



Amaia Bidondo Goñi

**CONSECUENCIAS DEL ABORTO EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TRABAJO DE FÍN DE GRADO.

Dirigido por: Sra. María Paz Querol.



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

Facultad de Enfermería.

TORTOSA 2021

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS

Nom i cognoms: Amaia Bidondo Goñi

DNI: 73119723D

Adreça: Avda. Eulza nº88

Codi postal: 31010

Població: Barañain

Tel. Fix: -

Tel. Mòbil: 690818897

Adreça electrònica URV:
amaia.bidondo@estudiants.urv.cat

EXPOSO

Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat:

Consecuencias del aborto en la salud mental de la mujer.

Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: María Paz Querol Vidal

I estic 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 Mayo de 2021.

Amaia Bidondo Goñi

EL/LA TUTOR/A:

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

Tortosa 19-05-2021

M. Paz Querol Vidal

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

A mi tutora, la Sra. M^a Paz Querol por ayudarme, guiarme y motivarme en el transcurso de este proyecto.

A mi familia, por apoyarme siempre en todo.

A mis compañeras de universidad por el acompañamiento durante estos cuatro años.

A las enfermeras con las que he compartido estos últimos meses por haberme enseñado tanto.

RESUMEN

Introducción: El aborto es un acontecimiento traumático para quienes lo experimentan. Además de complicaciones médicas, conlleva necesidades psicológicas adicionales.

Objetivo: Estudiar las consecuencias del aborto en la salud mental de la mujer.

Metodología: Estudio documental y descriptivo, mediante una revisión bibliográfica sistemática de publicaciones en bases de datos de Ciencias de la Salud.

Resultados: El aborto es un suceso traumático con elevadas tasas de morbilidad psicológica. Las mujeres, experimentan alteraciones emocionales, siendo la ansiedad y la depresión las más comunes. El apoyo social de la pareja, familiares y amigos puede disminuir significativamente los niveles de ansiedad y depresión. Las intervenciones del equipo asistencial son de calidad si están basadas en las necesidades biopsicosociales de cada mujer, pareja-familia.

Conclusiones: Es básica la formación continuada de los profesionales para poder interpretar adecuadamente las emociones y necesidades de la mujer, pareja-familia. El apoyo emocional, ofreciendo una atención individualizada y continuada durante todo el proceso, es fundamental para la elaboración positiva del duelo postaborto.

Palabras clave: Aborto. Salud mental. Apoyo emocional. Duelo. Depresión. Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Abortion is a traumatic event for those who experience it. In addition to medical complications, it entails additional psychological needs.

Objective: To study the consequences of abortion on women's mental health.

Methodology: Documentary and descriptive study, through a bibliographic systematic review of publications in Health Sciences databases.

Results: Abortion is a traumatic event with high rates of psychological morbidity. Women experience emotional disturbances, being anxiety and depression the most common. Social support from partners, family and friends can significantly reduce anxiety and depression levels. The interventions of the care team are of quality if they are based on the biopsychosocial needs of each woman, couple-family.

Conclusions: Continued training of professionals is essential to be able to adequately interpret the emotions and needs of the woman, couple-family. Emotional support, offering individualized and continuous attention during the whole process, is fundamental for the positive elaboration of postabortion grief.

Key words: Abortion. Mental health. Emotional support. Grief. Depression. Nursing.

SUMARIO DE CONTENIDO

	Pag.
1. Introducción.....	1
1.1. Justificación.....	1
2. Marco conceptual	2
2.1. Aborto.....	2
2.2. Secuelas biopsicosociales del aborto... ..	6
2.3. Epidemiología... ..	7
2.4. Salud mental	7
2.4.1. Duelo.....	7
2.4.2. Síndrome postaborto / TEPT... ..	11
2.5 Diagnósticos de enfermería... ..	13
3. Pregunta de investigación.....	14
4. Objetivos	14
4.1. General	14
4.2. Específicos	14
5. Metodología.....	15
5.1. Descripción del estudio... ..	15
5.2. Fuentes de información.....	15
5.3. Términos de búsqueda.....	16
5.4. Criterios de inclusión/exclusión.....	17
6. Resultados	18
6.1. Diagrama de flujo... ..	18
6.2. Estrategias de búsqueda	19
6.3. Tabla de descripción de los documentos seleccionados.....	20
6.4. Características generales de los artículos... ..	30

7. Análisis / Discusión.....	34
7.1. Identificar las carencias y necesidades que tiene la mujer-pareja-familia durante todo el proceso del aborto.....	34
7.2. Determinar alteraciones en la salud mental de la mujer-pareja-familia como consecuencia del aborto.	35
7.3. Determinar los factores de riesgo/ protectores de alteraciones en las salud mental de la mujer-pareja-familia como consecuencia del aborto.....	36
7.4. Determinar las intervenciones del equipo multidisciplinar en todo el proceso del aborto.....	36
8. Conclusiones	38
8.1. Limitaciones del estudio.....	39
8.2. Líneas futuras de investigación	39
9. Bibliografía	40
10. Anexos.....	46

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

El embarazo es un proceso que requiere siempre un esfuerzo adaptativo que puede llegar a ser intensamente estresante. La respuesta individual depende de múltiples factores entre los que cabe destacar el estado físico y emocional, los mecanismos de afrontamiento y el nivel de madurez personal de la mujer y de su pareja. Entre las circunstancias que influyen en la aceptación y adaptación al proceso de la maternidad/paternidad hay que citar el tiempo de gestación, la causa del aborto, la situación económica y laboral, el apoyo emocional y social junto con el marco cultural en el que se contextualiza la maternidad/paternidad.

La interrupción del embarazo sea de forma natural o voluntaria, genera respuestas que pueden desencadenar síntomas depresivos, ansiosos, de culpabilidad y alteraciones de la conducta relacionadas con emociones provocadas por el aborto

La OMS define el aborto como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS 1994).¹

Sin embargo, a veces estos embarazos se ven interrumpidos por diversas causas o circunstancias, lo que supone un nivel de estrés y ansiedad excepcional a las mujeres gestantes.

El aborto espontáneo clínico tiene una prevalencia de 10-20% de los embarazos. La mayoría de estos (60%) ocurren de forma preclínica y un 85% ocurre antes de la duodécima semana de embarazo. Estos datos se extraen de los abortos registrados, hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones estos abortos ocurren inmediatamente antes de la menstruación y muchas mujeres no llegan a enterarse de que están embarazadas.²

Se estima que anualmente se producen 48 millones de interrupciones voluntarias de embarazo en el mundo, por lo que podemos considerar que es un tema recurrente en la sociedad.³

El aborto tiene un alto impacto en la sociedad, es un tema de vital importancia y abordaje necesario ya que afecta directamente a la salud mental de las mujeres gestantes y a su entorno.

Diferentes estudios refieren que el aborto produce secuelas biopsicosociales sobre la persona que lo sufre, afectando este en todos los ámbitos de la vida diaria de la mujer tanto como la familia y entorno.⁸

Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante en el proceso, dado que son los responsables de cuidar las respuestas humanas de la madre, pareja-familia durante todo el proceso.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Aborto.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (Peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.⁴

Aborto precoz, es el que ocurre antes de las 12 semanas. En este grupo se puede incluir el aborto bioquímico, preimplantacional o preclínico que es aquel que acontece desde antes de que el blastocito se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación ecográfica del saco ovular (cuatro o cinco semanas de gestación). En muchas ocasiones estos abortos ocurren antes de la llegada del periodo menstrual, por lo que el diagnóstico solo se puede realizar por la positividad de la determinación de la β -Hcg.

Aborto tardío es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

Según la causalidad del aborto distinguimos entre el espontáneo o la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La **interrupción voluntaria del embarazo** (IVE) es un procedimiento clínico para finalizar un **embarazo**, realizado por profesionales sanitarios acreditados. Los métodos utilizados para la IVE son distintos según las semanas de gestación y la situación clínica de la gestante. Pueden ser tanto instrumentales (quirúrgicos) como farmacológicos. Estos últimos solo son efectivos antes de la 7ª semana de gestación y los fármacos más utilizados son: mifepristona, mifepristona más análogo de prostaglandina, misoprostol solo, methotrexate más misoprostol y tamoxifeno más misoprostol.

De ellos, el método que se ha mostrado más eficaz es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol)⁵

Hasta la semana 14^a los métodos más útiles son los de aspiración/legado y generalmente no requieren hospitalización. Para estados de gestación más avanzados se suele utilizar habitualmente la inducción del parto.⁶

El aborto espontáneo es la expulsión de un embrión o feto de manera espontánea, es decir, sin ser provocado por ningún procedimiento realizado.

