

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN MUJERES
CON ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTÁNEO**

MONOGRAFÍA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Eva Mariela Girón Méndez
María del Rosario Gómez López

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2022



USAC
TRICENTENARIA

**COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
-COTRAG-**



El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, hacen constar que los estudiantes:

1. EVA MARIELA GIRÓN MÉNDEZ 201310039 3424470762201
2. MARÍA DEL ROSARIO GÓMEZ LÓPEZ 201321875 2741141002101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación, en modalidad de monografía titulado:

**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MAS FRECUENTES
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTANEO**

Trabajo asesorado por el Dr. Víctor Tzunux Tzoc y, revisado por la Dra. Alicia Margarita Fuentes Zarate, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el catorce de octubre del año dos mil veintidós



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohem
Coordinadora



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

**Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva. PhD
Decano**

La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. EVA MARIELA GIRÓN MÉNDEZ 201310039 3424470762201
2. MARÍA DEL ROSARIO GÓMEZ LÓPEZ 201321875 2741141002101

Presentaron el trabajo de graduación en modalidad de monografía, titulado:

**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTANEO**

El cuál ha sido revisado y aprobado por el Lic. Oscar Hugo Machuca Coronado, profesor de la COTRAG y, al establecer que cumple con los requisitos solicitados, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el catorce de octubre del año dos mil veintidós.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Handwritten signature in blue ink over a rectangular official stamp. The stamp contains the USAC Tricentennial logo, the Faculty of Sciences logo, and the text: "COORDINACION DE TRABAJOS DE GRADUACION -COTRAG-".

Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora

Guatemala, 14 de octubre del 2022

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Presente

Le informamos que nosotras:

1. EVA MARIELA GIRÓN MÉNDEZ
2. MARÍA DEL ROSARIO GÓMEZ LÓPEZ

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES
EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTANEO**

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor:
Dr. Victor Tzunux Tzoc

Dr. Victor Tzunux Tzoc
MSc. Ginecología y Obstetricia
Col. 19223

Revisora:
Dra. Alicia Margarita Fuentes Zarate
Registro de personal: 20190296

Dra. Alicia Fuentes
MSc. en Ginecología y Obstetricia
Col. 16470

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

Las autoras son las únicas responsables de la originalidad y validez científica de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas o la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y las autoras deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, como de las otras instancias competentes que así lo requieran.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta monografía a Dios y la Virgen Santísima por acompañarme en el camino de mis sueños. Así mismo a mis padres Guillermo Gómez y Marielis López, por ser un ejemplo de dedicación, amor y apoyo en mi vida, por sus palabras de aliento cuando sentía no poder más y por ayudarme a cumplir mi meta. A mis hermanos Diana y Diego Gómez, por ser pilares importantes en mi vida y estar en las buenas y en las malas. A mi novio Edgar Mendoza por su amor y apoyo incondicional en mi carrera. Gracias a mis dos ángeles, mis abuelitas, sé que están muy felices en este momento. A mis tías Peñate y demás familia, por creer siempre en mí, por brindarme sus buenos deseos, cariño y apoyo a la distancia. A mis amigos de Casa Mia por cada buen momento que vivimos y por ser incondicionales. A Víctor Tzunux, pues desde el inicio y hasta el final conté con su apoyo y, por último, a todas esas personas que alguna vez fueron mis pacientes y permitieron mi aprendizaje. Muchas gracias.

María del Rosario Gómez

Dedico la presente monografía principalmente a Dios y a la Virgen por forjar mi camino y haberme dirigido por el sendero correcto, siendo guías en mi vida para cumplir todos mis sueños. A mis padres Juan Luis Girón y Silvia Méndez, ya que son mi pilar fundamental y apoyo en mi formación académica, me han brindado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello de una manera desinteresada y llena de mucho amor. A mis hermanos Luis y Alejandra Girón, que han sido mi ejemplo a seguir y han estado conmigo en esta lucha para alcanzar cada una de mis metas. A mis cuatro abuelos, quienes son unos ángeles en mi vida, fueron una guía para mí, han sido y seguirán siendo parte de cada uno de mis sueños y metas cumplidos. Por último, a todas las personas que fueron parte en el transcurso de mi vida universitaria y estuvieron como apoyo para lograr concluir este gran paso como profesional.

Eva Girón

AGRADECIMIENTOS

A la universidad San Carlos de Guatemala, por ser nuestra *alma mater*, por ser un hogar, por aceptarnos y abrirnos sus puertas para cumplir nuestros sueños.

A nuestra Facultad de Ciencias Médicas, por permitir formarnos como profesionales, por brindarnos los recursos necesarios para formarnos con la enseñanza de grandes profesionales de la salud como lo fueron nuestros catedráticos y poder adquirir un conocimiento de calidad y vocación.

A los hospitales que nos acogieron para realizar nuestras prácticas y capacitarnos para ser mejores profesionales.

A nuestra asesora Dra. Alicia Fuentes y revisor Dr. Víctor Tzunux, por la paciencia y conocimiento profesional aportado para la elaboración de esta monografía.

A nuestros amigos y compañeros por su apoyo incondicional y ser parte fundamental para cumplir nuestras metas.

