



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciado en Psicología  
Clínica**

**Autoras:**

Almache Remache Marilyn Gisell  
Robayo Barrionuevo Cynthia Camila

**Tutor:**

Mgs. Carolina Alexandra Guijarro Orozco

**Riobamba, Ecuador. 2024**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotras, Marilyn Gisell Almache Remache y Cynthia Camila Robayo Barrionuevo, con cédula de ciudadanía 0605189604, 1805472915 autoras del trabajo de investigación titulado: Alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 16 de agosto de 2024.



Marilyn Gisell Almache Remache

C.I: 0605189604



Cynthia Camila Robayo Barrionuevo

C.I: 1805472915

## **DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR**

Quien suscribe, Carolina Alexandra Guijarro Orozco catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres, bajo la autoría de Marilyn Gisell Almache Remache y Cynthia Camila Robayo Barrionuevo; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los cinco días del mes de diciembre de 2024.



Mgs. Carolina Alexandra Guijarro Orozco

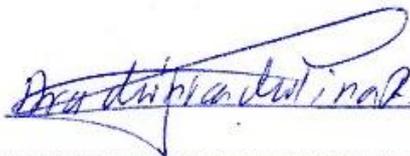
C.I: 0604269928

## CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres** presentado por Marilyn Gisell Almache Remache con cédula de identidad número 0605189604 y Cynthia Camila Robayo Barrionuevo con cédula de identidad número 1805472915, bajo la tutoría de Mgs. Carolina Alexandra Guijarro Orozco; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 16 días del mes de diciembre de 2024.

Dra. Sandra Mónica Molina Rosero  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



---

Mgs. Diego Armando Santos Pazos  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



---

Mgs. Alejandra Salome Sarmiento Benavides  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**

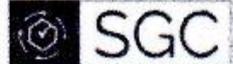


---



Dirección  
Académica  
VICERRECTORADO ACADÉMICO

*en movimiento*



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

UNACH-RGF-01-04-08.17  
VERSIÓN 01: 06-09-2021

# CERTIFICACIÓN

Que, **ALMACHE REMACHE MARILYN GISELL** con CC: 0605189604, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL Y ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES**", cumple con el 2 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITING**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 06 de DICIEMBRE de 2024

Mgs. Carolina Gujarre

TUTORA



Dirección  
Académica  
VICERRECTORADO ACADÉMICO

*en movimiento*



UNACH-RGF-01-04-08.17  
VERSIÓN 01: 06-09-2021

# CERTIFICACIÓN

Que, ROBAYO BARRIONUEVO CYNTHIA CAMILA con CC: 1805472915, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL Y ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES**", cumple con el 2 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITING**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 06 de DICIEMBRE de 2024

Mgs. Carolina Gujarro  
**TUTORA**

## **DEDICATORIA**

A mis queridos padres Gustavo y Amparito, por su amor, apoyo incondicional y por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

A mi abuelita Juanita, por su ternura, sabiduría y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mi abuelita Vicenta, quien desde el cielo ha sido mi ángel guardián. Aunque ya no esté físicamente con nosotros, su recuerdo y amor siguen presentes en mi corazón.

A mi familia, por su constante apoyo y por estar siempre a mi lado en los momentos más importantes.

Y a mi querido Elías, por las noches de desvelo acompañándome y por ser una compañía incondicional en este camino.

Con todo mi cariño y gratitud,

***Marilyn Gisell Almache Remache***

Esta victoria va dedicado a mis padres Manuel y Amparito por ser mi guía y fortaleza para cumplir todas mis metas, por enseñarme a no rendirme, procurar mi felicidad y bienestar. A mi hermano Bryan por ser mi compañero en este trayecto, ayudarme a que el camino sea más llevadero y mi motor para superarme cada día. Sin ustedes esto no sería posible. A mi mejor amiga Alexandra, por escucharme y darme ánimos en la adversidad, cada palabra fue un impulso para conseguir el éxito. A mi abuela, tíos, tías y primos que con sus consejos y bendiciones me ayudaron a construir el deseo de superación. A mis ángeles del cielo que me cuidan y me acompañan cada día. Este logro es por y para ustedes. Por último, dedico este esfuerzo a mí, por haberlo conseguido y ser valiente a pesar de las dificultades, por luchar hasta el fin.

***Cynthia Camila Robayo Barrionuevo***

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme la fortaleza y sabiduría para superar los retos y completar esta etapa. A mis padres, por su amor, apoyo constante y por ser mi pilar fundamental. A la Universidad Nacional de Chimborazo, por brindarme la oportunidad de formarme académicamente. A todos los docentes, por compartir sus conocimientos y experiencias, y por su dedicación en mi formación profesional. A mi tutora, Mgs. Carolina Guijarro, por su invaluable orientación, paciencia y apoyo durante el proceso. Su compromiso y experiencia han sido esenciales para la culminación exitosa de este trabajo.

Con profunda gratitud.

***Marilyn Gisell Almache Remache***

Agradezco a Dios por permitirme cumplir con esta meta, por no dejarme sola y hacerse presente cuando más lo necesitaba. A mis padres y hermano por estar conmigo y ser mis más grandes admiradores; amigos, amigas y aquellas personas especiales que me acompañaron en este proceso y me impulsaron a terminar con esto. A mi querida y prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo por la formación académica previa a la obtención de mi título, de la misma manera quiero extender mi agradecimiento a mi docente tutora Mgs. Carolina Guijarro Orozco por su predisposición y guía para el desarrollo de este trabajo y ayudarme en el proceso de este logro.

***Cynthia Camila Robayo Barrionuevo***

## ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I..... 16

INTRODUCCIÓN..... 16

OBJETIVOS..... 19

CAPITULO II..... 20

ESTADO DEL ARTE ..... 20

ABORTO ESPONTÁNEO ..... 21

*DEFINICIÓN*..... 21

    EPIDEMIOLOGÍA..... 21

*TIPOS DE ABORTO ESPONTÁNEO*..... 22

        ABORTO ESPONTÁNEO INEVITABLE ..... 22

        ABORTO ESPONTÁNEO INCOMPLETO ..... 22

        ABORTO ESPONTÁNEO COMPLETO ..... 22

        ABORTO ESPONTÁNEO RETENIDO ..... 22

    FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO ESPONTÁNEO..... 22

CAUSAS GENÉTICAS: .....	22
DIABETES MELLITUS: .....	22
HEMATOMAS SUBCORIÓNICOS: .....	23
CAUSAS MEDIOAMBIENTALES. ....	23
ESTIGMA SOCIAL Y ABORTO .....	23
MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA PERCEPCIÓN SOCIAL. ....	23
NIVEL ESTRUCTURAL O LEGAL. ....	23
ÁMBITO INSTITUCIONAL. ....	23
NIVEL COMUNITARIO. ....	24
ÁMBITO INDIVIDUAL. ....	24
ABORTO ESPONTÁNEO Y SALUD MENTAL.....	24
ALTERACIONES DE LA SALUD MENTAL .....	24
AFECTIVIDAD .....	25
ALTERACIONES EMOCIONALES.....	25
TRASTORNO DE ANSIEDAD .....	25
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO .....	26
ATAQUE DE PÁNICO .....	27
FOBIAS .....	27
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.....	27
TRASTORNO DE ADAPTACIÓN .....	27
ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO .....	28
DEPRESIÓN .....	28
DUELO PERINATAL .....	28
SÍNDROME POSTABORTO .....	29
SINTOMATOLOGÍA.....	29

ALTERACIONES DEL SUEÑO .....	29
IDEACIÓN SUICIDA.....	30
DIFICULTADES SOCIALES .....	30
ALTERACIONES DE CONDUCTA .....	30
CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	30
RELACIONES FAMILIARES.....	31
SITUACIÓN ECONÓMICA .....	31
CAPÍTULO III. ....	33
METODOLOGÍA.....	33
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	33
NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	33
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	33
EXTRACCIÓN DE DATOS .....	33
SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS .....	33
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD .....	37
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	44
CAPÍTULO IV.....	45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	45
CAPÍTULO V.....	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	79
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES .....	80
REFERENCIAS .....	81
ANEXOS .....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS DOCUMENTOS CIENTÍFICOS	34
TABLA 2: CRITERIOS BASADOS EN EL CRF-QS PARA DETERMINAR LA CALIDAD METODOLÓGICA .....	37
TABLA 3. CALIFICACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS DOCUMENTOS CIENTÍFICOS .....	39
TABLA 4. TABLA DE TRIANGULACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN MUJERES. ....	46
TABLA 5. TABLA DE TRIANGULACIÓN SOBRE LAS ALTERACIONES PSICOSOCIALES EN MUJERES CON ABORTO ESPONTÁNEO. ....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. <i>DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA 2020</i> .....	36
--	----

## ANEXOS

ANEXO 1: <i>FICHA DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</i> .....	90
---	----

## RESUMEN

El aborto espontáneo es la interrupción involuntaria del embarazo antes de la vigésima semana de gestación. Esto sucede cuando el embrión o feto no puede continuar con su desarrollo y en consecuencia el cuerpo expulsa el tejido gestacional. La finalidad de la presente investigación estuvo enfocada en analizar la afectación de la salud mental de mujeres tras un aborto espontáneo, a través de una investigación de tipo bibliográfico de nivel descriptivo. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos científicos de los últimos 10 años en idiomas inglés, español y portugués, mediante la recolección de publicaciones en bases de datos científicas como PubMed Central, Dialnet, Google Académico, Scielo, Scopus, Web of Science, Redalyc, Elsevier y ProQuest permitiendo recopilar bajo distintos criterios de calidad un total de 28 artículos para conseguir el procesamiento de revisión bajo la metodología de la matriz CRF-QS, este contiene una valoración de artículos en 19 ítems. Los resultados demuestran los factores de riesgo en mujeres con antecedente de aborto espontáneo se presenta; ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), así es como se evidencia en los distintos estudios como las patologías de porcentajes más elevados, sin embargo, existe alteraciones que se presenta en menor proporción como el consumo de sustancias (alcohol, marihuana), trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo. Por lo que, el aborto espontáneo puede representar un punto crítico en la homeostasis de la vida de la mujer, lo que la conduce a una alteración emocional significativa, es necesario un enfoque empático y holístico en la sociedad para considerar que esta problemática puede obtener consecuencias tanto físicas como psicológicas.

**Palabras claves:** aborto espontáneo, salud mental, alteraciones mentales, alteraciones psicológicas.

## ABSTRACT

Spontaneous abortion is the involuntary termination of pregnancy before the twentieth week of gestation. It happens when the embryo or fetus cannot continue developing, and consequently, the body expels the gestational tissue. The purpose of this research was to analyse the impact on women's mental health after a spontaneous abortion through bibliographic research at a descriptive level. A bibliographic review of different scientific articles, within the last ten years, was carried out in other languages, like English, Spanish, and Portuguese, by collecting publications in scientific databases such as PubMed Central, Dialnet, Google Scholar, Scielo, Scopus, Web of Science, Redalyc, Elsevier, and ProQuest, allowing a total of 28 articles to be compiled under different

rent quality criteria to achieve review processing under the CRF-QS matrix methodology. This contains an article evaluation including 19 items. The results demonstrate the risk factors in women with a history of spontaneous abortion, anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD). This is how we can see it in the different studies, as the pathologies of higher percentages, however, some in a lower proportion, such as substance consumption (alcohol, marijuana), bipolar disorder, and obsessive-compulsive disorder. Therefore, spontaneous abortion can represent a critical point in the homeostasis of a woman's life, which leads to a significant emotional alteration. An empathic and holistic approach is necessary for society to consider that this problem can have consequences, both physical and psychological.

**Keywords:** spontaneous abortion, mental health, mental disorders, psychological disorders.



MARIO NICOLAS  
SALAZAR RAMOS

---

Revised by  
Mario N. Salazar

## CAPÍTULO I.

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud OMS (2022), define a la salud mental como un estado de bienestar psicológico y emocional, permite el manejo adecuado de estrés, emociones y relaciones sociales, este factor es fundamental para el funcionamiento óptimo en distintos aspectos de la vida. Sin embargo, existen diferentes situaciones que alteran la salud mental de las personas, en el caso de las mujeres una de estas causas puede ser provocado por un aborto espontáneo.

El aborto espontáneo refiere a la pérdida del embarazo o la muerte del feto sin acciones inductivas antes de las 20 semanas de gestación. Se asocia con anomalías cromosómicas, enfermedades maternas endocrinas, inmunológicas, malformaciones del aparato genital, entre otros. Experimentar un aborto espontáneo puede ser una experiencia emocionalmente devastadora para muchas mujeres. El impacto en la salud mental puede ser profundo y variar en intensidad dependiendo de varios factores, como el estado emocional previo, el apoyo social disponible y las circunstancias individuales del aborto espontáneo (Sridhar, 2022).

Después de un aborto, la salud mental de una mujer puede sufrir alteraciones por diversos factores ambientales, como el contexto en el que se encuentra, su estilo de vida y sus relaciones sociales. Según Rondón (2015), la exposición a un estrés abrumador puede interferir con el mecanismo de retroalimentación negativa del cortisol, lo que resulta en hipercortisolemia, es decir, un aumento en los niveles de cortisol en la sangre. Este incremento se ha asociado con trastornos depresivos y trastornos por estrés postraumático. Además, otros factores de riesgo, como el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, la disfunción sexual y problemas en las relaciones sociales, también pueden afectar la salud mental de la mujer después de un aborto.

En todos los países de América Latina y el Caribe, los recursos de salud y el acceso a la atención pueden ser distintos, motivo por el cual la salud mental puede notarse afectada. Sin embargo, según Guttmacher Institute (2018) el incremento anual en el aborto en el periodo 2010-2014 fueron de 6.5 millones de abortos, así también el aborto inseguro muestra resultados físicos, pues en este mismo lapso de tiempo la mayoría del 60% de los procedimientos se centran en los menos seguros. Por esta situación, se ha visto un aumento en las alteraciones afectivas de las mujeres, afectando la salud mental de las mismas.

En Norteamérica, el país con la mayor prevalencia de aborto espontáneo ha tenido un impacto relevante en la identidad y el bienestar emocional de sus habitantes, fue México donde se revelaron sentimientos de tristeza, enojo y rabia. Un 80% presenta sentimientos de culpa, un 99% muestra tristeza, mientras que el 75% angustia y finalmente 89% dolor, un factor que elevó dichos sentimientos es el desconocimiento del

embarazo, mientras que los que tenían conocimiento de su estado gestacional presentaron igual 90% culpa y tristeza, 70% angustia y 50% dolor, que engloba a las participantes en un estado de confusión, decepción, retraimiento, inseguridad y vacío. Estos resultados indican que el aborto espontáneo puede romper con la idea de la mujer como progenitora, lo cual está alineado con el perfil cultural mexicano que prioriza la maternidad (Rivera-King et al., 2022).