Dependiendo de la causa, tiempo de aborto y sintomatología podemos distinguir:

- **Aborto consumado:** Expulsión completa del tejido embrionario.
- **Aborto incompleto:** Expulsión parcial de los productos de concepción.
- **Aborto inevitable:** no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.
- **Aborto séptico:** el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.
- **Aborto retenido:** el embarazo se pierde y los productos de la concepción se quedan retenidos dentro del útero durante un periodo prolongado de tiempo.⁴

Los factores de riesgo principales para sufrir un aborto espontáneo son los siguientes:

- **La edad.** Las mujeres que tienen más de 35 años presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes. A los 35 años, presentas un riesgo de un 20 % aproximadamente. A los 40 años, el riesgo es de alrededor de un 40 %. Y, a los 45 años, es de un 80 % aproximadamente.
- **Abortos espontáneos anteriores.** Las mujeres que han tenido dos o más abortos espontáneos consecutivos presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Afecciones crónicas.** Las mujeres que padecen una afección crónica, como una diabetes no controlada, presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Problemas del útero o el cuello uterino.** Ciertas anomalías en el útero o tejidos débiles en el cuello uterino (insuficiencia de cuello uterino) podrían aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo.

- **Fumar y consumir alcohol y drogas ilegales.** Las mujeres que fuman durante el embarazo presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que aquellas que no fuman. El consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas ilegales también aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **El peso.** Tener un peso menor al saludable o tener sobrepeso también son factores que han sido vinculados a un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Estudios prenatales invasivos.** Algunos estudios genéticos prenatales invasivos, como los análisis de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, conllevan un pequeño riesgo de tener un aborto espontáneo.⁷

2.2 Secuelas biopsicosociales del aborto

Biológicas:

- Fiebre y escalofríos
- Afecciones a corto plazo con mayor frecuencia.
- Infecciones recurrentes.
- Afección inflamatoria
- Lesiones vaginales, desgarres cervicales y perforación uterina y de largo plazo.
- Endometritis y embarazos ectópicos como complicaciones graves.
- Esterilidad.

Psicológicas:

- Depresión.
- Sentimientos de culpa.
- Dificultad para dormir.
- Tristeza.
- Ansiedad.
- Hostilidad.
- Rencor hacia la pareja.
- Irritabilidad.
- Trastornos del sueño y de la personalidad.

Sociales:

- Autoaislamiento social que se manifiesta por la reducción del ánimo de salir de casa.
- Bajo interés para relacionarse con otras personas.
- Sentimientos de vergüenza tras el aborto.

Como consecuencia de estas alteraciones por el aborto, las relaciones de las mujeres se ven totalmente afectadas, destacando en especial la relación con su pareja.⁸

2.3. Epidemiología

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría (60%) son abortos preclínicos y por lo general el 85% se producen antes de llegar a la duodécima semana de embarazo. Si una gestación llega a la séptima semana con una ecografía normal, la probabilidad de que ocurra un aborto espontáneo se reduce mucho, solamente un 5% de todos los abortos ocurren de esta manera.²

Las mujeres que han padecido un aborto con anterioridad tienen más probabilidades de abortar en otra ocasión (16%) y las que han tenido dos abortos tienen más probabilidades de padecer otro en un tercer intento (25%). A pesar de esto, las personas que hayan sufrido tres abortos, todavía tienen un 55% de posibilidad de poder tener un cuarto embarazo con éxito.

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la edad materna: 11.1% entre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 49 años.⁴

En cuanto a la IVE, en el mundo se realizan alrededor de 48 millones de abortos voluntarios cada año.

En España se realizaron, en el año 2016, 93.131 interrupciones voluntarias del embarazo, de las que 18.652 (20%) fueron abortos farmacológicos con mifepristona como medicamento principal y el resto, 74.479, fueron abortos quirúrgicos.⁴

2.4. Salud mental

La OMS define la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁹

2.4.1 Duelo¹⁰

La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales del 2013 (DSM-5), define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. La pérdida de un ser querido es considerada uno de los estresores vitales de más alta

intensidad (Holmes, 1967). Se trata de un proceso natural y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse, no siendo un sentimiento único sino una compleja sucesión de manifestaciones que precisan un cierto tiempo para ser elaboradas.

FASES DEL DUELO

El duelo se considera un proceso que evoluciona en etapas, aunque no sigan un orden específico, manifestándose de modo diferente en cada persona.

1. Shock. Puede durar desde unas horas a semanas y se caracteriza por sentimientos de irrealidad, insensibilidad, negación e incomprensión de lo sucedido.

2. Anhelo y búsqueda. Durará meses o años. Se anhela que la persona perdida vuelva. La negación y la rabia juegan un importante papel en esta fase.

3. Desorganización y desesperanza. Aparecen periodos de apatía y desesperación durante el primer año, que se pueden alargar. Se comienza a aceptar la pérdida como definitiva y se acompaña de sentimientos depresivos.

4. Reorganización. Una vez han pasado todas las fechas significativas, normalmente en un año, el doliente empieza a recuperar su vida, se asume la pérdida y una nueva identidad personal.

INTERVENCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR TRAS LA PÉRDIDA

- aconsejar que no se tomen decisiones precipitadas.
- Animar a los familiares o cuidadores a retomar el cuidado de su salud (revisiones/control médico, buenos hábitos de sueño, alimentación, ejercicio,...) así como a ir recuperando poco a poco su actividad/rutina diaria, su relaciones sociales,...
- Despedirse y mostrar disponibilidad en caso de que necesiten algo de los profesionales que han atendido a la persona fallecida. Informar del programa específico de atención al duelo.
- Explorar si existe sentimiento de culpa.
- Facilitar la comprensión de la realidad de la pérdida. Clarificar dudas del fallecimiento.
- Facilitar la solución de problemas concretos.
- Identificar aquellas personas que presenten “alto riesgo”, duelo complicado o trastornos relacionados con la pérdida, derivarlos al psicólogo o al equipo de referencia de Atención Primaria del familiar para que valoren realizar intervención o remitir al Servicio de Salud Mental correspondiente.
- Informar sobre la evolución del duelo normal, sus fases.
- Permitir la expresión emocional y acompañar a la familia transmitiendo tranquilidad.
- Reevaluar riesgos y necesidades de apoyo ofreciendo recursos de atención al duelo si fuera necesario.
- Reorientar posibles falsas creencias que puedan dificultar la expresión de sentimientos (ej. mejor no recordar para no sufrir y olvidar).
- Revisar, reforzar y reconocer los cuidados ofrecidos por la familia, personas allegadas y/o cuidadores al enfermo, de la forma más objetiva posible, resaltando los aspectos más positivos.
- Si se desconocen, hablar sobre las circunstancias en que se produjo la pérdida

- Validar las emociones de la familia.
- Valorar explorar qué se ha hecho con las pertenencias del fallecido.
- Establecer un Plan de Cuidados de acuerdo con el paciente y/o la familia que establezca normas de actuación y prevenga el riesgo de claudicación familiar.
- Controlar adecuadamente los síntomas. Que se tenga un buen control de los síntomas, tiene gran repercusión psicoemocional en la elaboración del duelo.
- Favorecer el desahogo emocional. Prevenir y/o amortiguar sentimientos de culpa.
- Informar de los recursos sociales y sanitarios disponibles.
- Mantener un nivel de información y comunicación franca y veraz en cada momento del proceso.
- Mediar en situaciones de conflicto.
- Orientar sobre necesidades de organización familiar. Cambios de rol, asuntos prácticos (preparación de documentación, testamento, etc.).

Sí estamos en un centro además tener en cuenta:

- Facilitar la mayor privacidad posible.
- Acompañar hasta que lleguen otros familiares.

2.4.2 Síndrome postaborto/ TEPT

Los trastornos o las complicaciones psiquiátricas tras sufrir un aborto son enormemente complejos. Estas alteraciones aparecen como un desenlace precipitado, o por lo menos favorecido, por algo que ha ocurrido previamente. Los tipos del desenlace son muy diversos. Pueden ser una emoción negativa y ansiedad, trastornos afectivos como la depresión, problemas de conducta como abuso de sustancias, reactivación de trastornos psiquiátricos existentes previamente, intento de suicidio o suicidio consumado y la aparición de un nuevo trastorno psiquiátrico.

Síndrome postaborto:

El Síndrome Post Aborto se definiría como una serie de síntomas posteriores al aborto o a la interrupción del embarazo.

Se encuadra como un trastorno posterior a un acontecimiento vital importante que genera estrés. Este acontecimiento (aborto) que causa estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado (en cuyo caso se correspondería con un trastorno adaptativo o de adaptación), o bien como un estresante traumático, excepcional (físico o psicológico) o catastrófico, en cuyo caso el síndrome se incluiría entre las reacciones al estrés grave.