ÍNDICE

Prólogo	I
Introducción	II
Objetivos	V
Métodos y técnicas	VI
Capítulo I. Factores de riesgo que predisponen trastornos psiquiátricos en pacientes con antecedente de aborto espontáneo.....	1
Capítulo II. Características sociodemográficas en pacientes que presentan trastornos psiquiátricos posteriores a un aborto espontáneo	10
Capítulo III. Impacto social, emocional y familiar en pacientes que presentan trastornos psiquiátricos posteriores a un aborto espontáneo	15
Capítulo IV. Análisis.....	21
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias bibliográficas	25
Apéndices	33

PRÓLOGO

Este trabajo monográfico fue realizado con el objetivo de dar a conocer los trastornos psiquiátricos más frecuentes en mujeres con antecedentes de abortos espontáneos. Para poner en contexto se afirma que el aborto espontáneo históricamente es un hecho muy frecuente durante la vida fértil de la población femenina mundial, actualmente se describe que todos los embarazos confirmados pueden alcanzar un porcentaje de hasta el 30%. Ocurre con mayor frecuencia durante el primer trimestre del embarazo, a medida que avanza la edad gestacional la pérdida espontánea del embarazo disminuye. En cuanto a su etiología, se sabe que pueden ser múltiples, pero se ha descrito que la causa más probable es de origen genético. Para su diagnóstico debe ser llevado a cabo por un médico especialista, realizar una adecuada historia clínica y examen físico y ser confirmado por estudios complementarios como la ecografía para evitar errores. Todavía sigue siendo un causal de alto porcentaje de morbilidad y mortalidad en las mujeres que lo sufren. Entre las secuelas se pueden mencionar shock hipovolémico por hemorragia excesiva, en algunas ocasiones pueden volverse sépticos y poner en riesgo la vida si no se da tratamiento adecuado. Entre otras consecuencias se puede mencionar la morbilidad emocional que repercute en la población femenina y su entorno, lo cual se detalla en este trabajo. Entre los trastornos emocionales que se pueden desencadenar posterior a un aborto espontáneo se menciona la depresión, el estrés post traumático y la ansiedad.

Esta monografía se encuentra dividida en 4 capítulos. En el capítulo 1 se dan a conocer los factores de riesgo de trastornos psiquiátricos, se detallan definiciones de términos importantes y necesarios para la comprensión del tema. Se define la depresión, el estrés postraumático y la ansiedad, así mismo se describe el diagnóstico. Se desarrolla el aborto espontáneo, antecedentes, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y, por último, los factores de riesgo que predisponen a trastornos psiquiátricos. En el capítulo 2 se describen las características sociodemográficas de las pacientes que desarrollaron algún trastorno psiquiátrico posterior a un aborto espontáneo, las características sociales y demográficas. El capítulo 3 aborda el impacto que la paciente puede llegar a sufrir con relación a lo social, emocional y familiar, se discute si existe algo positivo o negativo para la vida de la misma. Si cierra con el capítulo 4, en el que se realiza un análisis comparativo con la información que se recolectó para avalar este trabajo.

Víctor Tzunux
Ginecólogo y Obstetra
Asesor

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es la pérdida inesperada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, siendo el 12 al 30% de todos los embarazos confirmados. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren en las primeras 12 semanas (80%), el resto de los casos ocurre entre la semana 12 y 20 de gestación (20%). La mayoría de las mujeres, después de un aborto espontáneo, pueden experimentar uno o más de los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad y estrés postraumático.¹

Según información médica actual se evidencia el impacto que pueden generar los episodios de aborto en la salud mental de las mujeres, se ha evidenciado que el 78.56% de las mujeres con antecedente de aborto espontáneo desarrollan depresión mayor, mientras que, el 64% de ellas sufren de trastornos de ansiedad.² Un estudio realizado en Alemania evaluó el curso del embarazo hasta el aborto espontáneo en 15 mujeres con antecedentes de trastornos psiquiátricos y con síntomas de estrés postraumático, observándose una reactivación de los síntomas como episodios perceptivos, pesadillas, sensación de pánico, temores sobre la repetición de la experiencia y recuerdos perturbadores.^{3,4}

Entre los factores de riesgo que predisponen a desarrollar trastornos psiquiátricos después de un aborto espontáneo están: antecedentes de trastornos psiquiátricos y psicológicos previos; antecedentes médicos quirúrgicos, como por ejemplo los legrados. Actualmente los trastornos psiquiátricos derivados del aborto espontáneo se han asociado con un aumento en la mortalidad. Aproximadamente un 90% de las pacientes que llegan al suicidio presentan algún trastorno psiquiátrico, de igual forma diferentes estudios poblacionales relacionan la salud mental con indicadores de entornos no saludables. La morbimortalidad de los trastornos psiquiátricos se encuentra asociada a malos hábitos de salud, por ejemplo, consumo de sustancias nocivas, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, aislamiento, poco apoyo familiar, y violencia.^{5,6}