En el año 2020, en la provincia de Quebec en Canadá se presentó un elevado índice casos de aborto espontáneo, en el ámbito emocional prevalece síntomas de ansiedad moderada 42%, depresión mayor 55% y duelo perinatal 27,1% en un lapso de un año y medio posterior a la pérdida, además, la edad materna y la edad gestacional no tienen relación con un desequilibrio en la salud mental de estas, sin embargo, la relación conyugal está asociada como factores protectores para estas patologías. De la misma manera, la maternidad es usualmente considerada una de las principales prioridades para las mujeres. Cuando este proceso se ve detenido por un aborto espontáneo, se desarrolla una serie de emociones que pueden tener un impacto negativo en la vida diaria de la mujer (deMontigny et al., 2017).

Según Aznar & Cerdá (2014) menciona que algunos especialistas consideran la existencia de un sistema denominado posaborto, pues en ocasiones pacientes acuden a cita psiquiátrica posteriormente haber experimentado un aborto, sin embargo, otras personas pueden presentar únicamente alteraciones psicológicas o sensación de alivio y bienestar.

En Ecuador de acuerdo con Aslalema et al. (2019) en la provincia de Pichincha se evidenció un estudio en el que las adolescentes y adultas jóvenes presentaron diferencias en la manera de la percepción general y apoyo social respecto al aborto. Los descubrimientos sobre las emociones que la población expresaron preferentemente sentirían miedo 75%, amor 41%, culpa 30%, y finalmente tristeza y alegría en porcentajes similares 28%. Mientras que, las mujeres jóvenes adultas reportaron sentir de manera similar miedo 78% y amor 45%, pero a diferencia del primer grupo, la alegría ocupó el tercer lugar 39% y la ansiedad el cuarto 28%.

Por lo tanto, es crucial estudiar sobre la salud mental en mujeres que han experimentado un aborto, pues este es un evento traumático que puede tener un profundo impacto emocional y psicológico en las mujeres, lo que puede llevar a problemas de salud mental como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático y otros. Comprender cómo afecta el aborto a la salud mental es fundamental para proporcionar el apoyo adecuado y los recursos necesarios para ayudarlas a sobrellevar esta experiencia difícil.

Esta aproximación bibliográfica ofrece la oportunidad de explorar en profundidad las consecuencias, los desafíos y los recursos de las mujeres que han experimentado un aborto, brindando una perspectiva más completa de cómo el aborto afecta su salud mental. Además, el estudio es relevante porque en Ecuador hay pocas investigaciones sobre este tema.

Este es factible, debido al interés social y la abundancia de material bibliográfico sobre las variables de estudio, como el acceso a internet, dispositivos electrónicos, recursos económicos y acceso a bases científicas. Los beneficiarios indirectos de este trabajo serán la comunidad universitaria, pues se propiciará una amplia base de información científica sobre las variables propuestas.

En base a lo mencionado anteriormente surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo y afectaciones de salud mental de mujeres que presentan un aborto espontáneo?

## **OBJETIVOS**

### **General**

- Analizar la salud mental de mujeres tras un aborto espontáneo.

### **Específicos**

- Identificar los factores de riesgo del aborto espontáneo en mujeres.
- Determinar las alteraciones en la salud mental mujeres con aborto espontáneo.

## CAPITULO II.

### ESTADO DEL ARTE

En un estudio realizado en Dhaka, Bangladesh por Nahar et al. (2023) investiga la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en mujeres de barrios marginales con antecedentes de aborto espontáneo. Utilizando el Sistema de vigilancia demográfica y de salud urbana (UHDSS), Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para medir los síntomas de salud mental, el estudio encontró que el 77.5% de las 240 participantes presentaban síntomas depresivos, mientras que el 58.75% manifestaba ansiedad hasta 18 meses después del aborto. El nivel educativo y el empleo fueron factores protectores, reduciendo el riesgo de ansiedad y depresión, respectivamente. Sin embargo, una mayor comprensión sobre derechos sexuales y reproductivos mostró una asociación inesperada con niveles más altos de dichas psicopatologías.

El estudio de Moreno et al. (2019) explora la relación entre el estigma percibido por aborto y la sintomatología depresiva en 114 mujeres que interrumpieron legalmente su embarazo en la Ciudad de México. Utilizando Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DR) y una escala para evaluar el estigma de ocho ítems tipo Likert. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las mujeres se sentían seguras y tranquilas con su decisión 60.5% y 49.1%, y no tenían conflictos espirituales o religiosos 67.5%. Sin embargo, un 27.2% estaba preocupada por que otros descubrieran su aborto, y el 17.5% temía la humillación social. Aunque la percepción de estigma fue baja, las mujeres con síntomas depresivos más graves percibieron un mayor esta problemática, destacando la importancia de reducirlo y brindar apoyo para prevenir la depresión en estas mujeres.

Con el propósito de este estudio, en España se señala que algunas mujeres que han abortado pueden experimentar sentimientos de tristeza, soledad, y en algunos casos, depresión o ansiedad. Otro aspecto relevante, se evalúa por primera vez la presencia de trastornos sociopsicológicos previos al aborto, pues, de ser así, podrían ser predictores de una posible respuesta mental negativa después del aborto. Aparentemente, esta revisión confirma la existencia de problemas mentales en múltiples ocasiones (Aznar & Cerdá, 2014).

En Finlandia, un estudio comparativo realizado con 1,936 mujeres de entre 30 y 50 años examinó la relación entre los antecedentes de aborto espontáneo y la salud mental. Utilizando herramientas como el Inventario de Depresión de Beck modificado (BDI), el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Munich (M-CIDI), se encontró mayor incidencia de trastorno depresivo y síntomas depresivos en mujeres con informes de abortos espontáneos, mostrando influencia negativa en su salud mental (Toffol et al., 2013). A medida que aumenta los abortos, el estado psicológico empeora y se incrementan los diagnósticos psiquiátricos. Además, en mujeres de 25 a 40 años se observó una relación entre el número de abortos

y pensamientos aterradores. Un 16.5% reportó un diagnóstico de depresión en el último año y un 1.9% recibió diagnóstico o tratamiento por otras condiciones psicológicas.

El proceso de cambio hacia la maternidad implica importantes cambios a nivel emocional, social y físico, lo que la convierte en un período con un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental en las mujeres. Biológicamente hablando, el embarazo y el posparto exponen a la madre a una serie de cambios hormonales y cerebrales que podrían incrementar la sensibilidad de sus sistemas de procesamiento emocional (Coo et al., 2021).

## **Aborto Espontáneo**

### **Definición**

Según la definición de la OMS (2012), se considera aborto a la interrupción del embarazo antes de que el feto tenga capacidad para sobrevivir fuera del útero materno. Actualmente, se considera alrededor de las 22 semanas de gestación como el momento en que la viabilidad del feto fuera del útero puede variar con los avances médicos y tecnológicos.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2010) el aborto es la eliminación o extracción del embrión o feto con un peso inferior a 500 gramos, antes de las 22 semanas de embarazo. De acuerdo con este sistema social, si se lleva a cabo una interrupción del embarazo después de las 22 semanas, no se consideraría como un aborto puesto que el feto tiene la capacidad de sobrevivir fuera del útero y su eliminación sería equivalente a acabar con la vida de un ser humano en desarrollo.

### **Epidemiología**

Según el Ministerio de Salud Pública (2013) mencionan que, en el aborto espontáneo, cerca del 15-20% de los embarazos clínicamente registrados concluyen en un aborto espontáneo, la mayoría en el primer trimestre el 80% antes de las 12 semanas y el 20% entre las semanas 12 y 20 de gestación. Alrededor del 30% y 50% de estas pérdidas perinatales se relacionan con anomalías cromosómicas en el producto de la concepción, esta es la causa más común. El riesgo de aborto aumenta con la edad materna es del 20 y 12% en adolescentes y puede considerarse hasta 5 veces mayor en mujeres mayores de 40 años. Además, después de haber experimentado al menos cuatro abortos previos, el riesgo de irregularidad puede elevarse entre 16-54% dependiendo de los antecedentes obstétricos.

De todas las concepciones, aproximadamente el 30% se pierden debido a fallas en la implantación, otro 30% debido a abortos preclínicos, el 10% debido a abortos clínicos y el 30% restante resulta en nacimientos vivos. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren temprano, con un 80% ocurriendo en las primeras 12 semanas y el 20% restante entre la semana 12 y la 20. Solo alrededor del 1% de todas las mujeres experimentan abortos recurrentes (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Para Rodríguez et al. (2020) la edad de las mujeres también influye en la incidencia de abortos espontáneos, con tasas más altas entre adolescentes y mayores de 40 años, que pueden ser hasta cuatro o cinco veces mayores, y aumenta progresivamente con la edad. Entre el 15% y el 20% de los embarazos diagnosticados clínicamente se pierden en el primer trimestre o al comienzo del segundo sin ningún impacto en la salud materna. Un porcentaje significativo de abortos espontáneos son citogenéticamente anormales, con hasta un 50% de anomalías en el cariotipo detectadas entre las 8 y 11 semanas de gestación, y un 30% entre las 16 y 19 semanas de gestación.

El riesgo de aborto espontáneo detectable clínicamente en mujeres que nunca han tenido un aborto varía entre el 11% y el 15%. Sin embargo, después de uno a cuatro abortos previos, este riesgo aumenta a un 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente. (OMS, 2012).

### **Tipos de aborto espontáneo**

**Aborto espontáneo inevitable.** Se caracteriza por un aumento del sangrado y la apertura del cuello uterino. En este caso, es inevitable que el embarazo continúe (SEGO, 2010).

**Aborto espontáneo incompleto.** Se produce cuando parte del tejido del embarazo es expulsado del útero mientras que otra parte permanece dentro. Es posible que se requiera un tratamiento para eliminar todo el tejido restante (SEGO, 2010).

**Aborto espontáneo completo.** Se produce la expulsión completa de todo el tejido del embarazo del útero. Por lo general, no es necesario ningún tratamiento adicional (SEGO, 2010).

**Aborto espontáneo retenido.** La OMS (2012) refieren que, a pesar de la ausencia de cólicos y sangrado, el ultrasonido revela la falta de actividad cardíaca en el embrión o un saco gestacional vacío, es decir, sin embrión. A menudo, el tejido es expulsado del útero y del cuerpo por sí solo, pero en algunos casos puede requerirse tratamiento.

### **Factores de riesgo del aborto espontáneo**

La incidencia de abortos espontáneos oscila entre el 10 y el 18% de todos los embarazos y puede estar asociada con una variedad de factores, como defectos cromosómicos, enfermedades maternas endocrinas, inmunológicas o infecciosas, así como malformaciones del aparato genital o disfunción placentaria. Se estima que aproximadamente un tercio de todas las mujeres experimentan un aborto espontáneo en algún momento de sus años reproductivos (OMS, 2012)

**Causas genéticas:** Estas son especialmente frecuentes en los abortos tempranos y pueden resultar en óvulos anormales debido a alteraciones en la meiosis. Las anomalías genéticas comunes incluyen trisomía autosómica, triploidía, monosomía X, tetraploidía y reordenaciones cromosómicas (Rodríguez et al., 2020).

Otras causas se deben a factores maternos, conteniendo anomalías anatómicas del útero, trastornos endocrinos, infecciones, como sífilis en abortos recurrentes, enfermedades inmunológicas, como el síndrome antifosfolípido, además, exposición a tóxicos, tabaco, alcohol, ciertos fármacos, factores ambientales, edad avanzada, antecedentes de abortos e intervenciones médicas inadecuadas o procedimientos invasivos como la amniocentesis (Chaves et al., 2023).

**Diabetes Mellitus:** Las mujeres con niveles elevados de glucosa y hemoglobina glucosilada tienen un mayor riesgo de aborto en comparación con aquellas con un buen control metabólico (Rodríguez et al., 2020).

**Hematomas Subcoriónicos:** Aunque son una causa frecuente de hemorragia en el primer trimestre, rara vez resultan en la pérdida del embarazo. La presencia de hematomas intrauterinos puede considerarse de alto riesgo, pero no se ha demostrado que tengan efectos negativos en el embarazo (Carrión-Ruilova et al., 2021).

**Causas medioambientales.** El consumo de sustancias, toxinas, infecciones, traumatismos, tabaquismo, consumo de alcohol, café y ciertos medicamentos (Carrión-Ruilova et al., 2021).

### **Estigma social y aborto**

El estigma hacia el aborto se manifiesta en diferentes ámbitos de la sociedad, como señala Kumar et al. (2009), quienes identifican los siguientes niveles:

**Medios de comunicación y la percepción social.** En nuestra sociedad, es común encontrar discursos que estigmatizan a las mujeres que han optado por interrumpir su embarazo de forma voluntaria, tachándolas de personas promiscuas, irresponsables o pecadoras. Estos prejuicios y etiquetas no solo son injustos sino también poco confiables e indeseables. A veces, incluso son consideradas delincuentes (Lamas, 2014).

Se ha acuñado el concepto de "síndrome post aborto" como una manera de describir los supuestos trastornos emocionales significativos que pueden experimentar las mujeres después de un aborto. Sin embargo, dos veces la Asociación Americana de Psicología (APA) ha negado la existencia de este síndrome (Orihuela-Cortés & Marván, 2021).

**Nivel estructural o legal.** En esta área las autoridades castigan y persiguen de manera injusta a mujeres que han tenido abortos espontáneos (FIGO, 2018).

Además, resulta sorprendente que exista una falta de campañas publicitarias oficiales que informen sobre los detalles y las opciones para acceder al aborto legal y seguro, a pesar de ser un tema importante en la salud pública (Villa et al., 2019).

**Ámbito institucional.** Lamas (2014), observó discriminación por parte del personal sanitario hacia las mujeres que solicitan un aborto legal en los hospitales.

Asimismo, es frecuente que el personal médico haga uso de su derecho a objeción de conciencia para negarse a realizar un aborto en caso de conflicto con sus convicciones y principios personales.

Nivel comunitario. Las mujeres que han pasado por un aborto a menudo se encuentran frente a críticas debido a las expectativas sociales que consideran la maternidad como algo fundamental en la vida de una mujer. El cumplimiento de estas reglas refuerza la visión desfavorable hacia el aborto. Generalmente, se observa que las personas mayores, con alta religiosidad y menos educación académica, así como aquellos con más hijos tienden a tener estas creencias de manera más frecuente (Orihuela-Cortés & Marván, 2021).

Ámbito individual. En este nivel, el estigma se presenta como estigma internalizado, la mujer internaliza las creencias negativas que la sociedad tiene sobre el aborto, lo cual resulta en sentimientos de culpa y vergüenza por su elección de interrumpir su embarazo (Orihuela-Cortés & Marván, 2021).

