

Elizabeth Rivera-King<sup>1a</sup>, Reyna Amador-Velázquez<sup>1b</sup>, Susana Martínez-Ávila<sup>1c</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM Zumpango. Zumpango, Estado de México, México

#### ORCID

0000-0002-0003-6738<sup>a</sup>

0000-0002-9676-0949<sup>b</sup>

0000-0003-0254-459X<sup>c</sup>

#### Resumen

**Introducción:** en el contexto mexicano la maternidad suele ser una de las prioridades de la mujer, por lo cual, cuando se interrumpe el proceso se desencadena un conjunto de emociones que le afectan de manera negativa, pudiendo limitar su actuar cotidiano.

**Objetivo:** identificar las emociones que surgen a causa del aborto espontáneo en mujeres jóvenes.

**Metodología:** estudio descriptivo y cualitativo. Se aplicó una escala de actitudes hacia el aborto y una entrevista semiestructurada validada por juicio de expertos.

**Resultados:** los hallazgos evidencian tristeza, enojo y rabia, que mantienen a las participantes en estado de confusión, decepción, retraimiento, inseguridad y vacío existencial.

**Conclusiones:** el aborto espontáneo trae como consecuencia la ruptura del ideal de la mujer, ya que esta se representa como procreadora, lo cual coincide con el perfil mexicano de la maternidad; por ende, ante un aborto ya no se cumple con la supuesta función principal de la mujer.

#### Palabras clave:

Aborto Espontáneo

Emociones

Embarazo

Calidad de Vida

#### Keywords:

Abortion, Spontaneous

Emotions

Pregnancy

Quality of Life

#### Abstract

**Introduction:** In the Mexican context, motherhood is the reason for being of a woman, therefore, when the process is interrupted, a set of emotions are triggered that affect negatively, and can even limit her daily actions.

**Objective:** To identify the emotions that arise due to spontaneous abortion in young women.

**Methodology:** Descriptive and qualitative study. A semi-structured interview validated by expert judgment was applied.

**Results:** The findings show sadness, anger and rage that keep the informants in a state of confusion, disappointment, withdrawal, insecurity and existential emptiness.

**Conclusions:** Spontaneous abortion results in the rupture of the ideal of women, since this is represented as procreating, which coincides with the Mexican profile of motherhood; therefore, in the face of an abortion, the main function of the woman is no longer fulfilled.

#### Correspondencia:

Reyna Amador Velázquez

**Teléfono:**

55 1403 7373

**Correo electrónico:**

amador132@hotmail.com

**Fecha de recepción:**

05/06/2021

**Fecha de aceptación:**

16/05/2022

## Introducción

En México, la maternidad es una condición estereotipada que implica asumir una función formadora, protectora, criadora de otro ser y educadora de todo un sistema familiar, llegando incluso al sacrificio.<sup>1</sup> Dicha representación muestra la importancia de la maternidad en la población femenina a través del embarazo; en algunos casos la maternidad genera un crecimiento en la eficiencia personal y resignificación de su valor social de la mujer-madre,<sup>2</sup> pues implica alcanzar uno de los objetivos de la existencia humana: la reproducción y trascendencia.<sup>3</sup> Este empoderamiento implica responsabilidad, previsión y planificación<sup>4</sup> hacia el bebé, tendiendo a ser cuidadosas sobre sí mismas y sobre las cosas que tienen, valorando todo. En muchos de los casos, una mujer embarazada se torna más expresiva, ya que la vivencia del embarazo y la maternidad impacta en la forma de entender y vivir la vida; por ejemplo, se genera autoeficacia al sentir que son capaces de afrontar grandes retos, se sienten más maduras y responsables, por lo que se generan satisfacciones personales y sentido de vida.<sup>5</sup>

A decir de Rodríguez, imponer la maternidad ha sido una de las principales consignas del sistema patriarcal que ha dominado históricamente y que ha impuesto el orden jurídico, asignándole más valor a un producto que a la persona humana,<sup>6</sup> olvidando que la modernidad abre las puertas a la autonomía, generando la obligación de respetar las elecciones personales, pues la experiencia de las situaciones es lo que da sentido a la vida y a la existencia humana.<sup>7</sup>