El impacto emocional que sufren las mujeres que presentan trastornos psiquiátricos con antecedente de aborto espontáneo es de enorme magnitud debido a que pueden pasar por diferentes situaciones tales como: pérdida, tristeza, agotamiento e irritabilidad. Esto puede ocasionar afectaciones en la vida cotidiana, perjudicando las relaciones interpersonales, provocando aislamiento social, originando falta de libido o disfunción sexual, en estas situaciones puede existir incluso distanciamiento conyugal; además, puede afectar la capacidad de estudiar o trabajar en los pacientes. El fallecimiento de un hijo es interpretado por la sociedad como un intento frustrado de formar una familia, principalmente si es el primer embarazo.⁷ De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la salud mental materna tiene un alto impacto a largo plazo, debido a que restringe la oportunidad de participar social y

económicamente, limita capacidades de autocuidado, afectando la salud y desarrollo humano de los hijos de los pacientes.⁸

Con base en la problemática identificada, en la presente monografía se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y factores de riesgo de las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos y desarrollo de trastornos psiquiátricos?, ¿Qué factores de riesgo predisponen a desarrollar trastornos psiquiátricos en mujeres con antecedente de aborto espontáneo?, ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes que desarrollan trastornos psiquiátricos posteriores a un aborto espontáneo?, ¿Cuál es el impacto social, emocional y familiar que se ha documentado en mujeres con trastornos psiquiátricos posteriores a un aborto espontáneo? De tal cuenta, en la presente investigación se planteó describir las características sociodemográficas y factores de riesgo de las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos y desarrollo de trastornos psiquiátricos.

La presente investigación es una monografía tipo documental, que siguió un diseño descriptivo. La estrategia de búsqueda y recopilación de la información incluyó lo siguiente: revisión de libros de ginecología y psicología; publicaciones médicas sobre estudios descriptivos, transversal, de cohorte; y artículos de interés en bases de datos digitales acerca de trastornos psiquiátricos asociados a antecedente de aborto espontáneo. Se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Heading (MeSH)*; además, se emplearon calificadores y operadores lógicos con el objetivo de realizar una búsqueda efectiva. Se emplearon los siguientes motores de búsqueda: HINARI, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de Guatemala, Portal Regional de la BVS (BIREME), bases de datos de la Biblioteca y Centro de Documentación Dr. Julio de León Méndez de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (apéndice A).

En este documento se presentan cuatro capítulos. En el capítulo uno se describen los trastornos psiquiátricos realizando énfasis en: depresión, ansiedad y estrés postraumático; se expone acerca del aborto espontáneo, sus antecedentes, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y se finaliza con los factores de riesgo que predisponen a las pacientes con antecedente de aborto espontáneo a padecer trastornos psiquiátricos. En el capítulo dos se presenta información sobre las características sociodemográficas de las pacientes que padecen trastornos psiquiátricos posterior a un aborto espontáneo. En el capítulo tres se describe el impacto social, emocional y familiar de las pacientes que presentan trastornos psiquiátricos

posteriores a un aborto espontáneo. Por último, en el cuarto capítulo se analiza la información registrada para la elaboración de la monografía, con base en los objetivos propuestos.

Por lo que se concluye que existe relación entre el aborto espontáneo y la recurrencia de trastornos psiquiátricos en la población femenina de Europa, Asia, África y Latinoamérica, cuya sintomatología principal son síntomas depresivos, ansiedad y estrés postraumático.^{9,10}

Los factores de riesgo encontrados en estas pacientes son: haber sufrido abortos previos y pacientes con antecedentes de episodios depresivos. Las características demográficas incluyeron a mujeres mayores de edad entre 18-45 años, principalmente de origen latino, que viven en área rural con un nivel socioeconómico bajo y con inaccesibilidad a un adecuado servicio de atención de salud.¹¹⁻¹⁶

Se evidencio un alto impacto social, debido a que posterior a este suceso las mujeres sufren aislamiento social, perjudicando sus relaciones interpersonales, menos interés por actividades sociales y académicas afectando su vida cotidiana y entorno. Emocionalmente las pacientes se ven afectadas y con sentimientos constantes de culpabilidad, irritabilidad, desaliento e incluso ideación suicida los cuales posteriormente son diagnosticados con depresión ansiedad o trastorno de estrés postraumático. El impacto en el ámbito familiar es alto debido a que la pérdida de un ser querido afecta la relación de pareja, creado un ambiente negativo y de hostilidad dentro del núcleo familiar llevándolos a una desintegración.¹⁷⁻²²

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir las características sociodemográficas y factores de riesgo de las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos y desarrollo de trastornos psiquiátricos.

Objetivos específicos

1. Analizar los factores de riesgo que predisponen a desarrollar trastornos psiquiátricos en mujeres con antecedente de aborto espontáneo.
2. Registrar las características sociodemográficas de las pacientes que desarrollan trastornos psiquiátricos posterior a un aborto espontáneo.
3. Recopilar información sobre el impacto social, emocional y familiar generado en mujeres con trastornos psiquiátricos a partir de un aborto espontáneo.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

La presente investigación es una monografía tipo documental, que siguió un diseño descriptivo. En el proceso de búsqueda de información se utilizaron documentos en idioma español e inglés. Se emplearon los siguientes motores de búsqueda: HINARI, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de Guatemala, Portal Regional de la BVS (BIREME), bases de datos de la Biblioteca y Centro de Documentación Dr. Julio de León Méndez de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Heading* (MeSH); calificadores y operadores lógicos con el objetivo de realizar una búsqueda ordenada y específica (apéndice A). La búsqueda de información fue realizada a nivel mundial, priorizando fuentes con texto completo publicados en los últimos 15 años; sin embargo, se utilizó información relevante publicada con mayor antigüedad, para sustentar la presente investigación.