### **Aborto espontáneo y salud mental**

Para Rondón (2015) el contexto del aborto, la salud mental es un aspecto crucial y fundamental para el bienestar general, y su ausencia puede afectar negativamente la calidad de vida. Existen estudios bien fundamentados que indican que puede tener serias repercusiones en la salud mental de la mujer. Por otro lado, también se han documentado efectos negativos a largo plazo del aborto en los niveles de bienestar emocional y psicológico, tanto en adolescentes como en mujeres adultas.

Aunque una revisión de OMS (2012) concluyó que no hay suficiente evidencia para recomendar la provisión de apoyo psicológico como estándar después de un aborto espontáneo, sugiere que las citas de seguimiento podrían ser útiles para identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar problemas de salud mental o para ofrecer apoyo a aquellas que ya están experimentando dificultades.

La mala salud mental materna tiene efectos inmediatos y a largo plazo en el bienestar de las mujeres. Limita las oportunidades de participación social y económica, y reduce la capacidad de autocuidado y cuidado de los demás, lo que a su vez puede afectar la salud y el desarrollo de los niños (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO, 2018).

### **Alteraciones de la salud mental**

Las alteraciones de la salud mental refieren variaciones en distintos aspectos de sujeto como psicosocial, emocional, cognición y/o conducta, estas pueden ocurrir en cortos periodos de tiempo, o a su vez pueden ser crónicos de larga duración (First, 2022). Según la Organización Mundial de la Salud (2022) estas alteraciones están relacionadas con la angustia o por discapacidad de otras áreas relevantes.

## **Afectividad**

Las alteraciones de la afectividad engloban un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por cambios significativos en el estado de ánimo. Muchos de estos trastornos se pueden considerar como crónicos y recurrentes según sus desencadenantes, lo que provoca disfunciones en el individuo y dificulta su adaptación a la vida diaria (Ellenbroek & Youn, 2016).

## **Alteraciones emocionales**

Las alteraciones emocionales se refieren a estados transitorios por la excesiva o la reducción notable de emociones normales, así como la dificultad para regularlas adecuadamente, entre las más comunes se encuentran la ansiedad, ira y estrés. Así también, estas alteraciones pueden presenciarse durante un periodo de tiempo establecido, pues se manifiestan por una situación vivida (Fernández-Castillo & Vílchez-Lara, 2015).

## **Trastorno de Ansiedad**

La CIE-10 clasifica el trastorno de ansiedad en varias categorías, incluyendo los trastornos fóbicos, el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. Estos trastornos se caracterizan por síntomas como el miedo excesivo, la preocupación constante y los ataques de pánico. La relación entre el trastorno de ansiedad y el aborto espontáneo en mujeres se ha estudiado ampliamente, encontrándose que el estrés y la ansiedad elevados pueden influir negativamente en el embarazo. El estrés crónico y la ansiedad pueden alterar los niveles hormonales, como el cortisol, y afectar el ambiente uterino, incrementando el riesgo de aborto espontáneo.

Los trastornos de ansiedad son la segunda patología psiquiátrica más incapacitante de la región de las Américas (Organización Mundial de la Salud, 2023). Es un estado emocional común que experimentan las personas en distintas circunstancias de la vida. Este se caracteriza por sintomatología automática de preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación, angustia, ataques de pánico y miedos excesivos en respuesta a eventos estresantes y que no genera un peligro real para el sujeto, estas deben presentarse por al menos seis meses para ser considerado como un trastorno de ansiedad (Chacón et al., 2021).

Se considera a la ansiedad como un mecanismo de defensa ante amenazas, sin embargo, si se convierten persistentes y excesivas puede afectar al desarrollo normal de las personas, además se puede denotar la presencia de síntomas físicos tal como palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad respiratoria, molestias estomacales (Chacón et al., 2021).

Para Farren et al. (2016) menciona que las mujeres presentan ansiedad después de perder un embarazo temprano. Específicamente, dentro del primer mes posterior a la pérdida, 32% de las mujeres cumplían con los criterios de ansiedad. A los 3 meses del evento, solo el 20% lo cumplía. Además, las mujeres con antecedentes de aborto

espontáneo recurrente obtienen mejores niveles de ansiedad, con tasas de prevalencia del 47.6% en embarazo temprano, 36.1% en embarazo medio y 32.5%, en embarazo avanzado.

Así también, Guerra et al. (2009) refiere que los síntomas de la ansiedad posterior al evento de aborto se puede manifestar de distintas maneras, sin embargo, comunmente existen sentimientos de nerviosismo, inquietud o sensación de peligro inminente o pánico. Otros síntomas somáticos se incluye taquicardia, hiperventilación, sudoración, temblores, sensación de debilitamiento, alteración del sueño, entre otros.

### **Trastorno de estrés postraumático**

El TEPT se define como una reacción emocional intensa al haber experimentado una amenaza inmediata a la vida propia, de una tercera persona, la violación a la integridad física, moral de sí mismo o de otro sujeto, esto puede incluir un abuso sexual o físico incluyendo asalto (Rojas, 2016). Los sujetos que experimentan esto pueden seguir experimentado dicha situación por medio de pesadillas, secuencias retrospectivas o recuerdos que no se logra controlar y se obtiene como resultado dolor emocional para la persona que puede estar afectando el desarrollo normal en varias áreas (Bermúdez et al., 2020).

Los síntomas del estrés postraumático inician tres meses posteriores al incidente traumático, sin embargo, puede presentarse tiempo más tarde, para cumplir criterios diagnósticos de este trastorno la sintomatología debe durar más de un mes y ser suficientemente grave para afectar el curso de la vida cotidiana de la persona. Algunos de estos síntomas son, al menos uno de recuerdos intrusivos, al menos dos de evasión e hipervigilancia y reactividad y al menos dos síntomas cognitivos y del estado de ánimo (National Institute Of Mental Health, 2020).

Para Kukulskienė & Žemaitienė (2022), refieren que las mujeres tras un mes después de la pérdida el 29% de ellas manifestaban síntomas indicadores de estrés postraumático, el 24% experimentaba ansiedad de moderada a grave y el 11% sufría de depresión de moderada a grave. Aunque estos síntomas disminuyeron con el tiempo, continuaron siendo clínicamente significativos incluso después de nueve meses.

El trastorno de estrés postraumático a un aborto espontáneo puede llevar a un mayor riesgo de consecuencias psicológicas. En un estudio se evidencia que el 44.7% de las mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo se consideraron más vulnerables en desarrollar este tipo de alteración emocional. De la misma manera, la relación afectada con el cuerpo y la ausencia de hijos es un factor que se destaca como riesgo para el desarrollo de morbilidad psicológica posterior a un trauma. Tomando en cuenta la relación auto percibida con el propio cuerpo podría ser indispensable para obtener una mejor comprensión de las características específicas de la pérdida y el trauma prenatal, por lo que, las mujeres pueden experimentar un vacío físico, impotencia o pérdida de control sobre su vida reproductiva (Kukulskienė & Žemaitienė, 2022).

## **Ataque de pánico**

Los ataques de pánico, caracterizados por episodios súbitos de miedo intenso acompañados de síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y dificultad para respirar, han sido vinculados con un mayor riesgo de aborto espontáneo en varias investigaciones. Estudios como el de Mulder et al. (2002) han encontrado que el estrés y la ansiedad elevados durante el embarazo, que pueden incluir ataques de pánico, están asociados con un incremento en el riesgo de aborto espontáneo. Lilliecreutz et al. (2016) también identificaron que las mujeres con trastornos de ansiedad, incluyendo trastornos de pánico, enfrentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, destacando la importancia de la intervención temprana y el tratamiento adecuado de la ansiedad para mejorar los resultados del embarazo.

## **Fobias**

Las fobias, caracterizadas por miedos irracionales y persistentes, pueden aumentar el riesgo de aborto espontáneo debido a la ansiedad severa que generan. Esta ansiedad provoca una respuesta fisiológica al estrés, incluyendo la liberación de hormonas como el cortisol, que pueden afectar negativamente el ambiente uterino. Se han encontrado que las mujeres con trastornos de ansiedad, incluyendo fobias, enfrentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, subrayando la importancia de la intervención temprana y el manejo adecuado de la ansiedad para mejorar los resultados del embarazo y reducir el riesgo de pérdida del embarazo (Lilliecreutz et al., 2016).

## **Trastorno obsesivo compulsivo**

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), caracterizado por pensamientos intrusivos, obsesiones y comportamientos repetitivos, compulsiones, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo debido al estrés crónico y la ansiedad intensa que genera. La constante preocupación y los rituales pueden elevar los niveles de cortisol y otras hormonas del estrés, lo que puede afectar negativamente el embarazo, estos trastornos están asociados con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, como el aborto espontáneo (Grigoriadis et al., 2013).

## **Trastorno de adaptación**

El trastorno de adaptación es una condición caracterizada por síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que aparecen tras un evento estresante. Es comúnmente diagnosticado en atención primaria y en casos de intentos de suicidio en urgencias. Los síntomas se presentan en respuesta directa al estrés y suelen ser temporales, dependiendo de la resolución del factor estresante o de la adaptación del paciente. El tratamiento se centra principalmente en intervenciones psicosociales para abordar el estrés y mejorar los mecanismos de afrontamiento del paciente, mientras que los medicamentos psicotrópicos se utilizan ocasionalmente para aliviar los síntomas, pero no son la principal forma de tratamiento (Zapata-Ospina et al., 2021).

Así también, Zapata-Ospina et al. (2021) mencionan que las consecuencias psicológicas y las repercusiones en la salud mental de mujeres que terminan su embarazo mediante un aborto provocado muestran mayores promedios y medianas de puntaje en sintomatología depresiva, lo cual también implica un trastorno de adaptación.

### **Alteraciones del estado de ánimo**

Estos trastornos tienen como principal característica una alteración en el humor, el estado de ánimo puede ser considerado como normal, deprimido o elevado, regularmente las personas experimentan una gran cantidad de estados anímicos. En este tipo de trastornos se evidencia un déficit en el control o reacción de estado de ánimo, los cuales no están relacionados con algún trastorno físico o mental (Baena et al., 2005).

### **Depresión**

El trastorno depresivo o conocido como depresión es un trastorno mental frecuente, según el CIE-10, el diagnóstico de un episodio depresivo se basa en la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas principales durante al menos dos semanas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi todos los días, y pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Además, se deben presentar al menos dos de los siguientes síntomas adicionales: cambios significativos en el apetito o peso, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes. Es crucial que los síntomas no sean atribuibles a efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Además, Cardoso et al. (2017) menciona que la depresión y el aborto inducido o involuntario es un evento traumático en donde se puede presenciar sentimientos de culpa, autoconcepto disminuido y estrés, en algunas ocasiones la mujer puede ser más vulnerable a la presencia de un cuadro depresivo después de un aborto por recibir agresiones físicas y psicológicas protagonizadas por su pareja.

### **Duelo perinatal**

El duelo perinatal refiere al dolor emocional que cursan los padres y otros familiares posterior a la pérdida de un bebé durante la gestación, el parto o tiempo después del nacimiento. Esta forma de dolor puede originarse por un aborto espontáneo, la pérdida fetal, fallecimiento neonatal o interrupción médica del embarazo (Ridaura et al., 2017).

La pérdida perinatal, al igual que otros tipos de duelo, implica un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo en diversas etapas y puede extenderse durante meses o incluso años. Al recibir la noticia, la persona experimenta una profunda sensación de sorpresa seguida de una intensa angustia emocional acompañada de ansiedad, culpa y enojo. Durante esta etapa de intenso sufrimiento, conocida como proceso de duelo, surgen

sentimientos de envidia y anhelo por el bebé. Se considera que la duración del duelo está influenciada por múltiples factores que generan distintos patrones de respuesta: el dolor anticipado, la falta de apoyo social, un nivel socioeconómico bajo y la escasez de estrategias para hacer frente a la situación por parte del superviviente pueden prolongar el proceso (Ridaura et al., 2017).

Según deMontigny et al. (2017) refiere que los síntomas de duelo y depresión se evidenciaron en el primer mes después de la peridada perinatal, con una disminución significativa en el seguimiento a los 6 meses y al año. De la misma manera, la falta de hijos se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva y de duelo perinatal posterior al aborto espontáneo, pues, las mujeres con uno o más hijos con vida tienden a tener un menor riesgo de desarrollar alteraciones del estado de ánimo como la depresión o síntomas de duelo perinatal posterior al evento.

### **Síndrome postaborto**

El aborto espontáneo tiene un impacto emocional en ambos padres, pues esta pérdida rompe el patrón del vínculo natural existente entre padres e hijos, ocasionando una sensación de vacío en los progenitores y su relación podría verse afectada. Para la madre, está en conflicto con su función maternal y la contribución debido a la pérdida del hijo no nacido (Fuentes, 2009).

El síndrome SPA postaborto refiere al conjunto de sintomatología fisiológica, psicológica y espiritual que se desarrollan posterior a un aborto inducido o espontáneo (Fuentes, 2009). Aunque el SPA no está reconocido en la clasificación internacional de trastornos mentales por la falta de estudios epidemiológicos, sin embargo, este cuadro encaja entre los trastornos que surgen por un evento significativamente estresante y este puede ser experimentado por la madre como un estrés psicosocial identificable, o incluso como un estrés traumático excepcional (físico o psicológico), cumpliendo con los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 para los Trastornos por Estrés Postraumático (Alfonso, 2008).

### **Sintomatología**

#### **Alteraciones del sueño**

Los trastornos del sueño son dificultades que afectan la calidad, el horario y la cantidad de sueño de los sujetos, por lo que se puede presentar alteraciones en el curso cotidiano de la vida. Estas alteraciones pueden presentar diversas causas y manifestaciones, la clasificación de estas enfermedades se ha basado principalmente en el síntoma predominante, dividiéndose así en categorías como insomnios, hipersomnias, parasomnias, entre otras (Gállego et al., 2007).

Además, Wang et al. (2023) mencionan la asociación entre la calidad de sueño, la ansiedad y los síntomas depresivos en mujeres que han cursado por pérdidas de embarazos recurrentes, se evidencia que el 31,2% de las participantes presentaron

alteraciones en la calidad de sueño, además las mujeres que demuestran alteraciones leves en el sueño tienen mayores probabilidades de sufrir ansiedad y depresión, pues se evidencia una estrecha relación con estas psicopatologías. Mientras que aquellas mujeres con alteraciones del sueño de moderados a graves sus síntomas ansiosos y depresivos son más altos.

### **Ideación suicida**

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) menciona que el suicidio es una dificultad de salud pública a nivel global, pues se encuentra entre las tres primeras causas de muerte. Por lo que, se podría mencionar que la ideación suicida se caracteriza por la existencia de pensamientos intrusivos en torno a la voluntad propia de quitarse la vida, con o sin previa planificación o forma de realizarlo. La ideación de esta conducta puede ser por medio de lenguaje verbal o no verbal (Cañón & Camarona, 2018).