La estigmatización a la interrupción del embarazo como algo *negativo*, independientemente de los motivos de este, ha generado en los últimos años un gran debate político en cuanto a los derechos de las mujeres sobre su cuerpo y la posibilidad de procreación, la mirada sobre lo *incorrecto* del aborto debe quedar atrás, dando paso a una mirada relacionada con lo razonable y lo aceptable.<sup>8</sup> Como referente, el aborto es conceptualizado como la expulsión o extracción del feto o embrión, pesando aproximadamente 500 gramos o menos, el cual, en términos de edad gestacional, corresponde antes de las 20 semanas.<sup>9</sup> Actualmente se ha despenalizado el aborto, situación que permitirá disminuir las complicaciones asociadas a la realización clandestina de este, pues basta con señalar que el 40% de los embarazos concluyen en abortos espontáneos o abortos inducidos.<sup>10</sup>

Según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se señala que en México los abortos de 12 a 21 semanas de gestación del feto han ocurrido de manera espontánea por muerte fetal en

6582 casos (86.9%); asimismo, se registran 616 abortos terapéuticos (8.1%), y finalmente el 1.8% de los abortos están clasificados como provocados, lo que representa 138 casos, mientras que en 242 defunciones no se especifica el tipo de aborto.<sup>11</sup> Generalmente, el aborto es estudiado considerando solamente las consecuencias biológicas, sin dar seguimiento al estado biopsicosocial de la persona,<sup>12</sup> pues al ser un fenómeno que se presenta de manera inesperada en la mayoría de los embarazos planeados poca importancia se da al evento dentro de la legalidad.

Algunas investigaciones señalan que los trastornos de salud mental atribuibles al aborto representan entre el 1.5 y el 5.5% de la totalidad de los trastornos mentales de las mujeres de una población analizada;<sup>13</sup> existen variables personales y contextuales que influyen en la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo, por ejemplo: miedo, angustia y soledad,<sup>14</sup> mientras que en otras investigaciones se señala que la angustia da paso a la culpa, la depresión<sup>15</sup> y la rebelión.<sup>16</sup>

Una investigación longitudinal observó semestralmente durante cinco años a 956 mujeres, y se identificó que ocho días después de buscar un aborto, las mujeres a quienes se les negó el aborto reportaron significativamente más síntomas de ansiedad, menor autoestima y satisfacción con la vida, así como niveles de depresión similares a los de las mujeres a las que sí se les practicó el aborto.<sup>17</sup> Es importante aclarar que la revisión de las investigaciones se amplió a las evidencias en otros países, ya que en México la temática no ha sido analizada con la profundidad que amerita.

De lo anterior surge la pregunta: ¿Cuáles son las emociones que surgen a causa del aborto espontáneo en mujeres jóvenes?

Para dar respuesta a la pregunta se tiene como objetivo general: identificar las emociones que surgen a causa del aborto espontáneo en mujeres jóvenes del norte del Estado de México.

## Metodología

La investigación de corte híbrida con enfoque dominante cualitativo se llevó a cabo con base en un diseño no experimental, de corte transversal.

- Población: participaron en la etapa cuantitativa 150 estudiantes; posteriormente, la población se conformó de 25 mujeres cuya característica fue haber vivido un aborto espontáneo.