Los síntomas presentes cumplen los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT): Una enfermedad de salud mental desencadenada por una situación aterradora, ya sea que la hayas experimentado o presenciado.¹¹

Recuerdos intrusivos

- Recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho traumático.
- Revivir el hecho traumático como si estuviera sucediendo otra vez (reviviscencia).
- Sueños perturbadores o pesadillas acerca del hecho traumático.
- Angustia emocional grave o reacciones físicas a las cosas que te recuerdan el suceso traumático.

Evasión

- Tratar de evitar pensar o hablar acerca del suceso traumático.
- Evitar lugares, actividades o personas que te recuerden el suceso traumático.
(Lugares donde haya bebés etc.)

Cambios negativos en el pensamiento y en los estados de ánimo

- Pensamientos negativos sobre ti mismo, otras personas, o el mundo en general.
- Desesperanza acerca del futuro.
- Problemas de memoria, incluso no recordar aspectos importantes del suceso traumático.
- Dificultad en mantener relaciones cercanas.
- Sentirte distanciado de tus familiares y de tus amigos.
- Falta de interés en las actividades que antes te gustaban.
- Dificultad para sentir emociones positivas.
- Sentirte emocionalmente insensible.

Cambios en reacciones físicas y emocionales

- Asombrarte o asustarte fácilmente.
- Estar siempre alerta al peligro.
- Conducta autodestructiva, como por ejemplo beber en exceso o conducir demasiado rápido.
- Trastornos del sueño.
- Dificultad en concentrarte.
- Irritabilidad, arrebatos de ira o conducta agresiva.
- Sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza.

2.5 Tabla 1: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA¹²

NANDA	NIC	NOC
[00136] Duelo	[5290] Facilitar el duelo [5230] Mejorar el afrontamiento [7140] Apoyo a la familia [5270] Apoyo emocional [5240] Asesoramiento [4920] Escucha activa [5294] Facilitar el duelo: muerte perinatal [1850] Mejorar el sueño [7170] Facilitar la presencia de la familia [5426] Facilitar el crecimiento espiritual [6482] Manejo ambiental: confort [4500] Prevención del consumo de sustancias nocivas [7150] Terapia familiar	[2608] Resiliencia familiar [2600] Afrontamiento de los problemas de la familia [1410] Autocontrol de la ira [1605] Control del dolor [2011] Estado de comodidad: psicoespiritual [1310] Resolución de la culpa [2001] Salud espiritual [0004] Sueño [1409] Autocontrol de la depresión
[00172] Riesgo de duelo complicado	[5290] Facilitar el duelo [7140] Apoyo a la familia [5440] Aumentar los sistemas de apoyo [5330] Control del estado de ánimo	[1211] Nivel de ansiedad [1212] Nivel de estrés [2604] Normalización de la familia [1504] Soporte social
[00153] Riesgo de baja autoestima situacional	[5294] Facilitar el duelo: muerte perinatal [5400] Potenciación de la autoestima [5230] Mejorar el afrontamiento	[1208] Nivel de depresión [2601] Clima social de la familia [2602] Funcionamiento de la familia [1309] Resiliencia personal
[00141] Síndrome postraumático	[5330] Control del estado de ánimo [5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa [5326] Potenciación de las aptitudes para la vida diaria [5100] Potenciación de la socialización	[2002] Bienestar personal [1204] Equilibrio emocional [1402] Autocontrol de la ansiedad [1409] Autocontrol de la depresión [1201] Esperanza [1205] Autoestima [0119] Funcionamiento sexual

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Tiene el aborto consecuencias específicas en la salud mental de la mujer, de su pareja y de su familia?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- 1- Estudiar las consecuencias del aborto en la salud mental de la mujer-pareja-familia.

4.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar las carencias y necesidades que tiene la mujer-pareja-familia durante todo el proceso del aborto.
- 2- Determinar alteraciones en la salud mental de la mujer-pareja-familia como consecuencia del aborto.
- 3- Determinar los factores de riesgo/ protectores de alteraciones en la salud mental de la mujer-pareja-familia como consecuencia del aborto.
- 4- Determinar las intervenciones del equipo multidisciplinar en todo el proceso del aborto.

5. METODOLOGÍA

5. 1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Este trabajo se trata de un trabajo documental descriptivo mediante una revisión sistemática de publicaciones adquiridas de bases de datos profesionales de ámbito sanitario.

Ha sido realizado en el periodo de tiempo que transcurre desde octubre de 2020 y febrero de 2020.

5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN:

- [SCOPUS](#): Es una base de datos de citas y resúmenes de literatura revisada: revistas científicas, libros y actas de congresos. Cubre aproximadamente 18.000 títulos de más de 5.000 editores internacionales.
- [SCIELO](#): Biblioteca electrónica que recoge la publicación de ediciones completas de revistas científicas en lengua castellana. Indexa 13 millones de citas de literatura, artículos, revistas y periódicos .
- [PUBMED](#): Comprende más de 29 millones de citas para literatura biomédica de MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y libros en línea .
- [CUIDEN](#): Es una base de datos que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico iberoamericano. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos .
- [GOOGLE ACADÉMICO](#): Es el buscador de Google especializado en documentos académicos y científicos .
- [DIALNET](#): Es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Centrado fundamentalmente en los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales, Dialnet se constituye como una herramienta fundamental para la búsqueda de información de calidad.

5.3 TÉRMINOS DE BÚSQUEDA:

Fueron seleccionadas las palabras clave para la búsqueda y se consultaron en los diccionarios de la biblioteca virtual en salud (Bvs) y la biblioteca nacional de medicina de EEUU con la finalidad de identificar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) ya que corresponden al lenguaje científico correcto como se describe en la tabla de a continuación:

Tabla 2: Términos de búsqueda DeCS y MeSH

PALABRAS CLAVE	DeCS	MeSH
Aborto / Abortion	Aborto / Abortion	Abortion, Missed
Salud mental / Mental Health	Slud mental / Mental health	<u>Mental</u> Health
Duelo	Pesar / Grief	Grief
Apoyo emocional / Emotional support	No tiene resultado	No tiene resultado
Síndrome post- aborto/ Post-abortion syndrome	No tiene resultado	No tiene resultado

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Antes de comenzar la búsqueda bibliográfica se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron utilizados de forma transversal para las distintas bases de datos consultadas. Se excluyeron aquellos estudios publicados fuera del intervalo de tiempo establecido.

Quedan reflejados los criterios de inclusión y exclusión nombrados en las siguientes tablas 3 y 4.

Tabla 3: Criterios de inclusión:

Texto completo y gratuito
Artículos publicados entre 2015 y febrero del 2021
Artículos publicados en castellano, inglés o portugués
Publicaciones referentes al aborto y la salud mental de la mujer
Estudios de intervención o ensayos clínicos

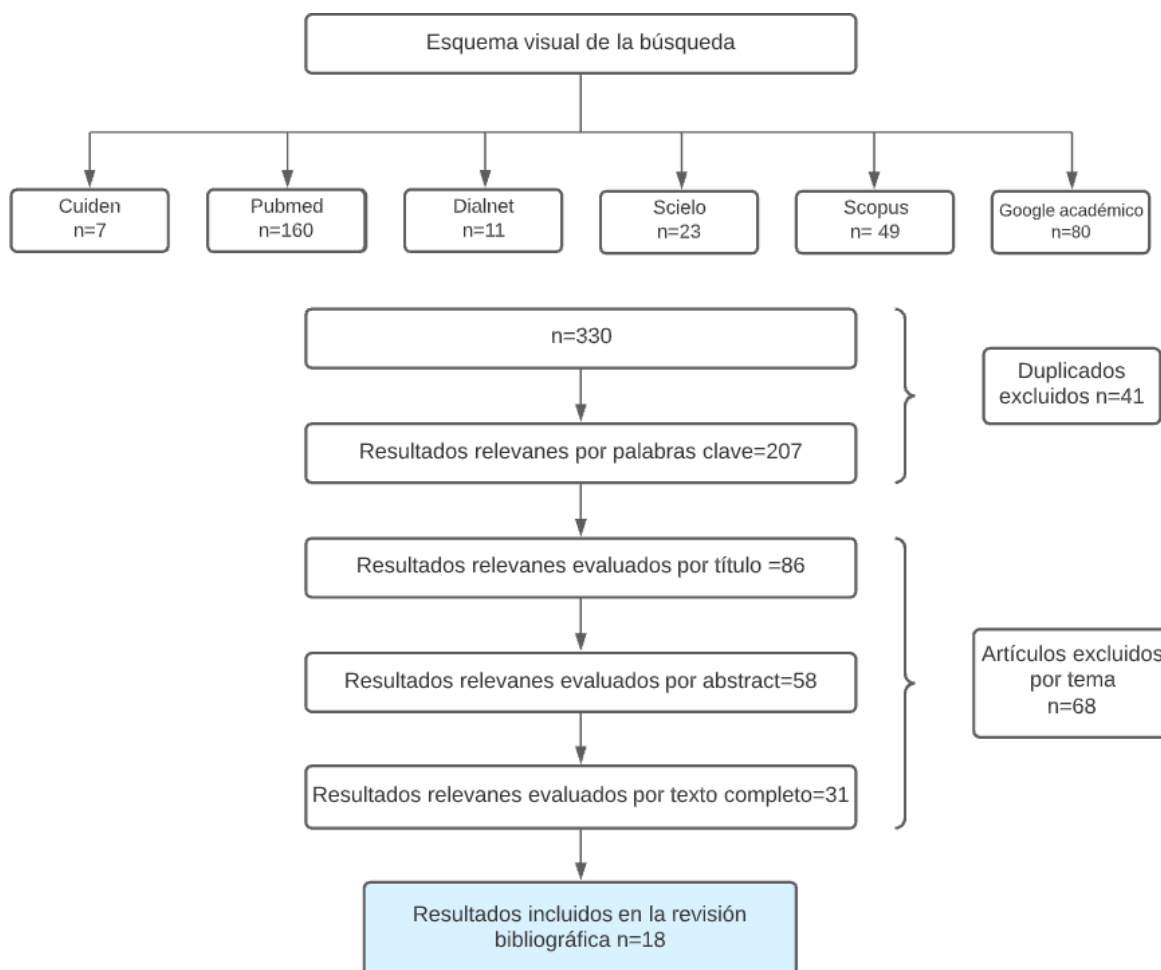
Tabla 4: Criterios de exclusión:

Texto incompleto o de difícil accesibilidad
Publicaciones anteriores al 2015
Publicaciones en francés y chino
Revisiones bibliográficas
Publicaciones que no tengan relación con aborto y salud mental de la mujer

6. RESULTADOS

Este apartado se ha estructurado describiendo el proceso de búsqueda mediante un diagrama de flujo, una tabla con la estrategia de búsqueda y una tabla de descripción de los documentos seleccionados.

6.1 Figura 1: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia.



6.2 Tabla 5. Estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

BASE DE DATOS	TIPO DE BÚSQUEDA	TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA	NÚMERO DE ARTÍCULOS RECUPERADOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Cuiden	Avanzada	"Aborto AND Duelo"	7	1 ²⁴
Dialnet	Avanzada	"Aborto" AND "Duelo"	11	0
Scopus	Avanzada	"Abortion AND Brief"	49	1 ²⁹
PubMed	Avanzada	"Abortion" AND "Mental Health" AND "Nurse"	10	2 ^{13,14}
	Avanzada	"Abortion" AND "Emotional support"	108	8 ^{15,16,17,18,19,20,21,22}
	Avanzada	"Abortion" AND "Emotional support" AND "Nursing"	42	1 ²³
Google Académico	Avanzada		80*	1 ³⁰
Scielo	Avanzada	"Aborto AND Duelo"	11	1 ²⁵
	Avanzada	"Aborto AND Apoyo emocional"	2	1 ²⁶
	Avanzada	"Aborto AND Depresion"	10	2 ^{27,28}
TOTAL			330	18

*Se revisaron las primeras 8 páginas.

6.3 Tabla 6. Tabla de descripción de los documentos seleccionados. Fuente: elaboración propia.

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. ¹³ (Canada, 2019)	Emond, T. De Montigny, F. E Guillaumie, L	M: Estudio cualitativo. O: Identificar las necesidades de los padres, aislar los factores que influyeron en su experiencia y brindar recomendaciones para mejorar la atención desde la perspectiva de las mujeres, sus parejas, enfermeras y enfermeras gestoras.	26 participantes (17 padres, 7 enfermeras del departamento de emergencias y 2 enfermeras gerentes del departamento de emergencias)	Los padres que acudieron al servicio de urgencias por aborto espontáneo reportaron varias necesidades insatisfechas que generaron insatisfacción con la atención. Las limitaciones organizativas del departamento de emergencias obstaculizaron las prácticas óptimas de atención de enfermería.
Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department ¹⁴ (Canada, 2019)	Larivière-Bastien D, deMontigny F, Verdon C.	M: Estudio cualitativo. O: Identificar las características de la gestión de la atención que pueden haber contribuido a las dificultades experimentadas por las mujeres que presentan un aborto espontáneo en el servicio de urgencias.	48 mujeres tratadas en 4 departamentos de emergencia en diferentes regiones de Quebec.	La falta de información durante la gestión de la atención del aborto espontáneo exacerbó la naturaleza ya difícil de este evento para los participantes. Capacitar a las enfermeras de emergencia para que brinden información adecuada y completa permite brindar una atención compasiva, lo que podría hacer que una situación difícil sea menos traumática.
Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history ¹⁵ (Irán, 2016)	Haghparast E, Faramarzi M, Hassanzadeh R.	M: Estudio de casos y controles O: Evaluar las implicaciones que tiene un historial de aborto espontáneo en los síntomas psiquiátricos de las mujeres y la angustia del embarazo en el embarazo posterior menos de un año después del aborto espontáneo.	100 mujeres embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo durante un año y 100 mujeres embarazadas sin antecedentes de aborto espontáneo.	Las mujeres embarazadas con menos de un año de antecedentes de aborto espontáneo tienen más riesgo de síntomas psiquiátricos y angustia del embarazo que los controles. Este estudio apoya esas implicaciones para la planificación de la atención psicológica postaborto espontáneo para las mujeres, especialmente las mujeres que deseaban quedar embarazadas durante los 12 meses posteriores al aborto espontáneo.

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
Depressive disorder and grief following spontaneous abortion ¹⁶ (Sri Lanka, 2016)	Kulathilaka, S., Hanwella, R. & de Silva, VA	M: Estudio de cohortes. O: Evaluar la prevalencia y los factores de riesgo del trastorno depresivo y el duelo complicado entre las mujeres de 6 a 10 semanas después de un aborto espontáneo y comparar el riesgo de depresión con el de las mujeres embarazadas que asisten a una clínica prenatal.	137 mujeres que han sufrido un aborto espontáneo completo y 137 mujeres que acuden a la clínica prenatal.	El riesgo relativo de desarrollar un episodio depresivo después de un aborto espontáneo no fue significativamente mayor en comparación con las mujeres embarazadas después de tener en cuenta la edad y el período de amenorrea (POA). Casi la mitad de las mujeres desarrollaron un dolor complicado después de un aborto espontáneo. De estos, una proporción significativa también presentaba características de trastorno depresivo.
Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion ¹⁷ (Turquia, 2019)	Akdag Topal C, Terzioglu F.	M: Estudio descriptivo transversal. O: Determinar los niveles de ansiedad, depresión, apoyo social y cuidados de enfermería que necesitan las mujeres que se someten a un aborto terapéutico.	60 mujeres que se sometieron a un aborto terapéutico durante la décima a la vigésima semana de gestación durante un período de seis meses en dos hospitales de práctica y de investigación.	Los altos niveles de depresión y ansiedad de las mujeres que optan por el aborto terapéutico nos muestra la importancia de la necesidad de apoyo psicológico.
Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web-based exploratory and retrospective qualitative study ¹⁸ (Suecia, 2019)	Georgsson S, Krautmeyer S, Sundqvist E, Carlsson T.	M: Estudio cualitativo. O: Explorar las preocupaciones, los miedos y la preparación relacionados con la experiencia recordada de haber tenido un aborto inducido.	185 mujeres.	Hay margen de mejora en cuanto a informar, preparar y apoyar a las mujeres que buscan un aborto. Los resultados enfatizan la importancia de que los profesionales de la salud brinden suficiente información preparatoria para permitir la preparación y disminuir el impacto de posibles eventos inesperados. Es necesario el desarrollo de un servicio confiable basado en la Web que contenga información honesta y de alta calidad.

