes de dolor, culpa, ansiedad o trauma. La pérdida en este período, por su carácter repentino y muchas veces negado socialmente, se asocia a un riesgo de duelo complicado significativamente mayor que otros tipos de duelo (Shaohua & Shorey, 2021).

En este contexto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) aparece como una de las formas de apoyo psicológico mejor estudiadas que combina la psicoeducación sobre el duelo, la identificación y cuestionamiento de pensamientos autoinculpatorios y el entrenamiento en regulación emocional, ya que como menciona Guillem et al. (2003) “el objetivo es mejorar el manejo de sintomatología psicológica específica, se entrena al paciente en la identificación y valoración de los estresores y se potencia la adquisición de habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten el ajuste y la adaptación al duelo” (p.87).

La TCC se asocia con reducciones significativas en síntomas de duelo perinatal, depresión y estrés postraumático, especialmente cuando se validan las reacciones de las mujeres y se ofrece la explicación de que su sufrimiento es una respuesta esperable ante la pérdida, junto con herramientas concretas para manejar las oleadas de dolor.

En el duelo, especialmente ante pérdidas traumáticas, es común que surjan pensamientos distorsionados o irracionales acerca del evento donde las mujeres que experimentan un AE lo sienten como una falla personal y tienden a culparse por lo ocurrido; desde la TCC, se trabaja mediante reestructuración cognitiva para modificar estas ideas irracionales (Nakano et al., 2013).

Esto se logra a través de la identificación de los pensamientos distorsionados, ayudándole a la persona a reconocer esas creencias negativas y guiar a la persona a poner en duda dichos pensamientos mediante el diálogo socrático que explora qué tan realistas o útiles son esas creencias, y se analizan los hechos y las pruebas en contra de las autoculpas (Wenzel, 2017).

Al desafiar la distorsión, se trabaja en formular interpretaciones más realistas, lo que alivia la culpa irracional y el pensamiento catastrófico; se puede usar psicoeducación para explicar que ese auto-reproche es una reacción común pero injusta consigo misma, y fomentar una visión más objetiva (Hassan & Holmes, 2023).

A través de estas intervenciones cognitivas, la mujer aprende a modificar el significado que le da a la pérdida, liberándose de creencias injustas o extremas que agravan su dolor al trabajar las distorsiones cognitivas, reduciendo síntomas de duelo complicado (Bagheri et al., 2023).

El componente emocional del duelo es quizá el más evidente, por lo que es necesario que la persona exprese sus sentimientos en lugar de evitarlos o bloquearlos por temor a desmoronarse; externalizar el dolor en un espacio seguro reduce el sufrimiento, ya que la persona va asimilando la realidad de la pérdida y desahogando la intensidad afectiva (Wenzel, 2017).

Por ello, la intervención conductual se enfoca en romper gradualmente el patrón de evitación y recuperar las actividades saludables; el identificar qué conductas de evitación están presentes permiten trabajar en un plan de exposición progresiva. Esto significa ayudar a la mujer a enfrentar poco a poco aquello que ha estado evitando, de manera segura y dosificada, hasta que la ansiedad o dolor asociado a esos estímulos disminuya (Bagheri et al., 2023).

Además de afrontar disparadores de dolor, la intervención conductual anima a la persona a retomar gradualmente sus actividades cotidianas y aquellas que antes le proporcionaban bienestar. El duelo a veces lleva a que la persona abandone hobbies, descuide su autocuidado o se aparte de círculos sociales por lo que, tras un tiempo razonable de duelo agudo, es beneficioso reconectar con la vida diaria. Por lo tanto, establecer pequeñas metas ayudan a que la mujer sienta de nuevo algo de estructura y propósito en sus días al volver poco a poco a actividades cotidianas y retomar rutinas que conecten con el bienestar (Hassan & Holmes, 2023).

Junto a la TCC, como algo complementario, las intervenciones basadas en mindfulness enseñan prácticas de meditación guiada, escáner corporal, y movimientos conscientes, junto con la atención plena a la respiración, a las sensaciones corporales y a actividades cotidianas, orientadas a cultivar una actitud de conciencia y aceptación frente a la experiencia interna. Algunas de estas actividades podrían ayudar a sobrellevar la intensidad del duelo, en madres que han vivido una muerte gestacional, convirtiéndose en un recurso valioso al que también pueden recurrir (Dolan et al., 2022).

A este respecto Dolan et al. (2022) señalan como elementos centrales de duelo el buen apoyo psicológico, la sensibilidad y la presencia empática de quienes acompañan, el reconocimiento de su bebé y de la legitimidad de su dolor, la posibilidad de compartir la experiencia con otras personas en situaciones similares y la combinación de recursos individuales con espacios

grupales, por lo que cuando las intervenciones carecen de un componente relacional, las participantes consideran que son insuficientes.

Por lo tanto, el acompañamiento psicológico frente al aborto espontáneo requiere un abordaje sensible al contexto, sin perder de vista que el duelo gestacional también es un fenómeno relacional y social. Por ello, resulta decisivo el modo en que se acompaña: la presencia empática, la legitimación del dolor, el reconocimiento de la pérdida y la creación de espacios seguros para narrar lo vivido.

Es por ello que, ante un aborto espontáneo, el acompañamiento psicológico es una forma de cuidado que responde a un riesgo real: cuando el dolor se vive con culpa y aislamiento, el duelo puede volverse más complejo. En ese escenario, enfoques como la TCC aportan algo valioso no solo por sus técnicas, sino porque ofrecen un marco para devolverle sentido y agencia a una experiencia que suele sentirse caótica: ayudan a identificar la autoacusación, cuestionar estas ideas y transformar esas narrativas en interpretaciones más realistas y compasivas.

A la vez, trabajar con la evitación y el retraimiento, tan comprensibles después de una pérdida, permite que la vida vuelva a abrirse sin violentar los tiempos del duelo, recuperando rutinas, vínculos y espacios que ayudan a procesar el dolor. Sin embargo, ninguna herramienta funciona si se desentiende de lo humano: lo que más protege no es solo el método, sino la presencia empática, el reconocimiento del bebé y la legitimidad del dolor, dando la posibilidad de narrar lo vivido sin juicio.

Se entiende, por lo tanto, que acompañar psicológicamente un AE implica ayudar a aliviar los síntomas de malestar emocional y, al mismo tiempo, cuidar el significado, para que la pérdida no se convierta en un punto de quiebre silencioso, sino en un acontecimiento doloroso que pueda elaborarse con apoyo y formar parte de la historia personal.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

Enfoque de investigación

La investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo, orientado a comprender significados, vivencias y procesos internos vinculados al duelo. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), la investigación cualitativa se caracteriza por su flexibilidad y por privilegiar la interpretación de significados construidos en contextos reales a partir de la interpretación de lo vivido.

En este sentido, el interés del estudio se centra en explorar cómo se experimenta, se nombra y se elabora la pérdida gestacional, reconociendo que el impacto psicológico se configura de manera particular para cada mujer según la historia personal, las redes de apoyo, las creencias y las condiciones socioculturales e institucionales que rodean el evento.

En esta ruta, el investigador se constituye como el principal instrumento de recolección e interpretación, buscando reconstruir la realidad desde la perspectiva de los participantes para explorar la complejidad de la vivencia de un AE y la diversidad de sentidos que adquiere para quienes lo viven.

Por lo tanto, el estudio se inscribe en el paradigma sociocrítico, que concibe la investigación como una herramienta para transformar la realidad social, enfrentar desigualdades y promover la emancipación de los sujetos mediante procesos de autorreflexión crítica. Desde este enfoque, la teoría y la práctica se articulan de manera inseparable: el conocimiento es construido en función de las necesidades y experiencias de los grupos sociales, y se materializa a través de la investigación-acción, orientada a resolver problemas concretos en contextos comunitarios, planteando una relación dialéctica entre el investigador y las participantes donde ambos se implican, aprenden y se transforman mutuamente en el proceso.

En el caso del aborto espontáneo, este enfoque resulta pertinente porque permite problematizar cómo ciertos mandatos culturales sobre la maternidad, el estigma y la invisibilización del duelo gestacional, así como determinadas

formas de atención sanitaria, pueden configurar o intensificar el sufrimiento psicológico de las mujeres que han pasado por esto.

Diseño y tipo de investigación

Se propone un diseño fenomenológico que, de acuerdo con Creswell, y Creswell (2017) busca explorar, describir y comprender el significado de la experiencia vivida de un fenómeno para varias personas, es decir, interesa comprender qué se vivió y cómo se vivió, en aquello que comparten quienes atravesaron esa vivencia. La fenomenología se usa cuando el objetivo es comprender profundamente una vivencia humana, que en este estudio abarcan los procesos subjetivos que atraviesan las mujeres a partir de un AE.

Este estudio tiene un alcance descriptivo, de acuerdo con el grado de profundidad con el que se aborda el fenómeno, ya que se busca describir las vivencias, emociones, significados y narrativas de la experiencia posterior al AE en mujeres, y explicar, en términos cualitativos, cómo se configuran los procesos subjetivos de atribución de sentido, relación con el cuerpo, duelo y apoyos sociales que organizan la experiencia.

Población y participantes de la investigación

La población de interés son mujeres entre 18 y 35 años que hayan vivido un AE. Se utilizó un muestreo intencional, seleccionando casos que permitan comprender en profundidad el fenómeno, buscando capturar variaciones relevantes de la experiencia y aportar densidad interpretativa.

De manera complementaria, se incluyó a 5 psicólogas perinatales, cuya perspectiva permitió enriquecer la comprensión del fenómeno desde el ámbito profesional, especialmente en cuanto a las manifestaciones emocionales frecuentes, factores de riesgo y protección, dinámicas de apoyo y necesidades psicológicas recurrentes en las mujeres tras un AE.

Criterios de inclusión

- Mujeres entre 18 y 35 años.
- Experiencia de aborto espontáneo previa.
- Disposición a narrar su experiencia en una entrevista.

Criterios de exclusión

- Mujeres con riesgo de descompensación emocional grave.
- Dificultad para consentir libre e informadamente.

Se excluyeron los rangos menores a 18 años y superiores a 35 años por estar asociados a mayores complicaciones reproductivas y gestacionales que involucrarían otros factores a ser considerados.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La principal técnica utilizada es la entrevista que tiene como objetivo acceder a descripciones del mundo interior de la persona y a sus significados mediante un proceso de preguntas y respuestas (Hernandez-Sampieri, 2018), permitiendo recuperar información detallada ya que las participantes comparten experiencias, valoraciones y sentidos en interacción con el investigador.

El instrumento de recolección de datos incluye de dos guías de entrevista semiestructuradas que abordan la comprensión del AE, así como los factores personales, psicológicos, sociales y contextuales que inciden en la manera de responder ante la pérdida, permitiendo profundizar en las necesidades de acompañamiento.

La guía dirigida a profesionales se orienta a reconstruir el fenómeno desde una mirada experta, recuperando la definición conceptual del AE en la práctica, qué elementos consideran centrales para caracterizarlo y qué aspectos resultan relevantes al comunicar lo ocurrido a la mujer y su familia.

Asimismo, se profundiza en las manifestaciones emocionales y psicológicas de la pérdida, y criterios clínicos que alertan sobre posibles complicaciones del duelo junto con las acciones profesionales que suelen tomarse en esos casos; se exploran, además, los factores que influyen en la evolución emocional del proceso, incluyendo las variables personales de la mujer que afecten el significado atribuido al embarazo, la calidad y disponibilidad del apoyo de pareja y familia.

La guía dirigida a mujeres se enfoca en comprender los sentidos que se construyen alrededor de la pérdida; se busca que la mujer el significado que

el aborto tuvo para ella, las emociones que sintió y de qué manera afectaron su vida, especialmente en las relaciones de pareja y la dinámica familiar.

Tabla 1.

Operacionalización de categorías

Categorías de estudio	Descripción	Preguntas a profesionales	Preguntas a mujeres
Aborto espontáneo	Definición y caracterización del aborto espontáneo.	Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo? ¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?	En tus palabras, ¿cómo describirías lo que fue para ti el aborto espontáneo y qué significado le diste en ese momento? ¿Qué significado tuvo para ti el embarazo antes de la pérdida? ¿Qué información recibiste (o te hubiera gustado recibir) sobre lo que estaba ocurriendo y cómo influyó eso en tu vivencia?
Implicaciones psicológicas del aborto espontáneo	Reacciones emocionales (tristeza, culpa, ansiedad, ira, shock, alivio). Sintomatología psicológica (depresión, ansiedad, estrés postraumático, duelo). Percepción subjetiva de la experiencia.	¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo? ¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?	¿Qué emociones fueron más intensas para ti tras la pérdida y cómo cambiaron con el paso de los días o semanas? ¿Cómo afectaron estas emociones tu vida diaria (pareja, trabajo, familia)? ¿Cómo la pérdida influyó en ti?
Mujeres en edad reproductiva: aspectos personales, sociales y culturales	Apoyo social percibido. Pareja/familia/entorno. Estigma social o institucional. Antecedentes personales (historia de salud mental, discapacidad del embarazo)	¿Qué factores personales considera que influyen en la vivencia del aborto espontáneo? ¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia, las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?	¿Qué aspectos personales, de tu historia o contexto sientes que influyeron en cómo viviste y sobrellevaste la pérdida? ¿Cómo reaccionaron tu pareja, familia y entorno y de qué manera esas respuestas te ayudaron o te hicieron más difícil atravesar el proceso?

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolla en conformidad a los preceptos éticos del trabajo con seres humanos y, debido a la sensibilidad del tema, incorpora medidas reforzadas de protección emocional y confidencialidad. Se garantizó el respeto a la autonomía mediante un proceso de consentimiento informado en el que se explicó el propósito del estudio, el carácter voluntario de la participación, los posibles riesgos emocionales y el uso de la información.

Además, se aplicó un protocolo de cuidado para minimizar la posibilidad de daño psicológico; dado que el relato puede hacer surgir emociones intensas, por lo que la entrevista se realizó en un entorno privado y seguro, priorizando el bienestar de la persona por encima de la obtención de información.

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las participantes mediante el uso de seudónimos, la eliminación de datos identificatorios y el resguardo seguro del material recolectado en dispositivos protegidos con clave, con acceso restringido únicamente al equipo investigador.

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Resultados de entrevistas realizadas

Entrevistas a psicólogas

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos a partir de la entrevista dirigida a 6 profesionales, cuyo propósito fue reconstruir el fenómeno del AE desde una mirada experta. A continuación, se detallan los perfiles de las profesionales entrevistadas:

- Psicóloga 1: Psic. Camila Arboleda Barrera es Licenciada en Psicología Clínica y Magíster en Neuropsicología con dos años de experiencia en cuidados neonatales; se desempeña en consulta externa, realizando intervención terapéutica y orientación a familias.
- Psicóloga 2: Psic. Noelia Extremera Martínez es psicóloga sanitaria especializada en salud mental perinatal, acompañando a mujeres en procesos de búsqueda de embarazo, gestación, parto, posparto, crianza temprana y duelo perinatal, integrando la psicología con una mirada empática y realista sobre la maternidad.
- Psicóloga 3: Psic. Natalia Martínez es una psicóloga con trabajo especializado en salud mental perinatal, además de experiencia en malformaciones congénitas y procesos de duelo; se desempeña brindando apoyo psicológico pre y postnatal a embarazadas con diagnóstico de malformación congénita fetal.
- Psicóloga 4: Psic. Eliana Rodríguez Burgos es Licenciada en Psicología Clínica, Especialista en Psicología Perinatal y Salud mental materna con 5 años de experiencia profesional en la clínica privada y fuerte presencia en redes sociales como activista a favor de la salud mental materna.
- Psicóloga 5: Psic. Lizbeth Solís Rodríguez es psicóloga clínica y Magíster en Psicoanálisis y Educación. Cuenta con diez años de experiencia profesional, principalmente en el ámbito hospitalario con población adolescente, adulta y adulta mayor.

- Psicóloga 6: Laura Baldoví es psicóloga general sanitaria y especialista en psicología perinatal, centrada en el acompañamiento psicológico en el embarazo, posparto y crianza temprana.

Pregunta 1: Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?

Tabla 2.