- Criterios de inclusión: en la primera etapa del estudio participaron alumnas de una universidad pública del Estado de México, que tuvieran vida sexualmente activa y que accedieron a participar en la investigación. En la segunda etapa participaron estudiantes que habían experimentado un aborto espontáneo.
- Criterios de exclusión: estudiantes que no desearon participar en la investigación o abandonaron sus estudios durante el periodo de investigación.
- La muestra de la presente investigación es no probabilística, ya que las participantes se seleccionaron a partir de la característica de tener vida sexual activa.
- Consentimiento informado: cada una de las participantes firmó la hoja de consentimiento informado, mismo que fue entregado antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos.
- Consideraciones éticas: el estudio cumplió con los principios éticos de acuerdo con la declaración de Helsinki y los Derechos Humanos, respetando la confidencialidad de los datos. La investigación fue avalada con el protocolo 21-A.
- Instrumento: la recopilación de la información en la fase cuantitativa se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario de actitudes hacia el aborto, construido y validado por Marván, Lagunes y Orihuela<sup>18</sup> en 2018, el cual se conforma de tres áreas: “*pro vida*”, cuyos reactivos reflejan actitudes negativas hacia el aborto, considerándolo inhumano e injustificado; “*pro elección*”, con reactivos que reconocen el derecho de las mujeres a abortar en cualquier circunstancia, y “*derechos reproductivos*”, cuyos reactivos reconocen que al no estar legalizado se atenta contra los derechos reproductivos de las mujeres. Dicho instrumento cuenta con una confiabilidad total de 0.90.

Posterior a la evaluación del cuestionario se procedió a aplicar la entrevista a las participantes clave, cuyo requisito era haber vivido un aborto espontáneo. El instrumento se conformó, en promedio, por 29 preguntas (un poco más acorde al discurso de las participantes, o menos si en alguna pregunta ya se incluían otras respuestas), las cuales evaluaron la historia de las participantes, enfatizando las emociones: antes del embarazo, durante el embarazo y posterior al aborto. Dicho instrumento fue previamente validado por expertos en el área y piloteado en población similar, por lo cual, este cumple con los requisitos de validez aceptable (cuadro I).

- Procedimiento para la recopilación de la información: en la primera fase se aplicó el cuestionario que permitió seleccionar a las participantes de la muestra final. Después de esta selección se procedió a realizar las entrevistas de forma individual, las participantes siempre mostraron disposición. Las entrevistas semiestructuradas tuvieron lugar en una sala para servicios psicológicos, la cual proporcionaba la privacidad apropiada de acuerdo con la práctica de investigación en salud, tal como lo establece la Ley General de Salud y los principios éticos de la Declaración de Helsinki, para que se estableciera un adecuado *clima de confianza*. Durante el proceso de recopilación de la información se utilizó una grabadora para tomar un fiel veredicto del informante, todo esto con su consentimiento. La conversación fue llevada a cabo indagando principalmente en categorías que resultaban de suma importancia para la investigación, tales como: ocupación, redes de apoyo, conocimiento intrapersonal, duelos vividos, creencias sobre la maternidad, representación del aborto, sentido de vida, entre otras. También se consideraron áreas de interés que tenían las participantes.
- Procesamiento de la información: las grabaciones realizadas durante las entrevistas fueron transcritas en *Word* el mismo día que se llevaron a cabo, a fin de no olvidar el sentido de las palabras clave ni el lenguaje corporal de la informante, y así poder realizar una interpretación e hipótesis por parte del investigador

### Análisis de datos

Al finalizar las entrevistas se procedió a realizar la historia de vida de cada caso, esto se logró captando los datos más relevantes que expusieron las participantes. Se dividió en áreas del desarrollo de las mujeres con aborto espontáneo que son: *infancia, adolescencia, juventud y adultez*. Esto ayudó a conocer los recursos de las participantes, las pérdidas que ha tenido, el modo en que las afrontó y las redes de apoyo que le fueron de utilidad, además de su subjetividad en torno a su condición existencial, sus necesidades, temores, etc.

Es importante considerar que para analizar los datos se trabajaron dos etapas: la *descriptiva*, usando las medidas de tendencia central; mientras que en la etapa *cualitativa* se analizaron los datos de las entrevistas semiestructuradas, a través de la hermenéutica, la cual permite la interpretación de textos y la comprensión de los mismos.

