

CARLA SALORT MONCHO

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL ABORTO. DUELO PERINATAL.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

TRABAJO FIN DE GRADO.

Dirigido por:

Sra. María Paz Querol Vidal

Facultad Enfermería

Tortosa 2021



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: Carla Salort		
DNI: 53947589P	Adreça: Carrer de l'hort num.20	
Codi postal: 03700	Població: Dénia	Tel. Fix:-
Tel. Mòbil: 680670610	Adreça electrònica URV: carla.salort@estudiant.urv.cat	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Repercusion psicològica del abort. Duelo perinatal.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: María Paz Querol Vidal
Iestic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En Tortosa, 18 de 05 de 2021

EL/LA TUTOR/A:

Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau

Data i signatura:

Tortosa 18-05-2021

M. Paz Querol Vidal

EL/LA COORDINADOR/A:

***“Volverán las oscuras golondrinas
en tu balcón sus nidos a colgar,
y otra vez con el ala a sus cristales
jugando llamarán”***

Gustavo Adolfo Bécquer

A mi madre, mi abuela y mi tía, por ser las mujeres más fuertes que nunca he conocido, sé que estáis orgullosas de mí.

Àngela, mi mayor apoyo en estos 4 años, por estar siempre a mi vera.

Y a mi padre, por enseñarme afrontar las adversidades siempre con humor.

Sumario de contenidos

Resumen/Abstract.....	5
1. Introducción	
1.1. Justificación.....	7
1.2. Marco conceptual.....	8
2. Pregunta de investigación.....	13
3. Objetivos.....	13
3.1. Objetivo general.....	13
3.2. Objetivos específicos.....	13
4. Metodología.....	14
4.1. Descriptores Mesh/DeCS/Lenguaje libre.....	14
4.2. Operadores booleanos.....	14
4.3. Criterios de selección.....	14
4.3.1. Criterios de inclusión.....	14
4.3.2. Criterios de exclusión.....	15
4.4. Base de datos.....	15
4.5. Lista de revisión utilizada.....	15
5. Resultados.....	16
5.1. Diagrama de flujo.....	16
5.2. Tabla de resultados.....	17
5.3. Tabla descripción de cada documento seleccionado.....	18
6. Análisis /Discusión.....	26
7. Conclusión.....	29
7.1. Limitaciones de estudio.....	30
7.2. Futuras líneas de investigación.....	30
8. Bibliografía.....	33
9. Anexos.....	34

RESUMEN

La práctica del aborto conlleva unos efectos psicológicos adversos significativos, ya que solo se observa desde el punto de vista biomédico, es por lo que debemos subrayar cuales son dichas repercusiones psicológicas y que tipo de duelo perinatal conlleva. El aborto puede ser vivido como un acontecimiento adverso, generador de ansiedad y con sentimientos de culpa, vergüenza y tristeza. **Objetivo general:** Analizar cuáles son las repercusiones emocionales del aborto en la mujer. **Metodología:** Trabajo documental descriptivo mediante una revisión sistemática de publicaciones en bases de datos profesionales en el ámbito sanitario. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mediante la validación de la Red Caspe. **Resultados:** Los resultados del presente estudio ponderan que la repercusión psicológica del aborto es devastadora, asegurando signos y síntomas como la depresión y ansiedad llegando a ocasionar trastorno del estrés postraumático. El duelo puede dejar una huella existencial en los padres. **Conclusión:** Detectar a tiempo los factores de riesgo es de vital calidad para ofrecer toda ayuda tanto a la madre como al padre. Informar, asesorar y acompañar en todo el proceso perinatal puede ayudar a disminuir la repercusión psicológica que el duelo perinatal sobrelleva. Desde el papel de la enfermería, nuestro principal objetivo es poder prestar especial atención a las mujeres después de un aborto espontáneo y aborto voluntario (IVE).

Palabras clave: muerte perinatal, aborto y salud mental.

ABSTRACT

The practice of abortion entails significant adverse psychological effects, as it is only observed from a biomedical point of view, which is why we must emphasize what these psychological repercussions are and what type of perinatal grief it entails. Abortion can be experienced as an adverse event, generating anxiety and with feelings of guilt, shame and sadness. **Overall objective:** To analyze the emotional repercussions of abortion on women. **Methodology:** Descriptive documentary work through a systematic review of publications in professional databases in the health field. Following the inclusion and exclusion criteria through the validation of the Caspe Network. **Results:** The results of the present study weigh that the psychological impact of abortion is devastating, ensuring signs and symptoms such as depression and anxiety can cause post-traumatic stress disorder. Grief can leave an existential mark on parents. **Conclusion:** Detecting risk factors in time is of vital quality to offer all help to both mother and father. Informing, advising and

accompanying throughout the perinatal process can help reduce the psychological impact of perinatal grief. From the role of nursing, our main goal is to be able to pay special attention to women after a miscarriage and miscarriage (VAT).

Keywords: perinatal death, abortion and mental health.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que dejado a su evolución espontánea en la mayoría de los casos no supondrá problema de salud alguno tanto para la madre como para el feto, pero que precisa de un seguimiento adecuado, con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, con la intención de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. Durante la gestación pueden presentarse procesos que interfieren en su evolución y a su vez el embarazo puede influir en el curso de determinadas enfermedades (Obstetricia, 2018).

Algunas mujeres y sus parejas pueden perder espontáneamente su embarazo o tomar la decisión de interrumpirlo ante malformaciones o anomalías fetales; o también mediante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Al igual pueden perder el hijo / a en el momento del parto o en el primer tiempo de vida del bebé. (Gencat, 2017)

La mayoría de las parejas, especialmente las mujeres, pasan por un periodo inicial caracterizado por una sensación de shock, de estrés y de gran dolor, aunque suelen recuperarse y encontrar un sentido a esa pérdida. Las repercusiones de esta pérdida pueden afectar a muy diversos ámbitos, que van desde el emocional, social, la vida de pareja, o a los vínculos sociales inmediatos. (Manuel Fernández-Alcántara, Francisco Cruz-Quintana, Nieves Pérez-Marfil, 2015)

El estado psicológico y emocional se ve afectado durante el embarazo y es vivido según la personalidad de cada mujer, en función de si se trata de un embarazo deseado, su relación de pareja y su entorno familiar y social. (Gencat, 2017) Tras un aborto o pérdida perinatal, la nueva experiencia del embarazo puede despertar en ambos padres una gran cantidad de angustia y ansiedad.(Manuel Fernández-Alcántara, Francisco Cruz-Quintana, Nieves Pérez-Marfil, 2015)

No debemos dejar de lado la figura del padre en este proceso, dado que se trata de una experiencia significativa en la vida de este, donde también pueden experimentar emociones como la culpa, pena, una tendencia a realizar conductas que pongan en riesgo su salud, miedo, ansiedad, tensión, remordimiento, responsabilidad, insensibilidad, rechazo o confusión. (Diana Synelnyk, 2020)

Acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y familia, brindándoles confianza para permitir que expresen sus miedos y temores es uno de los principales objetivos que tiene enfermería delante de este proceso de duelo. El papel que juega el equipo obstétrico es fundamental, puesto que se encuentran adecuadamente informados y se

mantienen en alerta ante posibles problemas psicológicos secundarios al aborto y poder ayudar a la persona a afrontar la situación de la mejor manera. Este problema me parece de gran interés, dado que conocer más a fondo el campo de la obstetricia me servirá para acabar de formarme como futura enfermera.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el aborto como «la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable. (Roura, 2013)

