

## Lista de verificación de indicación de salud mental

En muchos países el aborto es legal por indicación de salud mental. Aunque esta indicación ayuda a ampliar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto, profesionales de salud sin experiencia en salud mental posiblemente se sientan incómodos decidiendo si la mujer tiene un problema de salud mental y podrían restringir sin querer el aborto por esta indicación.

La siguiente lista de verificación ayudará a cada profesional de salud en su toma de decisiones relativas a la indicación de salud mental. Inicialmente fue creada en Nepal por un grupo multidisciplinario de formuladores de políticas, abogados y expertos en salud mental y en salud reproductiva.

### Historia psico/social (favor de marcar si los síntomas se deben al embarazo actual)

Si la mujer refiere uno o más síntomas (a continuación), es considerada como que presenta una indicación de salud mental. Esta lista de verificación no debe utilizarse con mujeres con enfermedad mental de larga data (por ejemplo: trastorno bipolar, depresión grave, esquizofrenia), ya que su indicación de salud mental es más evidente.

|  | No | Sí |
|--|----|----|
| ¿Tiene dificultad para dormir?   |    |    |
| ¿Está durmiendo en exceso?   |    |    |
| ¿Se siente cansada y sin energía?  |    |    |
| ¿Tiene sentimientos de baja autoestima, autodesprecio y/o culpa?           |    |    |
| ¿Tiene dificultad para concentrarse, pensar claramente o tomar decisiones? |    |    |
| ¿Se siente agitada, inquieta o irritable?                                  |    |    |
| ¿Se está absteniendo de participar en actividades típicamente placenteras? |    |    |
| ¿Ha tenido sentimientos de desesperación e incapacidad?                    |    |    |
| ¿No es capaz de mantener a un/otro hijo?                                   |    |    |
| ¿Este embarazo limitará sus oportunidades educativas y/o profesionales?    |    |    |
| ¿Es este embarazo producto de una relación extramatrimonial?               |    |    |

Firma de la usuaria:

---

Firma de la persona que anotó la historia clínica:

---