**Cuadro I Preguntas de la entrevista semiestructurada**

<b>Antes del embarazo</b>
1. ¿Cómo consideras que era tu estado de ánimo antes de embarazarte?
2. ¿Cómo te enteraste de que estabas embarazada?
3. ¿Cuál fue tu reacción al saberlo?
4. ¿Cuándo te enteraste, tenías el apoyo de tu pareja?
5. ¿Cómo te hizo sentir eso?
<b>Durante el embarazo</b>
6. ¿Cómo te sentías cuando estabas embarazada?
7. Describe tu comportamiento durante tu embarazo
8. ¿Qué planes tenías respecto al nacimiento y crianza del bebé?
9. ¿Qué emociones experimentaste durante tu embarazo?
10. ¿Con qué frecuencia acudías a tus citas médicas?
11. ¿Qué sentiste al ver tu primer ultrasonido?
12. ¿Cuánto tiempo tenías de embarazo cuando te practicaron el aborto?
<b>Después del aborto</b>
13. ¿Cómo recuerdas fue la práctica del aborto?
14. ¿Cómo te enteraste de que el feto había muerto?
15. ¿Cómo te sentiste al saberlo?
16. ¿Qué emoción experimentaste?
17. ¿Cuál fue la reacción de tu pareja al enterarse?
18. ¿Qué sentiste al ver sus emociones y/o actitud?
19. ¿Qué emociones has experimentado con mayor frecuencia a partir de la pérdida?
20. ¿Se han mantenido con la misma intensidad, frecuencia y tipo?
21. ¿Por qué consideras que ha sido así?
22. ¿Ha cambiado en algo tu vida diaria posterior al aborto?
23. ¿Ha cambiado tu autoconcepto a partir de la pérdida?
24. ¿Ha cambiado el trato que te daba tu pareja cuando estabas embarazada y ahora que no lo estás? ¿Cómo te hace sentir eso?
25. ¿Cuál es tu sentido de vida? ¿Cómo era antes tu sentido de vida? ¿Cómo es ahora?
26. ¿Has recibido apoyo emocional después del aborto? ¿Por parte de quién?
27. ¿En algún momento has experimentado miedo o temor? ¿A qué? ¿Por qué?
28. ¿Asististe a servicio psicológico? Si sí, ¿cómo te hizo sentir?
29. No, ¿por qué?

En el cuadro se agregan las preguntas que se realizaron a las veinticinco participantes, sin embargo, el interrogatorio en algunos casos fue mayor o menor acorde a la capacidad discursiva de la participante y *buen clima* por parte del entrevistador, en todos los casos se pudo abordar todo el contenido en dos o tres sesiones de hora y media

## Resultados

### Cuantitativos

El procesamiento de los datos descriptivos e inferenciales se realizó a través del programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 25, para *Windows*.

Como se observa en el **cuadro II**, el rango de edad con mayor porcentaje se encuentra entre los 21 y 22 años, lo cual cronológicamente implica estar a mitad de los estudios profesionales; el 79.3% refiere tener una pareja estable, ya que viven en concubinato (44.8%) o en matrimonio (27.7%).

La edad de embarazo con mayor porcentaje se encuentra en el rango de 19 a 20 años y de 21 a 22 años, sumando un porcentaje del 75.8% de la población. La

mayoría de las estudiantes que participaron en el estudio, al momento de inscribirse a la institución, ya eran madres (69%); asimismo, el 90% tenía un solo hijo, mientras que el 10% tenía dos hijos. El 75.9% de las estudiantes ha contado con el apoyo del padre de sus hijos, mientras que el 24.1% de ellos no asumió su responsabilidad. Del total de las mujeres con vida sexual activa estudiadas que presentaron aborto espontáneo, el 48% de ellas refirió no haber utilizado ningún método anticonceptivo, el 27.6% reconoció un mal uso del método anticonceptivo, mientras que para el 20.7% el embarazo fue planeado y para el 3.4% este se dio por falta de recursos.