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
The need for improved emotional support: A pilot online survey of Australian women's access to healthcare services and support at the time of miscarriage ¹⁹ (Australia, 2020)	Bilardi JE, Sharp G, Payne S, Temple-Smith MJ.	M: Encuesta 26 ítems O: Explorar el acceso de las mujeres a los servicios de atención médica y al apoyo en el momento del aborto espontáneo.	399 mujeres mayores de 18 años, residentes en Australia, que habían sufrido un aborto espontáneo en los últimos dos años	Existe una clara disparidad entre el apoyo que las mujeres desean en el momento del aborto espontáneo y la atención que reciben de los profesionales de la salud. A pesar de las considerables barreras estructurales, parece probable que en la práctica habitual de los profesionales de la salud haya margen para mejorar la atención de apoyo a través de medidas simples como un mayor reconocimiento, suministro de información y derivación a los servicios de apoyo existentes.
Women's experiences with doula support during first-trimester surgical abortion: A qualitative study ²⁰ (Chicago, EE.UU; 2015))	Chor, J; Lyman, P; Tusken, M; Patel, A; Gilliam, M.	M: Estudio de cohorte O: Explorar cómo el apoyo de la doula influye en las experiencias de las mujeres con el aborto quirúrgico en el primer trimestre.	Se entrevistó a 30 mujeres: 19 recibieron y 11 no recibieron apoyo doula	Las mujeres que reciben un aborto quirúrgico en el primer trimestre en este entorno valoran el apoyo de una doula en el momento del procedimiento. Esta intervención tiene el potencial de desarrollarse aún más para ayudar a las mujeres a abordar sus necesidades emocionales e informativas antes y después del aborto
Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study ²¹ (Londres, 2019)	Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T.	M: Estudio de cohortes prospectivo O: investigar los niveles de estrés postraumático, depresión y ansiedad en mujeres en los 9 meses posteriores a la pérdida temprana del embarazo, con un enfoque en el aborto espontáneo y el embarazo ectópico.	908 mujeres (737 con pérdidas tempranas del embarazo. 171 mujeres con aborto viable)	Las mujeres experimentan altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y depresión después de la pérdida temprana del embarazo. La angustia disminuye con el tiempo, pero permanece en niveles clínicamente importantes a los 9 meses.

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. ²² (EE.UU.;2017)	Altshuler, A.L; Ojanen-Goldsmith, A; Blumenthal, P.D; Freedman, L.R.	M: Estudio cualitativo O: Comparar las necesidades y preferencias de las mujeres en el aborto con las que tuvieron durante el parto.	24 mujeres que habían vivido individualmente un aborto y un parto con anterioridad	Estos hallazgos sugieren que abordar la atención del aborto desde esta perspectiva inclusiva puede ser una forma de mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, como han demostrado estudios anteriores, el contexto estigmatizado y controvertido del aborto puede hacer que la experiencia de las mujeres sea especialmente sensible influyendo en cómo perciben su atención y cómo valoran su experiencia.
Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly - A qualitative study of what is important to parents ²³ (Reuino Unido, 2016)	Lotto R, Armstrong N, Smith LK.	M: Estudio cualitativo O: Comprender las experiencias de las mujeres y sus parejas tras la decisión de interrumpir un embarazo afectado por una anomalía congénita grave	20 mujeres derivadas a cuatro centros de medicina fetal en dos fideicomisos hospitalarios y sus parejas.	La responsabilidad por la decisión de interrumpir el embarazo intensifica las emociones y aumenta la complejidad del cuidado de este grupo. Estos hallazgos apuntan a la necesidad de una vía de atención específica para los padres que atraviesan esta difícil experiencia.
Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo ²⁴ (España, 2017)	Bautista-Balbás, B.P; Abellan.Lucas, S; Gomez-Moreno, M; Martinez-Molina, A; Dema-Pérez, S.	M: Estudio cualitativo descriptivo. O: Identificar las necesidades y los sentimientos de las mujeres que fueron diagnosticadas de aborto espontáneo precoz en el servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas.	21 mujeres con diagnóstico de aborto espontáneo de hasta 12 semanas de gestación que acudieron al Hospital General de Valencia entre junio y noviembre de 2014	Además de la atención física, es muy importante que la matrona acompañe, informe y realice seguimiento de este fenómeno, para cuya comprensión y cuidado es fundamental la perspectiva individual de cada mujer

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion ²⁵ (Canada, 2020)	deMontigny Francine, Verdon Chantal, Meunier Sophie, Gervais Christine, Coté Isabel	M: Estudio cualitativo transversal. O: Examinar los factores de riesgo y de protección personales y contextuales asociados con la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo.	231 mujeres que habían experimentado abortos espontáneos en los últimos 4 años.	Las mujeres en situaciones vulnerables, como las inmigrantes, las mujeres con un nivel socioeconómico bajo o las mujeres sin hijos, son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental después de un aborto espontáneo. Sin embargo, más allá de esos factores personales y contextuales, la calidad de la relación conyugal y el nivel de satisfacción con la atención de la salud pueden ser importantes factores protectores.
Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study ²⁶ (Brasil, 2015)	da Silva Santiago Streffling I; Danilo Lunardi Filho, W; Pereira da Costa Kerber, N; Correa Soares, M; Portella Ribeiro, J.	M: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo O: Describir el manejo e implementación de la atención a mujeres hospitalizadas por aborto, desde la perspectiva de los profesionales de enfermería	19 profesionales de enfermería.	Algunos profesionales de enfermería relataron interferencia en conductas discriminatorias y poca interacción con la mujer, lo que provocó que los cuidados se organizaran con un enfoque en los aspectos clínicos. Otros consideraron la atención adecuada, independientemente de la etiología del aborto, señalando algunas iniciativas humanizadas como el apoyo emocional y la provisión de un ambiente terapéutico privado.
Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias ²⁷ (Mexico, 2017)	Cardoso-Escamilla M.E; Zavala-Bonachea, M.T; Alva-López, M.C.	M: Investigación no experimental transversal, descriptivo y correlacional O: Evaluar y comparar la aparición de trastornos de depresión (TD) y de estrés postraumático (TEPT) en mujeres después de una pérdida gestacional inducida o involuntaria que solicitaron atención psicológica	287 mujeres de la Ciudad de México atendidas en el Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA), de 2013 a 2016, de las cuales 201 vivieron pérdida inducida y 86 pérdida involuntaria.	Los resultados confirman que los dos tipos de pérdida gestacional, inducida o involuntaria, pueden causar TEPT intenso, y las mujeres con pérdidas inducidas pueden presentar estados depresivos más severos.

TÍTULO, PAÍS, AÑO	AUTORES	METODOLOGÍA Y OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS/CONCLUSIONES
Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City ²⁸ (Mexico, 2019)	Moreno López, M; Flores Celis, K; González-Forteza, C; Saltijeral, M.T; Schiavon, R;; Collado, M.E; Ortiz, O; , Ramos Lira, L.	M: Estudio cualitativo O: Explorar la asociación entre el estigma del aborto percibido y la sintomatología depresiva.	114 usuarias de una Clínica de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México.	Estas preocupaciones resaltan la necesidad de reducir el estigma social negativo que rodea al aborto y de brindar intervenciones en la misma dirección entre las mujeres que interrumpen un embarazo legalmente para reducir el riesgo de problemas de salud mental como la depresión.
The effect of brief supportive psychotherapy on prevention of psychiatric morbidity in women with miscarriage: A randomized controlled trial about the first 24-hours of hospitalization ²⁹ (Irán, 2020)	Barat, S; Yazdani, S; Faramazi,M; Khafri,S; Darvish, M; Rad, M.N; Asnafi, N.	M: Ensayo clínico aleatorizado. O: Investigar si la administración de psicoterapia de apoyo breve (BSP) es efectiva en el manejo de mujeres con aborto espontáneo cuando se realiza en las primeras 24 horas de hospitalización para prevenir síntomas de ansiedad, depresión y duelo a los cuatro meses posteriores al parto. aborto espontáneo.	79 mujeres con aborto espontáneo hospitalizadas en el hospital universitario Ayatollah Rohani. Las mujeres fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos (39 en el grupo experimental y 40 en el grupo de control).	La administración de la sesión de BSP durante las primeras 24 horas de hospitalización para mujeres con aborto espontáneo puede considerarse un método confiable para prevenir síntomas de ansiedad, depresión y duelo perinatal a los cuatro meses de seguimiento.
"CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EL GRADO DE SATISFACCIÓN EN MUJERES POST ABORTO. DEL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO, 2018." ³⁰ (Ecuador, 2019)	Saune Ruíz, N.S; Rivera Ticlia, B.	M: No experimental: Descriptivo – correlacional de corte transversal. O: Determinar la calidad de atención de enfermería y el grado de satisfacción según necesidades físicas, emocionales y espirituales en mujeres post aborto, del Hospital Belén, Trujillo 2018.	70 mujeres pos aborto, que se encontraban hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Emergencia del Hospital Belén de Trujillo. Durante Junio-setiembre del año 2018	Existe la necesidad de cambiar nuestro enfoque de cuidado, viendo al ser humano de una forma holística, tratando de satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y espirituales; y no solo centrarse en el aspecto biológico

6.4. Características generales de los resultados.

A continuación, se describen los resultados por año de publicación, idiomas utilizados, países origen de la investigación e índice de coautoría.