Definición clínica del aborto espontáneo y elementos clave para su caracterización

Psicóloga 1	El aborto espontáneo es una pérdida involuntaria de un embarazo antes de que se cumpla el periodo de gestión, pero claro que va más allá de lo médico, ya que como bien dice la palabra espontáneo es inesperado, es involuntario, es abrupto y cuando eso sucede se remueven muchísimas cuestiones como las fantasías o los vínculos parentales que se han formado durante lo que haya durado ese embarazo y elementos y muy fundamentales para caracterizarlo va mucho de la edad gestacional, también el grado de vínculo que los padres, la madre haya podido generar no es lo mismo la experiencia subjetiva como antecedentes de abortos. Traumas, accidentes es importante indagarlo para atribuirlo a la pérdida.
Psicóloga 2	El aborto espontáneo es aquella situación que tiene lugar ante la pérdida no intencionada del embarazo y ocurre de forma natural antes de la semana 20 aproximadamente y como muerte intrauterina a partir de esa fecha. El aborto espontáneo puede iniciar con sensaciones de malestar físico, dolor y sangrado que finaliza con la expulsión natural o mediada del bebé. En ocasiones, todo inicia al descubrir la ausencia del latido en el bebé a través de ecografía. Entonces, algo bien duro de asumir para la madre, para la mujer que ya no está embarazada, más cuando era un bebé quizás demasiado esperado, demasiado planificado.
Psicóloga 3	Lo que caracteriza, digamos, en términos biológicos, es el tema de tener una pérdida de manera espontánea. O sea, un aborto que implica un sangrado, una pérdida gestacional que vaya hasta más o menos entre las 18 y 20 semanas de gestación. Y en términos psicológicos, va acompañado independientemente de si es un aborto deseado o no. Entonces aborto espontáneo va a ser cuando cesen los latidos fetales, pero que el bebé no habría sido viable de todas maneras aunque se hubiese producido un parto prematuro.
Psicóloga 4	Aunque la pérdida ocurre en el cuerpo de la mujer, la pérdida no es solo de la mujer, es de la pareja, y al mismo tiempo es una pérdida familiar: también hay una abuela que perdió a su nieto, un tío que perdió a su sobrino, un primo, un hermano... no es solo una mamá que perdió a su bebé o un papá que perdió a su hijo. Entonces la pérdida afecta a todo el núcleo familiar y también a veces a amigos, porque hay ilusiones, expectativas y sueños alrededor de ese bebé.
Psicóloga 5	Es un bebé que no era viable, un bebé que no tenía las condiciones para poder vivir por fuera del útero, entonces esos son muy

	<p>prematuros dicen que tienen menos de 7 semanas. Nunca he escuchado la palabra aborto en un bebé que haya muerto dentro de una mujer y que sea un bebé de más de 27 semanas, en las interconsultas dicen óbito fetal, yo sé que el bebé se murió dentro de la mamá, cuando me ponen aborto lo que siempre me veo confortada es la pérdida de producto que tenía las semanas para poder vivir por fuera de la madre.</p>
--	---

Pregunta 2: ¿Qué información o acompañamiento considera indispensable ofrecer a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

Tabla 3.

Información indispensable que comunicar a la mujer y su familia ante un aborto espontáneo

Psicóloga 1	<p>Cuando ocurre un aborto, hay muchos pensamientos, y es importante dar una información empática sin tecnicismos. Hay muchas madres cuestionándose “¿por qué a mí?” y en muchos casos no es prevenible. Entonces podemos ayudar en lo que es la minimizar la culpa y que entiendan que no tuvo que ser una acción directa que haya realizado la madre, esto va a permitir a traducir la culpa que puede estar presentando la mujer. Importante validar la emoción debido a que es un proceso de duelo que se extiende. Es importante enfatizar el apoyo que pueda tener en familia o pareja. En algunos casos se informa a la madre que está pasando cambios hormonales para que puedan validar sus cambios.</p>
Psicóloga 2	<p>Considero indispensable transmitir la verdad de la situación de forma delicada, respetando los tiempos para asimilar la información en cada caso y ofreciendo la oportunidad de estar acompañada por alguna persona de su entorno de intimidad. Asimismo, es indispensable dar tiempo y espacio para que la madre pueda procesar la información sobre cada uno de los métodos y que pueda tomar su propia decisión sobre cómo actuar. En aquellos casos en los que la intervención médica sea estrictamente necesaria, se deberá favorecer la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y su propia experiencia. Considero indispensable que los profesionales que acompañen a las mujeres que viven experiencias de aborto tengan la información y formación necesaria para acompañar a las mujeres a crear la narrativa de lo que están viviendo, con el fin de favorecer el procesamiento psicológico de la experiencia.</p>
Psicóloga 3	<p>Yo creo que aquí se fusiona mucho el ámbito médico con el ámbito psicológico, del apoyo emocional, de la intervención en crisis, hay que cooperar entre los dos profesionales y tener en cuenta antes de dar la noticia de que el médico tiene que ser súper claro porque lo más probable es que la paciente le pregunte por qué sucedió: posibles causas y que el médico esté preparado para enfrentar eso porque lo más probable es que no se tenga una razón clara desde ese momento. Y en ese sentido también explicar todo lo que se viene, protocolos médicos en cuanto a cuáles son las opciones que tiene la</p>

	<p>mujer, por ejemplo, hacer una inducción de aborto que no ha empezado de sangrado, o esperar espontáneamente ese sangrado. La mujer puede elegir entre una evolución espontánea o internarse inmediatamente en el hospital para iniciar un proceso para inducir ese aborto. El médico debe tener súper claro eso y estar dispuesto a explicarlo de manera súper clara, porque hay un choque emocional cuando uno da una noticia como esa. Y que la mujer tenga la privacidad necesaria como para expresarse también emocionalmente con respecto a lo que le está pasando.</p>
Psicóloga 4	<p>Yo diría que lo indispensable es psicoeducación y acompañamiento, pero no solo centrado en la mujer como si estuviera sola; por eso, desde la primera sesión a mí me importa mucho explorar quién está presente, porque con eso entiendo el entorno en el que ese duelo se va a desarrollar y cuánto puede llegar a afectar. En muchos casos, además, es clave abrir espacio a la pareja, porque aunque la pérdida ocurre en el cuerpo de la mujer, también le duele al hombre, solo que muchas veces no lo dice ni lo expresa, y cuando se les da un espacio seguro, muchos hombres dicen que es la primera vez que se atreven a hablar de eso. Con la familia pasa algo parecido: a veces hay que hacer abordajes más interfamiliares, incluso reunirse con los papás si hace falta, porque el dolor también está ahí y muchas veces la familia no sabe qué hacer; lloran desde la impotencia, o se vuelven rudos, o presionan sin entender. Por eso, para mí es muy importante poner palabras, normalizar que el dolor es normal, y ayudar a que tanto la mujer como la pareja y la familia tengan información y orientación adecuada.</p>
Psicóloga 5	<p>A mí me llaman en un primer momento cuando se sabe que el bebé se va a perder, por ejemplo, yo intervengo cuando hay un embarazo de 18 semanas, ese bebé no es viable, y la mamá ya tiene algo, tiene una cardiopatía, tiene una preeclampsia severa, tiene alguna condición que irremediablemente va a generar la interrupción del embarazo de formas que alguien no la van a inducir, el mismo cuerpo no va a poder sostener el embarazo. También me llaman cuando ya ha sucedido el aborto y también cuando ya pasó un tiempo y la paciente está en reposo, para poder elaborar la culpa con relación a lo que está pasando y poder nombrar la pérdida.</p>
Psicóloga 6	<p>Informe médico, saber las causas, normalmente suelen ser causas genéticas o ambientales, esto ayuda a procesarlo a la mujer, pareja, otros hijos/as.</p>

Pregunta 3: ¿ Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?

Tabla 4.

Reacciones emocionales más frecuentes en mujeres tras un aborto espontáneo

Psicóloga 1	<p>Primeramente, la culpa. Aparecen las preguntas “¿qué hice mal?” “¿Será que no me debí embarazar?”. Hay una extrema sensación de culpa. Tristeza profunda y vacío. También hay enojo, una separación</p>
-------------	--

	entre mente y cuerpo. “Mi cuerpo no sirve para tener bebés”. Hay ansiedad en pensar cómo será el siguiente embarazo, de que si lo vuelve a perder. También está el aislamiento y depende de la cultura de la mujer, la opinión de los demás y en muchas ocasiones depresiones severas.
Psicóloga 2	Mientras que en muchos casos las mujeres conectan emocionalmente con la realidad que están experimentando y muestran reacciones desde una profunda tristeza, incluso también enfado; otras mujeres son capaces de mentalizar o intelectualizar la realidad de la pérdida, pero sufren un bloqueo natural a nivel emocional mientras atraviesan el proceso físico propio del aborto. Una vez finalizada esta etapa más física, y generalmente en la intimidad de su entorno, tienden a conectar con las emociones propias del proceso de duelo tras la pérdida de su bebé.
Psicóloga 3	Hay un proceso de un duelo característico, digamos, como el de la pérdida de cualquier otro ser que vive. Y quizás se complejiza aún más en el sentido de que no es un duelo que es validado socialmente, porque al no haber hijo nacido, es algo que no existió. Entonces, eso es para el resto de la sociedad, digamos. Hay una parte quizás más pequeña de pacientes que por ejemplo reciben el diagnóstico de que su bebé ya no tiene latidos y se niegan a cualquier tipo de atención: se niegan a escuchar al médico, se niegan a escuchar a la psicóloga, lo único que esperan es irse del centro de salud. En casos en que el aborto se muestra hasta que están en una revisión, cuando les dan la noticia siento que el choque emocional igual podría ser incluso mayor en el sentido de que nadie las preparó para esto, no hay sangre de por medio, no hay ninguna reacción física que estuviera dando alguna luz de que algo malo pudiese estar pasando con el bebé. Y al mismo tiempo hace cuestionarse mucho más qué fue lo que no “me hizo darme cuenta”, hay un cuestionamiento a la base de qué tipo de madre soy que no me doy cuenta de que mi hijo no estaba vivo ya, entonces creo que va con un tema psicológico y de cuestionamiento más profundo.
Psicóloga 4	Lo que yo veo con más frecuencia es que la tristeza queda obvia, pero junto con eso aparece mucha confusión, culpa y una sensación de desorganización. Es una crisis, una pérdida, y como toda crisis es un tipo de desorganización: todo iba bien y de repente se descoloca todo, y muchas mujeres se sienten perdidas, sienten que necesitan ayuda para levantarse y volver a la normalidad, volver a sentirme yo misma, cuidarme. También pasa mucho que no tienen tiempo para vivir lo que sienten, porque todo sucede con prisa; entonces dicen cosas como “todavía no sé qué significa esto para mí”, “no he llorado lo suficiente”, “me puedo llorar y me lo aguanto”...yo diría que lo más frecuente termina siendo esa mezcla de tristeza intensa con confusión, culpa y la vivencia de estar desbordadas, como en crisis.
Psicóloga 5	Aparece tristeza profunda, muchas veces acompañada de llanto, sensación de vacío y un duelo que no siempre es reconocido por el entorno. Es muy común también la culpa, con pensamientos del tipo “mi cuerpo falló” o “algo hice mal”, incluso cuando médicamente no existe ninguna responsabilidad. Otra reacción frecuente es la

	ansiedad, ligada al miedo por la salud, a futuros embarazos o a no poder volver a concebir. Hay pacientes aprensivas, que no quieren que nadie las toque, o estar en el hospital...y aislamiento.
Psicóloga 6	Culpa cuando el embarazo era deseado y alivio, cuando no era deseado, miedo o incertidumbre, por el tema de consecuencias físicas, tener el tiempo en contra, si la mujer ha tenido varias pérdidas gestacionales...

Pregunta 4: ¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?

Tabla 5.

Señales de posible duelo complicado tras un aborto espontáneo y acciones clínicas ante indicadores de riesgo

Psicóloga 1	Negación, querer intentarlo de nuevo y no seguir recomendaciones médicas (normalmente se recomienda que aparezca la menstruación naturalmente y observar cómo es el siguiente o siguiente ciclo) Lo nombramos, y validamos en todo momento emociones
Psicóloga 2	Hay la dificultad para simbolizar la pérdida. Se observa, por ejemplo, una culpa persistente, que no se tramita en el discurso y queda fijada, así como una tristeza profunda que no encuentra palabras y se expresa más bien en el cuerpo.
Psicóloga 3	Podría nombrarse un duelo prolongado, en el que se evidencian episodios depresivos intensos y persistentes. A diferencia del proceso esperable de duelo, en el que, con el paso del tiempo, la vivencia de la pérdida tiende a atenuarse y a encontrar nuevas formas de elaboración, en este caso se observa una insistencia del sufrimiento, una fijación al acontecimiento perdido que no logra tramitarse...también ansiedad severa, ver cosas relacionadas con un embarazo y sentirse en peligro. En muchos casos se ha referido a asistencia psiquiátrica.
Psicóloga 4	En líneas generales, el duelo complicado aparece cuando las mujeres no disponen de entornos sensibles y delicados que acompañen el proceso psicológico natural. Es fundamental para el procesamiento del duelo poder crear una narrativa de la experiencia vivida, para ello se necesitan oyentes y/o participantes que lo sostengan. Cuando esta narrativa no puede verbalizarse, la expresión emocional dispara somatizaciones que dificultan el afrontamiento de la vida cotidiana.
Psicóloga 5	El proceso de duelo en general, sobre todo en las primeras etapas, tiene una sintomatología muy parecida a lo que es un cuadro depresivo, hay que tener tolerancia y no patologizar demasiado con respecto a la sintomatología que puede tener con respecto a este duelo. Y la verdad es que yo trato de no pensar en un duelo patológico cuando no ha pasado menos de uno o dos meses después de la pérdida gestacional. Generalmente, pongo mis alertas cuando después de un tiempo tenemos sintomatología que no ha cedido de tipo depresivo ansioso, o por ejemplo, síntomas más bien físicos:

	<p>pacientes que no están comiendo con regularidad, pacientes que no están durmiendo ni han logrado descanso por varias semanas, y generalmente ahí lo que yo hago es verificaciones psicológicas para ver si necesitamos apoyo farmacológico...y, bueno, por supuesto, las pacientes que empiezan a desarrollar ideas de muerte, o, francamente, ideas de suicidio...no me ha tocado mucho ver por ejemplo reacciones psicóticas, pero se da mucho también en pacientes que tienen un trastorno de personalidad o algún antecedente psicótico importante, bipolar a veces, también pueden tener alguna reacción en el duelo de este tipo.</p> <p>Lo que pasa es que lo que hay que tener en cuenta es que la pérdida de un hijo, sea la edad que tenga este hijo, nacido, no nacido, gestacional o no, como un evento traumático, como una muerte traumática, en el sentido de que generalmente nosotros esperamos la muerte en otra etapa de la vida, sino en el inicio, y va también como contra la natura y lo que esperamos, porque generalmente nosotros lo que esperamos es enterrar a nuestros padres, a nuestros abuelos, a nuestros niños, pero no a nuestros hijos. Entonces en ese sentido se intensifica aún más la sintomatología, y por otro lado tenemos el factor del tabú, de que de las pérdidas no se habla, de que no se socializa ese bebé que prácticamente para el resto no existió, y eso genera una reacción mucho más intensa en la sintomatología de la mujer también, porque no es validada en lo que ella expresa finalmente.</p>
Psicóloga 6	<p>Miren, primero yo les diría que ahí hay que tener cuidado con el concepto, porque en realidad yo no manejo como tal “duelo complicado” o “duelo patológico”. De hecho, yo lo cuestiono bastante, porque digo: ¿quién puede establecer cuánto es normal que algo te duela?, ¿quién pone esa vara, ese estándar de “hasta aquí puedes sufrir y de aquí ya no”? Entonces, más que decir “a partir de tal tiempo ya es complicado”, para mí la lectura tiene que ver con cómo está viviendo esa persona su proceso y qué efectos tiene en su vida.</p> <p>Ahora, dicho eso, sí hay cosas que a mí me llaman la atención. Por un lado, hay personas que atraviesan el duelo siendo altamente funcionales, y eso también puede estar mal, porque podría obstaculizar el proceso: hay gente que elige no hacer duelo, como “no, esto no pasó, sigo adelante con mi vida”, y eso existe, yo lo he visto muchas veces. Y por el otro lado, está la persona que entra en una depresión profunda, quizá porque ya venía deprimida, y obviamente se lo va a soportar sin salir; ahí sí, claro que va a necesitar ayuda y un acompañamiento. Entonces, ¿cómo catalogo que solo uno es “complicado” y el otro no, si ambos pueden conllevar un impacto psicológico alto pero distinto? Por eso me cuesta mucho ponerle esa etiqueta. Lo que yo sí hago, más bien, es acompañar a que la persona pueda ir atravesando su proceso y que, de alguna manera, experimente que su vida continúa a pesar de que sufra mucho, llore mucho o le duela un montón. Yo trabajo mucho con la idea de que el duelo no es lineal ni ordenadito, sino circular: a veces vuelve el dolor.</p>

Pregunta 5: ¿Qué factores personales considera que influyen en la vivencia del aborto espontáneo?

Tabla 6.