### Hallazgos cualitativos

En función a lo expuesto anteriormente, el siguiente paso es describir e interpretar las emociones de las 25 participantes clave. Durante las entrevistas se recolectaron datos vinculados con su biografía personal. La estrategia seguida es la sugerida por Bertely, en la cual se realizan conjeturas e inferencias, generando categorías analíticas tentativas, en la idea de encontrar *patrones emergentes*. Así, desde los datos se ofrecieron dos desarrollos: la *analítica*, de construcción de unidades de análisis, y la *exploratoria*, de búsqueda bibliográfica que integra el estado de conocimiento sobre el tema, mediante una revisión de la literatura. De acuerdo con el análisis del discurso de las participantes entrevistadas se encontraron las siguientes emociones al momento de experimentar el aborto espontáneo.

En la **figura 1**, los testimonios de las participantes refieren que experimentaron miedo al conocer la situación que estaban viviendo, esta sensación se generó como consecuencia de sentirse sorprendidas ante el conocimiento de su embarazo, las cuales se describen a continuación refiriendo a la participante con la abreviatura P:

P1. “Miedo y dolor por no poder estar consciente de que alguien se formaba dentro de mí y principalmente todo esto porque yo sí tengo interés por ser madre en algún futuro...”

P2. “Sorpresa y tristeza, considerando que no tenía conocimiento de estar embarazada, sentí decepción de mí por no tener el cuidado necesario para que no sucediera el aborto...”

P3. “Miedo y desesperación por recibir ayuda, e impotencia por no poder hacer nada... sentí que una parte de mí estaba muriendo, que el alma se me iba del cuerpo, llorar y llorar...”

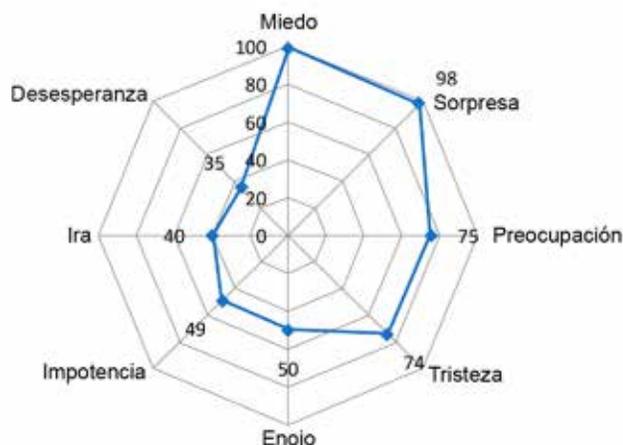
Es importante destacar que los testimonios refieren diferentes emociones, tal como un torbellino que arrastra y del cual se desconoce la intensidad de cada reacción.

**Cuadro II** Indicadores socioeconómicos de la población (n = 25)

	Indicador	Porcentaje
Edad de la participante	19-20	27.7
	21-22	41.4
	23-24	17.2
	25-26	3.4
	27-28	10.3
Pareja estable	Sí	79.3
	No	20.7
Estado civil	Casada	27.7
	Soltera	24.1
	Divorciada	3.4
	Concubina	44.8
Edad del aborto espontáneo	Antes de 18	13.9
	19-21	37.9
	22-24	37.9
	25-28	10.3
Maternidad antes de cursar los estudios profesionales	Sí	69
	No	31
Apoyo de la pareja	Sí	75.9
	No	24.1
Motivos del embarazo	No uso anticonceptivo	48.3
	Mal uso del método	27.6
	Falta de recursos	3.4
	Fue planeado	20.7
Número de hijos	1	90
	2	10

Fuente: Cuestionario de elaboración propia

**Figura 1** Emociones experimentadas al momento de presentar el aborto espontáneo por parte de las participantes ( $n = 25$ )



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la aplicación de entrevista

De manera sintética se destaca que las participantes que conocían sobre su embarazo presentaron las reacciones enlistadas en el cuadro III.