Se distinguen diferentes tipos de abortos:

- El **aborto espontáneo** es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontáneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. También puede desarrollarse una infección, que provoca fiebre, dolor y a veces, sepsis (llamada aborto séptico). (Antonette T. Dulay, 2019)
- El **aborto habitual o recurrente** es la pérdida recurrente del embarazo a ≥ 2 a 3 abortos espontáneos consecutivos. La determinación de la causa puede requerir una extensa evaluación de ambos padres. Las causas de la pérdida recurrente del embarazo pueden ser maternas, fetales o placentarias. (Antonette T. Dulay, 2019)
- La **interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** se aprobó con la Ley Orgánica 2/2010, el 3 de marzo, *de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)*. La Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. Se consolida un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción de este, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. (BOE, 2010)

El IVE se realiza mediante dos técnicas: el IVE quirúrgico y farmacológico. El quirúrgico se realiza en el primer trimestre, hasta las 14 semanas. Se trata de una técnica altamente eficaz (>95%) con una tasa muy pequeña de complicaciones importantes (<0.1%). El farmacológico se realiza hasta la semana 9 (hasta 63 días de gestación). La IVE farmacológico está en rápido crecimiento por sus resultados altamente satisfactorios. (Arregui. et al., 2016)

En el año 2018, a nivel nacional, el número de abortos inducidos fueron un total de 95.917. Una tasa de 11.12 mujeres por cada 1.000. (BOE, 2018)

De los de 95.917 abortos realizados en España, 310 eran menores de 15 años; un 0.32%. Por otro lado, entre los 15 y 19 años encontramos un total de 9.518 abortos; un 9.92%. Entre los 10 y 19 años es un total del 10.24% a nivel nacional. (BOE, 2018)

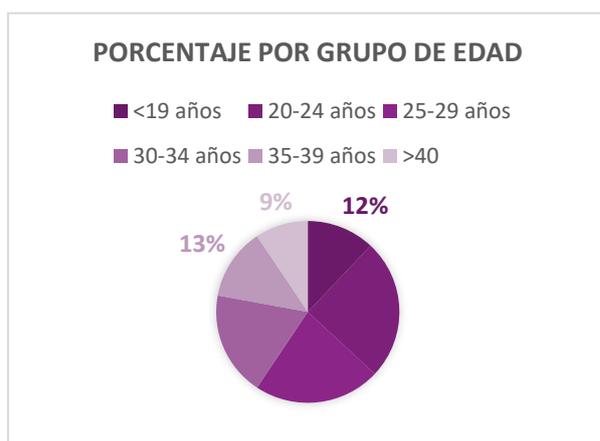
AÑO	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
2018	310	9.518	20.595	20.876	19.856	16.953	7.201

Tabla 1: FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.2018. (BOE, 2018)

AÑO	A petición de la mujer (%)	Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)
2018	90.44	5.95	3.32	0.28

Tabla 2: FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.2018. (BOE, 2018)

Los motivos declarados para realizar la IVE fueron los siguientes:



El gráfico nos muestra el porcentaje por grupo de edad en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). El mayor porcentaje lo encontramos en mujeres de 20-24 años, un 18.59%. Por otro lado, el menor porcentaje se sitúa en las mujeres de 35-39, un total de 9.51%. (BOE, 2018)

Gráfico 1: FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. 2018. (BOE, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud mental** como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, 2015)

El DSM-5 (2013) define el **trastorno de estrés postraumático** (TEPT) como el cambio en la respuesta del cuerpo a una circunstancia estresante. La presencia de uno o más signos de intrusión asociados con el evento traumático se describen como síntomas: recuerdos, sueños o reacciones disociativas relacionadas con el evento traumático, angustia psicológica o reacciones fisiológicas intensas cuando se exponen a circunstancias que recuerdan al evento traumático, se diagnostica hasta un 25% de las mujeres embarazadas que sufren una pérdida gestacional un mes después del evento traumático. (Pitillin, E. et al., 2020)

Ligado al estrés postraumático, encontramos el duelo, proceso psíquico que se pone en marcha ante estas situaciones tan sensibles y dolorosas, para poder hacer frente y aprender a integrarlos en la propia vida, de la mejor manera posible. (Gencat, 2017) El duelo perinatal complicado puede ser un predictor significativo de estrés postraumático. (Pitillin, E. et al., 2020)

Los síntomas postraumáticos en el duelo perinatal se clasifican en:

- Síntomas depresivos: tristeza, pena, pesar.
- Síntomas ansiosos: angustia, ansiedad, rabia.

ESTADO EMOCIONAL DE LAS MUJERES

(Pitillin et al., 2016)

Miedo, tristeza, sensación de alivio, culpa.

Ansiedad, miedo a la muerte, pérdida a la autonomía.

Luto, sentimiento de culpa.

Convivencia con el dolor, culpa, desesperación y arrepentimiento.

Tabla 5. Estado emocional de la mujer. Elaboración propia.

De este modo, a nivel psicológico aparece el sentimiento de culpa; pérdida de autoestima, incapacidad de perdonarse, vergüenza y necesidad de reparar el daño hecho. También son comunes las alteraciones de la conducta como el abuso de sustancias, aislamiento social, intento de autolesión, falta de interés por las tareas. (Pitillin, E.* et al., 2020)

En cuanto al estado emocional de las mujeres practicantes del aborto, la alternancia de sentimientos entre el miedo, la culpa, el arrepentimiento, el estigma social y la censura, sea familiar o por parte de los profesionales de salud, son constantes en mujeres que

han practicado el aborto. La sensación de alivio y la suavización de la culpa por el apoyo del compañero son los sentimientos positivos. (Pitillin et al., 2016)

El equipo multidisciplinar ejerce un papel muy importante en la atención al duelo, es por ello por lo que se establece un plan de cuidados dirigido a todos aquellos pacientes que han pasado por este duro proceso.

La diversidad de las vivencias emocionales en cuanto al IVE y el aborto natural gira en torno una negociación y la construcción de diferentes significados otorgados al embarazo no deseado y su interrupción. Se encuentran tres dimensiones: la esfera íntima y personal, el ámbito familiar y relacional, y el espacio sociocultural y público. La interrelación de estos niveles muestra las experiencias emocionales que están mediadas por actitudes, comportamientos y decisiones individuales; en segundo lugar, por pautas reguladoras la sexualidad, la anticoncepción de la maternidad, consensuadas mi internalizadas en el entorno social; y en tercer lugar por las políticas y los discursos públicos en torno una los derechos salud sexual y reproductiva. (AlinaDanet Danet, 2020)