Factores personales que influyen en la vivencia del aborto espontáneo

Psicóloga 1	Un historial previo de aborto espontáneo previo. Si hay planificación de embarazo. También hay madres consumidoras que están en vulnerabilidad. Hay mujeres que no desean ser madre. Y hay madres que han intentado tener bebés, pero no han podido por ningún método. Entonces esto influye en cómo una mujer puede afrontar un aborto espontáneo. También depende de la cultura, religión, creencias y ambiente que se encuentra. No es lo mismo también un aborto espontáneo al inicio de un embarazo a diferencia de mujeres que tienen 20 semanas de embarazo. No es lo mismo el impacto emocional porque algunas veces hay deseo y otras veces no.
Psicóloga 2	Son innumerables los factores que pueden influir en una situación vital de tal complejidad. En ocasiones, las mujeres sienten mucha sorpresa por lo ocurrido porque es un tema que ha sido tabú o silenciado en su entorno a lo largo de su vida. En otras, hay respuestas desde el enfado porque quizás llevan un largo camino de intentos de ser madres... y la capacidad o el darse permiso de construir una narrativa de lo ocurrido.
Psicóloga 3	Afecta la edad gestacional y el grado de vínculo ya construido, mientras más semanas de gestación tenga la mujer, es un poquito más difícil también el asumir esta pérdida, sobre todo cuando ya tenemos la percepción del movimiento fetal, se empieza a forzar un vínculo mucho más emocional, un apego, muy similar al inicial que se da con el bebé recién nacido. Y también hay, por ejemplo, la primera ecografía, cuando ya hay latidos fetales, cuando los han escuchado, generalmente también eso marca un antes y un después...es muy humano esto de empezar a pensar que a lo mejor yo hice algo mal... 'a lo mejor yo me tomé el paracetamol... a lo mejor lo que comí... a lo mejor hice una fuerza... estaba muy estresada en el trabajo", y eso termina en la idea de que esto es culpa mía, yo soy la responsable de lo que está pasando.
Psicóloga 4	Sin duda yo diría que aquí hay que retomar teorías del apego y el nivel de tolerancia que cada mujer tiene a la frustración ¿qué hace esta mujer, esta persona, cuando no puede tener lo que quiere?, y eso nos lleva directo a las experiencias más tempranas. ¿Cómo hicieron sus cuidadores para gestionar las emociones de esa bebé, de esa niña, cuando quería algo y no podía tenerlo?, ¿qué hace este niño cuando pierde algo o cuando no puede tener lo que quiere?, y a partir de eso, cómo se fue armando su experiencia de vida haciendo con lo que no puede tener o con lo que no hay. Todas esas vivencias van creando un entramado que le permite a la persona tener recursos internos para sobrevivir a las pérdidas, a la frustración, y el cuerpo también va a reaccionar a la pérdida desde ahí. Entonces, un factor clave son esos recursos internos y esa tolerancia: hay mujeres que me miran y me dicen que siempre han tenido todo

	<p>lo que querían, “yo quería tal trabajo y lo tengo, yo quería tal cosa y lo hice, yo quería casarme y ahí está”, y de pronto “quiero tener un bebé... y ya lo pierdo”, y eso confronta muchísimo porque es como “¿cómo puede ser posible?”. Ahí hay que ampliar la visión respecto a cuáles son los recursos internos que tiene cada mujer para hacer frente a la pérdida o a la frustración.</p> <p>Y también influyen discursos y recursos que la mujer trae, por ejemplo un discurso religioso o espiritual, “Dios sabe por qué hace las cosas”, que puede funcionar como un sostén. Además, está lo familiar y lo cultural: depende de la cultura qué significa esa pérdida, porque todas las mujeres del mundo pueden vivir pérdidas gestacionales, pero el significado cambia culturalmente. Yo también pregunto mucho por el contexto del embarazo: si fue un embarazo buscado o no, y hay casos donde el impacto psicológico es distinto porque la ilusión era mayor y el impacto se vuelve más profundo y diferente.</p>
Psicóloga 5	Es necesario un sistema de apoyo, que efectivamente haya personas para que pueda afrontar una pérdida, que crea un circuito de acompañamiento. Ellas han afrontado con mucho dolor y miedo...la mayoría de ellas queda en circuito interdisciplinario para sus evaluaciones para planificar un nuevo embarazo con mucho más cuidado. Cada persona lo impacta de diferentes formas y en ocasiones influye a hacer una investigación de su propio cuerpo.
Psicóloga 6	Estilo de afrontamiento (interno/ externo), situación socioeconómica, apoyos familiares, historial de salud.

Pregunta 6: ¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia, las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

Tabla 7.

Influencia del apoyo de pareja/familia y de las respuestas del entorno en la evolución emocional tras un aborto espontáneo

Psicóloga 1	El apoyo de la pareja, la familia y el entorno cercano influye de manera importante en la evolución emocional de la mujer. Cuando existe acompañamiento, comprensión y escucha, la mujer puede sentirse contenida, menos sola y con mayor libertad para expresar lo que siente, lo que ayuda a enfrentar la pérdida de una forma más saludable con las diferentes etapas de duelo.
Psicóloga 2	Son fundamentales y determinantes. Cuando las mujeres sienten que cuentan con entornos que respetan su sentir y acompañan, atraviesan el proceso emocional con mayor naturalidad.
Psicóloga 3	Bueno, hay que partir del abaste de que por un tema de los roles que nos atribuye la misma sociedad y como nos enseñan a ser si somos mujeres u hombres tenemos distintas maneras también de enfrentar el duelo. Muchas veces se deja de lado al acompañante, sea este el esposo, el enamorado...muy pocas vienen con esposo o enamorado, casi siempre vienen con madres de familia, muchas vienen con amigas, casi ninguna en realidad, hay incluso algunas que vienen

	<p>solas. Y es decir, tienen algo que no solo es con ellas, sino es también con el círculo y normalmente a las parejas se les deja totalmente de lado por el hecho de que se piensa primero en la mujer; y ellos también pasan por un duelo, también pasan por el dolor de esa situación, sea que haya sido deseado o no deseado en el momento. Por un lado yo creo que es un inconveniente súper importante cuando dentro de la pareja no hay una buena comunicación; si yo no le comunico a mi pareja cómo me estoy sintiendo, las mujeres piensan que al hombre la pena se le olvidó, se fue a trabajar y siguió con su vida y yo me quedé aquí con este sentimiento para toda la vida y vamos a caer en una crisis de pareja.</p>
Psicóloga 4	<p>Influye muchísimo, muchísimo; por eso, desde la primera sesión yo voy a explorar el discurso y el retorno que hay alrededor: quién está presente, quién sabe, quién no sabe de esto, para entender cuál es el entorno en el que este duelo se desarrolla y cuánto podría llegar a afectar. A mí me ha tocado incluso decirle a una pareja “vamos a reunirnos con tus papás”, porque a veces la familia también está viviendo su propio dolor y no sabe qué hacer, y eso termina influyendo directamente en cómo la mujer transita la pérdida.</p> <p>Recuerdo, por ejemplo, el caso de una chica joven con un embarazo anembrionario, que después de la pérdida estuvo muchísimas veces en el hospital por ansiedad. En ese caso, su mamá me contactaba y cada vez que llamaba para sacar cita aprovechaba para llorar y decirme cómo se sentía; era como un dolor desbordado también en la familia. Y la percepción que muchas veces aparece alrededor es esta idea de “sigue llorando... ¿qué es lo que hay que hacer?... ya no puede llorar... se tiene que configurar”, como si el llanto fuera algo que hay que cortar, cuando en realidad lo que suele haber detrás es impotencia, la impotencia de no poder hacer nada para que su hija deje de llorar, porque la ven “muerta de dolor”. Entonces, como es tan duro, a veces las reacciones del entorno pueden ser rudas o torpes, no por maldad, sino porque no hay comprensión. También pasa que el entorno social en general lo silencia o no sabe cómo sostenerlo; muchas situaciones y comentarios podrían evitarse si tuvieran información, si supieran qué hacer, pero la verdad es que nadie sabe qué hacer. Por eso yo diría que el apoyo real de pareja y familia, y una respuesta del entorno más informada y orientada, hacen una diferencia enorme.</p>
Psicóloga 5	<p>El acompañamiento del entorno funciona como un sostén subjetivo: cuando está presente, facilita el trabajo de duelo. Las pacientes cuando salen del hospital necesitan llegar a un hogar, donde personas que sean capaces de sostenerla. Es un dolor que toca mucho el deseo.</p>
Psicóloga 6	<p>Es fundamental contar con este apoyo y no sentirse juzgada, sobre todo cuando ha habido muchas pérdidas, la mujer siente que puede fallar ella, pero no tiene por qué ser así, en todo momento honrar su cuerpo, es importante.</p>

Entrevista a mujeres

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a 15 mujeres de Guayaquil, orientadas a comprender la experiencia del aborto espontáneo desde sus significados y vivencias subjetivas. Los hallazgos se organizan por dimensiones temáticas que recogen, por un lado, la forma en que las participantes describen el evento y, por otro, la trayectoria emocional posterior y sus efectos en la vida cotidiana.

A partir de las transcripciones de las entrevistas, se realizó un análisis temático del contenido: los textos se segmentaron en unidades de significado y se codificaron con etiquetas breves que resumían su sentido; esos códigos se agruparon por similitud y se organizaron en dimensiones más amplias con las que se seleccionaron citas representativas que funcionaran como evidencia.

Tabla 8.

Resultados de las entrevistas a mujeres

Dimensiones	Respuestas:
Confusión e incredulidad ante el evento	"Fue algo demasiado confuso... de un momento a otro todo se terminó." "No me esperaba que pasara... yo no me lo podía creer." "No sabía lo que estaba pasando, no lo entendía muy bien porque todo fue muy rápido." "Fue duro, aunque la verdad no sabía cómo nombrar esa pérdida... me sentía shockeada." "Sentí mucha confusión y tristeza..." "Fue confuso." "La falta de información me hizo sentir insegura y con mucho miedo, como si no tuviera control..." "Me sentí sola y desorientada durante todo el proceso." "Todo fue muy confuso y rápido... me sentía con mucha ansiedad." "No entendí bien qué estaba pasando."
Pérdida y vacío	"Lo viví como una pérdida muy dolorosa..." "Le di el significado de una pérdida..." "Lo sentí como una pérdida muy fuerte..." "Lo sentí como la pérdida de un proyecto de vida completo." "La emoción más intensa fue el vacío... Los primeros días estaba como en automático..." "Sensación de fragilidad... me sentía muy vulnerable..." "Apareció una sensación de vacío..."
Dolor y tristeza	"Fue muy triste... sentía un vacío muy grande..."

	<p>“Lo viví como algo muy doloroso...”</p> <p>“Sentí una tristeza muy profunda, era como un peso constante... con el paso de las semanas... la tristeza se quedó más silenciosa...”</p> <p>“Sentí tristeza... la tristeza aparecía en ciertos momentos, sin previo aviso.”</p> <p>“La tristeza fue la emoción principal... la tristeza seguía presente.”</p> <p>“tristeza... el dolor no desapareció del todo, solo cambió de forma.”</p> <p>“Con el tiempo, la rabia se transformó en tristeza más serena.”</p> <p>“Tristeza profunda...”</p> <p>“Me sentía apagada... Cumplía con mis responsabilidades, pero sin energía.”</p> <p>“Seguí funcionando por mis hijos, pero emocionalmente estaba apagada.”</p> <p>“Solo me sentía vulnerable.”</p> <p>“Me sentía agotada emocionalmente.”</p> <p>“Sentí una mezcla de tristeza y alivio... entendí que esas emociones podían coexistir y empecé a aceptarlas sin tanta culpa.”</p>
Miedo y angustia	<p>“La angustia y el miedo... Casi no podía dormir... Quedó una sensación de inseguridad que duró varias semanas.”</p> <p>“Miedo al futuro... Pensaba que algo así podía volver a pasar... Seguía apareciendo cada vez que pensaba en un nuevo embarazo.”</p> <p>“Miedo a volver a intentar.”</p> <p>“Tristeza y miedo...”</p> <p>“Casi no podía dormir.”</p> <p>“La ansiedad era muy intensa, me costaba dormir y concentrarme.”</p>
Rabia, frustración y enojo	<p>“Rabia... estaba enojada con mi cuerpo y conmigo misma... esa rabia fue disminuyendo...”</p> <p>“Mucha rabia y frustración... Al principio esa rabia era constante, pero... se fue transformando en tristeza...”</p> <p>“Dolor, rabia y envidia hacia otras mujeres embarazadas...”</p> <p>“Me molestaba ver a otras mujeres embarazadas...tenía envidia hacia otras mujeres embarazadas.”</p> <p>“Me sentía irritable y lloraba con facilidad. En casa había tensión.”</p> <p>“Me sentía muy sensible porque cualquier comentario me molestaba.”</p>
Injusticia	<p>“Lo vi como algo muy injusto, como algo que no tenía explicación... sentí que me lo habían quitado.”</p> <p>“Lo viví como algo injusto...”</p> <p>“Le di el significado de una pérdida injusta y silenciosa...”</p> <p>“Una injusticia profunda, casi como un castigo.”</p>
Silencio y soledad	<p>“Me sentí muy sola... No tenía a nadie a mi lado lamentablemente.”</p> <p>“Una experiencia muy silenciosa... no sabía cómo hablar de eso ni con quien... una pérdida que tenía que guardar para mí...”</p> <p>“Fue algo muy íntimo, no quería que nadie lo supiera...”</p>

	<p>“Fue una pérdida silenciosa que no muchos entendieron.”</p> <p>“Sentía que los demás no lo entendían de la misma manera y eso fue peor.”</p> <p>“No muchos entendieron.”</p> <p>“Sentía que no había como ese espacio para decir lo que sentía.”</p> <p>“Me sentí muy sola con mi pérdida...”</p> <p>“Sentí soledad. Aunque estaba rodeada de gente, me sentía sola en lo que estaba viviendo...”</p> <p>“Mis emociones me llevaron a aislarme. Dejé de salir y evitaba reuniones familiares.”</p> <p>“Prefería estar sola.”</p> <p>“Me aislé mucho.”</p> <p>“Mi familia estuvo presente, pero evitaban hablar del tema... el silencio también me pesaba.”</p> <p>“Prefería no hablar. Eso hizo que yo me guardara muchas cosas.”</p> <p>“Noté incomodidad al hablar del tema.”</p> <p>“Mi familia estuvo presente, aunque evitaba el tema.”</p> <p>“Mi pareja intentó apoyar, pero desde el silencio.”</p> <p>“Otros evitaban el tema. El silencio ajeno fue muy doloroso.”</p> <p>“Evitaba profundizar en lo que yo sentía... eso me llevó a cerrarme más.”</p>
<p>Autoinculpación y fracaso</p>	<p>“Fue un fracaso definitivamente... yo me sentía muy culpable... siempre me cuestionaba sobre que había hecho algo mal...”</p> <p>“Al inicio lo viví como un fracaso personal, como si mi cuerpo no hubiera podido sostener lo que debía.”</p> <p>“Me sentí culpable por no haberlo deseado desde el inicio.”</p> <p>“Sentí que mi cuerpo me traicionó.”</p> <p>“Sentí mucha culpa... la culpa fue más difícil de soltar y apareció de forma intermitente.”</p> <p>“Eso me generó mucha culpa... al principio me juzgaba mucho...”</p> <p>“La tristeza y la culpa fueron las más fuertes al inicio. Con los días, la culpa fue disminuyendo...”</p> <p>“Culpa y tristeza. Con el tiempo apareció alivio, y luego culpa por sentir ese alivio.”</p>
<p>Deslegitimación del duelo</p>	<p>“Sentía que no tenía tanto derecho a sufrir tanto porque “no había nacido”...”</p> <p>“Dolía pero que parecía no tener derecho a doler tanto.”</p> <p>“Solo me dijeron que era algo frecuente y que podía volver a Intentarlo. En ese momento esa información me dolió...”</p> <p>“Esa información me hizo sentir que no debía sufrir tanto...”</p> <p>“Me hubiera gustado saber que emocionalmente lo que estaba sintiendo era válido, que no estaba exagerando ni dramatizando.”</p> <p>“Hizo que me sintiera confundida y que pensara que estaba exagerando.”</p> <p>“Esa información me hizo sentir que no debía sufrir tanto...”</p>

	<p>“A veces sentía que quería que yo esté bien rápido.”</p> <p>“Algunas personas del entorno minimizaron lo ocurrido y eso me dolió.”</p> <p>“Comentarios... minimizaban la pérdida.”</p> <p>“Mi familia minimizó la pérdida diciendo que “no era un bebé todavía”.”</p> <p>“Mi entorno asumió que “no fue tan grave” por ya tener hijos.”</p> <p>“me hicieron sentir que no tenía derecho a estar mal.”</p>
Proyecto de vida	<p>“Todos nos habíamos ilusionado y teníamos muchísimas expectativas... ya lo sentía como parte de mi vida para al fin tener una familia completa.”</p> <p>“Mi esposo y yo ya le teníamos todo organizado...”</p> <p>“La pérdida de un proyecto de vida completo.”</p> <p>“ruptura abrupta con algo que recién estaba empezando a existir en mi mente.”</p> <p>“El embarazo empezó a representar una nueva etapa, una posibilidad de formar algo propio.”</p> <p>“Era una sorpresa, algo que me obligaba a replantear mi vida nuevamente.”</p> <p>“Representaba estabilidad y sentido de vida.”</p> <p>“Una posibilidad de formar algo propio.”</p> <p>“El embarazo representaba esperanza después de mucha espera.”</p> <p>“Era la confirmación de que aún podía ser madre.”</p> <p>“Me conecté rápido emocionalmente; ya me imaginaba cómo sería mi vida con ese hijo o hija.”</p>
Información poco empática	<p>“Recibí información médica básica... nadie me habló de lo que podía sentir emocionalmente.”</p> <p>“Recibí información muy técnica... Nadie me explicó qué significaba eso para mí como mujer.”</p> <p>“Me explicaron lo físico... pero no me dijeron nada sobre el impacto emocional.”</p> <p>“Información clara sobre el procedimiento, pero no sobre las consecuencias emocionales.”</p> <p>“La información... fue mínima y muy centrada en lo médico. Nadie me habló del duelo ni de las emociones.”</p> <p>“Información incompleta y muy fría...”</p> <p>“Información médica muy fría, centrada en lo físico.”</p> <p>“Información técnica, pero nadie habló del duelo.”</p> <p>“Buena información médica, pero nada emocional.”</p> <p>“No tuve espacio para hacer preguntas... me hubiera gustado entender mejor por qué pasó y qué venía después.”</p> <p>“Me hubiera ayudado saber qué estaba pasando paso a paso y sentir que podía preguntar sin molestar...”</p> <p>“Que alguien me explique con calma lo que estaba ocurriendo y que me prepare para lo que iba a sentir después.”</p>