En la mayoría de la población estudiada el conocimiento de su condición les permitió experimentar sensaciones de bienestar y plenitud, ya que el embarazo era parte del proyecto de vida, aunque se reconoce que, en la mayoría de los casos, este no fue planeado:

P4. "Fueron días de mucha emoción, realmente me gustaba estar embarazada... de hecho, empecé a buscar nombres..."

P5. "La felicidad me inundaba... no podía creerlo, era muy irregular y no usaba ningún método de anticoncepción... pero antes nunca los usé... Feliz era mi nombre..."

P6. "Entre felicidad y preocupación dimensioné. Fue un gusto conocer mi embarazo, pero me sorprendí, pues no sabía que iba hacer, pues no era planeado..."

A nivel científico se sabe que en el primer trimestre de gestación se generan los mayores cambios hormonales, por lo cual son frecuentes los cambios de humor; por ejemplo, transitar de la alegría al llanto, o de la euforia al

**Cuadro III** Emociones asumidas por las participantes al conocer su embarazo ( $n = 25$ )

Reacciones	Porcentaje
Felicidad	97
Esperanza en el futuro	90
Ganas de hacer cosas	70
Preocupación	50

mal humor. Pese a ello, la condición del embarazo fue de optimismo (cuadro IV).

Al recordar la condición de embarazo y su culmina-

**Cuadro IV** Emociones experimentadas respecto al conocimiento o desconocimiento de su embarazo ( $n = 25$ )

Reacciones	Desconocía el embarazo	Conocía su condición
Culpa	80%	90%
Tristeza	99%	90%
Angustia	75%	70%
Dolor	89%	50%

ción en aborto espontáneo se experimentan emociones negativas caracterizadas por estados de ánimo depresivo, falta de motivación, baja autoestima y miedo a que se presenten nuevas pérdidas.

P9. "No sé, es complicado... Realmente no sirvo para ser madre... ¿En qué falle? ¿Qué no hice? Me cuidé... No puedo creer en mi mala suerte... tanto que lo deseaba..."

P10. "Pensar en mi escenario personal como futura madre me genera conflicto... no sé si pueda embarazarme nuevamente. No sabía de mi embarazo, pensé que mi aborto era mi proceso menstrual y aguante días con el producto hasta que me dio temperatura..."

P11. "La maternidad no lo es todo, pero... saber que vives para alguien más es gratificante. Me siento vacía, sola... y lo peor es que nadie se preocupa por entender lo que me pasa..."

A partir de los diversos testimonios es evidente que si no se llega a realizar el proceso de duelo de manera adecuada este se complica, generando depresión, estrés postraumático y/o ansiedad, por mencionar algunos.

## Discusión

Las emociones de la población estudiada posteriores al embarazo se caracterizaron por ser de un estado de ansiedad, en el que se manifestó miedo, nerviosismo, aprensión y pánico. Estas emociones implican la presencia de respuestas fisiológicas en el sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y nervioso que se manifiestan a través del estrés, el cual no fue atendido, generando ideas disfuncionales e irracionales. A decir de Ying,<sup>19</sup> la situación de aborto espontáneo modifica el autoconcepto, equiparando la maternidad con el fracaso personal, familiar y cultural de las expectativas que implica ser mujer.

Respecto al estado emotivo durante el embarazo, la ansiedad se incrementó en las participantes, trayendo

consigo la presencia de estrés, y con ello la segregación de cortisol,<sup>20</sup> el cual está asociado a: riesgo de alteraciones del neurodesarrollo, asma, bajo peso al nacer, prematuridad, autismo e, incluso, un mayor riesgo de esquizofrenia en la edad adulta. En este caso, el cortisol derivado del estrés y el generado por el propio cuerpo a partir del embarazo pudo favorecer la probabilidad de aborto.

En general, las participantes del estudio refieren *shock* y negación, elementos de un duelo no reconocido; lo cual coincide con los resultados de Fernández,<sup>21</sup> ya que el aborto espontáneo no se expuso abiertamente, negándose la posibilidad de elaborar el duelo, haciendo que el proceso sea más doloroso, pues no hay un producto tangible y se reduce a una cosa que nunca existirá, por lo que las expectativas y sueños deberán reprimirse. Lo anterior resulta contradictorio en nuestra cultura, ya que la maternidad es valorada positivamente, pero una pérdida por aborto espontáneo no se considera como significativa y dolorosa, por lo cual, no hay un ritual que permita elaborar el duelo.