AÑO DE PUBLICACIÓN:

Los artículos seleccionados fueron publicados entre los años 2015 y 2020. Siendo 2017 el año con más artículos con un total de 7 (38.88%). Le siguen los años 2016, 2017 y 2020 con un total de 3 artículos por año (16.67%). Finalmente el año con menos artículos es el año 2015 con un total de 2 artículos seleccionados (11.11%). Cabe recalcar que hay un total de 0 artículos publicados en 2018 siendo este el único año sin publicaciones.

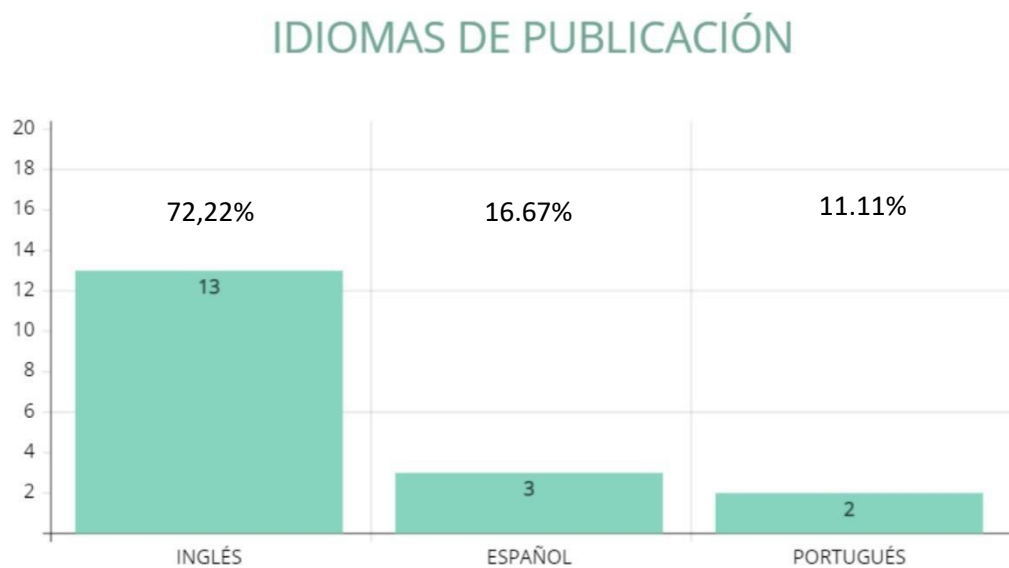
Figura 2. Año de publicación. Fuente: elaboración propia.



IDIOMAS DE PUBLICACIÓN:

La mayoría de los artículos seleccionados, con un total de 13, están publicados en inglés siendo estos un 72,22 %. 3 artículos están publicados en castellano los cuales son un 16,67%. El idioma con menos publicaciones es el portugués con un 11,11% de las publicaciones, sin embargo, estos 2 artículos también fueron publicados en inglés por los autores.

Figura 3. Idiomas de publicación. Fuente: elaboración propia.

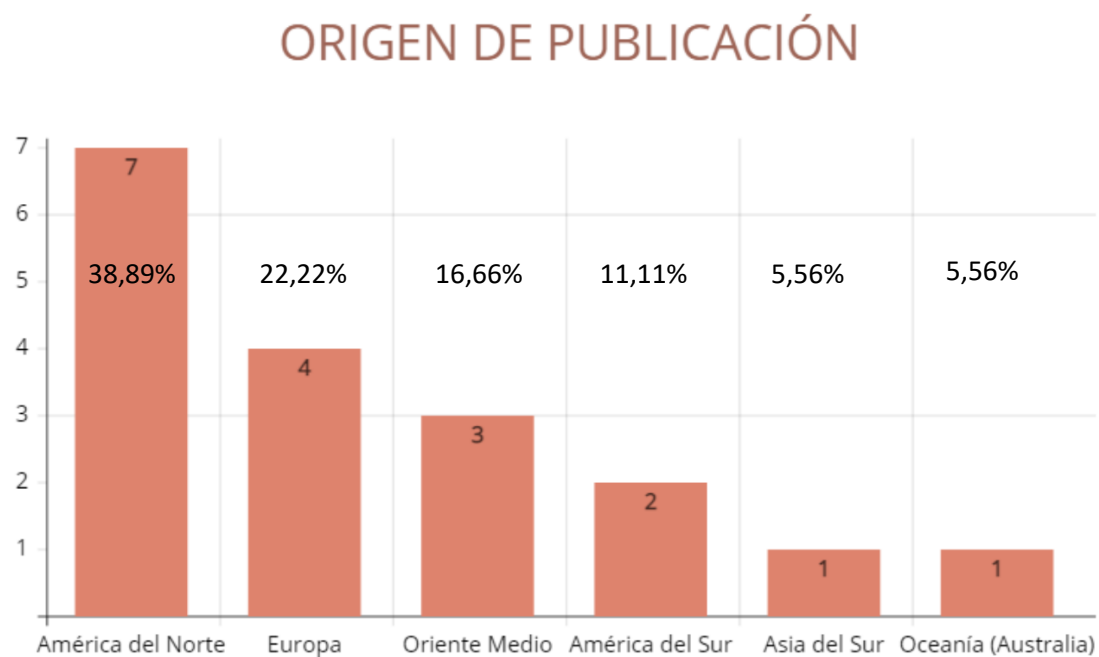


PAÍSES ORIGEN DE LA PUBLICACIÓN:

En cuanto al origen de las publicaciones, mayoría de artículos seleccionados con un total de 7 artículos (38,89%) tienen su origen en América del Norte, los cuales casi duplican en cantidad de artículos a Europa con un total de 4 artículos (22,22%).

3 de los artículos seleccionados tienen su origen en Oriente Medio. América del Sur es el origen de 2 artículos de los seleccionados, conformando así un (11,11%) de las publicaciones. (16,66%). Los lugares con menos artículos publicados dentro de la selección de artículos son Asia del Sur y Oceanía más concretamente en Australia, con un total de un artículo cada uno (5,56%).

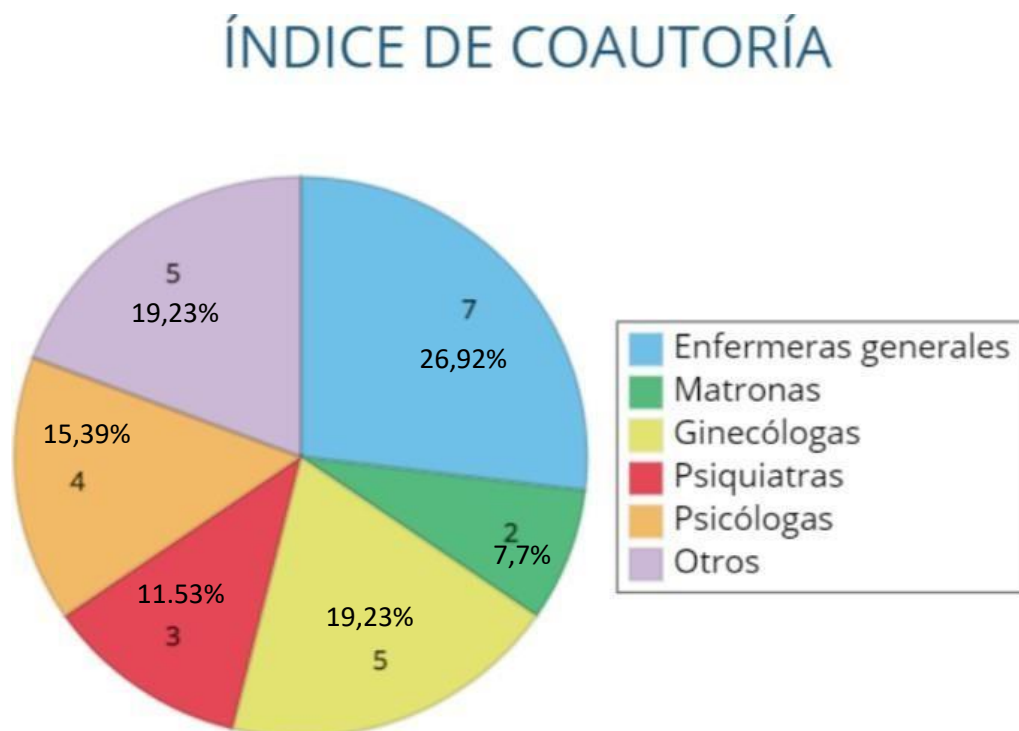
Figura 4. Países origen de la publicación. Fuente: elaboración propia.