	<p>“Me hubiera gustado que me expliquen sin juzgarme.”</p>
Duelo	<p>“Fue algo que me marcó.”</p> <p>“hasta ahora se me hace un poco complicado el recordarlo.”</p> <p>“Fue una experiencia traumática.”</p> <p>“Me hubiera gustado que me expliquen que el dolor, la tristeza y el llanto eran normales...”</p> <p>“Me hubiera ayudado que alguien me dijera que era normal sentirse triste y confundida...”</p> <p>“Me hubiera gustado saber que el duelo podía aparecer.”</p> <p>“Que podía sentirme triste por semanas o meses...”</p> <p>“Me hubiera ayudado saber que el dolor no desaparece rápido y que eso es normal.”</p>
Apoyo familiar	<p>“Con mi familia hubo apoyo, aunque también silencios que me dolían.”</p> <p>“En mi familia trataban de apoyarme, pero a veces no sabían qué decir.”</p> <p>“Me sentía acompañada, aunque a veces sentía que esperaban que ya estuviera mejor.”</p> <p>“Frases que minimizaban lo que sentía, y eso me dolía.”</p> <p>“Con mi familia hubo apoyo, aunque no siempre sabían cómo ayudar.”</p> <p>“En mi familia encontré apoyo, y siento que eso fue muy importante para seguir.”</p> <p>“Mi familia estuvo presente... me ayudó a no sentirme sola...”</p> <p>“Mi familia sí fue un apoyo...”</p> <p>“Mi familia fue un sostén importante.”</p> <p>“Mi familia estuvo presente...”</p>
Problemas en la pareja	<p>“En pareja hubo distancia, porque yo necesitaba hablar y él no sabía cómo acompañarme.”</p> <p>“Con mi pareja discutíamos más... él no entendía mis cambios de ánimo.”</p> <p>“Hubo momentos de incompreensión... yo estaba detenida en el dolor y él quería seguir adelante.”</p> <p>“Yo estaba muy triste y necesitaba contención, pero él vivía el proceso de otra manera.”</p> <p>“Miedo a volver a intentar, lo que generó distancia.”</p> <p>“Momentos de acercamiento y otros de mucha distancia.”</p> <p>“Hubo tensión, porque cada uno afrontaba la pérdida de manera distinta.”</p> <p>“Momentos de cercanía y otros de distancia.”</p> <p>“Con mi pareja me costaba hablar; sentía que él no lo vivía igual.”</p> <p>“Cada uno vivía el duelo a su manera y eso nos distanció.”</p> <p>“Mi pareja fue más distante... eso me hizo sentir incomprendida.”</p> <p>“Vivimos el proceso de manera diferente, lo que generó conflictos.”</p>

	“quería que yo esté bien rápido.”
Historia personal	<p>“En mi familia no se hablaba mucho de las emociones ni de las pérdidas... Intentara ser fuerte y seguir adelante rápido...”</p> <p>“Influyó mucho una pérdida anterior... Removiera cosas que no estaban del todo resueltas... Como si se juntaran varios dolores.”</p> <p>“Influyó mi experiencia previa con el embarazo... Expectativas y sueños puestos en este embarazo... La pérdida fuera más dolorosa...”</p> <p>“Mi experiencia previa como madre influyó...”</p> <p>“influyó el momento de mi vida en el que estaba... La pérdida me desestabilizó mucho porque sentí que se caían varios proyectos al mismo tiempo.”</p> <p>“Mi historia de salud... Miedo de que algo salga mal con mi cuerpo... Vivir la pérdida con mucha ansiedad e inseguridad.”</p> <p>“Historia emocional... situaciones difíciles antes... enfrentar esta pérdida con más miedo...”</p>
Rasgos de afrontamiento	<p>“Siempre he sido una persona que se guarda las cosas y no le gusta mostrarse mal hacia los otros... Viviera la pérdida en silencio... Me costara pedir ayuda, aunque la necesitaba.”</p> <p>“Me cuesta expresar lo que siento... Suelo ocuparme de los otros antes que de mí...”</p> <p>“Suelo ser muy racional y tratar de entender todo...”</p> <p>“Mucha exigencia conmigo misma... Viviera la pérdida con mucha culpa y sensación de fracaso.”</p> <p>“Soy muy autoexigente y crecí escuchando que una mujer “debe poder”... Me responsabilizara de algo que no podía controlar.”</p> <p>“Suelo ocuparme de los otros antes que de mí... Postergara mi propio duelo y que el dolor apareciera más tarde.”</p>
Apoyo de la pareja	<p>“Mi pareja intentó apoyarme, pero no sabía cómo hacerlo.”</p> <p>“Mi pareja trató de acompañarme, pero también estaba desbordada...”</p> <p>“Mi pareja intentó acompañarme, pero sentí que no comprendía del todo...”</p> <p>“Mi pareja me apoyó, aunque también estaba afectada.”</p>

Análisis de resultados

Categoría 1: Aborto espontáneo

Las profesionales entrevistadas concuerdan en que el AE es una pérdida involuntaria del embarazo, pero su comprensión también abarca dimensiones subjetivas: el significado atribuido al embarazo, el vínculo construido con el bebé y las condiciones socioculturales e institucionales que rodean al duelo. En sus respuestas, los elementos clave para comprender el AE incluyen la

edad gestacional, el grado de vínculo afectivo con el embarazo, la presencia de antecedentes de pérdidas y, en algunos casos, el contexto de vulnerabilidad o salud de la mujer.

Tanto las mujeres como las profesionales coinciden en describir el AE como un evento que desorganiza la vida: las mujeres mencionan que vivieron confusión, incredulidad y shock: “de un momento a otro todo se terminó”, “no entendí bien qué estaba pasando”, “todo fue muy rápido”. Las psicólogas, por su parte, lo sitúan como una interrupción súbita de un proceso corporal y psíquico en curso, y señalan que su carácter espontáneo alude a lo imprevisible, que fractura la sensación de control.

Sin embargo, en las entrevistas resalta que la confusión no proviene únicamente del impacto emocional, ya que varias mujeres vinculan su desorientación a la falta de información clara y a la comunicación poco empática por parte del personal médico, por ello, el modo en que los equipos de salud acompañan este evento puede atenuar o intensificar su carácter traumático. Varias psicólogas subrayan la importancia de permitir la participación de las mujeres y sus parejas en decisiones cuando es posible, ofrecer privacidad para expresar emociones y reconocer el proceso.

Las psicólogas insisten en que la caracterización del AE depende del grado de vínculo afectivo y de las fantasías, expectativas y proyectos depositados en el embarazo. Las mujeres, confirman esta visión al describir la pérdida como un vacío y una ruptura de un proyecto de vida.

Este proyecto de vida se ancla en ideales y expectativas deformadas que apuntan a "lo que debería ser", mandatos sociales y culturales, donde se puede también romantizar la maternidad, el embarazo, el parto y la crianza. Entonces estas mujeres con otra realidad, totalmente diferente a los ideales socioculturales, y asumen que han fallado o fracasado. Es lo que se evidencia en la frase: "sentí que mi cuerpo había fallado". Esto se articula directamente con la noción de duelo gestacional planteada por Navarro et al. (2025) y Cuenca (2023) que implica una pérdida de roles y de la identidad parental en formación, donde la intensidad del duelo se incrementa cuando el embarazo ha sido investido simbólicamente mediante planes, nombres e imaginarios del bebé.

Categoría 2: Implicaciones psicológicas del aborto espontáneo

En relación con las reacciones emocionales, las psicólogas describen que el AE se vive como una crisis con desorganización subjetiva, donde destacan la tristeza intensa, la confusión, ansiedad, miedo ante futuros embarazos, aislamiento y, en casos, sintomatología depresiva más marcada. Algunas profesionales añaden que la respuesta emocional difiere ya que ciertas mujeres conectan con el dolor desde el inicio, mientras otras atraviesan una fase de bloqueo y recién después contactan con la dimensión del duelo.

El repertorio emocional descrito por las mujeres incluye: tristeza profunda, vacío, rabia, ansiedad, insomnio y miedo; hablan de un dolor que “no desaparece y solo cambia de forma”, así como de un estado de agotamiento emocional ya que, aunque parezcan funcionales experimentan un entumecimiento interno, por lo que requieren de ayuda para “volver a sentirse una misma”.

Estas descripciones son consistentes con la evidencia sobre la alta carga de ansiedad y depresión asociada a la pérdida gestacional (Farren et al., 2020; Klier et al., 2002) que explica cómo, junto a lo psicológico, la caída abrupta de hormonas intensifica la labilidad afectiva, superponiéndose al duelo.

Precisamente, uno de los puntos de mayor convergencia entre los testimonios de las psicólogas y las mujeres entrevistadas es la culpa; las mujeres expresan: “sentí que mi cuerpo me traicionó”, “era un fracaso personal”, “me juzgaba mucho”, e incluso describen culpa por experimentar alivio, especialmente cuando el embarazo no era plenamente deseado.

Las profesionales, priorizan la mitigación de esa culpa mediante la validación del sentir de las mujeres que sufrieron una pérdida y la reformulación de las atribuciones que se hacen de la situación, lo que coincide con lo descrito por Lee et al. (2017), quienes plantean que la mente busca explicaciones para recuperar control cuando la medicina no ofrece certezas.

Las mujeres refieren haber recibido mensajes que minimizan la pérdida y describen que esa información las hace sentir que “no tienen derecho a sufrir tanto”; las psicólogas, reafirman esto al describir el aborto como un duelo poco validado socialmente, dado que al no haber un hijo nacido el entorno tiende a negar la existencia misma del vínculo por lo que una parte del sufrimiento

proviene del modo en que la cultura y los sistemas institucionales encuadran esa pérdida.

El silencio y la soledad, que experimentan gran parte de las mujeres que brindaron su testimonio, se comprenden aquí en consecuencia de esa desautorización; mencionan aislamiento, dificultad para hablar, evitación de reuniones y la vivencia de sentirse solas incluso cuando están acompañad; algunas describen que la familia estuvo presente pero evitaba el tema, y que ese silencio también dolía.

Las psicólogas describen de forma análoga que, por normas culturales, como no anunciar el embarazo, y por el tabú que rodea las pérdidas gestacionales, el duelo se vive en privado, lo que reduce la red de apoyo disponible.

Respecto a señales de posible duelo complicado, las psicólogas señalan la ansiedad severa, síntomas depresivos persistentes, fijación al acontecimiento, alteraciones del sueño o la alimentación, evitación de situaciones desencadenante y la ideación de muerte; otras cuestionan la etiqueta duelo patológico y prefieren evaluar el impacto funcional y la forma singular en que cada mujer vive su duelo se tramita, destacando que puede haber sufrimiento tanto en la hiperfuncionalidad evitativa como en el retraimiento depresivo.

Categoría 3: Mujeres en edad reproductiva: aspectos personales, sociales y culturales

Los resultados muestran que la vivencia del AE en mujeres se configura por una interacción entre factores personales, relacionales y contextuales. Las psicólogas señalan como variables personales relevantes la edad gestacional, el grado de vínculo y la simbolización del embarazo, antecedentes de pérdidas, antecedentes de enfermedad mental, creencias religiosas y los estilo de afrontamiento, haciendo énfasis en los recursos internos y en la capacidad de regulación emocional que influye en cómo la persona ha aprendido a procesar las pérdidas.

Las mujeres también relatan historias familiares marcadas por rasgos de autoexigencia, por la tendencia a racionalizar lo que se siente o a cuidar a los demás antes que a sí mismas, y por el peso de pérdidas que dejaron huellas

abiertas, mientras que las profesionales, mencionan vulnerabilidades preexistentes, la necesidad de control, dificultades en la tolerancia a la frustración y menor flexibilidad frente a aquello que no se puede controlar; en sintonía con Kishimoto et al. (2021) y Lang et al. (2011), quienes vinculan la necesidad de control y el temor a lo desconocido con mayores niveles de ansiedad durante el duelo, y con Mota et al. (2021), que asocia el afrontamiento evitativo con una mayor intensidad del sufrimiento,.

En el plano relacional, tanto profesionales como mujeres coinciden en que el apoyo de pareja y familia es determinante. Las psicólogas describen que el acompañamiento sensible, la escucha y la presencia reducen la soledad que experimentan las mujeres y facilitan la elaboración del duelo.

Las mujeres corroboran esta idea: varias relatan haber contado con un apoyo familiar importante, aunque atravesado por silencios que también dolían; otras señalan que, aun estando acompañadas, se sintieron solas porque el entorno evitaba el tema o minimizaba su experiencia; por lo tanto, la pérdida puede volverse más difícil no solo por lo que ocurrió, sino por aquello que quedó sin palabras y sin reconocimiento.

En la dimensión de pareja varias mujeres narran que ellas necesitaban hablar y su compañero tendía a callar o a querer “seguir adelante”, lo que generaba una sensación de incompreensión y tensión en la relación. Las psicólogas describen que esto es efecto de los roles de género y de la invisibilización del duelo masculino: los hombres se ubican en un rol de soporte y quieren controlar su emoción, o evitar el tema por miedo a empeorar el dolor.

En conjunto, la evidencia integrada muestra que el AE es una pérdida traumática y que es desautorizada socialmente y cuyo duelo depende de la interacción entre el vínculo con el embarazo, las atribuciones de culpa, el soporte relacional, las narrativas disponibles para simbolizar la pérdida y la calidad del encuentro con los sistemas de salud.

La integración de voces muestra que donde hay validación, información empática y redes de apoyo que acompañan la pérdida, el duelo encuentra palabras y se vuelve más elaborable; donde hay silencio y minimización del dolor, se incrementa la soledad, la culpa y el riesgo de fijación del sufrimiento.

CONCLUSIONES

El aborto espontáneo se define clínicamente como la pérdida involuntaria del embarazo antes del umbral de viabilidad, cuyo abordaje médico se centra en reconocer signos como sangrado, dolor y confirmación ecográfica, y en aplicar conductas de manejo expectante, médico o quirúrgico según la evolución y las condiciones de la mujer. No obstante, la evidencia cualitativa muestra que esta caracterización resulta insuficiente ya que la experiencia se configura también por el vínculo afectivo construido, las expectativas depositadas y el significado atribuido al embarazo, que determinan el impacto subjetivo de la pérdida.

Se identifica que las manifestaciones emocionales y psicológicas que siguen a un AE se expresan, de manera predominante, como confusión e incredulidad inicial, seguidas por tristeza profunda, sensación de vacío, miedo y angustia acompañadas de ansiedad e insomnio. Se observa también la aparición de rabia, frustración, enojo y culpa, expresada en ideas de fracaso personal o de traición del propio cuerpo, junto con percepciones de injusticia, desorganización interna y agotamiento emocional, incluso cuando la mujer mantiene funcionalidad aparente en el día a día.

Con respecto a los factores que influyen en la vivencia del AE, a nivel personal influirían el grado de vínculo y simbolización del embarazo, antecedentes de pérdidas, los estilos de afrontamiento, la autoexigencia y los aprendizajes familiares sobre la expresión emocional; a nivel relacional, el estigma y la deslegitimación cultural del duelo gestacional contribuyen a que muchas mujeres oculten la pérdida, limiten sus redes de apoyo y vivan el proceso como una experiencia silenciosa, por ello, el apoyo de la pareja y la familia se reconoce como determinantes.

Además, la experiencia institucional adquiere un peso decisivo: la información insuficiente o comunicada con baja empatía puede intensificar la confusión y el miedo, por ello, se concluye que el abordaje adecuado requiere integrar la dimensión clínica con la dimensión psicológica, promoviendo una atención que reconozca el duelo gestacional y facilite redes de contención para la mujer, la pareja y la familia.