Tabla 6. Plan de cuidados Fuente: Elaboración propia

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	Clasificación resultados enfermería (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<p align="center">DUELO COMPLICADO (000135)</p>	<p><u>Nivel de depresión (1208):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Concentración alterada ○ Expresión de culpa inapropiada o excesiva ○ Fatiga ○ Expresión de sentimientos de indiferencia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Control del estado de ánimo (5330) ○ Dar esperanza (5310) ○ Fomentar la resiliencia (8340) ○ Apoyo emocional (5270)
	<p><u>Resolución de la aflicción (1304):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expresa creencias espirituales sobre la muerte ○ Verbaliza la realidad de la pérdida ○ Describe el significado de la pérdida ○ Refiere ausencia de angustia somática 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Facilitar el duelo: muerte perinatal (5294) ○ Apoyo espiritual (5420) ○ Asesoramiento (5240) ○ Control del estado de ánimo (5330)
<p align="center">SÍNDROME POSTTRAUMÁTICO (00141)</p>	<p><u>Bienestar personal (2002):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realización de las actividades de la vida diaria ○ Salud psicológica ○ Relaciones sociales ○ Estado cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clarificación de valores (5480) ○ Facilitar el crecimiento espiritual (5426) ○ Manejo de la energía (180) ○ Potenciación de la autoconciencia (5390)
	<p><u>Resiliencia personal (1309):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verbaliza una actitud positiva ○ Utiliza estrategias de afrontamiento efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la resiliencia (8340) ○ Potenciación de la autoestima (5400) ○ Apoyo emocional (5270)

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué intervenciones del equipo obstétrico favorecen la resolución positiva del duelo perinatal en mujeres que han sufrido un aborto?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar cuáles son las repercusiones emocionales del aborto en la mujer.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las repercusiones psicológicas de los diferentes tipos de aborto.
- Diferenciar las repercusiones psicológicas entre países desarrollados y países subdesarrollados.
- Representar las intervenciones del equipo asistencial ante el duelo perinatal.

4. METODOLOGÍA

Trabajo documental descriptivo mediante una revisión sistemática de publicaciones en bases de datos profesionales en el ámbito sanitario. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mediante la validación de la Red Caspe. Las palabras clave utilizadas para esta búsqueda han sido: *perinatal death, abortion, mental health, nursing, traumatic stress disorders*.

4.1. DESCRIPTORES MESH/DECS/PALABRAS CLAVE

Se han utilizado las palabras del tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subject Headings (MeSH). Los términos de la búsqueda realizada incluyeron las palabras clave que se detallan en la siguiente tabla clasificados según el idioma.

MeSH	DeCS	Palabras Clave
Stress Disorders, Traumatic, Acute	Trastorno por Estrés Postraumático	Estrés postraumático
Health, Mental	Salud mental	Salud mental
Death, Perinatal	Muerte perinatal	Duelo perinatal
Abortion, Induced	Aborto inducido	Aborto
Nursing	Enfermería	Enfermería

Tabla 7. Terminología utilizada. Fuente: Elaboración propia

4.2. OPERADORES BOOLEANOS

Los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR, para poder combinar la terminología de la investigación, y de este modo, cada resultado tuviese todos los términos introducidos. Por otra parte, el operador booleano que no utilizado fue NOT.

4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para iniciar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión utilizados de manera directa para todas las bases de datos consultadas.

4.3.1. Criterios de inclusión:

- *Población*: estudios relacionados con las consecuencias psicológicas del aborto ligado al duelo perinatal.
- *Accesibilidad*: artículos de acceso completo (free full-text available) mediante la base de datos digital o por la biblioteca digital de la Universidad Rovira i Virgili.
- *Idioma*: trabajos publicados en castellano o inglés.

- *Temporalidad:* artículos publicados entre 2015 y 2020, ambos incluidos.

4.3.2. Criterios de exclusión:

- Artículos que no cumplan las características de los criterios de inclusión.
- Artículos editoriales y casos clínicos.
- No estén disponibles en textos completos.

4.4. BASES DE DATOS UTILIZADAS

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se utilizaron las siguientes bases de datos electrónicas como fuente de información:

- **Scopus:** es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas.
- **Scielo:** Scielo España es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo con unos criterios de calidad preestablecidos.
- **Dialnet:** es un portal de difusión de la producción científica hispana cuyo funcionamiento se inició en 2001 especializado en ciencias humanas y sociales.
- **Web of science:** es un servicio en línea de información científica, suministrado por Clarivate Analytics, integrado en ISI Web of Knowledge, WoK.
- **PUBMED:** PubMed es un motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar principal y mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE, aunque también una variedad de revistas científicas de similar calidad pero que no son parte de MEDLINE.
- **Cinahl:** es un índice de artículos en inglés y artículos seleccionados de revistas en otros idiomas sobre enfermería, salud aliada, biomedicina y atención médica.
- **ÍNDICES CSIC:** Información y Documentación de la Ciencia en España es un recurso bibliográfico multidisciplinar que recopila y difunde principalmente artículos de investigación publicados en revistas científicas españolas.

4.5. LISTA DE REVISIÓN UTILIZADA

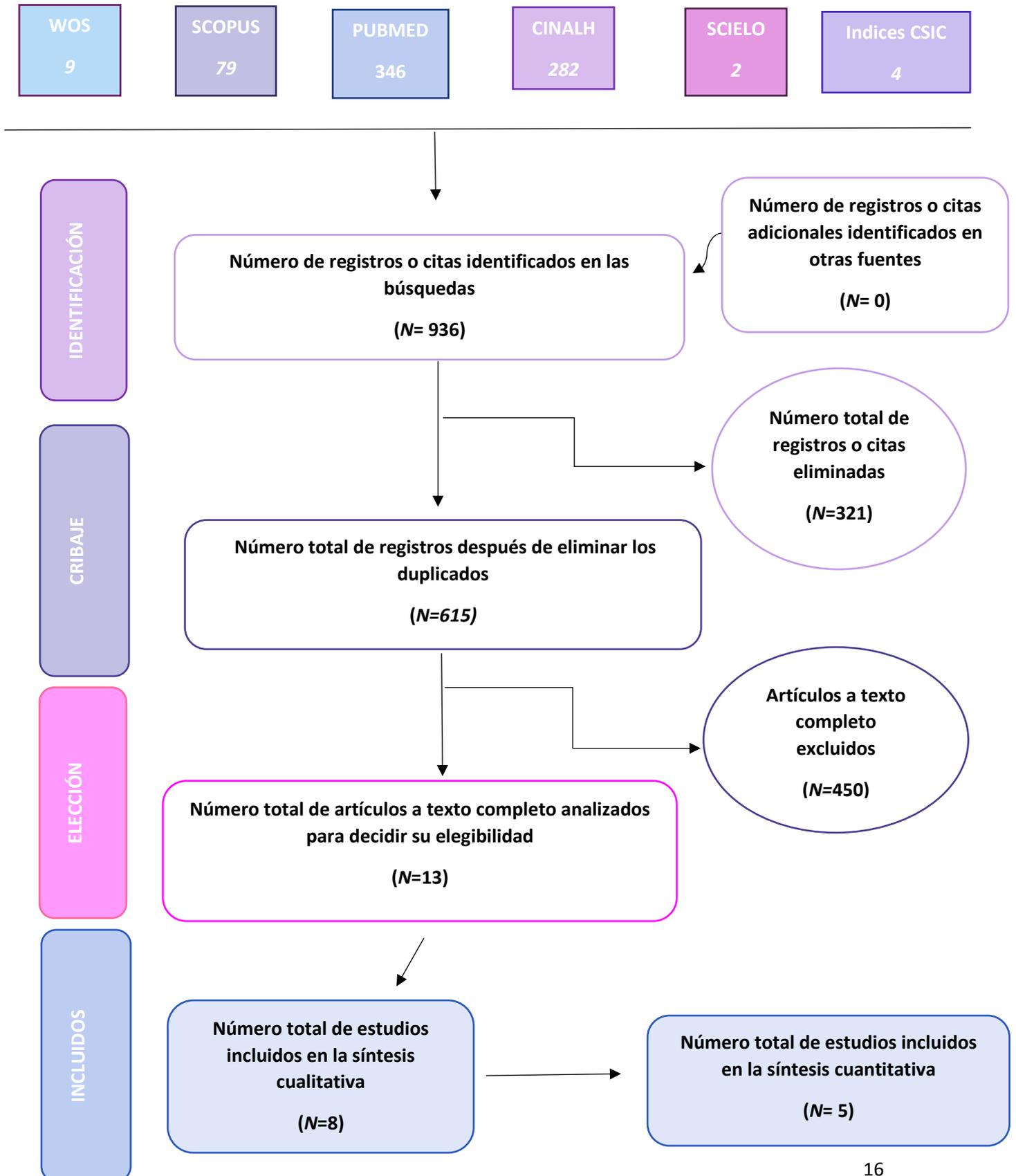
Todos los artículos seleccionados, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión han sido validados mediante las tablas CASPe (Anexo 1). (CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), 2021)