Según González (2023), menciona que la presencia de esta conducta puede evidenciarse según su intensidad o su duración, pues esta se puede denotar como una idea momentánea, una idea permanente y/o impulsiva y planeada. Así también, estos pensamientos puede ser parte de un estado anímico deprimido y como producto se evidencia la desesperanza, una existencia vacía de sí mismo como intento de escape propio.

Según Kulathilaka et al. (2016) la prevalencia de la depresión después de un aborto espontáneo está estrechamente relacionada con el duelo. El 18.6% de las mujeres presentaban síntomas depresivos y, de estas, el 26.0% cumplían con los criterios de duelo, que presentaba una prevalencia del 54.74%.

### **Dificultades sociales**

#### **Alteraciones de conducta**

El trastorno de la conducta se caracteriza por un patrón de comportamiento monótono y perseverante que viola las normas sociales propias de la edad del sujeto. Esta alteración puede generar dificultades significativas en distintas áreas de la vida, familia, relaciones interpersonales, entre otros (Elia, 2023).

#### **Consumo de sustancias**

El consumo de sustancias refiere al uso de drogas, alcohol, medicamentos bajo prescripción médica o cualquier sustancia que puede alterar el funcionamiento de la mente o el cuerpo. Estas sustancias pueden ser legales o ilegales y el uso que se da a estas sustancias puede ser ocasional, recreativo o problemático, llegando a causar dependencia o adicción (Khan, 2022).

Se clasifica, uso experimental o reactivo que consiste en el consumo ocasional, este puede ser en contextos sociales; abuso de sustancias se caracteriza por el uso

constante y repetitivo de dicha sustancia, además el consumo de la droga empieza a afectar negativamente la vida del sujeto, generando dificultades en el ámbito laboral, académico o relaciones interpersonales, entre otros; la dependencia que se genera cuando el sujeto tiene necesidad compulsiva de consumir la sustancia y la tolerancia aumenta, además inicia con intentos fallidos de controlar o interrumpir el consumo y el individuo siente que necesita la sustancia para lidiar con la vida diaria. Por último, la adicción la cual es una forma compleja de dependencia, caracterizada por el uso compulsivo de la sustancia, esta afecta la mente y el cuerpo, puede ser muy difícil de superar sin ayuda profesional (Khan, 2022).

Coleman (2011) señala que existe una diferencia en el consumo de sustancias entre quienes han experimentado un aborto y quienes llegaron a término en el periodo de gestación. El 26% de las personas que tuvieron un aborto consumieron marihuana, mientras que el consumo de alcohol se evidenció en el 10%. Por lo tanto, quienes han tenido un aborto tienen un 81% más de posibilidades de enfrentar problemas de salud mental en comparación con quienes no lo han experimentado. De la misma manera, Naranjo et al. (2020) menciona que el consumo y trastorno por uso de sustancias en mujeres embarazadas con riesgo obstétrico alto, prevalece el consumo de alcohol, seguido de bebidas energizantes, cigarrillo, marihuana, entre otros.

### **Relaciones familiares**

Experimentar un aborto espontáneo puede tener repercusiones significativas en las relaciones familiares, especialmente cuando existían expectativas emocionales elevadas asociadas con el embarazo. En el ámbito de la pareja, esta pérdida puede ser extremadamente devastadora emocionalmente, dando lugar a sentimientos de culpa, tristeza y posiblemente resentimiento si alguno de los miembros siente que el otro no ofrece suficiente apoyo o comprensión. Los hijos existentes en la familia también pueden verse afectados, enfrentando dificultades para comprender la pérdida y necesitando apoyo adicional para procesar sus propias emociones (Parvin et al., 2022).

Además, otros miembros de la familia extendida, como abuelos y tíos, pueden experimentar impactos emocionales, lo que a veces puede generar tensiones si no se manejan adecuadamente las diferencias en el proceso de duelo o si falta el apoyo esperado. En un contexto más amplio, amigos y conocidos pueden sentirse incómodos o distantes debido a la falta de comprensión sobre cómo abordar la situación, afectando las relaciones sociales cercanas a la familia afectada por el aborto espontáneo (Parvin et al., 2022).

### **Situación económica**

La situación económica puede impactar significativamente la experiencia de un aborto espontáneo debido a varios factores interrelacionados. Erviti (2005) menciona que la falta de acceso a atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo puede aumentar el riesgo de complicaciones que podrían llevar a un aborto espontáneo. Esta

situación se ve agravada en áreas donde los servicios de salud son limitados o inaccesibles para las poblaciones de bajos ingresos.

Además, la falta de recursos económicos puede limitar el acceso a apoyo emocional y psicológico después del aborto espontáneo. Esto puede perpetuar sentimientos de aislamiento y dificultad para gestionar adecuadamente el duelo, exacerbando el impacto emocional en las relaciones familiares y sociales (Erviti, 2005).

## CAPÍTULO III.

### METODOLOGÍA

#### **Tipo de Investigación**

Esta investigación es de tipo bibliográfico, se basa en la revisión y análisis crítico de argumentos mediante libros, artículos científicos y académicos, estudios de caso, tesis de posgrado y distintos materiales escritos adicionalmente (Hernández et al., 2014).

#### **Nivel de investigación**

Es de nivel descriptivo, pues se recopila información necesaria para la conceptualización de las características de las variables propuestas a estudiar, aborto espontáneo y alteraciones de la salud mental, lo que generará grandes beneficios para el trabajo de investigación, pues brinda una perspectiva concreta del tema de estudio (Hernández et al., 2014).

#### **Estrategias de búsqueda**

Para la investigación se utilizaron diversas bases de datos académicas y científicas, incluyendo Dialnet, Google Académico, Redalyc, Scielo, Science Direct, PubMed Central, Elsevier, Scopus y ProQuest. Estas fuentes abarcan publicaciones realizadas entre los años 2014 y 2024. En la búsqueda de información se emplearon operadores booleanos como AND y OR, y se utilizaron palabras clave tanto en español como en inglés: "spontaneous abortion", "miscarriage", "mental health" y "mental disturbances".

#### **Extracción de datos**

Se utilizaron procedimientos para la extracción de datos de artículos y este fue realizado por dos personas, cada una con asignaciones específicas para el desarrollo del estudio. La extracción de datos se llevó a cabo siguiendo un flujograma riguroso, que incluyó la eliminación de duplicados, la exclusión de títulos que no guardaban relación con el tema del trabajo y el descarte de resúmenes que no proporcionaban la información adecuada. Además, se excluyeron estudios cualitativos y aquellos con un enfoque exclusivamente médico. Esta metodología aseguró que los datos recopilados fueran pertinentes y de alta calidad, garantizando la relevancia y precisión del análisis, como se observa en la figura 1.

#### **Selección de los estudios**

Para la selección de los documentos se basaron en los siguientes criterios

**Tabla 1.** *Criterios de selección de los documentos científicos*

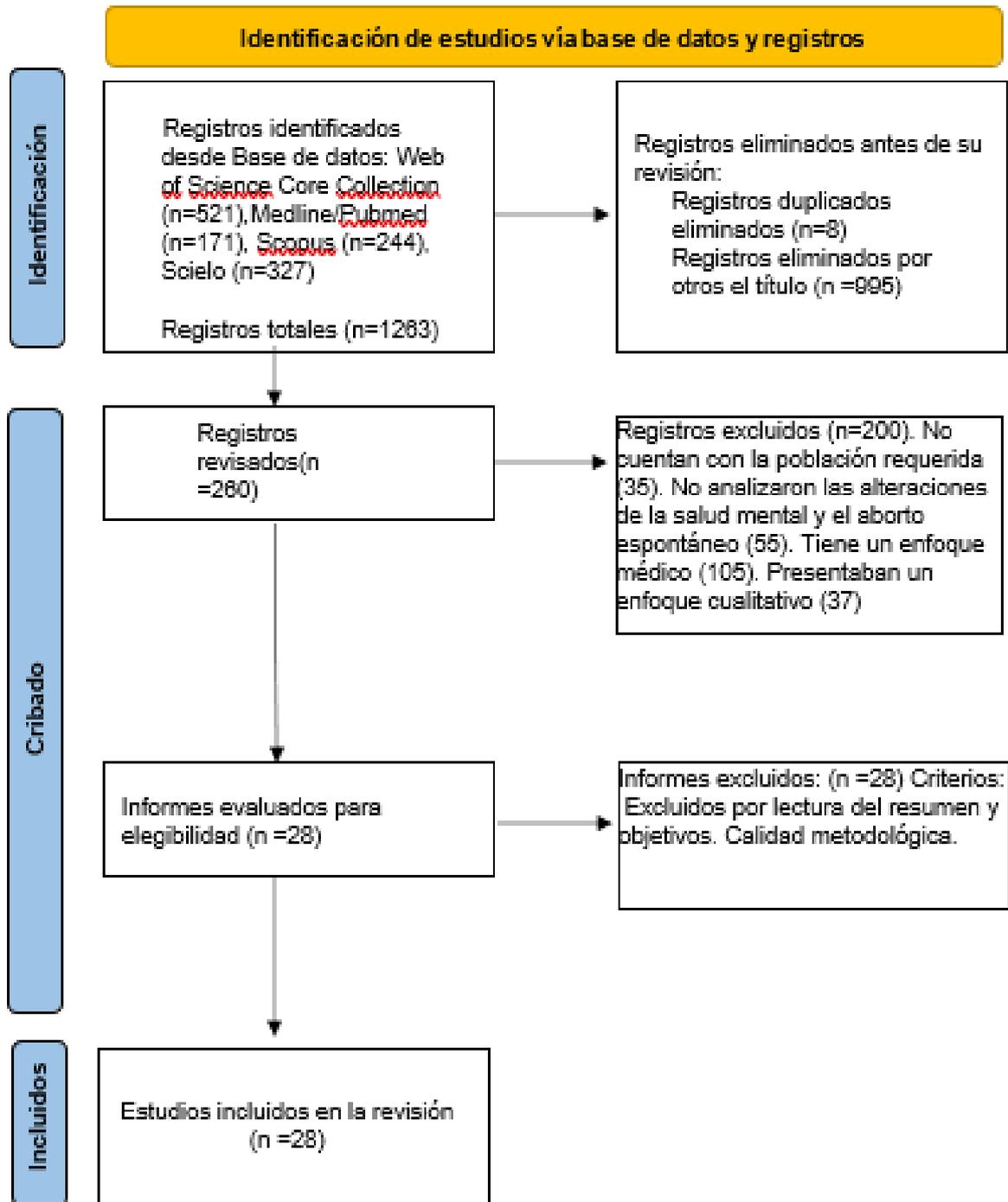
<b>Criterios de selección</b>	<b>Justificación</b>
Documentos científicos divulgados entre los años 2014-2024	La calidad e impacto de la investigación se mejoran al emplear información científica actualizada. Esta información ofrece una perspectiva actual sobre la situación de las variables y la población estudiada. Por ello, se eligen investigaciones realizadas en los últimos diez años.
Estudios cuantitativos	Este tipo de artículos facilita el análisis de datos cuantificables, lo que proporciona mayor objetividad, claridad y precisión en la comprensión del fenómeno de estudio. Al utilizar información concreta, se evitan interpretaciones incorrectas o subjetivas que podrían derivar de datos ambiguos.
Idioma inglés, portugués y español	Existen numerosas publicaciones científicas de alto impacto en el campo de la Psicología Clínica disponibles en estos idiomas.
Base de inclusión: Dialnet, Google Académico, Redalyc, Scielo, Science Direct, PubMed Central, Elsevier, Scopus y ProQuest.	Estas bases de datos contienen una amplia colección de literatura científica relacionada con el tema de la investigación.
Normativas de carácter gubernamental OMS, OPS.	Los organismos gubernamentales son entidades creadas para abordar cuestiones de salud a nivel mundial o regional, con el objetivo de promover la salud pública y prevenir enfermedades. Por lo tanto, es crucial recopilar información de estas fuentes.

---

Estudios relacionados con las alteraciones de la salud mental y aborto espontáneo en mujeres. Definir el ámbito temático de la investigación permite aplicar filtros que descarten aspectos irrelevantes, evitando así obstáculos en el desarrollo del trabajo.

---

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Se identificaron 1.263 documentos, de los cuales 1.235 fueron descartados por las siguientes razones:

- Los documentos no tenían acceso completo.
- Se requería un pago para leer el documento.

- La metodología era inadecuada.
- Enfoque médico
- Se excluyeron artículos de pregrado.

### **Evaluación de la calidad**

Los documentos elegidos serán sometidos a evaluación utilizando el Formulario de Revisión Crítica para Estudios Cuantitativos (CRF-QS) con el propósito de analizar su calidad metodológica. Este recurso se emplea para investigaciones que utilizan métodos cuantitativos y consta de 19 criterios, cada uno dirigido a evaluar un aspecto particular de un estudio de investigación. El CRF-QS está dividido en 5 niveles de calidad metodológica: pobre, aceptable, buena, muy buena y excelente (Shadish et al., 2002).

Es una herramienta sistemática diseñada para evaluar y analizar críticamente la calidad metodológica de los estudios cuantitativos. Este instrumento proporciona una estructura detallada para examinar aspectos clave como el diseño del estudio, la selección de participantes, la medición de variables, el control de sesgos y la validez de los resultados. Su objetivo es ayudar a los investigadores y revisores a realizar una evaluación rigurosa y completa de la calidad de la investigación cuantitativa (Shadish et al., 2002).

A continuación, se presentan los criterios y elementos que organizan la matriz de calidad metodológica.

**Tabla 2:** *Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica*

<b>Criterios</b>	<b>No ítems</b>	<b>Elementos a valorar</b>
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
Literatura	2	Relevante para el estudio
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio
	4	No presencia de sesgos
Muestra	5	Descripción de la muestra
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado

Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Método de análisis estadístico
	15	Abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

**Fuente:** Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (López, 2017).

La categorización se establece acorde a la siguiente valoración:

- Pobre calidad metodológica  $\leq 11$  criterios
- Aceptable calidad metodológica entre 12 y 13 criterios
- Buena calidad metodológica entre 14 y 15 criterios
- Muy buena calidad metodológica entre 16 y 17 criterios
- Excelente calidad metodológica  $\geq 18$  criterios

**Tabla 3.** *Calificación de calidad metodológica de los documentos científicos*

<b>Puntuación CRF-QS</b>																						
<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>Total</b>	<b>Categoría</b>
1	Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
2	Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
3	Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
4	Assessing the effect of self-care education on anxiety and depression among pregnant women with a history of spontaneous abortion	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad

5	A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena calidad
6	Well-Being Before and After Pregnancy Termination: The Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena calidad
7	Depressive disorder and grief following spontaneous abortion	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
8	Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	15	Buena calidad	
9	Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena calidad

10	Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	15	Buena calidad
11	Risk of miscarriage in women with psychiatric disorders	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16	Muy buena calidad
12	Pregnancy loss: consequences for mental health	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena calidad
13	Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena calidad
14	Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
15	Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad



21	Associations between pregnancy loss and common mental disorders in women: a large prospective cohort study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad	
22	Bipolar disorder, miscarriage, and termination	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
23	The risk factors of progestational anxiety, depression, and sleep disturbance in women with recurrent pregnancy loss: A cross-sectional study in China	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16	Muy buena calidad
24	Common mental disorders and risk of spontaneous abortion or recurrent spontaneous abortion: A two-sample Mendelian randomization study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad
25	Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente

26	Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	14	Buena calidad	
27	Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena calidad
28	The Effects of Miscarriage on Women's Health	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	14	Buena calidad	

### Consideraciones éticas

En este estudio de investigación se observaron principios éticos esenciales, especialmente en lo que respecta al manejo de información científica. Se garantizó el respeto a la propiedad intelectual mediante la correcta citación de las fuentes bibliográficas utilizadas. Además, se enfatizó que toda la información recopilada y empleada fue con fines estrictamente académicos y en consonancia con los objetivos del estudio.