LISTA DE REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG practice bulletin No. 200 summary: *Early pregnancy loss*. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), 1311–1313. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002900>
- Bagheri, L., Chaman, R., Ghiasi, A., & Motaghi, Z. (2023). Cognitive behavioral counselling in post abortion grief: A randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion*, 12(1), 120. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_474_22
- Baró, S. M. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *RiHumSo*, (21), 19-33. <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>
- Becerra Gordo, M. (2023). Pérdida gestacional y el proceso de su duelo. Lo que comparten las mujeres y sus parejas. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, (41), 109-119.
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). “It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC women's health*, 18(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>
- Benavides Borja, M. T., & Amarilis Guerra, C. (2024). El duelo perinatal. Un estudio fenomenológico sobre la percepción y el significado desde la perspectiva de los padres. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 9(4).
- Berg, A. (2017). Abortion and miscarriage. *Philosophical Studies*, 174(5), 1217–1226. <https://doi.org/10.1007/s11098-016-0750-z>
- Bilardi, J. E., & Temple-Smith, M. (2023). We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: So where is the support? *Fertility and Sterility*, 120(5), 937–939. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.951>

- Bottini de Rey, Z. (2014). *Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias*. Educa. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/reflexiones-aborto-consecuencias-rey..pdf>
- Browne, V. (2018). The politics of miscarriage. *Radical Philosophy*, 203, 61–72.
- Browne, V. (2025). How to defeat miscarriage stigma: From “breaking the silence” to reproductive justice. *Feminist Theory*, 26(1), 203–223. <https://doi.org/10.1177/14647001241266173>
- Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., Chiribao, F., Leus, I., Avondet, S., & Friedman, J. (2018). “It’s something that marks you”: abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive health*, 15(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>
- Clements, B. (2015). Religion and abortion. En *Religion and Public Opinion in Britain: Continuity and Change* (pp. 127-163). London: Palgrave Macmillan UK.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2024, diciembre). *Norma Técnica para transversalizar el enfoque de género en el sector público*. Gobierno de Ecuador.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in global women's health*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- Cunningham, K. J. Leveno, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, C. Y. Spong, & B. M. Casey F. (Eds.), (2022) First- and second-trimester pregnancy loss. En Cunningham, G. & Leveno, K. (Eds.) *William’s obstetrics* (p. 2-17). McGraw Hill.
- Dolan, N., Grealish, A., Tuohy, T., & Bright, A. M. (2022). Are mindfulness-based interventions as effective as cognitive behavioral therapy in reducing symptoms of complicated perinatal grief? A systematic review. *Journal of midwifery & women's health*, 67(2), 209-225. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13335>

- Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health professionals' practices and attitudes about miscarriage. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Schouten, E. G. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry*, 28(5), 414-417. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2006.07.001>
- Estrada Zapata, K., Parada Romero, B., & Alfaro Romero, D. (2024). Reflexión sobre el duelo perinatal invisibilizado a través del discernimiento bioético de un caso. *Revista Salud Uninorte*, 40(3), 1113-1125. <https://doi.org/10.14482/sun.40.03.357.951>
- Farren, J., Jalbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 6(11), e011864. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864>
- Farren, J., Jalbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., ... & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(4), 367.e1-367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M., & Aventin, Á. (2022). Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience

- miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Geller, P. A., Kerns, D., & Klier, C. M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *Journal of psychosomatic research*, 56(1), 35-45. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00042-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00042-4)
- Guillem, V., Romero Retes, R., & Oliete Ramírez, E. (2003). *Manifestaciones del duelo*. En C. Camps Herrero & P. T. Sánchez Hernández (Eds.), *Duelo en oncología* (pp. 63–83). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Hassan, H., & Holmes, N. (2023). CBT for post-traumatic stress disorder and depression in the context of pregnancy loss: a case study reflection. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e33. <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000259>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Herranz, G. (2021). Bioética y desarrollo embrionario. *Persona y Bioética*, 25(1), 1-10.
- Hiefner, A. R., & Villareal, A. (2021). A multidisciplinary, family-oriented approach to caring for parents after miscarriage: the integrated behavioral health model of care. *Frontiers in public health*, 9, 725762. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725762>
- Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., & Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>
- Jensen, K. L., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: a qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(4), 508-513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>
- Kapp, N., Whyte, P., Tang, J., Jackson, E., & Brahmi, D. (2013). A review of evidence for safe abortion care. *Contraception*, 88(3), 350-363. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.027>

- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., ... & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC women's health*, 21(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Klier, C. M., Geller, P. A., & Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review. *Archives of women's mental health*, 5(4), 129-149. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0146-2>
- Kobes, M. Ö., & Yıldız, H. (2021). The level of grief in women with pregnancy loss: a prospective evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 346-355. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1759543>
- Kousar, R., Khan, M. L., & Alam, N. (2024). Marital satisfaction, social support and coping strategies among couple having miscarriage. *International Journal of Social Science and Entrepreneurship*, 4(2), 275–297. <https://doi.org/10.58661/ijssse.v4i2.282>
- Kurjak, A., Stanojević, M., Barišić, P., Ferhatović, A., Gajović, S., & Hrabar, D. (2023). Facts and doubts on the beginning of human life—scientific, legal, philosophical and religious controversies. *Journal of perinatal medicine*, 51(1), 39-50. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0337>
- Lamas, M. (2012). Mujeres, aborto e Iglesia católica. *Revista de El Colegio de San Luis*, 2(3), 42-67.
- Lang, A., Fleiszer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 63(2), 183-196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Larsen, E. C., Christiansen, O. B., Kolte, A. M., & Macklon, N. (2013). New insights into mechanisms behind miscarriage. *BMC Medicine*, 11, 154, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-154>
- Lee, L., Ma, W., Davies, S., & Kammers, M. (2023). Toward optimal emotional care during the experience of miscarriage: an integrative review of the perspectives of women, partners, and health care providers. *Journal of midwifery & women's health*, 68(1), 52-61. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13414>

- Lee, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: An integrative review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(1), 32-52. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1239249>
- Lisova, K. M., Kalinovska, I. V., Pryimak, S. H., Tokar, P. Y., & Varlas, V. N. (2021). Changes in the level of fetoplacental complex hormones in pregnant women with miscarriage. *Journal of Medicine and Life*, 14(4), 487–491. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0089>
- Lopez-Hernandez, D. Y., Morales-Martinez, M. I., & Ramos-Contreras, G. M. (2020). Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 9 (2), 1-7. <https://doi.org/10.47784/rismf.2024.9.2.193>
- McLeod, C. (2024). Una historia del aborto en Occidente. En: Bindeman, J. (eds.) *Manual del profesional de salud mental para la atención del aborto* (p. 3-20). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-61453-8_1
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, 7(3), e011382. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>
- Mehra, V. M., Farooqi, S., Sriram, P., & Tunde-Byass, M. (2024). Diagnosis and management of early pregnancy loss. *CMAJ*, 196(34), E1162-E1168. <https://doi.org/10.1503/cmaj.231489>
- Mendes, D. C. G., Fonseca, A., & Cameirão, M. S. (2023). The psychological impact of early pregnancy loss in Portugal: Incidence and the effect on psychological morbidity. *Frontiers in Public Health*, 11, 1188060. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1188060>
- Merviel, P., Hannigsberg, J., Tremouilhac, C., Herrmann, S., Saliou, A. H., Dupré, P. F., ... & Couturaud, F. (2021). Abortos espontáneos recurrentes. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 57(3), 1-17. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(21\)45478-0](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(21)45478-0)
- Moreno-Tirado, P. S., Gil-García, E., & Tarriño-Concejero, L. (2023). Cuidados enfermeros en el duelo perinatal. Una revisión sistemática y crítica de las actitudes y los conocimientos en la práctica clínica. *Enfermería clínica*, 33(5), 327-337. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.06.004>

- Mork, S., Hvidtjørn, D., Möller, S., Henriksen, T. B., O'Connor, M., & Bonanno, G. A. (2023). Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.052>
- Mota González, C. M., Calleja, N., Bravo, C. S., Meléndez, J. C., & Buendía, J. B. (2021). Resiliencia y apoyo social como predictores del duelo perinatal en mujeres mexicanas: Modelo explicativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(58), 35-46.
- Mota González, C., Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., & Gómez López, M. E. (2021). Los estilos de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(1), 50-58.
- Mulvihill, A., & Walsh, T. (2014). Pregnancy loss in rural Ireland: An experience of disenfranchised grief. *British Journal of Social Work*, 44(8), 2290–2306. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct078>
- Nakano, Y., Akechi, T., Furukawa, T. A., & Sugiura-Ogasawara, M. (2013). Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology research and behavior management*, 37-43. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S44327>
- Navarro, A. M., Cruz-Rojas, A. S., & Rodríguez-Cely, M. F. (2025). Cuidado de Enfermería en el duelo gestacional y perinatal según la teoría de K. Swanson. Scoping review. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 12(1), 2-39. <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/1358>
- Ockhuijsen, H. D., Boivin, J., van den Hoogen, A., & Macklon, N. S. (2013). Coping after recurrent miscarriage: uncertainty and bracing for the worst. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39(4), 250-256.
- Oliveira, M. T. S., Oliveira, C. N. T., Marques, L. M., Souza, C. L., & Oliveira, M. V. (2020). Factors associated with spontaneous abortion: A systematic review. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 361–372. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>

- Organización Mundial de la Salud. (2021, 25 noviembre). *Aborto*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Parvin, R., Sultana, T., & Hossaion, S. (2022). The Effects of Miscarriage on Women's Health. *International Journal of Social Sciences and Humanities Invention*, 9, 7414-7430. <https://doi.org/10.18535/ijsshi/v9i011.10>
- Peters, G. E. (2017). Our" miscarriage: Pregnancy loss and narrative entitlement. *Women & Language*, 39(2), 71-92.
- Petracchi, F., Forestieri, O. Á., & Uranga, A. (2022). Aborto espontáneo y recurrente. En . Á., & Uranga, A. (Eds.) *Salud de la Mujer* (p. 1399-1427). Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podeseck, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., ... & Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Rellstab, S., Bakx, P., & Garcia-Gomez, P. (2022). The effect of a miscarriage on mental health, labour market, and family outcomes. *Tinbergen Institute Discussion*, 2022 (027), 1-58.
- Rivera-King, E., Amador-Velázquez, R., & Martínez-Ávila, S. (2022). Efectos emocionales que causa el aborto espontáneo/Emotional effects caused by spontaneous abortion. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 30(4), 88-95. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1233
- Roman, L. A. O., Mendoza, J. I. G., Román, J. M. O., & Granizo, V. M. T. (2019). Aborto recurrente: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Reciamuc*, 3(1), 443-463. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.443-463](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.443-463)
- Román Abrams, C., & Plaza Montero, A. (2023). Reconceptualización de la maternidad y estrategias de afrontamiento ante el duelo perinatal en mujeres que asisten a un grupo de apoyo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(3), 4.

- Rowlands, I. J., & Lee, C. (2010). "The silence was deafening": Social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 274–286. <https://doi.org/10.1080/02646831003587346>
- Rusca, I., & Morales, L. (2022). Aspectos relacionados al proceso de comunicación de la muerte gestacional o perinatal. Una mirada sistémica sobre el duelo gestacional o perinatal. En *XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires*.
- Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. SENPLADES. <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 585-594. <https://doi.org/10.1348/147608306X96992>
- Shaohua, L., & Shorey, S. (2021). Psychosocial interventions on psychological outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 117, 103871. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103871>
- Swanson, L. M., Pickett, S. M., Flynn, H., & Armitage, R. (2011). Relationships among depression, anxiety, and insomnia symptoms in perinatal women seeking mental health treatment. *Journal of Women's Health*, 20(4), 553-558. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2371>
- Taboada, N. (2018). Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética. *Acta Médica del Centro*, 12(1), 81–92.
- Tinedo, M. J., Santander, F., Alonso, J., Herrera, A., Colombo, C., & Díaz, M. (2016). Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 20(2), 37-43.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. (s. f.). *Dominios institucionales de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: Dominios científico-*

tecnológico-humanistas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [Documento PDF]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

<https://www.ucsg.edu.ec/wp-content/uploads/pdf/sinde/DOMINIOS-LINEAS-DE-INVESTIGACION.pdf>

- Van der Sijpt, E. (2010). Marginal matters: Pregnancy loss as a social event. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1773-1779. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.055>
- Van Wely, M. (2023). Series of overviews on miscarriage and recurrent miscarriage. *Fertility and Sterility*, 120(5), 932-933. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.09.006>
- Vargas, M. B. R., & Lara, L. V. G. (2023). Efectos psicológicos y estrategias de afrontamiento como predictores del duelo perinatal. *Anatomía Digital*, 6(4.3), 279-304. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2806>
- Wattar, B., Murugesu, N., Tobias, A., Zamora, J., & Khan, K. S. (2019). Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 25(3), 362-374. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz002>
- Wenzel, A. (2017). Cognitive behavioral therapy for pregnancy loss. *Psychotherapy*, 54(4), 400.
- Williams, H. M., Topping, A., Coomarasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. *Qualitative health research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>
- Yang, J., Dowell, A., & Filoche, S. (2022). Views of health professionals on the impact of early miscarriage on women's mental health and the accessibility of services and support. *NZ Med. J*, 135, 54-64.

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento Informado a participantes

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Natalia Paulina Espinoza De La Torre y Niurka Daniela Cohn Esmeraldas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es comprender la experiencia emocional y psicológica de mujeres jóvenes que han atravesado un aborto espontáneo, explorando los sentimientos, pensamientos y significados que atribuyen a la pérdida, así como las formas de afrontamiento y el apoyo recibido, con el fin de contribuir a una mejor comprensión y acompañamiento psicológico en estos procesos.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con C.I.# _____
acepto participar voluntariamente en esta investigación: Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años.

La presente investigación es dirigida por la Natalia Paulina Espinoza De La Torre y Niurka Daniela Cohn Esmeraldas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años, explorando las experiencias emocionales, los significados subjetivos y los procesos de afrontamiento que se presentan tras la pérdida gestacional, así como recoger la perspectiva clínica de psicólogas perinatales sobre las manifestaciones psicológicas más frecuentes y las necesidades de acompañamiento emocional en estos casos.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: xx de enero del 2026

Anexo 2.

Consentimiento Informado para psicólogas perinatales

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Natalia Paulina Espinoza De La Torre y Niurka Daniela Cohn Esmeraldas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El objetivo general de la investigación es analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años, explorando las experiencias emocionales, los significados subjetivos y los procesos de afrontamiento que se presentan tras la pérdida gestacional, así como recoger la perspectiva clínica de psicólogas perinatales sobre las manifestaciones psicológicas más frecuentes y las necesidades de acompañamiento emocional en estos casos.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá la participación en una entrevista semiestructurada. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 30 minutos de su tiempo. Lo que se converse o discuta durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y se tomará una foto para evidencia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las intervenciones, las grabaciones serán borradas.

Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas de la entrevista semiestructurada le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ con C.I.# _____
acepto participar voluntariamente en esta investigación: Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años, explorando las experiencias emocionales, los significados subjetivos y los procesos de afrontamiento que se presentan tras la pérdida gestacional, así como recoger la perspectiva clínica de psicólogas perinatales sobre las manifestaciones psicológicas más frecuentes y las necesidades de acompañamiento emocional en estos casos.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: xx de enero del 2026

Anexo 3.

Entrevista a las profesionales en Psicología Perinatal

Título del estudio: Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres.

Investigadora: Natalia Espinoza y Niurka Cohn

Carrera: Psicología Clínica

Institución: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

La presente entrevista forma parte de un trabajo de investigación académica cuyo objetivo es analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años, desde una perspectiva clínica y perinatal. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos, respetando los principios éticos de confidencialidad, anonimato y consentimiento informado.

Su participación es voluntaria y puede abstenerse de responder cualquier pregunta que considere sensible.

1. Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?
2. ¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?
3. ¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?
4. ¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado?
5. ¿Qué factores personales considera que influyen más en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?
6. ¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia, las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

Agradecemos profundamente su tiempo y disposición para contribuir a esta investigación. Su aporte resulta fundamental para enriquecer la comprensión clínica del impacto psicológico del aborto espontáneo y fortalecer las prácticas de acompañamiento profesional.

Anexo 4.

Entrevista a mujeres que han experimentado un aborto espontáneo

Título del estudio: Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años

Investigadora: Natalia Espinoza y Niurka Cohn

Carrera: Psicología Clínica

Institución: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Previo al desarrollo de la entrevista, se explicó a cada participante que la conversación formaba parte de una investigación académica orientada a comprender la experiencia subjetiva del duelo post-aborto. Se informó que el espacio era confidencial, que la información sería utilizada únicamente con fines investigativos y que su identidad sería protegida mediante seudónimos. Asimismo, se enfatizó el carácter voluntario de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Posteriormente, se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado.

1. En tus palabras, ¿cómo describirías lo que fue para ti el aborto espontáneo y qué significado le diste en ese momento?
2. ¿Qué información recibiste (o te hubiera gustado recibir) sobre lo que estaba ocurriendo y cómo influyó eso en tu vivencia?
3. ¿Qué emociones fueron más intensas para ti después de la pérdida y cómo cambiaron con el paso de los días o semanas?
4. ¿Cómo afectaron estas emociones tu vida diaria (pareja, trabajo, familia)?
5. ¿Qué aspectos personales o de tu historia sientes que influyeron en cómo viviste y afrontaste la pérdida?
6. ¿Cómo reaccionaron tu pareja, familia y entorno y de qué manera esas respuestas te ayudaron o te hicieron más difícil atravesar el proceso?