Las fuentes de información utilizadas fueron: libros de ginecología, psicología y psiquiatría; publicaciones médicas sobre estudios descriptivos, transversales, de cohorte; y artículos de interés en bases de datos digitales acerca de trastornos psiquiátricos asociados a antecedente de aborto espontáneo. Con el objetivo de seleccionar la información relevante se utilizó un método de subrayado por colores durante la lectura de los documentos, a través del siguiente procedimiento: la información subrayada con amarillo fue usada exclusivamente para el capítulo uno; la información subrayada con rosado para el capítulo dos; y la información subrayada con verde fue utilizada en el capítulo tres. Se realizó un análisis de la información en el capítulo cuatro, teniendo como guía los objetivos de la monografía y las preguntas de investigación.

CAPÍTULO 1. FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTÁNEO

Sumario

- Generalidades de trastornos psiquiátricos
- Aborto espontáneo
- Relación del aborto espontáneo y la ocurrencia de trastornos psiquiátricos
- Factores de riesgo que predisponen a trastornos psiquiátricos a partir de un aborto espontáneo

1.1. Generalidades de trastornos psiquiátricos

Los trastornos psiquiátricos se encuentran definidos como la alteración de procesos cognitivos y afectivos en el desarrollo humano.²³ Se estima que, a nivel mundial en el año 2015, los pacientes con depresión eran más de 300 millones, y aproximadamente el mismo número padecían otro tipo de trastorno. Se determinó que la depresión es el principal factor que genera discapacidad a nivel mundial con un 7.5% y la ansiedad en un 3.4%.^{24,25}

En el año 2010 se realizó un estudio en Estados Unidos por la *American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry* con el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. Se utilizó una muestra de 10,123 adolescentes en edades de 15 a 22 años, la recopilación de datos fue por medio de encuestas. Se concluyó que el 14% de la muestra del estudio presentaba algún trastorno depresivo y el 31.9% presentaba trastorno de ansiedad.²⁶

Se realizó una revisión bibliográfica en el año 2014 en España por parte de la Universidad Católica de Valencia, con el objetivo de evidenciar la relación entre aborto y salud mental de la mujer. Se recopilaron los artículos más recientes publicados acerca del tema. Dicha revisión bibliográfica dio a conocer que las enfermedades transmisibles y no transmisibles forman un factor de riesgo importante para padecer trastornos psiquiátricos.²⁷

En los meses de enero a diciembre del año 2015 se realizó un análisis estadístico de salud mental en Guatemala por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el objetivo de determinar el comportamiento de los trastornos psiquiátricos en la población. Se concluyó que los principales trastornos psiquiátricos registrados en la población fueron: ansiedad, depresión y

estrés, los cuales están relacionados con el consumo de alcohol. Se observó que en mayor proporción las mujeres consultan por los siguientes diagnósticos clínicos: ansiedad, depresión, estrés, trastornos somatomorfos, trastornos mixtos, trastorno afectivo bipolar y trastornos neuróticos. Además, el estudio determinó que los departamentos de Petén, Guatemala, Jutiapa, Zacapa, Santa Rosa y Escuintla son los departamentos que tienen el índice más alto de padecimientos de trastornos psiquiátricos.²⁸

1.1.1. Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es definida como “un proceso patológico frecuente que se caracteriza por síntomas físicos”.²⁹ La depresión tiene varias presentaciones clínicas y cada una con distintos síntomas específicos, a todo este grupo de patologías se les llama trastornos de depresión, siendo más frecuentes los siguientes: trastorno depresivo crónico, trastorno depresivo mayor, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo promovido por sustancias o medicamentos, y trastorno depresivo secundario a otra patología médica. En la sintomatología física de los trastornos depresivos se puede observar insomnio, fatiga, mialgias y problemas de memoria y concentración.³⁰

En el año 2013 se realizó una revisión bibliográfica en Cuba por parte de la Universidad Latinoamericana de Cuba, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión y tasas de recurrencia en la población, concluyendo que uno de los trastornos más frecuentes en el sexo femenino es la depresión debido a factores hormonales, genéticos, psicosociales y hereditarios.³¹

1.1.2. Estrés postraumático

El estrés postraumático se define como un malestar psicológico prolongado o intenso que se manifiesta como respuesta tardía y diferida, con una exposición a factores internos o externos, como, por ejemplo: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o incluso situaciones que despierten pensamientos, recuerdos o sentimientos angustiosos. Este tipo de trastorno genera alteraciones cognitivas y del estado de ánimo posterior al suceso traumático. Existen características específicas que poseen los pacientes que padecen de estrés postraumático como: incapacidad de recordar sucesos importantes de un evento traumático, amnesia disociativa, expectativas exageradas y persistentes sobre el mundo, distorsión de la realidad, estado emocional negativo y disminución del interés.^{32,33}