5. RESULTADOS

5.1. DIAGRAMA DE FLUJO

El siguiente diagrama de flujo se representa mediante la búsqueda según PRISMA.

Figura 1. Diagrama de flujo (Bonfill, 2011)



5.2. TABLA DE RESULTADOS

Tabla 8. Estrategia de recerca. Fuente: Elaboración propia.

Base de datos	Estrategia de recerca	Nº Artículos	Nº Artículos utilizados
Web of Science	<i>Grief and abortion</i>	9	<u>1</u>
Scopus	<i>Mental health and grief perinatal</i>	79	<u>2</u>
Dialnet	<i>Aborto and salud and mental</i>	42	<u>3</u>
InDICES CSIC	<i>Duelo and perinatal</i>	4	<u>4</u>
Scielo	<i>Duelo perinatal and salud mental</i>	2	<u>5</u>
CINAHL	<i>Abortion and mental health</i>	282	<u>6</u>
PUBMED	<i>Mental and health and abortion</i>	346	<u>7</u>
			<u>8</u>
			<u>9</u>
			<u>10</u>
			<u>11</u>
			<u>12</u>
			<u>13</u>

5.3. TABLA DESCRIPCIÓN DE CADA DOCUMENTO SELECCIONADO

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	METODOLOGÍA/OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p><u>Factores de protección y de riesgo para la salud mental de la mujer después de aborto espontáneo.</u> (Francine deMontigny , Chantal Verdon , Sophie Meunier , Christine Gervais, 2020)</p>	<p>M: Estudio transversal O: Examinar los factores de riesgo, de protección personales y contextuales con la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo.</p>	<p>Un total de 321 mujeres</p>	<p>R: Los resultados indicaron que las mujeres que habían tenido un aborto espontáneo en los últimos 6 meses tenían puntuaciones más altas de depresión en comparación de las que habían tenido un aborto espontáneo hace 7 a 12 meses. Las enfermeras deben prestar especial atención a las mujeres después de un aborto espontáneo.</p>	<p>C: Las conclusiones del estudio indican que los síntomas de ansiedad, depresión y duelo perinatal pueden persistir durante mucho tiempo después de la pérdida.</p>
<p><u>Síntomas de duelo perinatal y depresivo persistente de las mujeres después de un aborto espontáneo.</u> (deMontigny, F. aAutor de correo electrónico, Verdon, C. , Meunier, S. b , Dubeau, 2017)</p>	<p>M: Estudio de transversal O: Examinar la duración de los síntomas de duelo depresivo y perinatal después de un aborto espontáneo e identificar qué factores podrían ayudar a algunas mujeres a recuperarse.</p>	<p>Mujeres que tuvieron un aborto espontáneo (N= 245)</p>	<p>R: Los resultados indicaron, por una parte, que las puntuaciones de síntomas depresivos eran más altos en mujeres que habían abortado recientemente entre aquellas que habían tenido un aborto en los últimos 6 meses. La falta de hijos se identificó como un factor de riesgo. Para las mujeres con hijos, los síntomas de duelo perinatal fueron significativamente más bajos en comparación a las mujeres que habían tenido un</p>	<p>C: El aborto espontáneo tiene importantes repercusiones en la salud mental de las mujeres. El presente estudio indica que los síntomas de duelo depresivo y perinatal pueden persistir mucho tiempo después de la pérdida. Los resultados también revelaron que los síntomas de duelo perinatal disminuyeron significativamente a lo largo del tiempo solo para las mujeres con niños y las mujeres que estaban</p>

			aborto espontáneo hace más de 2 años.	satisfechas con los servicios de salud. Estos resultados destacan la necesidad de optimizar los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres antes, durante y después de un aborto espontáneo. También enfatizan la importancia de prestar especial atención a las mujeres vulnerables y ofrecerle apoyo a largo plazo.
<p><u>Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas.</u> (María Luisa Sánchez Camps, 2015)</p>	<p>M: Estudio transversal comparativo O: Examinar la relación existente entre el hecho de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) versus no realizarla y la presencia de problemas psicológicos relacionados con la ansiedad, la depresión y el optimismo hacia la vida</p>	<p>Dos muestras (o poblaciones):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mujeres que realizaron el IVE (N=104). ○ Mujeres que no estaban embarazadas (N=103). 	<p>R: Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión muy importantes. En las mujeres que tienen un IVE se demostró una alta tasa de síntomas de ansiedad.</p>	<p>C: El aborto inducido se asoció con un aumento de problemas mentales, entre 1,86 y 7,08 veces, cuando se comparó con las mujeres que no habían abortado. Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan una prevalencia de síntomas de ansiedad significativamente mayor que las mujeres del grupo de control.</p>
<p><u>Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal.</u> (Isabel Ridaura, 2017)</p>	<p>M: Estudio de casos y controles O: Describir la evolución del proceso de duelo y la sintomatología depresiva a lo largo del año que sigue a la pérdida perinatal y estudiar su</p>	<p>Participaron un total de 125 mujeres que habían sufrido una interrupción médica del embarazo o una muerte prenatal/postnatal.</p>	<p>R: Se observó sintomatología propia del duelo y depresión en el primer mes de la pérdida. A raíz de los resultados son importantes</p>	<p>C: Como conclusión general, los datos del estudio llevan a considerar que el duelo perinatal es un constructo complejo, con</p>