Agradecemos profundamente su tiempo y disposición para contribuir a esta investigación. Su aporte resulta fundamental para enriquecer la comprensión clínica del impacto psicológico del aborto espontáneo y fortalecer las prácticas de acompañamiento profesional.

Anexo 5.

Transcripción de las entrevistas a profesionales

Psicóloga 1: Psic. Camila Arboleda Barrera

Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?

Cuando vi esta pregunta pensé que tiene que ser desde el ámbito de psicología, aunque también se puede hablar desde lo médico. Desde lo médico, el aborto espontáneo es una pérdida involuntaria de un embarazo antes de que se cumpla el periodo de gestación.

Pero va más allá de lo médico: psicológicamente es importante indagar en el impacto emocional de la pérdida en la madre, ya que, como dice “espontáneo”, es inesperado, involuntario y abrupto. Esto remueve fantasías y vínculos parentales que se han formado durante el embarazo.

Elementos fundamentales para caracterizarlo: la edad gestacional; el grado de vínculo que los padres/la madre haya podido generar; y antecedentes como abortos previos, traumas o accidentes (importa indagarlos por cómo se atribuye sentido a la pérdida). No es lo mismo la experiencia subjetiva según esos antecedentes.

¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

Cuando ocurre un aborto hay muchos pensamientos; es importante dar información empática, sin tecnicismos. Muchas madres se preguntan “¿por qué a mí?”, y en muchos casos no es prevenible.

Se puede ayudar a minimizar la culpa y a comprender que no tuvo que ser una acción directa de la madre. Esto permite “traducir” la culpa que puede estar presentando. Es importante validar la emoción porque es un proceso de duelo que se extiende, y enfatizar el apoyo que pueda tener en familia o pareja. En algunos casos se informa que hay cambios hormonales para que puedan comprender y validar sus cambios.

¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?

Primeramente, la culpa. Aparecen preguntas como “¿qué hice mal?” o “¿será que no me debí embarazar?”. Hay una sensación extrema de culpa, tristeza profunda y vacío.

También hay enojo y una separación entre mente y cuerpo: “mi cuerpo no sirve para tener bebés”. Hay ansiedad al pensar cómo será el siguiente embarazo y el miedo a que vuelva a ocurrir. También aislamiento; depende de la cultura y de la opinión de los demás. En algunas ocasiones se observan depresiones severas.

¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?

Podría nombrarse un duelo prolongado, con episodios depresivos intensos y persistentes. A diferencia del duelo esperable (que con el tiempo tiende a atenuarse y a encontrar nuevas formas de elaboración), aquí se observa una insistencia del sufrimiento y una fijación al acontecimiento que no logra tramitarse.

Algunas mujeres llegan a asociar o “inventarse” cosas no relacionadas, incluso ideas “delirantes”, por ejemplo: “esto pasó porque crucé esta calle y a ella le pasó lo mismo”. El duelo no se está tramitando correctamente.

También puede haber ansiedad severa, sentir peligro al ver cosas relacionadas con embarazo. En muchos casos se refiere a asistencia psiquiátrica.

¿Qué factores personales considera que influyen más en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?

Influye un historial previo de aborto espontáneo. También si hubo planificación del embarazo. Hay madres consumidoras en vulnerabilidad; hay mujeres que no desean ser madres; y hay madres que han intentado tener bebés sin lograrlo por ningún método. Todo eso influye.

También depende de cultura, religión, creencias y ambiente. No es lo mismo un aborto espontáneo al inicio del embarazo que en la semana 20: cambia el impacto emocional. También influye si la mujer ya se estaba identificando como madre.

¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia y las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

El apoyo de la pareja, la familia y el entorno cercano influye de manera importante en la evolución emocional. Cuando existe acompañamiento, comprensión y escucha, la mujer puede sentirse contenida, menos sola y con mayor libertad para expresar lo que siente, lo cual ayuda a enfrentar la pérdida de una forma más saludable durante las etapas del duelo.

Psicóloga 2: Psic. Noelia Extremera Martínez

Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?

El aborto espontáneo es aquella situación que tiene lugar ante la pérdida no intencionada del embarazo. A nivel conceptual, se diferencia como aborto espontáneo cuando la finalización del embarazo que ocurre de forma natural se da antes de la semana 20 (aprox.) y como muerte intrauterina a partir de esa fecha.

El aborto espontáneo puede iniciarse con sensaciones de malestar físico, dolor y sangrado que finaliza con la expulsión natural o mediada del bebé. En ocasiones, todo inicia al descubrir la ausencia del latido en el bebé a través de ecografía.

¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

Considero indispensable transmitir la verdad de la situación de forma delicada, respetando los tiempos para asimilar la información en cada caso y ofreciendo la oportunidad de estar acompañada por alguna persona de su entorno de intimidad.

Considero indispensable informar de todos los métodos para hacer frente a la situación: expectante, farmacológico y legrado, con toda la información sobre ellos.

Considero indispensable dar tiempo y espacio para que la madre pueda procesar la información sobre cada uno de los métodos y que pueda tomar su propia decisión sobre cómo actuar. En aquellos casos en los que la intervención médica sea estrictamente necesaria, se deberá favorecer la participación de la mujer en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y su propia experiencia.

Considero indispensable que los profesionales que acompañen a las mujeres que viven experiencias de aborto tengan la información y formación necesaria para acompañar a las mujeres a crear la narrativa de lo que están viviendo, con el fin de favorecer el procesamiento psicológico de la experiencia.

¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?

Mientras que en muchos casos las mujeres conectan emocionalmente con la realidad que están experimentando y muestran reacciones desde una profunda tristeza, incluso también enfado; otras mujeres son capaces de mentalizar o intelectualizar la realidad de la pérdida, pero sufren un bloqueo natural a nivel emocional mientras atraviesan el proceso físico propio del aborto. Una vez finalizada esta etapa más física, y generalmente en la intimidad de su entorno, tienden a conectar con las emociones propias del proceso de duelo tras la pérdida de su bebé.

¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?

En líneas generales, el duelo complicado aparece cuando las mujeres no disponen de entornos sensibles y delicados que acompañen el proceso psicológico natural. Es fundamental para el procesamiento del duelo poder crear una narrativa de la experiencia vivida, para ello se necesitan oyentes y/o participantes que lo sostengan. Cuando esta narrativa no puede verbalizarse, la expresión emocional dispara somatizaciones que dificultan el afrontamiento de la vida cotidiana.

¿Qué factores personales considera que influyen más en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?

Son innumerables los factores que pueden influir en una situación vital de tal complejidad. En ocasiones, las mujeres sienten mucha sorpresa por lo ocurrido porque es un tema que ha sido tabú o silenciado en su entorno a lo largo de su vida. En otras, hay respuestas desde el enfado porque quizás llevan un largo camino de intentos de ser madres. Como factor personal determinante, pero dependiente del contexto, como expresaba en la pregunta

anterior, es la capacidad o el darse permiso de construir una narrativa de lo ocurrido.

¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia, las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

Son fundamentales y determinantes. Cuando las mujeres sienten que cuentan con entornos que respetan su sentir y acompañan, atraviesan el proceso emocional con mayor naturalidad.

Agradecemos profundamente su tiempo y disposición para contribuir a esta investigación. Su aporte resulta fundamental para enriquecer la comprensión clínica del impacto psicológico del aborto espontáneo y fortalecer las prácticas de acompañamiento profesional.

Psicóloga 3: Psic, Natalia Martínez

Entrevistadora:

...el día de hoy, pero voy a estar yo haciéndole frente a la entrevista. Igual, como le dije, agradeciéndole por el espacio y por el tiempo también. Así que, bueno, ¿qué le parece si comenzamos?

Entrevistada:

Sí, ningún problema.

Entrevistadora:

Estaba viendo que me mandaste un consentimiento informado.

Entrevistada:

Ese te lo mando de ahí porque se me había olvidado completamente llenarlo.

Entrevistadora:

Ah, ya, ya. Está bien. Si no, no se preocupe. Eso igual es como para tenerlo como anexo de que se hicieron las entrevistas, como en la parte final.

Entrevistada:

Ya.

Entrevistadora:

Igual no sé si usted quería comentarme tal vez algo de usted, conversar algo, si tiene alguna pregunta antes de iniciar.

Entrevistada:

No, más que nada saber mi estudio, tesis de estudio, algo así.

Entrevistadora:

Sí, correcto. Creo que no la había comentado. Bueno, lo que estamos haciendo con mi compañera es nuestra tesis. El nombre es Las implicaciones psicológicas del aborto espontáneo en las mujeres jóvenes. Nos estamos enfocando... bueno, también para poner en contexto: en mujeres jóvenes nos referimos de 18 a 25 años.

Igual le voy a enviar por WhatsApp ahorita las preguntas, para que así como yo se las estoy preguntando, usted también las vaya leyendo, por si no se me escucha bien, porque creo que a veces se entrecorta un poco.

Entrevistada:

Sí, es como que a veces se entrecorta.

Entrevistadora:

Ya se las envió... ¿Me confirma si le llegó?

Entrevistada:

Sí.

Entrevistadora:

Ya, listo. Bueno, Natalia... la primera pregunta...

Entrevistadora:

Natalia, desde su experiencia clínica, ¿cómo usted definiría el aborto espontáneo? ¿Y qué elementos considera clave para poder caracterizar esta situación?

Entrevistada:

Acá en Chile, como para contextualizar, se ha ido retrasando la edad en la cual las mujeres se embarazan. Por lo tanto, se ve cada vez menos, quizás, abortos espontáneos en el rango de edad entre los 18 y 25. En los últimos años, a mí me ha tocado ver mucho más abortos espontáneos en adultez, o sea, sobre los 25 años.

Yo trabajo en un hospital, por ende, para todo lo que es concepto de aborto espontáneo está definido desde lo biomédico. En términos biológicos, es una pérdida de manera espontánea: implica un sangrado, una pérdida gestacional hasta más o menos entre las 18 y 20 semanas de gestación.

Y en términos psicológicos, va acompañado independientemente de si es un embarazo deseado o no: hay un proceso de duelo, como el de la pérdida de cualquier otro ser, y se complejiza aún más porque no es un duelo validado socialmente. Al no haber hijo nacido, para el resto "es algo que no existió". Entonces es duro de asumir para la madre, para la mujer que ya no está embarazada.

Entrevistadora:

Nos estamos enfocando más en mujeres que deseaban el embarazo.

Entrevistada:

Al contrario de lo que uno puede pensar, da lo mismo. Yo voy a cumplir 20 años de experiencia en psicología perinatal, y al inicio pensaba que era más leve cuando el embarazo era no anunciado. Pero me he ido dando cuenta que no: el proceso psicológico se vive igual. Quizás en algunos casos menos intenso si no era tan esperado o planificado, pero se vive un duelo bastante similar, tal vez un poquito más corto cuando no es deseado.

Además, tiene mucho que ver la edad gestacional: mientras más semanas, más difícil asumir la pérdida, sobre todo cuando ya hay percepción de movimiento fetal. Se forma un vínculo emocional y un apego muy similar al inicial con el bebé recién nacido. También la primera ecografía y escuchar latidos marca un antes y un después.

Entrevistadora:

Quería preguntarle si se puede dar también... en caso de muerte fetal... y si pasa después de los seis meses. Mi compañera está en hospital y casi todo lo que ha visto ha sido dentro de los primeros cinco o seis meses.

Entrevistada:

Generalmente, biológicamente, después de las 24 semanas se considera un bebé con posibilidades de sobrevivir si naciera por parto prematuro con atención especializada. Se habla de viabilidad fetal. Pasando las 24 semanas ya no es considerado aborto: es mortinato u óbito fetal, si se pesquiza antes del parto.

Mortinato es cuando el bebé nace muerto; óbito fetal es cuando en una ecografía o control no se encuentran latidos. Si hay ausencia de latidos después de las 24 semanas, ya no es aborto sino óbito fetal.

Entonces aborto espontáneo sería cuando cesan los latidos fetales pero el bebé no habría sido viable aunque hubiese ocurrido un parto prematuro.

Entrevistadora:

Ah, ok. Mucho más claro. Bueno, seguimos.

Entrevistadora:

¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y a la familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

Entrevistada:

Aquí se fusiona el ámbito médico con el psicológico: apoyo emocional e intervención en crisis. Hay que cooperar entre profesionales: el psicólogo con contención emocional y primeros auxilios psicológicos, y el médico.

Antes de dar la noticia, el médico tiene que ser súper claro, porque lo más probable es que la paciente pregunte por qué sucedió, posibles causas, y el médico debe estar preparado para enfrentar eso porque muchas veces no hay una razón clara en ese momento.

También hay que explicar lo que viene: protocolos médicos y opciones. En Chile generalmente son dos vías: inducción si no ha empezado sangrado, o esperar espontáneamente. La mujer puede elegir entre evolución espontánea o internarse para iniciar el proceso y que se complete correctamente. Eso debe explicarse de forma clara porque hay un choque emocional importante. También considerar lo que desea la mujer: ojalá tenga un acompañante al lado que ayude si ella no está comprendiendo todo por el impacto emocional. Y ojalá hacerlo en un ambiente lo más privado posible, con poca circulación de personal, para que pueda expresarse emocionalmente.

Entrevistadora:

En estos casos, ¿usted como psicóloga ha tenido que preparar a los médicos para dar la información? ¿Cómo se trabaja eso?

Entrevistada:

Depende de las habilidades personales de cada uno, pero en formación yo hablo de principios básicos de comunicación: comunicación asertiva y empatía, y también manejo de comunicación no verbal, porque a muchos les cuesta reconocer esas claves.

Entrenarlos en mirar más a la paciente. A veces se enfocan tanto en lo biológico y el examen que se les olvida mirar la cara.

Con nuevas generaciones (médicos en formación) hay más interés en cambiar el modelo antiguo y considerar más lo que la paciente dice y decide. Además, hoy el paciente está más informado y pregunta más, así que hay avances.

En “cómo dar malas noticias” doy ejemplos prácticos y enfatizo frases que no se deben decir, como: “No te preocupes, eres joven, vas a tener otros hijos”. Eso hay que evitar.

Entrevistadora:

¿Qué es lo primero que se le dice a la mujer? ¿Cuál es el primer acercamiento? Y también notamos que a veces se deja de lado al acompañante (pareja o familia), pero ellos también pasan duelo. ¿Qué opina?

Entrevistada:

Primero veo en qué condiciones emocionales está la paciente. La mayoría está desbordada, entonces actúo con contención y pregunto si está dispuesta a conversar o no.

Si no quiere conversar, me ofrezco para lo que necesite: si está sola, si quiere que llame a alguien (familiar, esposo, padre del bebé), si necesita un lugar más cómodo, un vaso de agua... confort y comodidad inmediata.

Si quiere conversar, favorezco la expresión emocional. Ahí aparecen ideas automáticas: como el médico no siempre da causas claras, muchas piensan “hice algo mal”: me tomé un paracetamol, lo que comí, hice fuerza, estaba estresada... y eso se convierte en “es culpa mía, yo soy responsable”.

Trato de sacarlas de ahí: es normal pensarlo, pero médicamente es difícil que eso sea la causa. Les explico procesos médicos: en Chile se pueden pedir estudios para buscar si había algún problema base, si la paciente lo desea.

También tienen mucha ansiedad por lo que sigue: qué pasará en el hospital. Y muchas preguntan por embarazos futuros: cuándo puede intentar de nuevo, si puede repetirse, si necesita especialista, etc.

Entrevistadora:

Entonces primero sería acompañamiento y necesidades; después escuchar y dar tranquilidad sin invalidar, validando emociones y quitando culpa. También dar tranquilidad con que estas pérdidas ocurren y se habla poco.

Entrevistada:

Sí. Muchas confían más en psicología porque no usamos términos médicos; se sienten más libres de preguntar. Y en algunos casos, tener al frente a una mujer también aumenta la sensación de comprensión.

Entrevistadora:

¿Y qué se le dice al acompañante (pareja o familia)?

Entrevistada:

Generalmente están menos desbordados. A veces los padres sí se desbordan mucho, pero en general los hombres tienden a mostrarse como “pilar emocional” y se permiten menos expresión.

Mi foco primero es la mujer y, cuando está más contenida, pregunto a la pareja en qué puedo ayudar. También favorezco expresión emocional en él y me aseguro de que entienda la información, porque con el impacto se pierde mucho de lo que se dijo.

Yo he estado con el médico, escucho lo que explica, y después cuando el médico se va, me preguntan: “¿qué dijo?”, “¿qué hay que hacer?”. Trabajar en equipo y conocer protocolos baja la ansiedad; entregar información calma.

Entrevistadora:

¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia tras un aborto espontáneo?

Entrevistada:

Hay un grupo pequeño de pacientes que reciben el diagnóstico de ausencia de latidos y se niegan a cualquier atención. No quieren escuchar al médico ni a la psicóloga. Lo único que quieren es irse del centro de salud. No es muy alto el porcentaje, pero pasa.

Salen rápido para contarle al marido, a la mamá, etc., y en ese momento su salud puede estar en riesgo. La mayoría vuelve después, cuando baja el choque emocional y razonan más, también con apoyo de la familia.