## **CAPÍTULO IV.**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A continuación, la Tabla 4 presentará los resultados relacionados con el primer objetivo de esta investigación: identificar los factores de riesgo del aborto espontáneo en mujeres. De manera similar, la Tabla 5 mostrará los hallazgos correspondientes al segundo objetivo de esta investigación: determinar las alteraciones psicosociales en mujeres que han experimentado un aborto espontáneo.

**Tabla 4.** *Tabla de triangulación sobre los factores de riesgo del aborto espontáneo en mujeres.*

No.	Título/Autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion (deMontigny et al., 2020).	231 mujeres con aborto en los últimos 4 años	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC). Escala de Duelo Perinatal.	Estadísticas descriptivas (media, desviación estándar, proporción). Se aplicaron análisis de regresión jerárquica para evaluar la relación entre la calidad conyugal, satisfacción con la atención médica y la salud mental, controlando factores personales y contextuales.	De las mujeres estudiadas, 125 (55%) presentaron una puntuación de depresión igual o mayor a 10, indicando posible depresión, y 62 (27,1%) obtuvieron altas puntuaciones de duelo perinatal (>91). El 18,3% mostró niveles significativos de ansiedad. Las puntuaciones de salud mental no se asociaron con la edad al momento del aborto ni con la edad gestacional del feto, pero sí

se correlacionaron positivamente con la calidad de la relación conyugal y la satisfacción con los servicios de salud (media = 3,11/4,00). Finalmente, la depresión, ansiedad y duelo perinatal también mostraron una correlación positiva entre sí.

2	Assessing the effect of self-care education on anxiety and depression among pregnant women with a history of spontaneous abortion (Boryri et al., 2020).	Población Muestreo conveniencia, mujeres embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo, divididas en grupos de intervención y control psicoterapéutico.	160. 90	Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Spielberger (STAI). Inventario de Depresión de Beck	Se utilizaron prueba de Chi-cuadrado Prueba exacta de Fisher Prueba t- student	El entrenamiento en autocuidado redujo significativamente las puntuaciones medias de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas del grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Estos cambios fueron estadísticamente
---	--	---	------------	---	--	--

significativos, demostrando la efectividad del entrenamiento.

3	A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion (Kotta et al., 2018).	100 mujeres indias entre 18 y 35 años	Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R) Cuestionario de Salud Goldberg-12 (GHQ-12).	El análisis se realizó con IBM SPSS Statistics para Windows. Se analizaron los parámetros sociodemográficos en proporciones simples para encontrar la asociación entre los problemas de salud mental y los parámetros sociodemográficos.	En el GHQ, 57 mujeres (57%) no presentaron angustia, 11 (11%) tuvieron angustia típica, 14 (14%) tuvieron más angustia de lo normal, 15 (15%) experimentaron angustia psicológica y 3 (3%) tuvieron angustia severa. En el IES-R, 16 mujeres (16%) mostraron pocos o ningún síntoma de trastorno de estrés postraumático, 57 (57%) tuvieron varios síntomas y 27 (27%)
---	---	---------------------------------------	---	--	--

---

probablemente padecían trastorno de estrés postraumático.

---

6	Depressive disorder and grief following spontaneous abortion (Kulathilaka et al., 2016).	Población de 274. Muestra de 137 mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo y 137 mujeres con embarazos viables que acudieron a clínicas prenatales.	Escala de duelo perinatal (PGS) de Inventario de Depresión de Beck	La diferencia entre grupos para variables continuas se evaluó con la prueba t, mientras que las variables categóricas se evaluaron con la prueba de chi-cuadrado. El riesgo relativo y el riesgo relativo ajustado se calcularon con modelos lineales generalizados para la familia binomial. Los datos se analizaron utilizando Stata versión 12.0.	El estudio mostró que el 18,6% de las mujeres experimentaron depresión tras un aborto espontáneo. Del grupo con duelo, el 26,6% también sufrió un episodio depresivo. El riesgo de depresión fue mayor después de un aborto espontáneo. La prevalencia de duelo complicado fue del 54,74%, con una alta incidencia de depresión. La depresión moderada-grave se observó en el 16,9% del grupo de aborto espontáneo y en el 11,8% del grupo de
---	--	---	--	--	---

---

---

comparación según el PHQ-9.

---

5	Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies (Mergl et al., 2022).	2597 participantes de 11 países diferentes.	Perinatal Grief Scale (Escala de Duelo Perinatal, EDP)	Los mismos dos revisores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo de los estudios incluidos utilizando una versión modificada de la escala de Newcastle-Ottawa	Según 17 de los 21 estudios revisados (81%), las mujeres que experimentaron abortos espontáneos o mortinatos mostraron niveles significativamente elevados de duelo.
6	Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia (Mainali et al., 2023).	1458 mujeres, 401 mujeres con antecedente de pérdida perinatal y 1057 sin ella	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)	Las estadísticas descriptivas se presentaron como media y desviación estándar para variables continuas, y proporciones para variables categóricas. Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación entre la pérdida perinatal previa y la salud	En este estudio, la puntuación media de depresión fue ligeramente mayor en los casos (19% frente a 15%) con puntuaciones $\geq 16$ en el CES-D. El análisis de regresión lineal mostró que la pérdida perinatal previa se asoció con aumentos en

---

mental materna en embarazos la puntuación total de depresión ( $\beta$ : 0,92; IC 95%: 0,80-1,75) y ansiedad ( $\beta$ : 28, asegurando que no se violaran los supuestos de normalidad, linealidad y multicolinealidad. Se utilizaron pruebas de asociación que persistieron tras ajustar por factores como edad, estado civil, educación, ocupación, economía familiar, antecedentes de salud mental, entre otros.

7	<p>Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo (Camejo et al., 2019).</p>	<p>80 pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Licenciado José María Benítez en La Victoria, estado Aragua, Venezuela, con</p>	<p>Cuestionario de encuesta estructurado en cuatro secciones: datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos.</p>	<p>Se utilizó la Prueba t de Student para comparar las medias de edad y la prueba Chi cuadrado para otras comparaciones, con un nivel de significancia establecido en un valor p menor de 0,05.</p>	<p>De las 80 pacientes entrevistadas, 49 (61,3%) mostraron alguna patología psiquiátrica. De estas, el trastorno depresivo fue el más común con 28 casos (35%), seguido por el trastorno de ansiedad con 25 casos (31,3%). También</p>
---	---	---	---	---	--

	edades comprendidas entre 18 y 30 años.	Escala de Estratificación Social de Graffa.		se identificaron 9 casos (11,3%) de trastorno bipolar, 6 (7,5%) de trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos relacionados con trauma y estrés. Menos frecuentes fueron el espectro de la esquizofrenia con 4 casos (5%), trastornos relacionados con sustancias con 3 (3,8%), y trastornos alimentarios con 2 (2,5%). El único tipo de trastorno no detectado fue el de conducta disruptiva y control de impulsos.	
8	Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, experimental, spontaneous, así como la	112 mujeres que han experimentado aborto espontáneo, así como la	Escala de duelo (PBGS)	No se menciona un proceso estadístico específico, ya que la información	Las consecuencias físicas incluyen hemorragias e infecciones, mientras que

	and economic costs of early pregnancy loss (Quenby et al., 2021).	población general en términos de datos epidemiológicos y de salud pública relacionados con abortos espontáneos.		proporcionada se deriva de los estudios observacionales y revisiones de literatura.	las psicológicas abarcan ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y aumento del riesgo de suicidio.
9	Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage (Tavoli et al., 2018).	Se estudiaron 105 mujeres con abortos espontáneos recurrentes y se compararon con 105 mujeres sanas que no tenían antecedentes de abortos espontáneos. Ambos grupos fueron seleccionados de pacientes que asistían a dos hospitales universitarios en Irán.	Calidad de vida: Encuesta breve de 36 ítems (SF-36) Esta encuesta evalúa ocho dimensiones. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).	Prueba t de muestras independientes para comparar las puntuaciones medias de ansiedad y depresión. Prueba de chi-cuadrado para comparar las diferencias en las proporciones entre los grupos en términos de características sociodemográficas.	Las mujeres con abortos espontáneos recurrentes mostraron niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión en comparación con las mujeres sanas. Las puntuaciones medias (DE) fueron: Ansiedad: 10,6 (2,3) vs. 9,1 (2,2) en mujeres con abortos recurrentes vs. mujeres sanas, respectivamente. Depresión: 11,0 (2,3) vs.

---

9,5 (1,9) en mujeres con abortos recurrentes vs. mujeres sanas, respectivamente.

---

10	Adolescent childbirth, miscarriage, and abortion: associations with changes in alcohol, marijuana, and cigarette use (Tung et al., 2020).	El estudio incluyó inicialmente a 2,450 niñas reclutadas en la infancia. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo estratificado y aleatorio de hogares de un total de 103,238 hogares.	Cuestionario sobre el Consumo de Nicotina, Alcohol y Drogas (NADU), Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	Datos recogidos con pruebas t de Student, chi-cuadrado.	El estudio encontró que el 20% de las adolescentes que quedaron embarazadas presentaron un mayor riesgo temprano de problemas con el uso de sustancias. El parto predijo una reducción del 26% al 51% en el consumo de alcohol, marihuana y cigarrillos. Tras un aborto espontáneo, el consumo de alcohol y marihuana disminuyó entre un 32% y 47%. En contraste, el aborto no mostró cambios a largo
----	---	--	---	---	---

---

plazo en el uso de sustancias, aunque el consumo de marihuana y cigarrillos aumentó gradualmente un 44% y 46%, respectivamente, en los años cercanos al aborto, regresando luego a niveles previos al embarazo.

11	<p>Associations between pregnancy loss and common mental disorders in women: a large prospective cohort study (Shen et al., 2024).</p>	<p>Participantes reclutadas entre 2006 y 2010 del Biobanco del Reino Unido, de 40 a 69 años, de 22 centros en Inglaterra, Gales y Escocia. Muestra: Aleatoria, seleccionada de manera prospectiva de los centros mencionados</p>	<p>Cuestionarios autoadministrados para evaluar antecedentes de muerte fetal, aborto espontáneo e interrupción del embarazo.</p>	<p>Se emplearon modelos de riesgos proporcionales de Cox para analizar la asociación entre pérdida del embarazo y trastornos mentales comunes, ajustados por diversas covariables.</p>	<p>Se observaron tasas de incidencia del 2.5% para muerte fetal, 20.6% para aborto espontáneo, y 13.5% para interrupción del embarazo. Los análisis mostraron asociaciones significativas entre antecedentes de pérdida del embarazo y trastornos mentales</p>
----	--	--	--	--	--

---

comunes, como depresión y trastornos de ansiedad.

---

12	Bipolar disorder, miscarriage, and termination (Di Florio et al., 2015).	1,283 mujeres con trastorno bipolar ampliamente definido.	Las evaluaciones se realizaron mediante entrevistas y revisión de notas de casos.	Se compararon utilizando pruebas estadísticas. con significancia estadística ( $p < 0.001$ para ambas comparaciones). Las tasas de depresión mayor no psicótica también fueron analizadas y comparadas entre los grupos mencionados con sus respectivos valores de p.	El estudio encontró que las tasas de manía o psicosis afectiva fueron significativamente más altas después de un parto a término en comparación con una interrupción del embarazo o un aborto espontáneo. Por otro lado, las tasas de depresión mayor no psicótica no mostraron diferencias significativas entre partos a término, abortos espontáneos o
----	--	---	---	---	--

---

---

interrupciones del embarazo.

---

13	Common mental disorders and risk of spontaneous abortion or recurrent spontaneous abortion: A two-sample Mendelian randomization study (He et al., 2024).	Individuos de ascendencia europea seleccionados estudios Muestra: Estratificado	de europea de pleiotropía horizontal utilizando IVW, MR-Egger y MR-PRESSO.	Evaluación de heterogeneidad y genoma (GWAS) para identificar las relaciones entre trastornos mentales comunes y aborto espontáneo recurrente (ASR). Análisis principal de varianza ponderada inversa (IVW).	de Asociación de todo el Según los resultados del análisis, cuatro trastornos mentales mostraron una asociación causal con el aborto espontáneo: trastorno de ansiedad 95%: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar No se encontró relación causal entre la depresión generalizada y el aborto espontáneo, ni entre cinco trastornos mentales comunes y el aborto espontáneo recurrente.
----	---	--	--	---	---

---

---

14	Risk of miscarriage in women with psychiatric disorders (Magnus et al., 2021).	Una población de 593.009 mujeres fue atendida, con una muestra de 181.317 que experimentaron aborto inducido o espontáneo después de las 12 semanas de gestación.	Criterios establecidos por American National Stillbirth Society y los National Institutes of Health para clasificar los abortos.	Stata versión 15 Windows (StataCorp)	para	Las mujeres con trastornos psiquiátricos tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo en comparación con las mujeres sin tales trastornos. El estudio reveló que condiciones como la depresión y la ansiedad están asociadas con un riesgo elevado de pérdida gestacional. Además, se observó que el uso de medicamentos psiquiátricos y el estrés psicológico relacionado con los trastornos mentales pueden contribuir a este riesgo aumentado. Los resultados subrayan la necesidad de un manejo cuidadoso de la
----	--	---	--	--------------------------------------	------	--

---

---

salud mental durante el embarazo para reducir el riesgo de aborto espontáneo en estas mujeres.