	<p>asociación con factores socioeconómicos y obstétricos.</p>		<p>para los profesionales de la salud que trabajan con mujeres que han sufrido una pérdida perinatal, ya que es posible ofrecerles información sobre el impacto emocional y la evolución que conlleva este tipo de muertes, y poder favorecer a la creación e implementación de intervención preventiva de protocolos.</p>	<p>múltiples variables involucradas. Este tipo de duelo implica angustia con respecto a la pérdida. Indicar la importancia de dar seguimiento a las mujeres que padecen este tipo de pérdida, con el objetivo de mejorar su salud mental. Las unidades de obstetricia y neonatal podrían ayudar a prevenir dichas secuelas.</p>
<p><u>Trastorno de estrés postraumático después del parto posterior a una pérdida gestacional.</u>(* et al., 2020)</p>	<p>M: Estudio observacional, descriptiva y transversal O: Identificar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) entre las mujeres posparto que dan a luz después de haber sufrido una pérdida gestacional previa e identificar posibles relaciones entre el TEPT y las variables estudiadas.</p>	<p>Un total de 115 puérperas que habían sufrido una pérdida gestacional previa completaron cuestionarios con variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos y respuestas a la Escala de Trauma de Davidson.</p>	<p>R: Entre las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo, el 19,8% tenía PTSD. Entre las mujeres que solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo, el 17,4% de las mujeres presentaron TEPT. Entre las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo debido a anomalías fetales, el 37,5% presentó TEPT. Entre los participantes que sufrieron la muerte fetal del niño que se esperaba, el 66,7% presentó TEPT.</p>	<p>C: Un embarazo posterior puede funcionar como un factor de estrés, reactivando la experiencia y poniendo a la mujer en una situación vulnerable para sufrir TEPT. Se observó un aumento de la presencia de trastorno de estrés postraumático cuando hubo un corto período de tiempo entre la pérdida y un embarazo posterior.</p>

<p><u>Prevalencia y factores asociados con la sintomatología depresiva en mujeres antes de la interrupción del embarazo por anomalía fetal.</u> (Li, Yuxiao ; Tang, Siyuan ; Lu, Jing ; Huang, Chi ; Peng, Huiting ; Xie, Jiaying ; Borjigen, Altangarvdi ; Liu, Mengxiang ; Qin, 2020)</p>	<p>M: Estudio transversal O: Investigar la prevalencia y factores de riesgo relacionados de la sintomatología depresiva en mujeres antes de un proceso de atención por duelo por IVE por anomalía fetal.</p>	<p>Las mujeres eran elegibles si tenían 11 a 24 semanas de gestación, podían escribir y hablar chino, y estaban dispuestas a participar en el estudio. N=270.</p>	<p>R: Las mujeres experimentan shock emocional y dificultades de toma de decisiones. Sus reacciones han sido descritas como una tristeza intensa y emociones negativas, como depresión, ansiedad, dolor, desesperanza y culpa. El apoyo social, el compromiso con los profesionales de la salud y el alto ingreso familiar mensual fueron identificados como factores protectores para la sintomatología depresiva antes del cese.</p>	<p>C: Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estos factores desde el principio para prevenir la necesidad de realizar exámenes de detección de depresión en mujeres antes de la terminación. Aquellos que reciben más apoyo de sus cónyuges y que tienen una mayor autoeficacia corren un riesgo particular de sufrir síntomas depresivos antes de la terminación y deben ser evaluados con frecuencia.</p>
<p><u>Síntomas depresivos postaborto en el contexto de alta adversidad social y amenazas a la salud reproductiva.</u> (Telake Azale Abebaw Fekadu, 2018)</p>	<p>M: Estudio poblacional transversal O: Evaluar los síntomas depresivos postaborto y los factores asociados.</p>	<p>Un total de 3147 mujeres postaborto</p>	<p>R: Se ha demostrado que existe una brecha de tratamiento para la PPD es muy alta y que la mayoría de las mujeres no buscan ayuda para sus síntomas. La adversidad social y las amenazas a la salud reproductiva se asociaron con una peor salud mental.</p>	<p>C: La depresión postaborto afectó a una de cada diez mujeres. Mejorar la atención médica y reproductiva, abordar los determinantes sociales de la depresión posparto y crear acceso a la atención de salud mental mediante la integración en la salud materna existente basada en la atención primaria</p>

<p><u>La vida después de la pérdida.</u> (Dorte Hvidtjørn , Christina Prinds Mette Bliddal , Tine Brink Henriksen Joanne Cacciatore, 2018)</p>	<p>M: Estudio cohorte O: Lograr una descripción general del dolor, la salud emocional y los valores existenciales después del embarazo o muerte perinatal.</p>	<p>Madres y sus parejas en Dinamarca que perdieron a un hijo durante el embarazo desde la semana 14 de gestación, durante el parto o el período neonatal.</p>	<p>R: Los resultados del duelo perinatal se encontraron altas tasas de angustia psicológica y emocional, diagnósticos que incluyen trastorno de ansiedad general, trastorno de estrés postraumático, sensación de fracaso y culpa a largo plazo. El riesgo de TEPT parece ser siete veces mayor en las madres con un nacido vivo en comparación con una muerte perinatal. Esta pérdida sugiere un mayor riesgo de depresión y ansiedad.</p>	<p>puede reducir la tasa de depresión postaborto. C: El duelo puede dejar una Huella existencial en los padres en duelo, lo que puede conducir tanto al crecimiento postraumático como al estrés postraumático. Dicha pérdida implica sentimientos de culpa, privación de derechos, sentimientos de traición y envidia a los demás. La pérdida se ha clasificad como “invisible” y especialmente si el niño/a murió antes o durante el nacimiento. Se muestran reacios hablar sobre el niño muerto.</p>
<p><u>Los problemas psicosociales posteriores al aborto.</u> (Sameera Kotta , Umashankar Molangur , Rajshekhar Bipeta, 2018)</p>	<p>M: Estudio transversal O: Estudiar los efectos psicológicos de los abortos y los parámetros sociodemográficos y de otro tipo asociado.</p>	<p>Mujeres de 18 a 45 años que se habían sometido a un aborto.</p>	<p>R: Las mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo tenían más angustia mental después de un aborto inducido. Aquellas que no habían tenido un aborto experimentaron menos angustia que las que habían tenido un aborto anteriormente. El aborto repetido</p>	<p>C: Las mujeres que se sometieron a un aborto inducido mostró menos angustia que los otros tipos de aborto. Aquellos que se sometieron a un aborto tardío tenían más posibilidades de sufrir una angustia psicológica que los que tuvieron un aborto temprano.</p>

			aumenta el riesgo de problemas de la salud mental.	La madre tiene un sentimiento de culpabilidad y avergonzada de si misma, asumiendo sus propias acciones, en cualquier tipo de aborto.
<p>Síntomas de depresión y estrés postraumático después de la pérdida perinatal (Katherine J. Gold , Irving Leon , Martha E. Boggs, 2016)</p>	<p>M: Estudio epidemiológico longitudinal O: Evaluar los resultados de salud mental a los 9 meses de la pérdida. Investigar los síntomas autoinformados de depresión y trastorno de estrés postraumático.</p>	<p>Dos poblaciones: A: Madres en duelo (N=377). B: Madres con nacidos vivos (N= 232).</p>	<p>R: Las mujeres experimentan shock emocional y dificultades de toma de decisiones. Sus reacciones han sido descritas como una tristeza intensa y emociones negativas, como depresión, ansiedad, dolor, desesperanza y culpa. El apoyo social, el compromiso con los profesionales de la salud y el alto ingreso familiar mensual fueron identificados como factores protectores para la sintomatología depresiva antes del cese.</p>	<p>C: Los profesionales de la salud deben ser conscientes de estos factores desde el principio para prevenir la necesidad de realizar exámenes de detección de depresión en mujeres antes de la terminación.</p>
<p><u>Angustia psicológica en mujeres con aborto espontáneo recurrente.</u> (Hajar Adib-Rad , Zahra Basirat , Mahbobeh Faramarzi ,Amrollah Mostafazadeh, 2019)</p>	<p>M: Estudio de casos y controles O: Evaluar problemas psicológicos en mujeres con aborto espontáneo recurrente (RSA).</p>	<p>Un total de 115 mujeres con RSA fueron asignadas al grupo de casos y 240 mujeres no embarazadas comprendieron el grupo de control.</p>	<p>R: La pérdida de un embarazo deseado es un suceso negativo considerable en la vida, y este problema puede causar una angustia física y psicológica notable. La pérdida del embarazo está relacionada con la ansiedad</p>	<p>C: Hallazgos del estudio mostraron que la angustia psicológica en mujeres con RSA fue mayor después del aborto, persistió incluso después de un año desde el aborto y fue de mayor intensidad en mujeres de</p>