Entrevistada:

También tienden a pensar las cosas con más calma y tienden a volver; vuelven a ingresar por urgencia, etc. Muchas veces estos abortos que no han comenzado con sangrado se detectan en ecografía o en el control de embarazo. Inicialmente la paciente quiere salir disparada, pero la mayoría vuelve.

Entrevistadora:

Algo que me dice y no lo estaba tomando en cuenta: hay mujeres a quienes se lo dicen en el control o visita médica (sin sangrado), y otras por sangrado.

¿Hay diferencia en estos dos momentos?

Entrevistada:

Cuando hay sangrado, generalmente llegan a urgencias con angustia porque saben que algo anda mal y necesitan saber si es algo momentáneo o un aborto. Pero cuando el diagnóstico llega en un box de atención, el choque emocional puede ser mayor: “a mí nadie me preparó”, no hay reacción física previa que diera señales.

Y eso puede generar un cuestionamiento más profundo: “¿qué tipo de madre soy que no me di cuenta de que mi hijo ya no estaba vivo?”. Es un cuestionamiento de base más fuerte.

Entrevistadora:

Claro: quien llega a urgencias va un poco preparada porque sabe que algo anda mal; la otra puede culparse más por “cómo no me di cuenta”. Qué importante.

Entrevistadora:

Natalia, le agradezco mucho por el tiempo, por la disposición para contribuir a mi tesis. Me ha agradado poder conversar con usted porque hay cosas que

no había tomado en cuenta y ya las voy a anotar para avanzar. Creo que tener información de países vecinos hará más rica nuestra investigación. Cuando se vaya a presentar, la haremos partícipe.

Entrevistada:

Si necesitan información o les queda algo en el tintero, no hay problema que me contacten de nuevo. Es un tema que me apasiona y me ha dado satisfacciones profesionales. Me contactan y nos ponemos de acuerdo en horarios.

Entrevistadora:

Muchísimas gracias. Que tenga una buena tarde.

Entrevistada:

Igualmente, un gusto conocerla. Hasta luego, chao.

Psicóloga 4: Psic. Eliana Rodríguez Burgos

Entrevistadora:

Estabas hablando de esto, de cómo ella hace frente ante la frustración. Fue lo último que te escuché decir.

Entrevistada :

Sí, chicas. Les estaba diciendo que este punto amplía la visión.

Pregunta: Factores personales que influyen en el afrontamiento

Entrevistada :

Cuando llegamos a ese punto, hay que ampliar la visión sobre cuáles son los recursos internos que tiene cada mujer para hacer frente a la pérdida, a la frustración o a lo que no puede tener.

Ahí surgen algunos discursos. Uno de ellos es el discurso religioso o espiritual: "Dios sabe por qué hace las cosas". Muchas mujeres usan este recurso de corte espiritual para poder soportar.

También hay otros recursos que pueden venir del entorno familiar y de la pareja. Y esto es un punto muy cultural, porque todas las mujeres del mundo pueden experimentar pérdidas gestacionales, pero depende de la cultura qué significa esa pérdida.

(Se retoma la pregunta)

Entrevistada :

La pregunta era: ¿Qué factores personales influyen en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?

Sin duda, esto que estamos diciendo: recursos internos.

Yo creo que con todas las mujeres se puede llegar a trabajar esto, por ejemplo preguntando:

"¿Cómo hiciste tú cuando eras niña y algo no te salió?"

Ahí se puede llegar a ese punto del proceso.

En algunos casos, las mujeres traen una visión espiritual; en otros casos aparece más la visión de familia o pareja. Es decir: hay que buscar los recursos internos.

Factores contextuales: vivencia del embarazo y sorpresa del diagnóstico

Entrevistada :

También me ha llegado mujeres que dicen: “No sé qué pasó, yo no sabía; pasó de un momento a otro”, y todo es sorprendente para ellas.

A veces hay mujeres que sí lo intuían, pero no lo decían por miedo o angustia. Y otras ni siquiera sabían lo que estaba pasando.

Por eso depende mucho de cómo fue el embarazo. Yo siempre pregunto si fue un embarazo buscado o si fue algo que “salió” sin planificar.

Situación particular: reproducción asistida como mayor vulnerabilidad

Entrevistada :

Hay otro tema: cuando hay parejas buscando embarazo a través de técnicas de reproducción asistida, el impacto puede ser distinto y más vulnerable. No sé si ustedes deban incluirlo directamente, porque ya implicaría otro marco teórico, pero sí me gustaría nombrarlo como una situación contextual de mayor vulnerabilidad y mayor impacto psicológico, porque se suma el componente económico.

Por ejemplo, si hubo un intento de miles de dólares, el impacto es más profundo y diferente, porque la ilusión era mayor y hay muchas cosas alrededor.

Pregunta: Influencia del apoyo de pareja/familia y entorno social

Entrevistadora:

¿Cómo influye el apoyo de la pareja o de la familia, y las respuestas del entorno social, en la evolución emocional de la mujer?

Entrevistada :

Influye muchísimo. Es clave.

Por eso, desde la primera sesión yo exploro el entorno:

¿Quién está presente?, ¿quién sabe?, ¿quién no sabe?

Para entender en qué entorno se desarrolla el duelo y cuánto puede afectar.

Me ha tocado decirle a algunas parejas: “Vamos a reunirnos con tus papás”. Recuerdo el caso de una chica joven con un embarazo anembrionario. Para ella fue muy difícil y después de la pérdida estuvo muchas veces en el hospital por ansiedad (por ejemplo, pensando que algo le pasaba al corazón y por eso buscaba chequeos).

En ese caso, me contactaba su mamá para agendar y a veces lloraba y me decía cómo se sentía. Yo la escuchaba y trataba de poner palabras, porque había mucha impotencia: quería ayudar y no podía.

Esto muestra que la pérdida no solo afecta a la mujer: también mueve fuerte a la familia. Por eso es pertinente encontrar espacios para abordar a la familia y trabajar un poco, porque el dolor es normal, pero la gente no sabe cómo manejarlo.

Falta de psicoeducación social y necesidad de apoyo

Entrevistada :

A veces vienen acompañantes: mamá, hermana, pareja, o amigas. Una vez vino una amiga joven, y era evidente que como sociedad no sabemos qué hacer ni qué decir.

Si la gente tuviera más información, muchas situaciones difíciles se podrían evitar. Pero la verdad es que nadie sabe qué hacer.

Por eso ojalá siga creciendo el interés por la psicología perinatal y el duelo gestacional/perinatal, para generar más psicoeducación y que estas situaciones —que no van a dejar de ocurrir— se transiten con más información y orientación adecuada.

Entrevistadora:

Pensamos que el entorno es muy importante para la recuperación. Qué bueno haber tenido una profesional que se puede acercar a la familia. Gracias por el tiempo y por lo nuevo que aprendimos.

Entrevistadora:

Gracias, es importante considerar el contexto clínico. Esta sesión nos sirve mucho para sustentar mejor.

Entrevistada :

Les agrego algo: conozco a una chica que está desarrollando un proyecto para mujeres que atraviesan pérdida gestacional. Ella lo vivió varias veces y por eso creó el proyecto. Si les sirve, podrían entrevistarla.

Entrevistadoras:

Sí nos interesa. Habría que ver si está dispuesta y cuidar consentimiento y confidencialidad. Si ella acepta, nos compartes el contacto y hacemos el abordaje.

Entrevistadoras:

Muchas gracias, buena noche. Chao.

Psicóloga 5: Psic. Lizbeth Solís Rodríguez

Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?

Es un bebé que no era viable, un bebé que no tenía las condiciones para poder vivir por fuera del útero; esos son muy prematuros, dicen que tienen menos de 7 semanas. Nunca he escuchado la palabra “aborto” en un bebé que haya muerto dentro de una mujer y que sea un bebé de más de 27 semanas. Como yo no sé de medicina, la verdad no sé en cuál semana se orientan para llamarlo de una forma u otra. Por ejemplo, cuando se muere dentro de la mamá, en las interconsultas dicen “óbito fetal”. Cuando ponen “aborto”, yo lo asocio a la pérdida de producto que no tenía las semanas para poder vivir por fuera de la madre.

¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

A mí me llaman en un primer momento cuando se sabe que el bebé se va a perder. Por ejemplo, intervengo cuando hay un embarazo de 18 semanas: ese bebé no es viable, o sea, no va a vivir, y la mamá ya tiene alguna condición (cardiopatía, preeclampsia severa u otra) que irremediablemente va a generar la interrupción del embarazo; el mismo cuerpo no va a poder sostenerlo.

También me llaman cuando ya ha sucedido el aborto, y me interconsultan cuando ya pasó un tiempo y la paciente está en reposo, para elaborar la culpa con relación a lo que está pasando. Lo necesario es: la información que puede ¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?

Aparece tristeza profunda, muchas veces acompañada de llanto, sensación de vacío y un duelo que no siempre es reconocido por el entorno. Es muy común también la culpa, con pensamientos del tipo “mi cuerpo falló” o “algo hice mal”, incluso cuando médicamente no existe responsabilidad.

Otra reacción frecuente es la ansiedad: miedo por la salud, por futuros embarazos o por no poder volver a concebir. También hay dudas. Hay pacientes aprensivas que no quieren que nadie las toque, o incluso estar en el hospital. Aparece aislamiento.

¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?

Hay dificultad para simbolizar la pérdida. Se observa, por ejemplo, una culpa persistente que no se tramita en el discurso y queda fijada; y una tristeza profunda que no encuentra palabras y se expresa más bien en el cuerpo.

¿Qué factores personales considera que influyen más en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?

Es necesario un sistema de apoyo; que efectivamente haya personas para afrontar la pérdida y que se cree un circuito de acompañamiento. Ellas afrontan con mucho dolor y miedo.

La mayoría queda en circuito interdisciplinario para evaluaciones y para planificar un nuevo embarazo con mucho más cuidado. A cada persona le impacta de formas diferentes y, en ocasiones, influye la investigación que hacen de su propio cuerpo.

¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia y las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

El acompañamiento del entorno funciona como un sostén subjetivo: cuando está presente, facilita el trabajo de duelo. Cuando salen del hospital necesitan llegar a un hogar donde haya personas capaces de sostenerlas, cuando las emociones no van por el orden de lo lógico. Es un dolor que toca mucho el deseo.

Psicóloga 6: Laura Baldoví

Desde su experiencia clínica, ¿cómo define el aborto espontáneo y qué elementos considera clave para caracterizarlo?

¿Qué información considera indispensable comunicar a la mujer y su familia cuando ocurre un aborto espontáneo?

Informe médico, saber las causas; normalmente suelen ser causas genéticas o ambientales. Esto ayuda a procesarlo a la mujer, pareja y otros hijos/as.

¿Qué reacciones emocionales observa con más frecuencia en las mujeres tras un aborto espontáneo?

Culpa cuando el embarazo era deseado y alivio cuando no era deseado. Miedo o incertidumbre por el tema de consecuencias físicas, sentir el tiempo en contra, especialmente si la mujer ha tenido varias pérdidas gestacionales.

¿Qué señales o síntomas psicológicos le indican que la mujer podría estar desarrollando un duelo complicado, y qué hace ante esos indicadores?

Negación, querer intentarlo de nuevo y no seguir recomendaciones médicas (normalmente se recomienda que aparezca la menstruación naturalmente y observar cómo es el siguiente o siguientes ciclos). Lo nombramos y validamos en todo momento las emociones.

¿Qué factores personales considera que influyen más en la forma en que una mujer afronta el aborto espontáneo?

Estilo de afrontación (interno/externo), situación socioeconómica, apoyos familiares, historial de salud.

¿Cómo influyen el apoyo de la pareja/familia, las respuestas del entorno en la evolución emocional de la mujer?

Es fundamental contar con este apoyo y no sentirse juzgada, sobre todo cuando ha habido muchas pérdidas. La mujer siente que puede fallar ella, pero no tiene por qué ser así. En todo momento, es importante honrar su cuerpo.

Agradecemos profundamente su tiempo y disposición para contribuir a esta investigación. Su aporte resulta fundamental para enriquecer la comprensión clínica del impacto psicológico del aborto espontáneo y fortalecer las prácticas de acompañamiento profesional.

Anexo 6.

Transcripción de las entrevistas a mujeres

En tus palabras, ¿cómo describirías lo que fue para ti el aborto espontáneo y qué significado le diste en ese momento?

MUJER 1: Para mí fue algo demasiado confuso. Yo estaba muy feliz con mi embarazo y, de un momento a otro, todo se terminó. En ese momento lo viví como una pérdida muy dolorosa, aunque sentía que no tenía tanto derecho a sufrir tanto porque “no había nacido”, pero de todas formas fue algo que me marcó.

MUJER 2: Fue un golpe muy fuerte. Obviamente no me esperaba que pasara y, cuando pasó, yo no me lo podía creer. Lo vi como algo muy injusto, como algo que no tenía explicación porque sentí que me lo habían quitado.

MUJER 3: Fue un fracaso, definitivamente. Yo me sentía muy culpable de que mi cuerpo no había podido sostener un embarazo y siempre me cuestionaba sobre qué había hecho algo mal. Me sentía frustrada de que a la final no supiera qué. Me sentía un fracaso por algo que estaba esperando por muchos años.

MUJER 4: Para mí fue una experiencia muy silenciosa. No sabía cómo hablar de eso ni con quién; ni con mi pareja, ni con familiares. En ese momento le di el significado de una pérdida que tenía que guardar para mí, ya que sentía que no había como ese espacio para decir lo que sentía y hasta ahora se me hace un poco complicado recordarlo.

MUJER 5: Te cuento que fue muy triste porque todos nos habíamos ilusionado y teníamos muchísimas expectativas y, cuando pasó, sentía un vacío muy grande porque ya lo sentía como parte de mi vida para al fin tener una familia completa.

MUJER 6: No sabía lo que estaba pasando. No lo entendía muy bien porque todo fue muy rápido, pero después, cuando me di cuenta, lo sentí como una pérdida muy fuerte. Al inicio sentía que no me dolía tanto, pero después el dolor apareció igual.

MUJER 7: Yo sentí que mi vida se detuvo porque mi esposo y yo ya le teníamos todo organizado. Lo viví como algo injusto y muy doloroso, y no sabía cómo aceptar.

MUJER 8: Para mí fue algo muy íntimo. No quería que nadie lo supiera y en ese momento me sentí muy sola con mi pérdida, porque estaba muy presente en mi mente y corazón. No tenía a nadie a mi lado, lamentablemente.

MUJER 9: Fue duro. Aunque la verdad no sabía cómo nombrar esa pérdida ya que fue un embarazo temprano, pero después me sentía shockeada porque después me hacía ilusiones que no iban a ocurrir.

MUJER 10: La verdad sentí mucha confusión y tristeza, porque sentía que los demás no lo entendían de la misma manera y eso fue peor.

MUJER 11: Para mí fue una ruptura abrupta con algo que recién estaba empezando a existir en mi mente. Al inicio lo viví como un fracaso personal, como si mi cuerpo no hubiera podido sostener lo que debía. Le di el significado de una pérdida injusta y silenciosa, algo que dolía pero que parecía no tener derecho a doler tanto.

MUJER 12: Fue devastador. Lo sentí como la pérdida de un proyecto de vida completo. En ese momento lo viví como una injusticia profunda, casi como un castigo.

MUJER 13: Fue confuso. Pasé de sentir miedo por el embarazo a un dolor muy fuerte por la pérdida. Me sentí culpable por no haberlo deseado desde el inicio.

MUJER 14: Fue una pérdida silenciosa que no muchos entendieron. Lo viví con tristeza, pero también con una sensación de resignación.

MUJER 15: Fue una experiencia traumática. Sentí que mi cuerpo me traicionó.

¿Qué información recibiste (o te hubiera gustado recibir) sobre lo que estaba ocurriendo y cómo influyó eso en tu vivencia?

MUJER 1: En mi caso recibí información médica básica. Me explicaron que el embarazo no seguía y que era algo que podía pasar, y de todas formas nadie me habló de lo que podía sentir emocionalmente. Me hubiera gustado que me expliquen que el dolor, la tristeza y el llanto eran normales, porque la falta de esa información hizo que me sintiera confundida y que pensara que estaba exagerando.

MUJER 2: En el hospital todo fue muy rápido. Me dijeron qué procedimiento iban a hacer, pero no tuve espacio para hacer preguntas. Me hubiera gustado entender mejor por qué pasó y qué venía después. Esa falta de información me hizo sentir insegura y con mucho miedo, como si no tuviera control sobre lo que estaba viviendo.

MUJER 3: Recibí información muy técnica, con palabras médicas que no entendía del todo. Nadie me explicó qué significaba eso para mí como mujer. Me hubiera ayudado que alguien me dijera que era normal sentirse triste y confundida y, al no recibir esa información, me sentí sola y desorientada durante todo el proceso.

MUJER 4: A mí me explicaron lo físico, lo que estaba pasando en mi cuerpo, pero no me dijeron nada sobre el impacto emocional. Me hubiera gustado saber que el duelo podía aparecer.