---

- 15 The risk factors of 663 mujeres RPL no Escala de ansiedad por Los datos fueron analizados El estudio encontró que las  
progestational anxiety, embarazadas en el rasgo de estado (STAI). con SPSS, usando ANOVA y mujeres con pérdida  
depression, and sleep noreste de China desde Escala de depresión pruebas post hoc LSD para recurrente del embarazo  
disturbance in women octubre de 2019 hasta (CES-D). variables continuas, y Chi- (RPL) mostraron una alta  
with recurrent julio de 2022 Índice de calidad del cuadrado para variables prevalencia de ansiedad  
pregnancy loss: A cross- sueño de Pittsburgh categóricas. Se utilizó la estatal (60.3%), ansiedad  
sectional study in China (PSQI). prueba t para variables por rasgos (51.7%),  
(Wang et al., 2023) Escala de autoevaluación de medidas repetidas para el alteración del sueño depresión (33.9%) y  
síntomas (SCL-90). estudio longitudinal. La (31.2%). Los niveles de ansiedad y depresión  
de depresión se evaluó con disminuyeron  
Pearson, y la regresión significativamente tras  
logística se usó para ajustar identificar la causa de la  
factores de confusión y pérdida del embarazo. La  
predecir ansiedad y depresión alteración del sueño estuvo
-

---

en mujeres con pérdidas recurrentes de embarazo, analizadas con curvas ROC. Un valor  $p < 0,05$  se consideró significativo.

positivamente correlacionada con la ansiedad y la depresión. Los factores de riesgo para síntomas depresivos incluyeron tener cuatro o más abortos espontáneos, bajos ingresos familiares, un intervalo menor de seis meses desde el último aborto y trastornos del sueño. Además, la ansiedad se identificó como un predictor de la depresión, subrayando la importancia de tratar la ansiedad para prevenir la depresión.

---

16	Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A	115 mujeres con aborto espontáneo recurrente.	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS).	Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0	El estudio comparó la angustia psicológica entre mujeres con aborto
----	--	---	--	--	---

---

---

case-control study  
(Adib-Rad et al., 2019).

Symptom Checklist-90  
(SCL-90-R).

Las diferencias en las características sociodemográficas y el malestar psicológico entre mujeres con y sin RSA se evaluaron utilizando la prueba t y la prueba de chi-cuadrado. Además, se emplearon análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Tukey para investigar las variaciones en la angustia psicológica. Las diferencias en las características sociodemográficas y el malestar psicológico entre mujeres con y sin RSA se evaluaron utilizando la prueba t y la prueba de chi-cuadrado. Además, se emplearon análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Tukey para investigar las variaciones en la angustia psicológica. Las diferencias en las características sociodemográficas y el malestar psicológico entre mujeres con y sin RSA se evaluaron utilizando la prueba t y la prueba de chi-cuadrado. Además, se emplearon análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Tukey para investigar las variaciones en la angustia psicológica. El GSI resultó ser el predictor más fuerte de RSA. Además, las mujeres que viven en zonas rurales y aquellas dentro de los 12 meses posteriores al último embarazo mostraron una mayor probabilidad de RSA.

---

17	<p>Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study (Gozuyesil et al., 2022).</p>	<p>70 mujeres que experimentaron una pérdida de embarazo en el hospital.</p>	<p>que Escala de duelo perinatal (PGS). Cuestionario de estilo de pensamiento ruminativo (RTSQ).</p>	<p>Los análisis estadísticos se realizaron con IBM SPSS Statistics V23 y R Studio. La normalidad de los datos se examinó usando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas normales se presentaron como media y desviación estándar, y las normales como mediana y rango. Las variables categóricas se compararon con la prueba <math>\chi^2</math> de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Se utilizaron pruebas U de Mann-Whitney y t de Student para comparar dos grupos, y ANOVA de mediciones repetidas y la prueba de Friedman para mediciones</p>	<p>El estudio incluyó a 70 mujeres que habían experimentado pérdida perinatal, se evaluó en cuatro circunstancias: 48 horas, 3 meses, 6 meses y 1 año después de la pérdida. Los análisis estadísticos reflejaron que para el duelo perinatal los puntajes totales disminuyeron significativamente con el tiempo. Las primeras 48 horas, el 55,7% las mujeres tenían un porcentaje elevado de duelo, sin embargo, esto disminuyó a 21,1% a los 3 meses, y únicamente el 3,5% a los 6 y 12 meses. Además, se</p>
----	---	--	--	---	---

---

---

repetidas. Las relaciones encontraron correlaciones continuas se probaron con la positivas entre correlación de rangos de puntuaciones entre el duelo Spearman y se usó regresión y el pensamiento rumiativo lineal múltiple para estimar , lo que concluye una puntuaciones del RTSQ. estrecha relación entre estos.

---

## Discusión

Los estudios han descrito distintos factores de riesgo relacionados con el aborto espontáneo, destacando que ciertas circunstancias o condiciones pueden elevar significativamente la probabilidad, por lo que, se debe comprender dichos factores detallados a continuación.

El estudio realizado por Quenby et al. (2021) mencionan que los factores de riesgo del estilo de vida aumentan la probabilidad de aborto espontáneo, incluyen el consumo de tabaco y alcohol, especialmente cuando la ingesta es alta en el primer trimestre. Además, se ha demostrado que la edad materna avanzada, antecedentes de abortos previos, aspectos demográficos como la etnia negra, obesidad, exposición a contaminación o pesticidas y, el estrés psicológico durante el período de gestación podría influir en un aborto espontáneo. Aunque se ha señalado una posible relación entre el consumo elevado de cafeína y aborto espontáneo, la evidencia menciona que estos elementos como las náuseas, por lo que se recomienda disminuir la ingesta de este. Las consecuencias psicológicas incluyen riesgo de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y suicidio.

En este contexto, Camejo et al. (2019) mencionan que la gran mayoría de los participantes mostraron alguna patología psiquiátrica. De estas, el trastorno depresivo fue el más común, seguido por el trastorno de ansiedad. También se identificaron trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos relacionados con trauma y estrés. Menos frecuentes fueron el espectro de la esquizofrenia, trastornos relacionados con sustancias y trastornos alimentarios. El único tipo de trastorno no detectado fue el de conducta disruptiva y control de impulsos.

Por otro lado Magnus et al. (2021) encontraron que las mujeres con trastornos psiquiátricos presentan un mayor riesgo de aborto espontáneo, con incrementos significativos en el riesgo dependiendo del diagnóstico, pues bipolaridad 35% más de peligro, trastornos de personalidad 32%, mientras que para patologías como ansiedad y depresión el riesgo es de 25% y déficit de atención/ hiperactividad el riesgo es de 27%. Sin embargo, este riesgo aumenta en mujeres con múltiples diagnósticos psiquiátricos del 45% al tener dos diagnósticos y del 51% con tres o más. Por lo que, los hallazgos mencionan la necesidad de una atención prenatal y el manejo idóneo de las condiciones psiquiátricas para reducir dichos riesgos.

Asimismo, Wang et al. (2023) mencionaron que las mujeres con pérdidas recurrentes tienen una alta prevalencia de ansiedad estado y ansiedad de rasgo 60.3%; 51.7% respectivamente, mientras que depresión presentó niveles de 33.9% y alteraciones del sueño 31.2%. Los factores de riesgo más destacados para dichas circunstancias se incluye antecedentes de más de cuatro pérdidas, bajos ingresos económicos y un período de tiempo de seis meses desde la última pérdida. Sin embargo, el conocimiento certero del diagnóstico de la causa de la pérdida disminuyó niveles de ansiedad, pues descartó la

incertidumbre relacionada con el desconocimiento del origen de sus pérdidas anteriores, además se considera que la ansiedad y la depresión se encuentra estrechamente relacionados, pues la ansiedad participaba como un predictor para la depresión.

Por último, Tung et al. (2020) refieren que las adolescentes que experimentaron primeros nacimientos, primeros abortos espontáneos y primeros abortos comenzaron a beber significativamente antes que las que nunca se embarazaron. El consumo de marihuana y cigarrillos comenzó considerablemente antes en las adolescentes embarazadas en comparación con las que nunca se embarazaron. Sin embargo, se evidenció una reducción significativa en el consumo de alcohol y marihuana posterior al aborto espontáneo 32% y 47% respectivamente, no obstante, no se observaron cambios en el consumo de cigarrillos.

En conjunto, estos estudios subrayan la importancia de considerar tanto los factores de riesgo como las consecuencias psicológicas del aborto espontáneo. La identificación de factores protectores, como la calidad de la relación conyugal y la satisfacción con la atención médica, así como la implementación de intervenciones efectivas en autocuidado, pueden desempeñar un papel crucial en la mitigación de los efectos negativos en la salud mental de las mujeres que han experimentado un aborto espontáneo. Además, es esencial proporcionar apoyo emocional y psicológico adecuado a las mujeres y sus parejas para abordar el impacto emocional duradero de estas experiencias.

**Tabla 5.** *Tabla de triangulación sobre las alteraciones psicológicas en mujeres con aborto espontáneo.*

No.	Título/Autores/Año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh (Nahar et al., 2023).	240 mujeres	Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Escala de ansiedad generalizada (GAD-7).	Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y de regresión logística para evaluar las correlaciones de ansiedad. Los análisis se consideraron significativos con un valor de $p < 0,05$ y se llevaron a cabo en STATA versión 15.0.	Una de cada diez mujeres experimentó síntomas graves de depresión y ansiedad (10,40-11,30%). La prevalencia de síntomas depresivos moderados fue mayor que la de ansiedad moderada (23,80% frente a 15,40%). Un tercio de las mujeres tuvo síntomas leves de depresión (32,10%) y ansiedad (33,30%). También, más mujeres tuvieron síntomas depresivos que de ansiedad tras la interrupción espontánea del embarazo.

---

<p>2 Well-Being Before and After Pregnancy Termination: Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life (Huss, 2021).</p>	<p>5331 mujeres en edad reproductiva entre 16 y 45 años.</p> <p>Encuesta realizada por los autores de la investigación donde indaga la satisfacción general con la vida, satisfacción con el ocio, en el ámbito familiar y en la relación.</p> <p>Encuesta sobre la intención de embarazo.</p> <p>Encuesta sobre historial de aborto inducido y espontáneo.</p>	<p>Este estudio utilizó datos de once oleadas del Panel de Análisis Alemán de Relaciones Íntimas y Dinámicas Familiares (pairfam).</p>	<p>Las mujeres que se sometieron a abortos inducidos experimentaron una disminución inicial en su satisfacción general con la vida, con un ajuste curvilíneo a lo largo de los años. La satisfacción con el contacto social también disminuyó y no se recuperó completamente en cinco años, mientras que la satisfacción con el ocio bajó inicialmente y mostró una recuperación parcial e insignificante. Aunque no hubo cambios significativos en la satisfacción con la familia y las relaciones inmediatamente después del</p>
---	---	--	--

---

---

aborto, las mujeres mostraron menor satisfacción con sus relaciones entre los años 2 y 4 post-aborto. Por otro lado, el aborto espontáneo también condujo a una caída inicial en la satisfacción general, pero esta volvió a los niveles anteriores al evento con el tiempo. El estudio destaca la importancia de considerar las medidas previas al evento para evaluar el impacto en el bienestar general.

---

3 Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment (Volgsten et al., 2018). Mujeres que han experimentado un aborto espontáneo. La población estudiada incluye mujeres que han atravesado el Escala de duelo perinatal Revisada del Aborto Espontáneo (RIMS). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 20.0 y SigmaPlot. Se utilizaron las pruebas Mann-Whitney U, t de Student y de rangos con Las mujeres con diagnósticos tardíos o complicados del aborto espontáneo a menudo enfrentaron mayores niveles de angustia emocional. Con

---

---

proceso de aborto espontáneo y han recibido diferentes tipos de diagnóstico y tratamiento. Escala de calificación de depresión de Montgomery y Åsberg (MADRS-S). Fisher para datos categóricos. Se aplicaron regresión logística y chi-cuadrado para comparaciones entre diagnósticos y tratamientos, las puntuaciones de y el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre grupos. No se encontró correlación entre la duración instrumentos. El nivel de significancia se fijó en  $p < 0.05$ .

---

4 Pregnancy Consequences for mental health (Cuenca, 2022). loss: Muestreo por conveniencia, mujeres que han experimentado un aborto espontáneo por Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los OR fueron ajustados por edad, año índice y médico para controlar posibles factores de confusión. Se encontró que aquellas mujeres con antecedentes de pérdida de embarazo tenían un 35% más de probabilidades de requerir

---

	<p>La escala Psychological Adaptation Scale. (PAS; Se utilizó análisis de tratamiento psiquiátrico regresión logística u otros métodos estadísticos apropiados para calcular estos OR y sus intervalos de confianza. Se utilizó análisis de tratamiento psiquiátrico previo, señalando mayor vulnerabilidad a depresión mayor y ansiedad severa. El duelo y las consecuencias emocionales pueden durar meses o años y afectar tanto la calidad de vida como las relaciones.</p>
<p>5 Longitudinal study of 103 mujeres y 78 hombres participaron en el estudio. grief and depressive symptoms in women and</p>	<p>RIMS (Rutgers Impact of Miscarriage Scale), PGS (Perinatal Grief Scale), MADRS-S (Montgomery-paramétricas Se utilizaron análisis de varianza u otras pruebas paramétricas o no según como en mujeres, pero las</p>

men after miscarriage (Volgsten et al., 2018).	Åsberg Depression Rating Scale-Self Rated)	corresponda para evaluar cambios en el tiempo y diferencias entre grupos.	experiencias emocionales negativas relacionadas con el aborto espontáneo persistieron. Tener hijos previos fue un factor protector asociado con una mejor experiencia emocional después del aborto espontáneo.
6 Utility of early, short psychological care for women who experience early miscarriage: protocol for the randomized, controlled MisTher trial (Barbe et al., 2023).	932 mujeres, con 466 asignadas al grupo de intervención (con atención psicológica temprana) y 466 al grupo control (sin atención psicológica temprana). Inventario de Estado-Rasgo versión Y (STAI-YA), Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI-II), Escala de lista de verificación de trastorno de estrés postraumático (PCLS).	Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos entre los grupos de intervención y control utilizando pruebas adecuadas según la naturaleza de los datos recogidos con pruebas t de Student, chi-cuadrado.	Las mujeres en el grupo de intervención (con atención psicológica temprana) mostraron significativamente menos ansiedad y depresión a los 3 meses de la aleatorización en comparación con el grupo control. La atención psicológica temprana resultó en una

---

reducción estadísticamente significativa en los síntomas de ansiedad (22% vs. 13% en el grupo control y depresión.

---

7 Bipolar disorder, 1,283 mujeres con Las evaluaciones se Se compararon utilizando El estudio encontró que las miscarriage, and trastorno bipolar realizaron mediante pruebas estadísticas. con tasas de manía o psicosis termination (Di Florio et ampliamente definido. entrevistas y revisión de significancia estadística ( $p <$  afectiva fueron al., 2015). notas de casos. 0.001 para ambas significativamente más altas comparaciones). después de un parto a término Las tasas de depresión en comparación con una mayor no psicótica también interrupción del embarazo o fueron analizadas y un aborto espontáneo. Por comparadas entre los grupos otro lado, las tasas de mencionados con sus depresión mayor no psicótica respectivos valores de p. no mostraron diferencias significativas entre partos a término, abortos espontáneos o interrupciones del embarazo.