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2009 en Guatemala, el estrés postraumático es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en el país, representando un 6.9% en toda la población.³⁴

1.1.3. Ansiedad

La ansiedad es una condición que se caracteriza principalmente por miedo excesivo como respuesta emocional a una amenaza que puede ser real o imaginaria, reaccionando con una activación autonómica de fuga o defensa que se asocia a tensión muscular, comportamientos cautelosos o vigilancia con relación a peligros futuros.^{26,35}

Esta condición es esencial en determinados momentos, ya que puede proteger al ser humano del peligro y cumplir una función adaptativa que dispone a huir o pelear en un momento estresante; sin embargo, cuando se presenta en momentos de la vida en donde no existe peligro, solamente interviene negativamente en la vida diaria del paciente, caracterizándose como una fase de agitación, cambios del estado de ánimo o inquietud, dando como resultado el trastorno de ansiedad.²⁶

1.2. Diagnóstico de los trastornos psiquiátricos

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) dicta condiciones específicas para cada trastorno psiquiátrico, el diagnóstico definitivo de estas patologías debe ser realizado por un médico especialista en el área y debe requerir varias sesiones en las cuales se evalúan síntomas físicos y cognitivos, así como duración de los mismos.³

Existen diversos síntomas en psiquiatría que pueden deberse a abstinencia, abuso de sustancias o una enfermedad orgánica subyacente, por consiguiente, es necesario realizar pruebas complementarias para la obtención de un diagnóstico como, por ejemplo: anamnesis, examen físico y análisis de exámenes complementarios.²⁸

Además, existen pruebas de tamizaje que detectan síntomas generalizados asociados a estos trastornos, permitiendo identificar poblaciones con probabilidades altas de ser candidatas a padecer estas patologías.³²

1.3. Aborto espontáneo

1.3.1. Definición y antecedentes del aborto espontáneo

El aborto espontáneo se define como la pérdida del embrión previo a las 20 semanas de gestación o pérdida fetal con un peso menor a 400g.³⁶ Existen casos en los cuales la paciente nunca se entera que tuvo un embarazo y que sufrió un aborto espontáneo debido a que puede ser común confundir un aborto espontáneo con hemorragia menstrual.²

El aborto espontáneo representa un problema significativo para la salud pública, especialmente para países en desarrollo, debido a que se caracteriza por ser el tipo de aborto más frecuente en la población fértil. El 80% de los abortos espontáneos se da en las primeras 12 semanas de gestación; mientras que, el 20% de los casos ocurre entre las 12-20 semanas de gestación. Respecto a la edad de las pacientes que mayormente sufren de abortos espontáneos, del 10% a 12% son adolescentes, mientras que, en mujeres mayores a 35 años el porcentaje aumenta de 4-5 veces. Existen diversas causas y factores de origen fetal, materno y paterno que causan alteraciones que conducen a la pérdida del producto de gestación.^{36,37}

El aborto espontáneo es una de las causas con mayor morbimortalidad en mujeres con edad reproductiva. En Guatemala este tipo de aborto es la causa principal de mortalidad materna.³⁶ El riesgo de que exista un aborto espontáneo es clínicamente detectable, por lo que un adecuado control prenatal puede aumentar las posibilidades de evitar dicha pérdida. Las patologías más frecuentes causantes de abortos espontáneos son anormalidades en el desarrollo y crecimiento del embrión; y las menos frecuentes son las observadas cuando existe un crecimiento disminuido del embrión, productos muy macerados o dismórficos. Estas patologías se observan en mujeres que nunca han tenido un aborto en un 11% a 15%, y en mujeres que han tenido de uno a cuatro abortos en un 16% a 54%.³⁸

1.3.2. Etiología y fisiopatología del aborto espontáneo

Referente a la etiología del aborto espontáneo se puede encontrar las siguientes causas:

- Causas genéticas: los abortos espontáneos producidos por causas genéticas se dan aproximadamente en el 30-50% de los embarazos. En estos casos se han encontrado más frecuentemente las siguientes anomalías: trisomía autosómica, triploidía, monosomía X, tetraploidía y alteraciones de reordenación de cromosomas.³⁹

- Causas endocrinológicas: las causas más frecuentes son anomalías funcionales de tiroides, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona o fase lútea insuficiente, síndrome de ovario poliquístico y obesidad.³⁹
- Causas infecciosas: entre las infecciones causantes de abortos espontáneos se encuentran toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, virus de herpes simple, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis.³⁹
- Causas anatómicas: en las causas anatómicas se evidencian anomalías del útero en un 10-15%, causando abortos por mal desarrollo fetal, sinequias uterinas, miomatosis e incompetencia de cervical ístmica.³⁹
- Causas inmunológicas: entre las causas inmunológicas que producen abortos espontáneos se encuentran las patologías como síndrome antifosfolípidos, enfermedades maternas crónicas y exposición iatrogénica a teratógenos.³⁹

La fisiopatología del aborto espontáneo es variable, de acuerdo con la edad gestacional de la paciente. Se produce hemorragia en la decidua basal que puede darse antes de la muerte embrionaria o fetal, dando como resultado hemorragia vaginal e infiltración leucocitaria, pueden existir cambios necróticos que causan un desprendimiento en la pared uterina parcial o total, existe contracción uterina y cambios en el cuello uterino produciendo la expulsión del embrión o feto.³⁸