			y la angustia, especialmente en mujeres que experimentan RSA. Los resultados indican que el aborto y los problemas de salud mental resultantes de RSA pueden continuar incluso después de un año.	áreas rurales. Por lo tanto, se sugiere que las mujeres con RSA reciban asesoramiento psicológico para manejar la angustia que experimentan.
<p><u>Prevalencia y predictores de la depresión posparto.</u> (Mengstu Melkamu Asaye , Haymanot Alem Muche, 2020)</p>	<p>M: Estudio transversal O: Determinar la prevalencia y los factores asociados de la depresión posparto entre las mujeres que dieron a luz en las últimas seis semanas en la ciudad de Gondar, noroeste de Etiopía, 2018.</p>	El estudio reclutó a un total de 526 mujeres embarazadas.	<p>R: La prevalencia de depresión postaborto entre las 526 mujeres fue de un 25%. Las probabilidades de desarrollar depresión posparto entre las encuestadas que alguna vez tuvieron un aborto eran casi dos veces más propensas a estar deprimidas en comparación con las que no tenían antecedentes de aborto.</p>	<p>C: En el estudio se concluyó que los factores que se asocian con un aumento de depresión postaborto incluyen mujeres que han tenido antecedentes de aborto, recién nacidos de bajo peso al nacer, que dieron a luz prematuramente o tuvieron un embarazo no planificado.</p>
<p><u>Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados entre mujeres.</u> (Tularam Yadav , Rija Shams , Amir F Khan , Hadiya Azam , Masroor Anwar , Tooba Anwar , Charaghan Siddiqui , Kiran Abbas , Mahnoor Sukaina, II, 2016)</p>	<p>M: Estudio transversal y multicéntrico O: Evaluar los factores asociados con la depresión postaborto en Pakistán.</p>	Un total de 357 participantes.	<p>R: La incidencia de depresión posparto en la población del estudio actual fue del 19,3%. De estas, 12 (3,3%) mujeres habían pensado de forma persistente en autolesiones. Una asociación significativa entre el nivel educativo de las mujeres y la</p>	<p>C: Se informa que en países menos desarrollados y pobres con limitaciones como Pakistán, India y Nepal, la incidencia de la enfermedad es mucho mayor en comparación a países desarrollados, demostrando que la incidencia de PPD del 19.3%.</p>

			<p>frecuencia de PPD. La PPD fue más prevalente en mujeres con un nivel educativo deficiente en comparación con aquellas con un nivel educativo superior. destacándola como un factor de riesgo independiente para la depresión posparto.</p>	<p>En el presente estudio se concluyó que el nivel de educación de una mujer se utiliza con frecuencia para evaluar indirectamente el nivel socioeconómico. El estudio actual informó que la depresión posparto era más prevalente en mujeres con un nivel socioeconómico más bajo, destacándola como un factor de riesgo independiente para la depresión posparto.</p>
--	--	--	---	---

6. ANÁLISIS/DISCUSIÓN

A continuación, se exponen los resultados del estudio tanto el objetivo principal como sus objetivos específicos, relacionándolos con los artículos oportunos.

6.1 Analizar cuáles son las repercusiones emocionales del aborto en la mujer.

En primer lugar, los estudios de Li, Yumixao et al. y Dorte et al. enfatizan que las repercusiones del aborto son varias, desde la depresión, ansiedad, tristeza intensa, emociones negativas, dolor, desesperanza y culpa, hasta ocasionar trastorno del estrés postraumático o comúnmente conocido como síndrome postaborto.

Por otra parte, según el estudio de Katherine J. Gold et al. las mujeres experimentan un shock emocional y dificultades de toma de decisiones. Sus reacciones han sido descritas como una tristeza intensa y emociones negativas como: depresión, ansiedad, dolor, desesperanza y culpa.

Los resultados indican que los síntomas de ansiedad, depresión y duelo perinatal pueden persistir durante mucho tiempo después de la pérdida. (Francine deMontigny et al.)

6.2 Describir las repercusiones psicológicas de los diferentes tipos de aborto.

Por lo que se refiere a las repercusiones psicológicas del aborto, se ha demostrado que, entre los diferentes abortos, el aborto espontáneo y el aborto voluntario (IVE) son los que tienen importantes repercusiones en la salud mental de las mujeres. Las mujeres que realizan un aborto voluntario presentan una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión muy importantes, por otra parte, las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo y dicho embarazo era deseado es un suceso negativo considerable en la vida, y este problema puede causar una angustia física y psicológica notable. (Maria Luisa Sánchez Camps, 2015)

Las mujeres inmigrantes, así como aquellas con un nivel socioeconómico bajo y las mujeres sin hijos, son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental después de un aborto espontáneo. (Francine deMontigny et al.)

Conjuntamente, las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo, el 19,8% tenía PTSD (síndrome del estrés postraumático). De hecho, el aborto espontáneo, generalmente visto como la muerte de un niño esperado, se considera un evento traumático. Además, los estudios han encontrado que del 10 al 15% de las mujeres que experimentan un aborto espontáneo alcanzan el umbral clínico para un trastorno

depresivo mayor en los meses posteriores al evento. Después de un aborto espontáneo, las mujeres pueden experimentar dolor perinatal y síntomas de duelo, como entumecimiento emocional y anhelo por el niño perdido. (Francine deMontigny et al.)

En comparación a las mujeres que solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo, el 17,4% de las mujeres presentaron TEPT (trastorno del estrés postraumático). Las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo debido a anomalías fetales, el 37,5% presentó TEPT. (Eloísa Fernández, et al). Un dato importante para subrayar es que si dicha pérdida se produjo antes o durante el nacimiento, se clasifica como “pérdida invisible” y se muestran reacios hablar sobre la pérdida.

De mismo modo, el aborto recurrente y el período posparto son momentos importantes para las mujeres, en el estudio de Hajar Adib-Rad et al. encontramos que la infertilidad y el aborto recurrente pueden generar una presión considerable sobre las mujeres. Estas mujeres no se recuperan espontáneamente y necesitan servicios de diagnóstico, atención e intervención psicológica adecuados.

Se señaló que el embarazo no planificado se ha asociado con el desarrollo de depresión posparto. Las probabilidades de desarrollar depresión posparto entre las encuestadas que tenían embarazos no planificados eran dos veces más propensas a estar deprimidas en comparación con aquellas cuyos embarazos fueron planificados. (Mengstu Melkamu Asaye et al.)