---

---

8	<p>The Effects of Miscarriage on Women's Health (Parvin et al., 2022).</p>	<p>100 encuestadas de Natun Vuqta Malithia de Sailkupa Upazila en el distrito de Jhenaidah que sufrieron un aborto espontáneo</p>	<p>Se utilizó un cuestionario desarrollado a través de una prueba previa para la recopilación de datos. Los datos se obtuvieron en el campo mediante entrevistas directas, empleando el método de estudio de caso para la recolección de información.</p>	<p>Los datos recopilados fueron editados, codificados y clasificados meticulosamente para facilitar un mejor análisis. Posteriormente, se informatizan, analizan e interpretan utilizando el software Microsoft Excel.</p>	<p>El estudio reveló que los efectos psicológicos eran comunes, con el 31% de las. Además, el aborto espontáneo conllevó riesgos significativos para la salud, como hemorragias abundantes (80%), dismenorrea (67%) e infecciones (48%). También se destacó la prevalencia de problemas uterinos (18%) y problemas físicos a largo plazo (72%) después de un aborto espontáneo, subrayando las amplias implicaciones para la salud de las mujeres.</p>
---	--	---	---	--	--

---

9	Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review (Galeotti et al., 2022).	Mujeres que experimentaron aborto espontáneo.	Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT) y la lista de verificación de AACODS	de Pautas del Instituto Joanna Briggs (JBI) y las recomendaciones de Arksey y O'Malley para revisiones de alcance (ScR).	Mostraron que el bienestar emocional de las mujeres que experimentan aborto espontáneo está influenciado significativamente por varios factores. Destacó que la falta de información, apoyo y sentimientos de aislamiento contribuyeron a la angustia de los padres.
10	Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage (Kukulskienė & Žemaitienė, 2022).	839 mujeres participaron en el estudio. De estas, 559 habían tenido un único aborto espontáneo y 280 tenían antecedentes de abortos espontáneos recurrentes.	Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). Escala revisada del impacto de los eventos (IES-R), riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT).	El análisis de datos se realizó utilizando el software IBM SPSS Statistics para Windows versión 27.0. Se aplicaron criterios de análisis no paramétrico según Kruskal-Wallis. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$ .	El 84,7% de las mujeres experimentó tensión relacionada con el aborto espontáneo, el 98,7% tristeza y el 94,4% sentimientos de desesperación. Además, el 93,9% reportó miedo a la recurrencia, el 88,0% sentimientos de confusión, el 89,7% duelo, el 87,4% vacío

---

emocional, el 79,1%  
autoculpa y el 70,0%  
soledad.

---

11 Couples and 341 parejas que Escala revisada de Análisis Multifactorial de Las mujeres obtuvieron  
Miscarriage: The habían sufrido un impacto del aborto Varianza, se utilizó para puntuaciones más altas en  
Influence of Gender and aborto espontáneo espontáneo, que incluye analizar los efectos iniciales todas las medidas, mientras  
Reproductive Factors on dentro de los 3 meses tres subescalas: del género, la edad, los que las parejas más jóvenes  
the Impact of posteriores al aislamiento/culpa, evento antecedentes de salud con antecedentes de  
Miscarriage (Huffman et reclutamiento para el devastador y pérdida del mental, la infertilidad, el tratamiento por ansiedad,  
al., 2015). estudio original. bebé. número de abortos depresión o duelo se sintieron  
espontáneos, los hijos vivos más culpables y aisladas tras  
y la edad gestacional sobre un aborto espontáneo (13,30  
el impacto del aborto vs. 11,64). Estas parejas  
espontáneo. jóvenes también lo  
identificaron más como una  
"pérdida de un bebé" y  
reportaron mayor  
devastación que las mayores.  
Las parejas con infertilidad  
mostraron mayores niveles

---

---

de devastación (14,30 vs. 11,20) y aislamiento/culpa (13,59 vs. 12,72).

---

## Discusión

Cada estudio aborda diferentes aspectos psicológicos y emocionales, utilizando diversas metodologías y poblaciones. En general, los estudios destacan un aumento significativo en el malestar psicológico y los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres que han tenido abortos espontáneos en comparación con aquellas que no los han tenido.

Por lo que, para deMontigny et al. (2020) refieren que las mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo en los últimos seis meses mostraron niveles más elevados de síntomas depresivos en comparación con aquellas que lo habían sufrido entre siete y doce meses antes. Sin embargo, los niveles de ansiedad y duelo perinatal no presentaron variaciones significativas en función del tiempo transcurrido desde el aborto, también, menciona que la calidad de la relación conyugal y la satisfacción con la atención médica serían factores protectores para la salud mental de las mujeres tras experimentar un aborto espontáneo.

Los estudios revisados evidencian una conexión significativa entre el aborto espontáneo y las alteraciones en la salud mental de las mujeres, incluyendo depresión, ansiedad y estrés postraumático. Nahar et al. (2023), reportaron que más mujeres presentaron síntomas severos de depresión (10.4%-11.3%) en comparación con ansiedad severa, siendo los síntomas depresivos más comunes tras el aborto espontáneo. Además, el 32.1% experimentó síntomas leves de depresión y el 33.3% de ansiedad. Estos hallazgos destacan la importancia de intervenciones de salud mental en entornos urbanos desfavorecidos.

De acuerdo con la investigación realizada por Kukulskienė & Žemaitienė (2022) evaluaron el riesgo de depresión postnatal y trastorno de estrés postraumático en mujeres después de un aborto espontáneo, encontraron que una proporción significativa de las participantes presentaba síntomas de tensión y tristeza relacionados con el aborto, destacando el impacto a largo plazo en la salud mental materna.

De la misma manera, Huss (2021) comparó el bienestar general antes y después de la terminación del embarazo y reveló que las mujeres que se sometieron a abortos inducidos experimentaron una disminución inicial en su satisfacción con la vida, el ocio y el contacto social, con una recuperación parcial e insignificante en algunos aspectos. Sin embargo, las mujeres que tuvieron abortos espontáneos mostraron una caída inicial en la satisfacción general, pero volvieron a los niveles previos con el tiempo. Este estudio enfatiza la variabilidad en las experiencias post-aborto y la necesidad de considerar el bienestar emocional a largo plazo.

Por otro lado, se identifican diferencias asociadas con factores sociodemográficos y antecedentes de salud mental. Según Huffman et al. (2015) las parejas más jóvenes y con historia de ansiedad o depresión son más propensas a sentirse devastadas y culpables por la pérdida, percepción que disminuye en parejas mayores. Esto sugiere que la edad y

el contexto previo influyen significativamente en las respuestas emocionales al aborto espontáneo.

Finalmente, Volgsten et al. (2018) exploraron las experiencias de mujeres con aborto espontáneo en relación con el diagnóstico, la duración del proceso y el tipo de tratamiento recibido. Encontraron que diagnósticos tardíos o complicados y abortos prolongados se asociaban con mayores niveles de angustia emocional. Además, el tipo de tratamiento influía en la experiencia emocional, con una preferencia por tratamientos menos invasivos para minimizar el trauma. Este estudio destaca cómo diferentes factores pueden afectar el bienestar emocional de las mujeres durante y después del aborto espontáneo.

Además, la literatura revisada indica que los factores demográficos y antecedentes de salud mental juegan un papel crucial en la magnitud de las alteraciones psicosociales. Por ejemplo, estudios muestran que las mujeres más jóvenes y aquellas con antecedentes de tratamiento por ansiedad, depresión o duelo tienen más probabilidades de sentirse culpables y aisladas tras un aborto espontáneo. También se ha observado que las parejas que han tenido problemas de infertilidad presentan mayores niveles de devastación emocional y sentimientos de culpa y aislamiento.

Estos resultados sugieren la necesidad de enfoques personalizados en el tratamiento y apoyo a estas mujeres, considerando no solo el evento del aborto espontáneo en sí, sino también su contexto personal y antecedentes psicológicos. Futuros estudios deben enfocarse en desarrollar intervenciones específicas que aborden estos factores para mejorar el bienestar psicosocial de las mujeres afectadas.

## CAPÍTULO V.

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

- Se identificaron varios factores de riesgo asociados con el aborto espontáneo, los cuales incluyen aspectos biológicos, psicológicos, sociales y conductuales. Además, factores como la edad materna avanzada, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas; también el sobrepeso y la exposición a contaminantes ambientales, estos son elementos que elevan la probabilidad de una pérdida prenatal. Así también, las condiciones psiquiátricas, como la ansiedad, depresión, entre otras alteraciones mentales, se encuentran estrechamente relacionadas con un mayor riesgo, principalmente cuando existe la presencia de múltiples diagnósticos. Las pérdidas recurrentes y la falta de conocimiento de un diagnóstico claro sobre la causa del aborto aumentan los niveles de ansiedad y estrés en las mujeres.
- Las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo experimentan cambios psicosociales importantes y complejos, y aquellas que viven en entornos perjudicados, como barrios marginales urbanos o estatus económico, están a la vanguardia de los síntomas depresivos y de ansiedad. Además, el estado emocional de las personas después de un aborto puede fluctuar según varios factores, incluido el diagnóstico, la duración del aborto y el tipo de atención brindada. Quienes tienen antecedentes de enfermedades mentales o problemas de infertilidad, especialmente los menores de 40 años, son particularmente susceptibles a sentimientos de culpa, aislamiento y trauma emocional.

## Recomendaciones

- Las mujeres que sufren un aborto espontáneo necesitan atención integral de salud mental para certificar que reciban el apoyo adecuado en su tratamiento emocional y psicológico. Además, estas necesitan un proceso de psicoterapia y de apoyo que incluya actividades individuales y grupales para procesar su pérdida y expresar la culpa y angustia en un ambiente de sostén. La forma más efectiva de abordar estas alteraciones en la salud mental es buscar acompañamiento profesional de psicólogos expertos.
- Es crucial animar a la tenencia de un entorno de apoyo social consistente. La pareja conyugal, familiares y amigos deben ser incluidos en la importancia que tiene el apoyar a la mujer con empatía y consideración, además del reconocimiento justo del dolor en el que cursan. La creación de círculos de respaldo basados en la igualdad de experiencias, en los que las mujeres pudieran contar sus propias vivencias a aquellos que atraviesan una situación similar podrían disminuir el distanciamiento y el sentimiento de aislamiento, siendo, sin duda, particularmente efectivo.

## REFERENCIAS

- Adib-Rad, H., Basirat, Z., Faramarzi, M., Mostafazadeh, A., & Bijani, A. (2019). Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(3), 151–157. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.88899>
- Alfonso, M. J. (2008). 4 BIOÉTICA / SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2008 EL SINDROME POST-ABORTO. *Un acercamiento desde la Psicología y la Bioética*.
- Aslalema, A., Ortuño, D., & Marie-France, M. S. (2019). Adolescentes mujeres y jóvenes adultas frente a los temas de embarazo y aborto: ¿Percepciones diferentes según la edad? Estudio realizado en Quito, Ecuador (2017). *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 7–30.
- Aznar, J., & Cerdá, G. (2014). ABORTO Y SALUD MENTAL DE LA MUJER. In *Acta Bioethica* (Vol. 20, Issue 2).
- Baena, A., Maurilia, Z., Villegas, A. S., Urbina, C. C., Norma, T., Juárez, H., & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. *Revista Digital Universitaria*, 6(11). <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>
- Barbe, C., Boiteux-Chabrier, M., Charillon, E., Bouazzi, L., Maheas, C., Merabet, F., Graesslin, O., Auer, J., Hammami, S., Rolland, A. C., & Hurtaud, A. (2023). Utility of early, short psychological care for women who experience early miscarriage: protocol for the randomized, controlled MisTher trial. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01421-x>
- Bermúdez, L. V., Barrantes, M. M., & Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Medica Sinergia*, 5(9), e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Boryri, T., Navidian, A., & Zehi, F. (2020). Assessing the effect of self-care education on anxiety and depression among pregnant women with a history of spontaneous abortion. In *Journal of Education and Health Promotion* (Vol. 9, Issue 1). Wolters Kluwer Medknow Publications. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_465\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_465_20)
- Camejo, J., Peñaloza, A., Pérez Luis, Pernía, N., González, A., Ticona, B., & Hernández, P. E. (2019). *Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375967530005>

- Cañón, S. C., & Camarona, J. A. (2018). Revisión Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*.
- Cardoso, M. E., Zavala, M. T., & Alva, M. D. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2). <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi15-2.depm>
- Carrión-Ruilova, X., Calva, K., & Galarza Sánchez, C. (2021, August 25). *FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL ABORTO ESPONTÁNEO EN EL “CENTRO MÉDICO LOJA SALUD” DE LA CIUDAD DE LOJA*.
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., & Murillo, R. (2021). GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. In *Revista Cúpula* (Vol. 35, Issue 1).
- Chaves, R., Rodríguez, N., & Aranda Cristina. (2023). *GUIAS ASISTENCIALES Perinatología. ABORTO ESPONTÁNEO DEL PRIMER TRIMESTRE*.
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 199, Issue 3, pp. 180–186). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>
- Coo, S., Mira, A., García, M. I., & Zamudio, P. (2021). Perinatal mental health in Chilean mothers. *Andes Pediatría*, 92(5), 724–732. <https://doi.org/10.32641/ANDESPEDIATR.V92I5.3519>
- Cuenca, D. (2022). Pregnancy loss: Consequences for mental health. In *Frontiers in Global Women's Health* (Vol. 3). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 655–662. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0742-9>
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Coté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>

- Di Florio, A., Jones, L., Forty, L., Gordon-Smith, K., Craddock, N., & Jones, I. (2015). Bipolar disorder, miscarriage, and termination. *Bipolar Disorders*, 17(1), 102–105. <https://doi.org/10.1111/bdi.12217>
- Elia, J. (2023, May). *Trastorno de conducta*. MANUAL MSD.
- Ellenbroek, B., & Youn, J. (2016). Affective Disorders. In *Gene-Environment Interactions in Psychiatry* (pp. 173–231). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801657-2.00007-0>
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia*. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/>
- Farren, J., Jalmbrant, 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*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016>
- Fernández-Castillo, A., & Vílchez-Lara, M. J. (2015). Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(3), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.003>
- First, M. (2022, April). *Introducción a las enfermedades mentales*. Manual MSD.
- Fuentes, X. (2009). *Síndrome post-aborto. Reacciones psicológicas post-aborto*. <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.92>
- 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). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04585-3>
- Gállego, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño Classification of sleep disorders. In *An. Sist. Sanit. Navar* (Vol. 30, Issue 1).
- González, L. (2023). La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión. *Revista CoPaLa, Construyendo Paz Latinoamericana*, Número 17(17), 113–128. <https://doi.org/10.35600/25008870.2023.17.0270>