1.3.3. Cuadro clínico y diagnóstico del aborto espontáneo

El cuadro clínico más frecuente del aborto espontáneo es el siguiente: sangrado vaginal, dolor hipogástrico y expulsión del producto de la concepción. Para realizar un diagnóstico certero de aborto espontáneo se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

a) Anamnesis

Se realiza una entrevista ginecológica a la paciente acerca de su ciclo menstrual, irregularidades menstruales, tiempo transcurrido entre cada menstruación, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, fecha de última menstruación y fecha en la que se realizó la primera prueba de embarazo positiva. Es necesario calcular la edad gestacional de la paciente con base

en la fecha de la última menstruación con la finalidad de obtener una edad gestacional más exacta.⁴⁰

b) Exploración física

La exploración ginecológica para el diagnóstico de un aborto espontáneo es sumamente importante. Se puede iniciar realizando el método de descarte de abdomen agudo, seguido de una exploración bimanual para evidenciar el tamaño, forma uterina y dilatación del cérvix. Es indispensable la exploración física con ayuda de un espejo para evaluar el sangrado vaginal. De acuerdo con la cantidad de hemorragia observada se correlaciona con el riesgo que exista un aborto espontáneo. Raramente un embarazo continúa cuando se observa un sangrado igual o mayor al de la menstruación y existen restos ovulares en el orificio cervical externo. Estos restos pueden ser extraídos por medio de pinzas de anillos, lo cual ayudará a aliviar el dolor.⁴⁰

c) Ecografía

En la actualidad la ecografía es el medio más certero para el diagnóstico de un aborto espontáneo, se considera obligatorio en una mujer embarazada con sospecha de aborto y se debe considerar en pacientes con ciclos irregulares o que no recuerden su última menstruación, debido a que los hallazgos en ecografía pueden no corresponder a los esperados para la edad gestacional. En caso de un aborto espontáneo, se deben evitar errores para no indicar un tratamiento de evacuación ante un diagnóstico falso en una gestación viable, por lo cual se recomienda repetir la ecografía a los 7 días cuando no se pueda brindar un diagnóstico definitivo.⁴⁰

d) Determinación β -hCG

La determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) es un estudio de laboratorio clínico medido en sangre, esta hormona es producida durante el embarazo, dando como resultado niveles elevados. La β -hCG es un complemento muy útil en dado caso exista duda diagnóstica de un embarazo intrauterino. Cuando los niveles de β -hCG se encuentran mayores a 1.500 mUI/mL es factible localizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos. Si estos niveles de β -hCG duplican su valor en un periodo de 48 horas quiere decir que existe un embarazo viable. Por el contrario, si el incremento es menor se sospecha de

una gestación ectópica y si los niveles de β -hCG disminuyen aún más a los dos días orienta a una gestación no viable.⁴⁰

1.4. Relación del aborto espontáneo y la ocurrencia de trastornos psiquiátricos

La *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) manifiesta que alrededor del mundo del 12% al 15% de embarazos terminan en un aborto espontáneo. De lo casos anteriormente mencionados, del 30% al 50% de las pacientes desarrollan ansiedad y del 10% al 15% depresión, ambos con una duración estimada de cuatro meses. Según el Instituto Nacional y Excelencia en la Atención (NICE) de Reino Unido, el dolor que manifiesta una paciente luego de tener un aborto espontáneo es semejante al dolor que se sufre por otro tipo de pérdidas.⁹

En el año 2016 se realizó un estudio en Londres por parte del *Imperial College London*, cuyo objetivo fue investigar el riesgo de padecer estrés postraumático debido a un aborto espontáneo o un embarazo ectópico. Se utilizó una muestra de 113 mujeres que recientemente habían experimentado un aborto espontáneo. Se obtuvo como resultado que el 40% de la muestra experimentaron síntomas de trastorno de estrés postraumático durante los 3 meses posteriores al aborto. Según la investigación realizada, los síntomas manifestados por las pacientes fueron: recuerdos retrospectivos, pesadillas y sentimientos asociados a vivir nuevamente lo experimentado.¹⁰

Se realizó un estudio en el año 2017 en Nuevo León, México, por parte del Instituto para la Rehabilitación de la Mujer y la Familia A.C. (IRMA), cuyo objetivo fue evaluar y comparar la aparición de trastornos de depresión y de estrés postraumático en mujeres después de una pérdida gestacional inducida o involuntaria que solicitaron atención psicológica. Se utilizó una muestra de 287 mujeres y se recolectaron los datos a través de las siguientes escalas: escala de depresión de Beck, escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), escala de trauma de Davidson (DTS) y escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (GS-TEPT). Se concluyó que el 38.8% de las pacientes con antecedente de aborto espontáneo presentaban trastorno de estrés postraumático y 41.2% trastorno depresivo leve en comparación de las mujeres con abortos inducidos.²