Las participantes manifiestan haber perdido su identidad, pues no son mamás, haciendo referencia a un bebé y no un embrión o un feto, tal como lo refieren en el sistema hospitalario. Esta conceptualización del producto perdido es una idea irracional y disfuncional que complica el duelo, que puede relacionarse con la falta de apoyo del compañero sentimental y las malas relaciones maritales por las que atravesaban.<sup>22</sup>

Es importante señalar que las emociones contenidas por negar el duelo generaron conductas de aislamiento social, evadiendo lugares y reuniones donde existieran niños, dando paso a una depresión,<sup>23</sup> situación que limitó su vida, por lo menos, durante un año.

## Conclusiones

Los hallazgos muestran que la emoción con mayor presencia es la tristeza, cabe mencionar que las informantes

presentan rasgos típicos de personas con baja autoestima y una mala relación con sus parejas. Lo anterior se puede tomar como antecedente para considerar el desarrollo físico y emocional que tendrán durante el embarazo.

Durante el embarazo lo más característico es la sorpresa ante la noticia, así como experimentar miedo, ya que las mujeres embarazadas se pueden percibir solas y con pocos recursos personales para hacer frente a su realidad.

Por último, y no menos importante, es necesario considerar los efectos que se producen después del aborto espontáneo, según los datos obtenidos hablamos de *re-traimiento*, lo que quiere decir que las afectadas se alejan de las personas que las rodean, no conviven con sus familiares y su rutina se ve modificada, dejando de hacer cosas que disfrutaban realizar.

Otro punto importante es el sentimiento de vacío, lo cual se debe principalmente a que, al recibir la noticia y durante el tiempo de gestación, se pueden crear grandes expectativas respecto a cómo será el embarazo, qué aspecto tendrá el bebé, su sexo y los métodos idóneos de crianza. Una vez que saben que han perdido al hijo sienten ese vacío en su vientre, inclusive pueden percibir a su familia como incompleta, ya que se le consideraba a esa persona como un integrante más de esta.

Todo este proceso puede tener consecuencias muy graves si las personas no tienen el debido acompañamiento y la información necesaria para hacerle frente a lo que están viviendo; algunas mujeres pueden hacer uso de drogas, alcohol o algunas otras sustancias que resultan nocivas para la salud, con la finalidad de tener un escape de su realidad y suprimir por un momento los sentimientos desencadenados por la pérdida de un hijo, y puede tener mayores consecuencias, incluido el suicidio, ya que no tienen lucidez sobre lo que está pasando a su alrededor, o la pérdida de la vida causada por la ingesta elevada de esas sustancias.

## Referencias

1. Ríos-Estrada BE, Panesso-Mena CP, Arroyave-Giraldo DI. La maternidad en la formación profesional. *Revista Espacios*. 2021;42(04). Disponible en: <https://bit.ly/2YVodje>
2. Pacheco-Sánchez CI. Pregnancy under fifteen: The motives and redefinition of life's course. *Salud Pública Méx*. 2016;58(1):56-61. Disponible en: <https://bit.ly/2XjojjC>
3. González-Bedoya DM. Familias jóvenes sin convivencia: universitarias que asumen su maternidad en pareja. *Tempus Psicológico* 4.1. 2021:105-118. Disponible en: <https://bit.ly/2XhQW0s>
4. Criollo-Espín C, Altamirano-Altamirano S. Maternidad universitaria y el impacto generado al asumir esta doble condición. *Boletín de Coyuntura*. 2018;1(22).
5. Domínguez-Aguirre GÁ, Martínez-Peralta A, Herrera-Barragán H, Rincón-Aguirre ME. Impacto personal y escolar del embarazo y maternidad en estudiantes universitarios. *Invest Práct Psic Des*. 2018; 10:167-74. Disponible en: <https://bit.ly/3Anpmhv>
6. Rodríguez-Pedraza Y. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México. La interrupción legal del embarazo. *Ius Comi-*