6.3 Diferenciar las repercusiones psicológicas entre países desarrollados y países subdesarrollados.

Con respecto a la repercusión psicológica entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo se informa que países como Pakistán, India, Afganistán, etc. la incidencia de estrés postraumático, ansiedad, depresión es mucho mayor en comparación a países desarrollados, demostrando que la incidencia de PPD del 19.3%. En el estudio actual, comunica una asociación significativa entre el nivel educativo de las mujeres y la frecuencia de PPD. La PPD fue más prevalente en mujeres con un nivel educativo deficiente en comparación con aquellas con un nivel educativo superior.

Las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen un mayor riesgo de desarrollar una gran variedad de enfermedades psiquiátricas. (Tularam Yadav et al.) Además, existe un mayor riesgo de aborto en los países en desarrollo en comparación con los países desarrollados. (Sameera Kotta et al.)

Por el contrario, en países desarrollados como la asistencia sanitaria danesa está disponible públicamente y es gratuita, existen diferentes enfoques en la forma en que los profesionales de la salud apoyan a los padres en duelo para crear una relación con su hijo fallecido y reconocer su dolor. Además, la atención psicosocial centrada en el paciente es un estándar básico de atención en los hospitales daneses, mientras que la prescripción de medicación psiquiátrica parece ser mucho más común en los EE. UU. (Dorte Hvidtjørn et al.)

6.4 Representar las intervenciones del equipo asistencial ante el duelo perinatal.

Resaltan la importancia de prestar especial atención a la calidad de los servicios prestados a las mujeres antes, durante y después de un aborto espontáneo. Los estudios cualitativos que examinan la experiencia de las mujeres de un aborto espontáneo han señalado que la compasión y la empatía de los profesionales de la salud, el suministro de información precisa (por ejemplo, la causa de la pérdida, los síntomas físicos y emocionales), la participación en las decisiones de tratamiento y el apoyo social de las enfermeras se identificaron como particularmente útil. (Francine deMontigny et al.)

Las enfermeras deben prestar especial atención a las mujeres inmigrantes después de un aborto espontáneo, en términos de monitoreo de problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, dolor, ansiedad), y más aún si no tienen otros hijos o viven en circunstancias económicas precarias. (Francine deMontigny et al.)

Asimismo, subrayar la importancia de prestar especial atención a las mujeres vulnerables y ofrecerle apoyo a largo plazo. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de los factores de riesgo desde el principio para prevenir la necesidad de realizar exámenes de detección de depresión en mujeres antes de la terminación. (Francine deMontigny et al.) Mejorar la atención médica y reproductiva, abordar los determinantes sociales de la depresión posparto y crear acceso a la atención de salud mental mediante la integración en la salud materna existente basada en la atención primaria puede reducir la tasa de depresión postaborto. Indicar la importancia de dar seguimiento a las mujeres que padecen una pérdida perinatal, con el objetivo de mejorar su salud mental. Las unidades de obstetricia y neonatal podrían ayudar a prevenir dichas secuelas. (Isabel Ridaura, 2017).

7. CONCLUSIÓN

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el duelo perinatal y las repercusiones psicológicas del aborto. Los artículos seleccionados incluyen estudios realizados en varios países, aportando así la resolución positiva de los objetivos de este estudio.

Como grupos de control y a modo comparativo, se han observado mujeres con abortos espontáneos, mujeres a las cuales se les ha denegado el aborto por la ley vigente en un determinado país, mujeres que han dado a luz y mujeres con embarazos no deseados que lo han llevado a término.

La repercusión psicológica del aborto es devastadora, conlleva tales signos y síntomas como la depresión, ansiedad hasta ocasionar trastorno del estrés posttraumático o comúnmente conocido como síndrome postaborto.

Por otro lado, se ha verificado que tanto el aborto espontáneo como el voluntario (IVE) son los que producen mayor sintomatología negativa a nivel mental. Es importante destacar la cantidad de mujeres que recurren al aborto voluntario en España (tabla 1,2 e gráfico 1) sería conveniente ofrecer e investigar cuales son las razones principales por las que se practica, ayudando a comprender mejor la situación del aborto en el país y dar la atención sanitaria basada en las realidades reales de esta población. Así como insistir en la gran brecha que existe entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, dado que se ha demostrado que el duelo perinatal y las repercusiones psicológicas que conlleva son motivo para futuras líneas de investigación.

En conclusión, hay que destacar la importancia del equipo obstétrico y neonatal en todo el proceso. Poder detectar a tiempo los factores de riesgo es de vital calidad para ofrecer toda ayuda tanto a la madre como al padre. Informar, asesorar y acompañar en todo el proceso perinatal puede ayudar a disminuir la repercusión psicológica que el duelo perinatal sobrelleva.

Desde la profesión de enfermería, nuestro principal objetivo es poder prestar especial atención a las mujeres después de un aborto espontáneo y aborto voluntario (IVE); en términos de monitoreo de problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, dolor, ansiedad), y más aún si no tienen otros hijos o viven en circunstancias económicas precarias.

7.1 Limitaciones de este estudio

Hay que destacar la falta de estudios realizados en nuestro país, ya que no se encontraron ninguno realizado a nivel nacional.

7.2 Futuras líneas de estudio

Con los datos disponibles es razonable seguir dedicando esfuerzos a esta línea de investigación, puesto que ya se empiezan a ver indicios de relación entre el aborto y la repercusión psicológica. Además de poder realizar estudios a largo plazo, ayudaría a comprender cuáles son las técnicas para la mejora del aborto y la repercusión psicológica que sobrelleva. Por último, realizar estudios a nivel nacional, a través de exámenes psicológicos tanto a la madre como al padre, para poder ofrecer mejor calidad en atención primaria.

8. BIBLOGRAFÍA

- * E. F. O. 1, 3, C. R. D. 2, 3, I. M. M. G., & 4, M. T. L. M. (2020). Trastorno de estrés postraumático después del parto posterior a una pérdida gestacional: un estudio observacional. *SCIELO*, 43.
http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000300129&lang=es
- AlinaDanet Danet. (2020). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Elsevier*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120300698>
- Antonette T. Dulay. (2019). aborto espontáneo. *Main Line Health System*.
<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/aborto-espontáneo>
- Arregui., D. E. L., Juan., D. J. M. M., Novoa., D. M. R., Ales., D. J. G., & Barañano, D. R. L. (2016). GUÍA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE). *SEGO*. http://hosting.sec.es/descargas/PS_IVE.pdf
- BOE. (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- BOE. (2018). *Datos estadísticos IVE*.
- Cuidados Enfermería*. (2014).
- Diana Synelnyk. (2020). Las consecuencias psicológicas tras el aborto. *Psybilbo*.
<https://psybilbo.com/consecuencias-psicologicas-tras-el-aborto/>
- Gencat. (2017). *Els canvis psicològics*.
http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/embaras/proces-embaras/els_canvis_psicologics/
- Mapre. (2020). *Las consecuencias psicológicas tras un aborto*.
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/reportajes-mujer/consecuencias-psicologicas-aborto/>
- Obstetricia, S. E. de G. y. (2018). Guía de asistencia Práctica. *Revista Oficial de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 61, 510–527.
https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control prenatal del embarazo normal_6105.pdf
- OMS. (2015). *Salud Mental*. 1.%09
- Pitillin, E., Banazeski, A., Bedin, R., & Gasparin, V. (2016). Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. *Revista Electrónica Enfermería*. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/revision4.pdf>
- Roura, L. C. (2013). Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Elsevier*, 52, 67–68. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-declaracion-comision-bioetica-sociedad-espanola-S0304501309701475#:~:text=La SEGO define aborto como, sea absolutamente no viable>
- * E. F. O., Cristóbal Rengel Díaz, Gil, I. M. M., & Manzanares, M. T. L. (2020). Trastorno de estrés postraumático después del parto posterior a una pérdida