1.5. Factores de riesgo que predisponen el padecimiento de trastornos psiquiátricos a partir de un aborto espontáneo

En medicina un factor de riesgo se refiere a las características que posee una persona asociada a una mayor probabilidad de desarrollar un proceso de enfermedad. Los factores pueden ser biológicos, socioculturales o incluso económicos; mismos que, al sumarse aumentan la probabilidad de sufrir una patología. Entre los factores de riesgo que generan trastornos psiquiátricos a considerar en pacientes que han sufrido un aborto espontáneo se encuentran: episodio anterior de depresión, aborto espontáneo previo y poco apoyo social.¹⁷

Los trastornos psiquiátricos afectan a un número elevado de mujeres que sufrieron un aborto espontáneo, por lo que la atención médica posterior a un aborto espontáneo se clasifica como un evento clínico rutinario; sin embargo, se considera que el impacto en la pérdida de un embarazo afecta a la paciente de una manera proporcional a otra pérdida. Se ha evidenciado que las pacientes muchas veces experimentan falta de empatía y de apoyo por parte del especialista médico por quien están siendo tratadas, lo cual es considerado un factor de riesgo que afecta la salud mental de la paciente y que posteriormente puede derivar en depresión o ansiedad. El asesoramiento y apoyo por parte del personal de salud se considera sustancial para la gestante, dado que se ha demostrado que una explicación honesta por parte del médico ayuda a las pacientes a disminuir su nivel de angustia y depresión.¹¹

En el año 1989 se realizó un estudio en Reino Unido por parte de la Universidad de Cambridge, tuvo como objetivo diagnosticar trastornos depresivos en pacientes cuatro semanas después de haber sufrido un aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 67 mujeres, quienes fueron entrevistadas por medio de un cuestionario que brindaba puntajes según escalas de depresión. El estudio concluyó que los síntomas depresivos se asocian significativamente a un antecedente de aborto espontáneo, los trastornos mentales fueron mayores cuatro semanas después de haber sufrido un aborto espontáneo y los síntomas aumentaron en pacientes que habían experimentado pérdidas repetidas, por lo que se considera que la sensación de pérdida, la experiencia del aborto, el ingreso a un hospital y cambios del sistema endocrino asociados al aborto, fueron factores que contribuyeron al desarrollo de la depresión y sus síntomas.⁴¹

Se realizó un estudio en el año 2013 en Miami por parte de la Clínica Cleveland, el objetivo del estudio fue comparar factores de riesgo para depresión y trastornos de ansiedad en pacientes un año después de haber sufrido un mortinato, aborto espontáneo o inducido y que asistieron a esta clínica. Se utilizó una muestra de 192 mujeres que proporcionaron información sobre demografía, reproducción y salud. El estudio concluyó que el número de pérdidas

experimentadas se encontraban relacionadas como factor que predispone a la paciente a presentar un cuadro clínico de depresión y ansiedad.³⁰

Se realizó una investigación el año 2019 en Nairobi, Kenia, por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Aga Khan, con el objetivo de determinar factores asociados a una prueba positiva para depresión posterior a un aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 182 pacientes reclutadas en clínicas de ginecología dos semanas después de haber tenido un aborto espontáneo. Para la recolección de datos se utilizó una herramienta demográfica y la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). Según los resultados de este estudio, los principales factores predisponentes determinantes son: ser menor de edad, bajo nivel de escolaridad, soltería, edad gestacional mayor a 20 semanas, y concepción no asistida.⁴²

En el año 2020 se realizó un estudio transversal en Quebec, Canadá, por parte de la Universidad de Quebec en Outaouais (UQO), cuyo objetivo fue examinar los factores de riesgo personales asociados a la salud mental en mujeres con antecedentes de aborto espontáneo en los últimos 4 años. El estudio fue de tipo transversal, con una muestra de 231 mujeres que realizaron un cuestionario en línea que contenía la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, subescala estatal del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S) y la Escala de Duelo Perinatal. Como resultado de la investigación se concluyó que entre los factores que contribuyen a una mala salud mental posterior a un aborto espontáneo se encuentra la condición migratoria y dificultad para concebir hijos. Por otro lado, entre los factores que disminuyen las posibilidades de padecer depresión posterior a un aborto espontáneo se encuentran: tener una adecuada relación conyugal y satisfacción en la atención de salud.⁴³

Los estudios antes mencionados han demostrado que las pacientes jóvenes se encuentran predispuestas a padecer trastornos de salud mental debido a que, en los últimos años, ha ido en aumento la prevalencia de estos padecimientos. La manera en que las pacientes afrontan el estrés depende de muchos factores como, por ejemplo: funcionamiento del sistema nervioso; rasgos de personalidad; inteligencia; experiencias en manejo de situaciones de estrés; y tipo de situación estresante experimentada. Con la finalidad de evitar consecuencias psicológicas por una pérdida es necesario realizar un análisis detallado para el diagnóstico de ansiedad y estrés por parte del médico tratante. Dicho análisis debe hacerse lo antes posible con el fin de reconocer los primeros signos de alteraciones mentales e implementar medidas de prevención.^{44,45}

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POSTERIORES A UN ABORTO ESPONTÁNEO