- Gozuyesil, E., Manav, A. I., Yesilot, S. B., & Sucu, M. (2022). Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study. *Sao Paulo Medical Journal*, *140*(2), 188–198. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0148.R1.09062021>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J., & Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.12R07968>
- Guerra, G. R., Yamamoto, R. M., Pereira, P. P., Souza, M. C., & Zugaib, M. (2009). Artigo Original abORtaMentO espOntâneO e pROvOCadO: ansiedade, depRessãO e Culpa. In *Rev Assoc Med Bras* (Vol. 55, Issue 3).
- Guttmacher Institute. (2018). *Aborto en América Latina y el Caribe*. [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)
- He, Y., Wang, L., Tang, R., Jin, H., Liu, B., Chen, S., Mu, H., & Wang, X. (2024). Common mental disorders and risk of spontaneous abortion or recurrent spontaneous abortion: A two-sample Mendelian randomization study. *Journal of Affective Disorders*, *354*, 258–266. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2024.03.026>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*.
- Huffman, C. S., Schwartz, T. A., & Swanson, K. M. (2015). Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. *Women's Health Issues*, *25*(5), 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.04.005>
- Huss, B. (2021). Well-Being Before and After Pregnancy Termination: The Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life. *Journal of Happiness Studies*, *22*(6), 2803–2828. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00350-5>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2018, June 14). *¿Cuál es el impacto psicológico del aborto espontáneo?*

- Khan, M. (2022, October). *Trastornos por el uso de sustancias*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>
- Kotta, S., Molangur, U., Bipeta, R., & Ganesh, R. (2018). A cross-sectional study of the psychosocial problems following abortion. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(2), 217–223. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_361\\_16](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_361_16)
- Kukulskienė, M., & Žemaitienė, N. (2022). Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph19116515>
- Kulathilaka, S., Hanwella, R., & de Silva, V. A. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0812-y>
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health and Sexuality*, *11*(6), 625–639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Lamas, M. (2014). *Ensayo Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF*. *56*, 56–62.
- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-015-0775-X>
- Magnus, M. C., Havdahl, A., Morken, N. H., Wensaas, K. A., Wilcox, A. J., & Håberg, S. E. (2021). Risk of miscarriage in women with psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, *219*(3), 501–506. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.259>
- Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
- Mergl, R., Quaatz, S. M., Edeler, L. M., & Allgaier, A. K. (2022). Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. In *European Journal of Psychotraumatology* (Vol.

13, Issue 2). Taylor and Francis Ltd.  
<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2108578>

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente*. Dirección Nacional de Normatización. [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)

Moreno, M., Flores, K., González-Forteza, C., Saltijeral, M. T., Schiavon, R., Collado, M. E., Ortiz, O., & Ramos Lira, L. (2019). Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud Mental*, 42(1), 25–32. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.004>

Mulder, E. J. H., Robles De Medina, P. G., Huizink, A. C., Van Den Bergh, B. R. H., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. A. (2002). Prenatal maternal stress: Effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70(1–2), 3–14. [https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(02\)00075-0](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(02)00075-0)

Nahar, K., Saba, J., Arif, M., McGirr, A., Sarker, T., Haque, M., Mustary, E., Hanifi, S. M. M. A., & Begum, F. (2023). Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01224-0>

Naranjo, C., Castaño, G. A., Cala Natalia Juliana, Gaviria, S., & Valencia, N. L. (2020). *MENTAL DISORDERS AND DRUG USE IN PREGNANT WOMEN WITH HIGH OBSTETRICIAN RISK* (Vol. 40).

National Institute Of Mental Health. (2020). *Trastorno por estrés postraumático*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos : guía técnica y de políticas para sistemas de salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2021, June 17). *Suicidio*. Organización Mundial de La Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2022a, June 8). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de La Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2022b, June 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

- Organización Mundial de la Salud. (2023a, March 31). *Depresión*. Organización Mundial de La Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2023b, August 27). *Trastornos de ansiedad*. Organización Mundial de La Salud.
- Orihuela-Cortés, F., & Marván, Ma. L. (2021). Estigma hacia el aborto y sus consecuencias: acciones para reducirlo. *Revista Digital Universitaria*, 22(4). <https://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.4.7>
- Parvin, R., Sultana, Mst. T., & Hossaion, S. (2022). The Effects of Miscarriage on Women's Health. *International Journal of Social Sciences and Humanities Invention*, 9(11), 7414–7430. <https://doi.org/10.18535/ijsshi/v9i011.10>
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. In *The Lancet* (Vol. 397, Issue 10285, pp. 1658–1667). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal. *Psicothema*, 29(1), 43–48. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Rivera-King, E., Amador-Velázquez, R., & Martínez-Ávila, S. (2022). *Emotional effects caused by spontaneous abortion Efectos emocionales que causa el aborto espontáneo Palabras clave: Aborto Espontáneo Emociones Embarazo Calidad de Vida*. <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>
- Rodríguez, C. L., De los Ríos, M., Quintana, D. S., & Sánchez, I. (2020). Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed. Revista Médica. Granma* .
- Rojas, M. (2016). *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*.
- Rondón, M. B. (2015). *Salud mental y aborto terapéutico Mental health and therapeutic abortion*. <http://dx.doi.org/10.>

- Shen, Q., Zhong, W., Wang, X., Fu, Q., & Mao, C. (2024). Associations between pregnancy loss and common mental disorders in women: a large prospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1326894>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). *Aborto espontáneo*.
- Sridhar, A. (2022, October). *Aborto espontáneo*. Manual MSD.
- Tavoli, Z., Mohammadi, M., Tavoli, A., Moini, A., Effatpanah, M., Khedmat, L., & Montazeri, A. (2018). Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0982-z>
- Toffol, E., Koponen, P., & Partonen, T. (2013). Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. *Psychiatry Research, 205*(1–2), 151–158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.029>
- Tung, I., Beardslee, J., Pardini, D., Chung, T., Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2020). Adolescent childbirth, miscarriage, and abortion: associations with changes in alcohol, marijuana, and cigarette use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 61*(1), 104–111. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13112>
- Villa, L., Collado, E., & Andrade, L. (2019). *estigma ¿Qué es el estigma?* <https://ipasmexico.org/pdf/revistaEstigma-junio7.pdf>
- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 97*(12), 1491–1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>
- Volgsten, H., Jansson, C., Svanberg, A. S., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery, 64*, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.003>
- Wang, T.-T., Liu, Y. L., Hou, Y., Li, J. P., & Qiao, C. (2023). The risk factors of progestational anxiety, depression, and sleep disturbance in women with recurrent pregnancy loss: A cross-sectional study in China. *Frontiers in Psychology, 14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1116331>

Zapata-Ospina, J. P., Sierra-Muñoz, J. S., & Cardeño-Castro, C. A. (2021). Diagnosis and treatment of adjustment disorder in primary care. In *Semergen* (Vol. 47, Issue 3, pp. 197–206). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.09.010>

## ANEXOS

### **Anexo 1: Ficha de revisión bibliográfica**

<b>Nº</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Revista/Base de datos</b>
1	Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion	Francine deMontigny, Chantal Verdon, Sophie Meunier, Christine Gervais, Isabel Coté	2020	Artículo Cuantitativo	Revista Latino-Americana de Enfermagem/Scopus
2	Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study	Hajar Adib-Rad, Zahra Basirat, Mahbobeh Faramarzi, Amrollah Mostafazadeh, Ali Bijani	2019	Artículo Cuantitativo	Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology/ Scielo
3	Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh	Kamrun Nahar Koly, Jobaida Saba, Md Arif Billah, Alba McGirr, Tithi Sarker, Mahbubul Haque, Elvina Mustary, S. M. Manzoor Ahmed Hanifi, Farzana Begum	2023	Artículo Cuantitativo	BMC Psychology/ Scielo

4	Assessing the effect of self-care education on anxiety and depression among pregnant women with a history of spontaneous abortion	Taharah Boryri, Ali Navidian, Fatemeh Hashem Zehi	2020	Artículo Cuantitativo	Journal of Education and Health Promotion/Web of Science
5	A Cross-Sectional Study of the Psychosocial Problems Following Abortion	Sameera Kotta, Umashankar Molangur, Rajshekhar Bipeta, Radhika Ganesh	2018	Artículo Cuantitativo	Indian Journal of Psychiatry/ Dialnet
6	Well-Being Before and After Pregnancy Termination: The Consequences of Abortion and Miscarriage on Satisfaction With Various Domains of Life	Björn Huss	2021	Artículo Cuantitativo	Journal of Happiness Studies/ Redalyc
7	Depressive disorder and grief following spontaneous abortion	Susil Kulathilaka, Raveen Hanwella, Varuni A. de Silva	2016	Artículo Cuantitativo	BMC Psychiatry/ Pubmed

8	Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia	Anustha Mainali, Jennifer J. Infanti, Suraj Bahadur Thapa, Geir W. Jacobsen, Tricia L. Larose	2023	Artículo Cuantitativo	BMC Pregnancy and Childbirth/ Scielo
9	Grief and ruminative thought after perinatal loss among Turkish women: one-year cohort study	Ebru Gozuyesil, Ayse Inel Manav, Saliha Bozdogan Yesilot, Mete Sucu	2022	Artículo Cuantitativo	Sao Paulo Medical Journal/ Google Académico
10	Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment	Helena Volgstén, Caroline Jansson, Elisabeth Darj, Anneli Stavreus-Evers	2018	Artículo Cuantitativo	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica/ ProQuest
11	Risk of miscarriage in women with psychiatric disorders	Maria C. Magnus, Alexandra Havdahl, Nils-Halvdan Morken, Knut-Arne Wensaas, Allen J. Wilcox, Siri E. Håberg	2021	Artículo Cuantitativo	British Journal of Psychiatry/ Web of Science

12	Pregnancy loss: consequences for mental health	Diana Cuenca	2022	Artículo Cuantitativo	Frontiers in Global Women's Health/ Scopus
13	Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review	Martina Galeotti, Gary Mitchell, Mark Tomlinson, Áine Aventin	2022	Artículo Cuantitativo	BMC Pregnancy and Childbirth/ PubMed
14	Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies	Roland Mergl, Sarah Miriam Quatz, Lisa-Madeleine Edeler, Antje-Kathrin Allgaier	2022	Artículo Cuantitativo	European Journal of Psychotraumatology/ Scopus
15	Study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage	Helena Volgsten, Caroline Jansson	2018	Artículo Cuantitativo	Midwifery/ Elsevier

---

16	Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss	Siobhan Quenby, Ioannis D Gallos, Rima K Dhillon-Smith, Marcelina Podeseck, Mary D Stephenson, Joanne Fisher, Jan J Brosens, Jane Brewin, Rosanna Ramhorst, Emma S Lucas, Rajiv C McCoy, Robert Anderson, Shahd Daher, Lesley Regan, Maya Al-Memar, Tom Bourne, David A MacIntyre, Raj Rai, Ole B Christiansen, Mayumi Sugiura-Ogasawara, Joshua Odendaal, Adam J Devall, Phillip R Bennett, Stavros Petrou, Arri Coomarasamy	2021	Artículo Cuantitativo	The Lancet/ ProQuest
17	Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage	Milda Kukulskienė, Nida Žemaitien	2022	Artículo Cuantitativo	International Journal of Environmental Research and Public Health/ Scielo

---

18	Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage	Zahra Tavoli <sup>1</sup> , Mahsa Mohammadi, Azadeh Tavoli, Ashraf Moini, Mohammad Effatpanah, Leila Khedmat, Ali Montazeri	2018	Artículo Cuantitativo	Health and Quality of Life Outcomes/ Scopus
19	Utility of early, short psychological care for women who experience early miscarriage: protocol for the randomized, controlled MisTher trial	Coralie Barbe, Marie Boiteux-Chabrier, Emilie Charillon, Leïla Bouazzi, Chloe Maheas, Fadela Merabet, Olivier Graesslin, Julie Auer, Sabrina Hammami Anne-Catherine Rolland, Aline Hurtaud	2023	Artículo Cuantitativo	BMC Psychology/ Scopus
20	Adolescent childbirth, miscarriage, and abortion: associations with changes in alcohol, marijuana, and cigarette use	Irene Tung, Jordan Beardslee, Dustin Pardini, Tammy Chung, Kate Keenan, Alison E. Hipwell	2020	Artículo Cuantitativo	Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines/ Scielo
21	Associations between pregnancy loss and common mental disorders	Qiaoqiao Shen, Wenfang Zhong, Xiaomeng Wang, Qi Fu <sup>1</sup> and Chen Mao	2024	Artículo Cuantitativo	Frontiers in Psychiatry/ PubMed

	in women: a large prospective cohort study				
22	Bipolar disorder, miscarriage, and termination	Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Craddock N, Jones I.	2015	Artículo Cuantitativo	Bipolar Disorders/ Web of science
23	The risk factors of progesterational anxiety, depression, and sleep disturbance in women with recurrent pregnancy loss: A cross-sectional study in China	Ting-ting Wang, Yi-lin Liu, Yue Hou, Jia-po Li, Chong Qiao	2023	Artículo Cuantitativo	Frontiers in Psychology/ Scopus
24	Common mental disorders and risk of spontaneous abortion or recurrent spontaneous abortion: A two-sample Mendelian randomization study	Yunan He, Lu Wang, Ruonan Tang, Hongbin Jin, Bangshan Liu, Shuqiang Chen, Xiaohong Wang	2024	Artículo Cuantitativo	Journal of Affective Disorders/ Scielo

25	Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage	Carolyn S. Huffman, Todd A. Schwartz, Kristen M. Swanson	2015	Artículo Cuantitativo	Women's Health Issues/ Elsevier
26	Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de Salud abortos espontáneos	Camejo, José; Peñalosa, Adrián; Pérez, Luis; Pernía, Néstor; González, Amador; Ticona, Beatriz; Hernández Rojas, Pablo E.	2019	Artículo Cuantitativo	Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal/ Redalyc
27	Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss	Siobhan Quenby, Ioannis D Gallos, Rima K Dhillon-Smith, Marcelina Podsek, Mary D Stephenson, Joanne Fisher, Jan J Brosens, Jane Brewin, Rosanna Ramhorst, Emma S Lucas, Rajiv C McCoy, Robert Anderson, Shahd Daher, Lesley Regan, Maya	2021	Artículo Cuantitativo	The Lancet/ ProQuest

---

Al-Memar, Tom Bourne,  
David A MacIntyre, Raj Rai,  
Ole B Christiansen, Mayumi  
Sugiura-Ogasawara, Joshua  
Odendaal, Adam J Devall,  
Phillip R Bennett, Stavros  
Petrou, Arri Coomarasamy

---

28	The Effects of Miscarriage on Women's Health	Rehena Parvin, Mst. Tahmina Sultana, Shohal Hossain	2022	Artículo Cuantitativo	International Journal of Social Sciences and Humanities Invention/ Scielo
----	---	--	------	-----------------------	---

---