- tialis. 2021;4(7). Disponible en: <https://bit.ly/3tDZv1U>
7. Ulloa-Pizarro C. Procesos de institucionalización: políticas públicas sobre el aborto en México (2000-2012). *Rev Mex Sociol.* 2017;79(2):345-371. Disponible en: <https://bit.ly/2XjojC>
  8. Romel-Rodríguez JR, Pérez-González E. Algunas consideraciones sobre el aborto desde la perspectiva médico forense y social. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud.* 2021;6(1). Disponible en: <https://bit.ly/2YIPQf9>
  9. Gamboa-Vargas SL. El aborto clandestino y el derecho a la salud. *RECIAMUC.* 2021;5(1):299-0. Disponible en: <https://bit.ly/3C7suy9>
  10. Fernández-Cantón SB, Gutiérrez-Trujillo G, Viguri-Urbe R. La mortalidad materna y el aborto en México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2012;69(1):77-80. Disponible en: <https://bit.ly/3k7MZVv>
  11. Méndez-Soto PM. La escala del cuerpo: el aborto a la luz de los pendientes del Estado mexicano. *Revista Inclusiones.* 2021;8:72-95. Disponible en: <https://bit.ly/3C9Qy3z>
  12. Reséndiz GA, Zavala MJA. Embarazo adolescente: desde una perspectiva de maduración psicológica que tienen las y los adolescentes. *Rev Elec Psic Izt.* 2021;24(1):266-283. Disponible en: <https://bit.ly/3EdYfYe>
  13. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioeth.* 2014;20(2):189-195. Disponible en: <https://bit.ly/3nusDrr>
  14. De Azevedo SA. Saúde mental da mulher frente ao aborto espontâneo: uma revisão integrativa. *Revista Saúde e Meio Ambiente.* 2021;12(1):63-71. Disponible en: <https://bit.ly/3k80rIT>
  15. Foster DG, Steinberg JR, Roberts SC, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med.* 2015;45(10):2073-2082. Disponible en: <https://bit.ly/2VFipZZ>
  16. Barreda-Ortega E. Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. *Revista Ene de Enfermería.* 2012;5(1). Disponible en: <https://bit.ly/395dSD8>
  17. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(2):169-178. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
  18. Marván ML, Lagunes-Córdoba R, Orihuela-Cortés F. Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *Salud Pública Méx.* 2018;60(6):742-743. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342018000600023&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000600023&lng=es).
  19. Ying LY, Wu LH, Loke AY. Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(10):1640-52. Disponible en: <https://bit.ly/3hqGgEg>
  20. Caparros-González RA, García-García I, Mariñas-Lirola JC, Peralta-Ramírez MI. Protocolo del estudio de cohortes GESTASTRESS sobre los efectos del estrés durante el embarazo mediante la medida de cortisol en el cabello de la mujer y del recién nacido. *Rev Esp Salud Pública.* 2018;92:16. Disponible en: <https://bit.ly/2YOCHRP>
  21. Fernández-Ordoñez E. Duelo Perinatal y Trastorno de Estrés Post-traumático en una Gestación Posterior a una Pérdida Gestacional. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3k8209J>
  22. Shannon E, Wilkinson BD. The Ambiguity of Perinatal Loss: A Dual-Process Approach to Grief Counseling. *Journal of Mental Health Counseling.* 2020;42(2):140-154. DOI: 10.17744/mehc.42.2.04
  23. Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema.* 2017;29(1):43-48. DOI: 10.7334/psicothema2016.151
- 
- .....  
 Cómo citar este artículo/To reference this article:  
 Rivera-King E, Amador-Velázquez R, Martínez-Ávila S. Efectos emocionales que causa el aborto espontáneo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2022;30(4):88-95.