ÍNDICE DE COAUTORÍA:

En cuanto a la profesión de los autores de los artículos, la mayoría (26,93%) son enfermeras generales con un total de 7 artículos sin embargo 2 artículos (7,7%) están publicados por matronas. De los 18 artículos 5 están publicados por ginecólogas (19,23%), y 3 por psiquiatras (11,53%). En 4 de los 26 artículos dentro de los autores se encuentran psicólogas, siendo así un (15,39%) de los publicadores.

Figura 5. Índice de coautoría. Fuente: elaboración propia.



7. ANÁLISIS / DISCUSIÓN

A continuación, se analizan los resultados partiendo de los objetivos específicos planteados previamente para el estudio de las consecuencias del aborto en la salud mental de la mujer-pareja-familia.

7.1 Identificar las carencias y necesidades que tiene la mujer-pareja-familia durante todo el proceso del aborto.

En los diversos estudios seleccionados, se afirma que los padres que sufren un aborto reflejan carencias e insatisfacciones en sus necesidades físicas y emocionales.

La primera carencia que se refiere por parte de los padres es la falta de información proporcionada por el personal sanitario. .(Puede ser información tanto oral, como escrita o recursos de información en la web.). deMontigny et al¹⁴ diferencia esta en tres momentos del proceso, la información proporcionada en el pre-aborto o el anuncio de aborto, durante el curso del mismo y el seguimiento posterior.

Emond et al¹³, deMontigny et al¹⁴, Bilardi et al¹⁹, Georgsson et al¹⁸, Altshuler et al²², Correa et al²⁶, Lotto et al²³ e Ipial et al³⁰ están de acuerdo en que existe una carencia y unas necesidades insatisfechas en la atención recibida durante el proceso del aborto, que hacen que el nivel de satisfacción de los padres no sea óptimo.

Emond et al¹³ divide las necesidades insatisfechas de los padres en tres categorías. Las necesidades de **salud física**; refiere que las principales son, reducir las demoras en proporcionar a los padres pruebas de diagnóstico para determinar la viabilidad del embarazo y programar una cita de seguimiento con un profesional de la salud.

Las necesidades **cognitivas**; La necesidad de una explicación más detallada en el momento del diagnóstico, la necesidad de información esencial para la recuperación después de un aborto, y la necesidad de material informativo escrito sobre el aborto espontáneo y los recursos y servicios disponibles.

Las necesidades **emocionales** de los padres incluyen el cuidado centrado en la salud emocional, un espacio más privado en el servicio de urgencias y para las mujeres que sufren un aborto espontáneo, el apoyo de su pareja.

7.2 Determinar alteraciones en la salud mental de la mujer pareja-familia como consecuencia del aborto.

Según el estudio publicado por Akdag et al¹⁷ las mujeres experimentan problemas psicológicos después del aborto; la ansiedad y la depresión son los síntomas psicológicos más comunes. Farren et al²¹ suma a estos el término estrés postraumático (EPT) y añade, que aunque la prevalencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión disminuye con el tiempo, las proporciones observadas permanecen clínicamente considerables 9 meses después de la pérdida temprana del embarazo.

Akdag et al¹⁷ , Farren et al²¹ ,Famarzi¹⁵y Kulathilaka¹⁶ , coinciden en que el aborto es un suceso traumático con gran impacto emocional sobre las mujeres, con elevadas tasas de morbilidad psicológica.

Kulathilaka¹⁶ et al refieren que más de la mitad de las mujeres cumplen criterios de duelo después del diagnóstico de un aborto espontáneo.

Akdag et al¹⁷ y Bautista et al²⁴, concuerdan que el aborto, además de complicaciones médicas, conlleva una serie de sentimientos, emociones y necesidades psicológicas adicionales. Akdag et al¹⁷ asimismo, concluyen diciendo que los altos niveles de depresión y ansiedad que padecen las mujeres que experimentan un aborto, muestran la importancia y la necesidad de un apoyo psicológico.

Famarzi et al¹⁵ informan que las mujeres embarazadas con un historial de aborto espontáneo con menos de un año, tienen más riesgo de síntomas psiquiátricos y angustia del embarazo que las mujeres que no han sufrido un aborto. Este estudio respalda las implicaciones para planificar la atención psicológica postaborto para las mujeres, especialmente a las que desean quedarse embarazadas durante los 12 meses posteriores al aborto espontáneo.

Akdag et al¹⁷ et al advierten que el apoyo social de familiares y amigos puede disminuir significativamente los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres; El apoyo social de sus parejas también puede reducir los niveles de ansiedad.

Por otro lado, Barat et al²⁹, añaden que la administración de la sesión de BSP(psicoterapia de apoyo breve) en la prevención de la morbilidad psiquiátrica durante las primeras 24 horas de hospitalización para mujeres con aborto espontáneo, puede considerarse un método confiable para prevenir síntomas de

ansiedad, síntomas de depresión y duelo perinatal a los cuatro meses de seguimiento.

7.3 Determinar los factores de riesgo/protectores de alteraciones en la salud mental de la mujer-pareja-familia como consecuencia del aborto.

Durante la búsqueda se han encontrado varios estudios que hablan de factores influyentes a la hora de sufrir trastornos de salud mental tras haber experimentado un aborto.

Verdon et al²⁵, refieren que las mujeres en situaciones vulnerables, como las inmigrantes, las de baja condición socioeconómica o las mujeres sin hijos son especialmente vulnerables a problemas de salud mental después de un aborto espontáneo.

Por otro lado, Akdag et al¹⁷ y Verdon et al²⁵ coinciden en que, un nivel alto de apoyo social, así como, la calidad de la relación conyugal y la satisfacción con el cuidado de la salud, podrían ser importantes factores de protección.

7.4 Determinar las intervenciones del equipo multidisciplinar en todo el proceso del aborto.

Bilardi et al¹⁹ insiste que, a pesar de las considerables barreras estructurales, parece probable que en la práctica habitual de los profesionales sanitarios, exista un margen para mejorar la atención de apoyo a través de medidas simples como un mayor reconocimiento, la provisión de información y la derivación a los servicios de apoyo existentes.

Georgsson et al¹⁸ recalca la importancia de que los profesionales de la salud brinden suficiente información preparatoria para permitir la preparación y disminuir el impacto de posibles eventos inesperados durante o después del proceso. Añade también que existe la necesidad de desarrollar un servicio confiable basado en la Web que contenga información honesta y de alta calidad.

Bautista et al²⁴ proponen una serie de medidas para mejorar la calidad asistencial basándose en las necesidades de las mujeres ante el diagnóstico de aborto. Entre estas medidas se encuentran la reducción de los tiempos de espera en urgencias y en consulta, dar información sobre el proceso por escrito y en lenguaje comprensible, organización adecuada del espacio (sala de valoración y de estancia específica en urgencias-paritorio), tarjeta de identificación visible del personal sanitario, dar solución a las necesidades emocionales de la paciente, evitando la banalización del proceso, proporcionar información médica continua e individualizada sobre el proceso, explicar que el afrontamiento del duelo es conveniente y necesario, permitir que la pareja o el familiar acompañe a la mujer durante el proceso de diagnóstico e identificar a las pacientes en riesgo de duelo complicado y programar un seguimiento de las mismas.

8. CONCLUSIONES

El aborto es una experiencia traumática que puede originar problemas psicológicos, tales como; ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Existe una necesidad y a su vez una carencia de información (oral, escrita y online) durante los tres momentos del proceso (amenaza de aborto, aborto en curso y seguimiento posterior), que se debe solventar proporcionando información continua e individualizada sobre todo el proceso.

Se ha de valorar cada caso de forma independiente basándose en las necesidades específicas de cada mujer-pareja-familia, para poder dar respuesta acertadamente a los requerimientos individuales.

El equipo multidisciplinar que cuida a la mujer-pareja-familia, debe fomentar el acompañamiento y la participación activa de la pareja durante todo el proceso del aborto, en el caso de que la haya.

Es necesaria la formación continuada de los profesionales para poder interpretar adecuadamente las emociones y necesidades de la mujer, pareja-familia. Dar el apoyo emocional, ofreciendo una atención individualizada y continuada durante todo el proceso favoreciendo la expresión de los sentimientos, es fundamental para la elaboración positiva del duelo postaborto.

Nuestra responsabilidad enfermera nos obliga a estar constantemente preparados para cuidar integralmente de las respuestas humanas, sea cual sea el proceso de salud/enfermedad. Es bueno tener en cuenta siempre el pensamiento sobre la salud mental que C. S. Lewis describió:

“El dolor mental es menos dramático que el físico, pero es más común y también más difícil de soportar”

Tras finalizar el estudio, podemos afirmar que los objetivos planteados para el mismo se han cumplido y que la pregunta de investigación ha sido respondida.

8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Cabe destacar la poca cantidad de artículos encontrados en las bases de datos, por no ajustarse a los criterios de inclusión establecidos, especialmente al intervalo de tiempo establecido (2015-2020).