MUJER 5: No recibí mucha información, solo me dijeron que era algo frecuente y que podía volver a intentarlo. En ese momento esa información me dolió, porque yo necesitaba que alguien validara lo que estaba perdiendo.

MUJER 6: Recibí información clara sobre el procedimiento, pero no sobre las consecuencias emocionales. Me hubiera gustado que alguien me explicara

que podía sentirme triste por semanas o meses, pero al no saberlo pensé que algo estaba mal conmigo cuando seguía llorando días después.

MUJER 7: En mi caso casi no recibí información. Todo fue muy confuso y rápido. Me hubiera ayudado saber qué estaba pasando paso a paso y sentir que podía preguntar sin molestar; me sentía con mucha ansiedad.

MUJER 8: La información que recibí fue mínima y muy centrada en lo médico. Nadie me habló del duelo ni de las emociones. Me hubiera gustado que me explicaran que no todas las mujeres viven esto igual.

MUJER 9: Me explicaron que el aborto espontáneo era algo que ocurría con frecuencia, pero no me explicaron cómo podía afectarme emocionalmente. Esa información me hizo sentir que no debía sufrir tanto y con el tiempo entendí que me hubiera ayudado más una explicación más humana.

MUJER 10: Recibí información incompleta y muy fría. Me hubiera gustado que alguien me explique con calma lo que estaba ocurriendo y que me prepare para lo que iba a sentir después.

MUJER 11: Aunque no fue planificado, el embarazo empezó a representar una nueva etapa, una posibilidad de formar algo propio. Me conecté rápido emocionalmente; ya me imaginaba cómo sería mi vida con ese hijo o hija.

MUJER 12: El embarazo representaba esperanza después de mucha espera. Era la confirmación de que aún podía ser madre.

MUJER 13: Era una situación que me desbordaba; lo veía como un problema, pero aun así ya existía un vínculo.

MUJER 14: Era una sorpresa, algo que me obligaba a replantear mi vida nuevamente.

MUJER 15: Representaba estabilidad y sentido de vida.

¿Qué emociones fueron más intensas para ti después de la pérdida y cómo cambiaron con el paso de los días o semanas?

MUJER 1: Después de la pérdida sentí una tristeza muy profunda, como un peso constante. Los primeros días lloraba mucho y no entendía por qué me sentía así, pero con el paso de las semanas el llanto fue disminuyendo; la tristeza se quedó más silenciosa y ya no lloraba tanto, pero seguía pensando en lo que pasó.

MUJER 2: Las emociones más fuertes fueron la angustia y el miedo. Tenía miedo de que algo estuviera mal conmigo y al inicio esas emociones eran muy intensas; casi no podía dormir. Con los días la angustia bajó un poco, pero quedó una sensación de inseguridad que duró varias semanas.

MUJER 3: Sentí mucha culpa y rabia porque me preguntaba constantemente qué había hecho mal. Al principio la rabia era muy fuerte; estaba enojada con mi cuerpo y conmigo misma. Con el tiempo esa rabia fue disminuyendo, pero la culpa fue más difícil de soltar y apareció de forma intermitente.

MUJER 4: La emoción más intensa fue el vacío, porque no sabía exactamente qué sentía, solo sabía que algo faltaba. Los primeros días estaba como en

automático, pero con el paso de las semanas ese vacío se transformó en tristeza y, poco a poco, pude empezar a hablar de lo que me pasaba.

MUJER 5: Después del aborto sentí tristeza y mucha ansiedad. Pensaba constantemente en lo que podía haber sido y al inicio la ansiedad era muy intensa; me costaba dormir y concentrarme. Con las semanas la ansiedad disminuyó, pero la tristeza aparecía en ciertos momentos, sin previo aviso.

MUJER 6: Sentí una mezcla de tristeza y alivio, y eso me generó mucha culpa. No entendía cómo podía sentir cosas tan contradictorias. Al principio me juzgaba mucho por eso y con el tiempo entendí que esas emociones podían coexistir y empecé a aceptarlas sin tanta culpa.

MUJER 7: La tristeza fue la emoción principal, pero también sentí soledad. Aunque estaba rodeada de gente, me sentía sola en lo que estaba viviendo. Al inicio esa sensación era muy intensa; con los días empecé a sentirme un poco más acompañada, aunque la tristeza seguía presente.

MUJER 8: Después de la pérdida sentí mucha rabia y frustración porque me molestaba ver a otras mujeres embarazadas. Al principio esa rabia era constante, pero con el paso de las semanas se fue transformando en tristeza y en una sensación de cansancio emocional.

MUJER 9: Sentí miedo, sobre todo miedo al futuro. Pensaba que algo así podía volver a pasar. Los primeros días el miedo era muy fuerte. Ese miedo fue disminuyendo, pero seguía apareciendo cada vez que pensaba en un nuevo embarazo.

MUJER 10: Las emociones más intensas fueron la tristeza y la sensación de fragilidad. Me sentía muy vulnerable porque al inicio todo me afectaba. Ya después empecé a sentirme un poco más estable, aunque el dolor no desapareció del todo, solo cambió de forma.

MUJER 11: La tristeza y la culpa fueron las más fuertes al inicio. Con los días, la culpa fue disminuyendo, pero apareció una sensación de vacío y miedo a volver a intentar.

MUJER 12: Dolor, rabia y envidia hacia otras mujeres embarazadas. Con el tiempo, la rabia se transformó en tristeza más serena.

MUJER 13: Culpa y tristeza. Con el tiempo apareció alivio, y luego culpa por sentir ese alivio.

MUJER 14: Tristeza y miedo. Con el tiempo apareció aceptación.

MUJER 15: Ansiedad intensa, miedo y tristeza profunda. Con terapia, aprendí a nombrar el duelo.

¿Cómo afectaron estas emociones tu vida diaria (pareja, trabajo, familia)?

MUJER 1: Estas emociones afectaron mucho mi día a día. En el trabajo me costaba concentrarme y sentía que rendía menos. Con mi familia trataba de estar bien, pero por dentro estaba muy triste. En pareja hubo distancia, porque yo necesitaba hablar y él no sabía cómo acompañarme.

MUJER 2: En mi vida diaria me sentía agotada emocionalmente. En el trabajo hacía lo mínimo necesario. Con mi pareja discutíamos más, porque yo estaba más sensible y él no entendía mis cambios de ánimo. En mi familia trataban de apoyarme, pero a veces no sabían qué decir.

MUJER 3: Mis emociones me llevaron a aislarme. Dejé de salir y evitaba reuniones familiares. En el trabajo cumplía, pero sin ganas. En la pareja hubo momentos de incompreensión, porque sentía que yo estaba detenida en el dolor y él quería seguir adelante.

MUJER 4: Afectó principalmente mi relación de pareja. Yo estaba muy triste y necesitaba contención, pero él vivía el proceso de otra manera. Con mi familia hubo apoyo, aunque también silencios que me dolían.

MUJER 5: Estas emociones influyeron en todo. Me sentía irritable y lloraba con facilidad. En casa había tensión. Con mi pareja apareció el tema del miedo a volver a intentar, lo que generó distancia.

MUJER 6: En mi vida diaria me sentía apagada. Cumplía con mis responsabilidades, pero sin energía. Con mi pareja hubo momentos de acercamiento y otros de mucha distancia. En mi familia me sentía acompañada, aunque a veces sentía que esperaban que ya estuviera mejor.

MUJER 7: Las emociones afectaron sobre todo mi relación con los demás. Me volví más callada y reservada. En el trabajo me costaba volver a relacionarme y prefería estar sola. En mi pareja hubo apoyo, pero también momentos en los que sentí que no me comprendía del todo.

MUJER 8: En el día a día me sentía muy sensible porque cualquier comentario me afectaba. Con mi familia había apoyo, pero también frases que minimizaban lo que sentía, y eso me dolía.

MUJER 9: Estas emociones hicieron que cambiara mi rutina. Dejé de hacer cosas que antes me gustaban. En el trabajo estaba más distraída. En la pareja hubo tensión, porque cada uno afrontaba la pérdida de manera distinta. Con mi familia hubo apoyo, aunque no siempre sabían cómo ayudar.

MUJER 10: Creo que no han afectado tanto como me lo imaginaba, solo me sentía vulnerable. No tenía trabajo por el momento. En mi relación de pareja hubo momentos de cercanía y otros de distancia. En mi familia encontré apoyo, y siento que eso fue muy importante para seguir.

MUJER 11: Me aislé mucho. En el trabajo funcionaba en automático y con mi pareja me costaba hablar; sentía que él no lo vivía igual.

MUJER 12: Mi relación de pareja se tensó mucho. Cada uno vivía el duelo a su manera y eso nos distanció.

MUJER 13: Me costó concentrarme en los estudios y me aislé de mis amigas.

MUJER 14: Seguí funcionando por mis hijos, pero emocionalmente estaba apagada.

MUJER 15: Tuve insomnio y dificultad para trabajar.

¿Qué aspectos personales o de tu historia sientes que influyeron en cómo viviste y afrontaste la pérdida?

MUJER 1: Creo que influyó mucho mi forma de ser. Siempre he sido una persona que se guarda las cosas y no le gusta mostrarse mal hacia los otros, y eso hizo que viviera la pérdida en silencio y que me costara pedir ayuda, aunque la necesitaba.

MUJER 2: En mi caso influyó mi historia familiar. En mi familia no se hablaba mucho de las emociones ni de las pérdidas. Eso hizo que yo también intentara ser fuerte y seguir adelante rápido, aunque por dentro estaba muy afectada.

MUJER 3: Siento que influyó mucho una pérdida anterior que ya había tenido. Eso hizo que el aborto removiera cosas que no estaban del todo resueltas. Viví esta pérdida con más intensidad, como si se juntaran varios dolores.

MUJER 4: Mi historia personal influyó bastante. Siempre he tenido mucha exigencia conmigo misma y me cuesta aceptar que algo no salga como lo planeé. Eso hizo que viviera la pérdida con mucha culpa y sensación de fracaso.

MUJER 5: Creo que influyó el momento de mi vida en el que estaba. Yo estaba atravesando cambios importantes y el embarazo tenía un significado especial. La pérdida me desestabilizó mucho porque sentí que se caían varios proyectos al mismo tiempo.

MUJER 6: Influyó mi forma de relacionarme con los demás. Me cuesta expresar lo que siento y suelo ocuparme de los otros antes que de mí. Eso hizo que postergara mi propio duelo y que el dolor apareciera más tarde.

MUJER 7: Siento que influyó mucho mi historia de salud. Siempre he tenido miedo de que algo salga mal con mi cuerpo. El aborto reforzó ese miedo y me hizo vivir la pérdida con mucha ansiedad e inseguridad.

MUJER 8: Influyó mi experiencia previa con el embarazo. Ya había tenido expectativas y sueños puestos en este embarazo. Eso hizo que la pérdida fuera más dolorosa y que me costara aceptar lo ocurrido.

MUJER 9: Creo que influyó mi manera de afrontar las dificultades. Suelo ser muy racional y tratar de entender todo. Al inicio intenté explicarme lo ocurrido de forma lógica, pero eso no evitó que el dolor apareciera con fuerza después.

MUJER 10: Influyó mucho mi historia emocional. He pasado por situaciones difíciles antes y eso me hizo enfrentar esta pérdida con más miedo, pero también con más conciencia de que necesitaba acompañamiento para atravesarla.

MUJER 11: Soy muy autoexigente y crecí escuchando que una mujer “debe poder”. Eso hizo que me responsabilizara de algo que no podía controlar.

MUJER 12: Mi edad y la presión social influyeron mucho; sentía que se me acababa el tiempo.

MUJER 13: Mi edad y la falta de apoyo influyeron mucho en cómo viví todo.

MUJER 14: Mi experiencia previa como madre influyó en que racionalizara más la pérdida.

MUJER 15: Mi historia de ansiedad amplificó el impacto emocional.

¿Cómo reaccionaron tu pareja, familia y entorno y de qué manera esas respuestas te ayudaron o te hicieron más difícil atravesar el proceso?

MUJER 1: Mi pareja intentó apoyarme, pero no sabía cómo hacerlo. A veces sentía que quería que yo esté bien rápido. Mi familia estuvo presente, pero evitaban hablar del tema. Eso me ayudó a no sentirme sola, aunque el silencio también me pesaba.

MUJER 2: Mi pareja fue más distante. Él vivió la pérdida de una manera más práctica y eso me hizo sentir incomprendida. Mi familia sí fue un apoyo, aunque muchas veces no sabían qué decir. Algunas personas del entorno minimizaron lo ocurrido y eso me dolió.

MUJER 3: Mi pareja estuvo afectada, pero prefería no hablar. Eso hizo que yo me guardara muchas cosas. En mi familia hubo apoyo, pero también comentarios que intentaban tranquilizarme sin escucharme. Eso hizo el proceso más difícil.

MUJER 4: Sentí apoyo de mi pareja, aunque cada uno atravesó el duelo a su manera. Mi familia estuvo cerca, pero noté incomodidad al hablar del tema.

MUJER 5: Mi pareja trató de acompañarme, pero también estaba desbordado y eso generó momentos de tensión. Mi familia fue un sostén importante, aunque a veces sentía presión para estar bien. Algunas reacciones del entorno me hicieron sentir juzgada.

MUJER 6: Mi familia estuvo presente, pero evitaba profundizar en lo que yo sentía. El entorno, en general, no supo cómo reaccionar y eso me llevó a cerrarme más.

MUJER 7: Mi pareja intentó acompañarme, pero sentí que no comprendía del todo la intensidad de mis emociones. Mi familia me apoyó, aunque con actitudes protectoras que a veces me asfixiaban. Algunas respuestas del entorno hicieron más difícil el proceso.

MUJER 8: Mi pareja fue mi principal apoyo. Con mi familia hubo distancia, porque sentí que no entendían lo que estaba viviendo. En el entorno recibí comentarios que intentaban consolar, pero que en realidad minimizaban la pérdida.

MUJER 9: Mi pareja y yo vivimos el proceso de manera diferente, lo que generó conflictos. Mi familia estuvo presente, aunque evitaba el tema. Algunas reacciones del entorno me ayudaron, pero otras me hicieron sentir que no tenía derecho a estar mal.

MUJER 10: Mi pareja me apoyó, aunque también estaba afectada. Mi familia fue un sostén importante.

MUJER 11: Mi familia minimizó la pérdida diciendo que “no era un bebé todavía”. Eso me hizo sentir sola. Mi pareja intentó apoyar, pero desde el silencio.

MUJER 12: Algunos fueron empáticos, otros evitaban el tema. El silencio ajeno fue muy doloroso.

MUJER 13: Mi familia fue dura conmigo. Eso hizo el proceso más doloroso.

MUJER 14: Mi entorno asumió que “no fue tan grave” por ya tener hijos.

MUJER 15: Algunos minimizaron, otros me acompañaron. La validación fue clave para sanar.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela** con C.C: # **0957427610** y **Espinoza De La Torre, Natalia Paulina** con C.C: # **0925281941**, autoras del trabajo de titulación: **Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 5 de marzo de 2026

LAS AUTORAS

f. _____
Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela
C.C: # 0957427610

f. _____
Espinoza De La Torre, Natalia Paulina
C.C: # 0925281941



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Impacto psicológico del aborto espontáneo en mujeres entre 18 y 35 años.		
AUTOR(ES)	Cohn Esmeraldas, Niurka Daniela Espinoza De La Torre, Natalia Paulina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Zöllner Andina, María José MSc		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Psicología		
CARRERA:	Psicología clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de marzo de 2026	No. DE PÁGINAS:	102
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología, Terapia Cognitiva Conductual, aborto espontáneo, Mujer, Perdida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	aborto espontáneo; pérdida; mujeres; salud mental; apoyo social; atención perinatal.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El aborto espontáneo se aborda prioritariamente desde un enfoque biomédico, mientras sus repercusiones emocionales, identitarias y relacionales quedan minimizadas o silenciadas; por ello, esta investigación tuvo como objetivo analizar las implicaciones emocionales y psicológicas del aborto en las mujeres, así como los factores personales, sociales y contextuales que influyen en cómo se vive. El estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo, dentro del paradigma sociocrítico, que concibe la investigación como una herramienta para transformar la realidad social, enfrentar desigualdades y promover la emancipación de los sujetos mediante procesos de autorreflexión crítica. La muestra estuvo conformada por mujeres entre 18 y 35 años que atravesaron esta vivencia y se incorporó la perspectiva de 6 psicólogas perinatales para enriquecer la comprensión del fenómeno desde el ámbito profesional, el instrumento utilizado fueron las entrevistas semiestructuradas. Los hallazgos permitieron reconocer que la vivencia del aborto representa una pérdida con expresiones emocionales y psicológicas moduladas por los significados atribuidos al embarazo, el apoyo disponible, y la calidad del acompañamiento institucional recibido. En conjunto, estos resultados permitieron visibilizar una pérdida que es invisibilizada y fundamentar la necesidad de una atención más humana en el ámbito perinatal.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 96 327 7799 +593 97 954 2265	E-mail: niurkacohn@gmail.com nataliapaulinae@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210		
	E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			