- gestacional: un estudio observacional. *SCIELO*, vol.43 no.(0185–3325).
http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000300129&lang=es
- Bonfill, G. U. i X. (2011). Declaración PRISMA. *Elsevier*, 135 (11), 507–511.
https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
- CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español). (2021). *Instrumentos para una lectura crítica*. <https://www.redcaspe.org/sobre-nosotros/quienes-somos>
- deMontigny, F. aAutor de correo electrónico, Verdon, C. , Meunier, S. b , Dubeau, D. (2017). Síntomas de duelo perinatal y depresivo persistente de las mujeres después de un aborto espontáneo: *Archives of Women's Mental Health, Volumen 20*(1434–1816), 655–662. <https://link.springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s00737-017-0742-9>
- Dorte Hvidtjørn , Christina Prinds Mette Bliddal , Tine Brink Henriksen Joanne Cacciatore, y M. O. (2018). La vida después de la pérdida. *Sabidi*, 8 (12).
<https://doi.org/10.1136 / bmjopen-2018-024278>
- Francine deMontigny , Chantal Verdon , Sophie Meunier , Christine Gervais, e I. C. (2020). *Factores de protección y de riesgo para la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo*. SCIELO. <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC7478879/?report=classic>
- Hajar Adib-Rad , Zahra Basirat , Mahbobeh Faramarzi ,Amrollah Mostafazadeh, y A. B. (2019). Angustia psicológica en mujeres con aborto espontáneo recurrente. *TURKISH JOURNAL OF OBSTRETICS AND GINECOLOGY*, 16 (3), 151–157.
<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31673466/>
- Isabel Ridaura, E. P. and R. M. R. (2017). Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal. *Psicothema*, 29 (1)(0214–9915), 43–48.
<https://doi.org/http://dx.doi.org.sabidi.urv.cat/10.7334/psicothema2016.151>
- Katherine J. Gold , Irving Leon , Martha E. Boggs, A. sen. (2016). Síntomas de depresión y estrés postraumático después de la pérdida perinatal. *Revista de Salud de La Mujer*, 25 (3);, 263–269. <https://doi.org/10.1089 / jwh.2015.5284>
- Li, Yuxiao ; Tang, Siyuan ; Lu, Jing ; Huang, Chi ; Peng, Huiting ; Xie, Jiaying ; Borjigen, Altangarvdi ; Liu, Mengxiang ; Qin, C. (2020). Prevalencia y factores asociados con la sintomatología depresiva en mujeres antes de la interrupción del embarazo por anomalía fetal. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Tomo 58, N*, 43–50. <https://doi.org/DOI:10.3928/02793695-20200921-01>
- Manuel Fernández-Alcántara, Francisco Cruz-Quintana, Nieves Pérez-Marfil, H. R.-O. (2015). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *SCIELO*, vol.21 no. http://scielo.isciii.es.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lang=es
- Maria Luisa Sánchez Camps. (2015). *Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas*: <https://www-educacion-gob-es.sabidi.urv.cat/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=GsfEFgKhlg8%3D>

- Mengstu Melkamu Asaye , Haymanot Alem Muche, y E. D. Z. (2020). Prevalencia y predictores de la depresión posparto: noroeste de Etiopía. *Phychiatry Journal*. <https://doi.org/10.1155 / 2020/9565678>
- Sameera Kotta , Umashankar Molangur , Rajshekhar Bipeta, y R. G. (2018). los problemas psicosociales posteriores al aborto. *Pubmed*, 60 (2), 217–223. https://doi.org/10.4103 / psychiatry.IndianJPsychiatry_361_16
- Telake Azale Abebaw Fekadu, C. H. (2018). Síntomas depresivos posparto en el contexto de alta adversidad social y amenazas a la salud reproductiva: un estudio poblacional. *Elsevier*. <https://doi.org/10.1186 / s13033-018-0219-x>.
- Tularam Yadav , Rija Shams , Amir F Khan , Hadiya Azam , Masroor Anwar , Tooba Anwar , Charaghan Siddiqui , Kiran Abbas , Mahnoor Sukaina, II, y S. G. (2016). Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados entre mujeres en Sindh, Pakistán. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759 / cureus.12216>

ANEXOS

ANEXO 1. (CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), 2021)

Mediante **REDCASPE** se han clasificado los siguientes estudios en:

Se presentan las 11 preguntas para un **estudio de Casos y Controles**:

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?
3. ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?
4. ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?
5. ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?
6. A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?
B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y análisis?
7. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
8. ¿Cuál es la precisión de los resultados?
9. ¿Te crees los resultados?
10. ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?
11. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?

Artículos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal.	Si	Si	Si	Si	Si	A: Ningún factor B: No	Se observó sintomatología propia del duelo y depresiva en el primer mes de la pérdida	Las autoras consideraron todas las variables importantes para el presente estudio.	Si	Si	Si
Angustia psicológica en mujeres con aborto espontáneo recurrente.	Si	Si	Si	Si	Si	A: Factores genéticos, ambientales, sociodemográficos B: Si	La pérdida del embarazo está relacionada con la ansiedad y la angustia.	Exacta, debido a la tabla de resultados y la exposición precisa de	Si	Si	Si

								los resultados.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--

Se presentan las 10 preguntas para un **estudio Cualitativo**:

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de la investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación?
7. ¿Se ha tenido en cuenta los aspectos éticos?
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

Artículos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Factores de protección y de riesgo para la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo.	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
Síntomas de duelo perinatal y depresivo persistente de las mujeres después de un aborto espontáneo.	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
Interrupción voluntaria del embarazo y alteraciones psicológicas.	Si	Si	Si							
Trastorno de estrés postraumático después del parto posterior a una pérdida gestacional	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No sé	Si	Si
Síntomas depresivos postaborto en el contexto de alta adversidad social y amenazas a la salud reproductiva.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si

Los problemas psicosociales posteriores al aborto.	Si									
Prevalencia y factores asociados con la sintomatología depresiva en mujeres antes de la interrupción del embarazo por anomalía fetal.	Si									
Prevalencia y predictores de la depresión posparto.	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados entre mujeres en Pakistán.	Si									

Se presentan las 11 preguntas para un **estudio de Cohorte**:

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿La cohorte se reclutó de manera adecuada?
3. ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?
4. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?
5. ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?
6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?
9. ¿Se pueden aplicar los resultados?
10. ¿Se puede aplicar los resultados en tu medio?
11. ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?

Artículos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
La vida después de la pérdida	Si	Si	Si	No sé	Si	Altas tasas de angustia psicológica y que incluye: trastorno de ansiedad general y	Exacta	Si	No sé	Si	Si

						trastorno de estrés postraumático.					
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--