Dada las pocas investigaciones publicadas en España, únicamente 1 de los 18 artículos seleccionados es español, los resultados de los mismos únicamente pueden tomarse como referencia para plantear estudios nacionales, que favorezcan la investigación y la posterior implantación de intervenciones encaminadas al cuidado de la salud mental en la mujer-pareja-familia en todo el proceso del aborto.

8.2 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

- Estudio de la calidad de la atención de enfermería/enfermería especialista, a la salud mental de la mujer en el periodo postaborto.
- Estudio de los resultados de la implantación de psicoterapia de apoyo breve en las primeras 24h postaborto.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. 2015; Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21343/4/BCN%20Interrupcion%20voluntaria%20del%20embarazo_2015_FIN_AL_v3.pdf
2. Mayoclinic.org. 2020. *Aborto Espontáneo - Síntomas Y Causas* - Mayo Clinic. [Internet] Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>
3. Capdevila CC, Fuster IS. Ginecología. REV_Aborto farmacologico en el primer trimestre de la gestacion 2018; Available from: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf
4. SEGO. (2010). Protocolos asistenciales en Obstetricia: Aborto espontáneo. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 1, 207–222. <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>
5. Generalitat . Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública. Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico. 2017;30. Available from: <http://www.san.gva.es/documents/156344/4155c437-cc29-40e0-8b59-fa3890c7364d>
6. La interrupción voluntaria del embarazo,situación clínica de la gestante. Departamento de salud gobierno vasco. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.euskadi.eus/informacion/interrupcion-voluntaria-del-embarazoive/web01a3embar/es/#:~:text=La%20interrupci%C3%B3n%20voluntaria%20del%20embarazo,situaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20de%20la%20gestante>

7. Mayo Clinic. 2020. *Miscarriage - Symptoms And Causes*. [Internet] Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298>
8. Salvatierra-Pastoriza K, Suárez-Gurumendi A. Consecuencias Bio - Psico-Sociales que produce el aborto inducido, en mujeres en edad reproductiva atendidas en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil, de agosto a diciembre del 2019. Univ Católica Santiago Guayaquil [Internet]. 2020; Available from: <http://192.188.52.94/bitstream/3317/14932/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-595.pdf>
9. Organización Mundial de la Salud. 2020. *Salud Mental*. [Internet] Available from: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
10. Servicio Madrileño de Salud. Protocolo de atención al duelo en la Comunidad de Madrid. Documento de apoyo a los profesionales de la salud para la atención al duelo. 2019;32. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050102.pdf>
11. Mayo Clinic. 2020. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) - Symptoms And Causes*. [Internet] Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>
12. Login - SSO – Universitat Rovira i Virgili. 2020. *NNN Consult*. [Internet] Available from: <https://www-nnnconsult-com.sabidi.urv.cat/>
13. Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1952–1965. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/30654409/>

14. Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 45(6), 670–676. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31495508/>
15. Haghpourast, E., Faramarzi, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(5), 1097–1101. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/27882001/>
16. Kulathilaka, S., Hanwella, R., & de Silva, V. A. (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC psychiatry*, 16, 100. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/27071969/>
17. Akdag Topal, C., & Terzioğlu, F. (2019). Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 618–623. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31004351/>
18. Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E., & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: a Swedish Web- based exploratory and retrospective qualitative study. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*, 24(5), 380–389. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31368829/>
19. Bilardi, J. E., Sharp, G., Payne, S., & Temple-Smith, M. J. (2020). The need for improved emotional support: A pilot online survey of Australian women's access to healthcare services and support at the time of miscarriage. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, S1871-5192(20)30277-8. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/32758392/>

20. Chor, J., Lyman, P., Tusken, M., Patel, A., & Gilliam, M. (2017). Women's experiences with doula support during first-trimester surgical abortion: a qualitative study. *Contraception*, 93(3), 244-248. doi: 10.1016/j.contraception.2015.10.006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27660331>
21. Farren, J., Jalmar, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(4), 367.e1–367.e22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31953115/>
22. : Altshuler, A., Ojanen-Goldsmith, A., Blumenthal, P., & Freedman, L. (2017). A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Social Science & Medicine*, 191, 109-116. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.09.010. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617305440?via%3Dihub>
23. Lotto, R., Armstrong, N., & Smith, L. K. (2016). Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly - A qualitative study of what is important to parents. *Midwifery*, 43, 14–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825056/>
24. Bautista-Balbás, B.P; Abellán-Lucas, S; Gómez-Moreno, M; Martínez-Molina, A; Dema-Pérez, S. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. *Matronas profesión*. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/original-necesidades-y-sentimientos-aborto.pdf>

25. deMontigny, Francine, Verdon, Chantal, Meunier, Sophie, Gervais, Christine, & Coté, Isabel. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3350. Disponible en: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/1518-8345.3382.3350>
26. Strefling, Ivanete da Silva Santiago, Lunardi Filho, Wilson Danilo, Kerber, Nalú Pereira da Costa, Soares, Marilu Correa, & Ribeiro, Juliane Portella. (2015). Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 784-791. Epub August 25, 2015. Disponible en: <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1590/0104-07072015000940014>
27. Cardoso-Escamilla, María Esther, Zavala-Bonachea, María Teresa, & Alva-López, María del Carmen. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 109-120. Disponible en: http://www.scielo.org.co.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000200009&lang=en
28. Moreno López, Midiam, Flores Celis, Karla, González-Forteza, Catalina, Saltijeral, María Teresa, Schiavon, Raffaella, Collado, María Elena, Ortiz, Olivia, & Ramos Lira, Luciana. (2019). Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud mental*, 42(1), 25-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx.sabidi.urv.cat/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252019000100025&lang=en
29. Barat, S., Yazdani, S., Faramarzi, M., Khafri, S., Darvish, M., Rad, M. N., & Asnafi, N. (2020). The effect of brief supportive psychotherapy on prevention of psychiatric morbidity in women with miscarriage: A randomized controlled trial about the first 24-hours of hospitalization. *Oman Medical Journal*, 35(3), 1. doi:10.5001/OMJ.2020.48. Disponible en: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85089523317&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=d65ab90b5fa371e3ed95d3b78363cfc2&s>

[ot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222021%22%2c%2c%222020%22%2c%2c%222019%22%2c%2c%222018%22%2c%2c%222017%22%2c%2c%222016%22%2c%2c%222015%22%2c%2c%22bscolang%2c%22English%22%2c%2c%22Spanish%22%2c%2c%22Portuguese%22%2c%2c%22bscofreetoread%2c%22all%22%2c%2c%22bscosubtype%2c%22ar%22%2c&sl=42&s=TITLE-ABS-KEY+%28ABORTION+and+mental+health%29&relpos=24&citeCnt=0&searchTerm=](#)

30. Ipial De La Torre, A. M. (2019-11-27). *Calidad del cuidado de enfermería en mujeres con diagnóstico de aborto en centro obstétrico del hospital San Luis de Otavalo, Otavalo, 2019* (Bachelor's thesis). Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9475>
31. Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8. Disponible en: [https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=](https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=1)
32. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27. [https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/cohortes11.pdf?file=1&type=node&id=157&force=](https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/cohortes11.pdf?file=1&type=node&id=157&force=1)

10. ANEXOS

Anexo 1: Preguntas del listado CASPe para estudios cualitativos. ³¹

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?

Preguntas “de detalle”:

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 (reflexividad)?
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

Revisión de estudios cualitativos:

[illegible]

Anexo 2: Preguntas del listado CASPe para estudios de cohortes. ³²

A/ ¿SON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO VÁLIDOS?

Preguntas de eliminación.

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

Preguntas de detalle.

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?

B/ ¿CUALES SON LOS RESULTADOS?

6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?

C/ ¿SON LOS RESULTADOS APLICABLES A TU MEDIO?

8. ¿Te parecen creíbles los resultados?
9. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?
10. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
11. ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?

Revisión de estudios de cohortes:

[illegible]

Anexo 3: Preguntas del listado CASPe para estudios de casos y controles.

A/ ¿SON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO VALIDOS?

Preguntas de eliminación.

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?

Preguntas de detalle.

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/o análisis?

B/ ¿CUALES SON LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO?

7. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
8. ¿Cuál es la precisión de los resultados? ¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo?
9. ¿Te crees los resultados?

C/ ¿SON LOS RESULTADOS APLICABLES A TU MEDIO?

10. ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?
11. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?

Revisión de estudios de casos y controles:

Artículo	Preguntas											Total de ítems cumplidos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history ¹⁵	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11
The effect of brief supportive psychotherapy on prevention of psychiatric morbidity in women with miscarriage: A randomized controlled trial about the first 24- hours of hospitalization ²⁹	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11