Sumario

- **Características sociales**
- **Características demográficas**

2.1 Características sociales

Las características sociales son indicadores de salud pública, dentro de las cuales se encuentran contemplados aspectos como: educación, estado civil, ocupación, economía, medios de información, seguridad ciudadana, condiciones de atención en salud y accesibilidad a servicios de atención a la salud. Estas características se encuentran vinculadas con el comportamiento humano, por lo que es de importancia que el personal de salud las reconozca en pacientes con antecedente de aborto espontáneo y que padecen algún trastorno psiquiátrico, con el objetivo de brindar una adecuada atención médica integral.⁴⁵

Se conoce que las condiciones psicosociales y socioeconómicas poseen un efecto sobre la salud mental, dado que, son componentes que frecuentemente han estado relacionados con la existencia de trastorno depresivo debido a que la falta de recursos puede provocar: tristeza, niveles altos de estrés, aislamiento, incertidumbre, situaciones negativas, inaccesibilidad al sistema de salud y pocas fuentes de desarrollo personal; por lo que, se describe que los individuos con bajos ingresos económicos poseen mayor posibilidad de padecer sintomatología depresiva.^{46,47}

Se ha evidenciado que el 84% de muertes fetales alrededor del mundo han sucedido en países con bajos ingresos económicos y esto aumenta si se toman en cuenta los abortos espontáneos ocurridos. Se ha determinado que la pobreza y la falta de recursos son factores que influyen en el desarrollo de abortos espontáneos.⁴⁸ Aproximadamente 33 millones de pacientes al año sufren abortos espontáneos en países con bajos ingresos económicos y, de estas, las pacientes que poseen un bajo estrato social han presentado mayor grado de depresión y aceptación del fallecimiento de un hijo.⁴⁷

Un estudio realizado en 1989 por la Universidad de Cambridge (Londres), tuvo como objetivo diagnosticar trastornos depresivos en pacientes cuatro semanas después de haber sufrido un aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 67 mujeres, quienes fueron entrevistadas por medio de un cuestionario que brindaba puntajes según escalas de depresión. El estudio demostró que entre las características sociales encontradas en las pacientes que participaron en el estudio el 64% de ellas eran solteras y tuvieron baja accesibilidad a la atención en salud.⁴¹

En el año 2016 se realizó un estudio en México por parte del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José E. González, con el objetivo de evaluar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con antecedente de aborto tratadas médica o quirúrgicamente, pacientes con pérdidas gestacionales recurrentes y pacientes que hayan utilizado métodos de reproducción asistida cuyo desenlace fue aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 104 pacientes y se recopiló la información a través de la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS). El estudio concluyó que el 54% de las pacientes presentaron depresión y/o ansiedad. Las pacientes que presentaron trastornos mentales fueron mujeres casadas y con un nivel académico medio.¹

Se realizó un estudio analítico transversal en el año 2017 en Guatemala por parte de la Universidad San Carlos de Guatemala en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El estudio tuvo como objetivo determinar el riesgo de depresión post aborto en pacientes con edades entre 18 a 40 años. Se utilizó una muestra de 211 mujeres y se recolectaron los datos a través de las pruebas de Hamilton y Beck. Se concluyó que, con base en la prueba de Hamilton, únicamente el 4.74% de las mujeres incluidas en la muestra presentaron depresión grave, así mismo, se observa que los factores sociales encontrados en las pacientes que presentaron depresión grave fueron mujeres solteras y universitarias.¹⁸

Un estudio realizado en el año 2019 en Nairobi, Kenia, por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Aga Khan, con el objetivo de determinar factores asociados a una prueba positiva para depresión después de un aborto espontáneo, concluyó que las características en las pacientes estudiadas fueron: nivel de escolaridad baja, solteras, y concepción no asistida.⁴²

En el año 2019 un estudio analítico realizado en Venezuela por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Licenciado José María Benítez de la Victoria, cuyo objetivo fue determinar patologías psiquiátricas en pacientes con antecedente de aborto espontáneo, utilizó una muestra de 80 pacientes y la información fue recolectada a través de un cuestionario realizado en las primeras 24 horas de hospitalización para la obtención de datos

sociodemográficos y se utilizó la mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para la obtención de datos psiquiátricos. Se concluyó que el 61.3% de las pacientes entrevistadas padecían alguna patología psiquiátrica. Otra característica predominante en este estudio fue que el 69.2% fueron mujeres criadas por padres sobreprotectores y autoritarios, lo cual influyó en padecer trastornos psiquiátricos.¹²

Se realizó un estudio transversal en el año 2020 en Quebec, Canadá, por parte de la Universidad de Quebec en Outaouais. El objetivo fue examinar los factores de riesgo personales asociados a la salud mental en mujeres que han sufrido aborto espontáneo en los últimos 4 años. El estudio fue de tipo transversal con una muestra de 231 mujeres que realizaron un cuestionario en línea que contenía la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, subescala estatal del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S) y la Escala de Duelo Perinatal. Se concluyó que los factores sociales se encuentran asociados a una mayor gravedad en la salud mental después del aborto espontáneo. Entre los factores determinados por el estudio se encuentran los siguientes: poco apoyo social e insatisfacción sobre la atención en los servicios de salud posterior al suceso.⁴³

En el año 2021 se realizó un estudio de ensayo controlado aleatorio paralelo en Egipto por parte de la unidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de El Cairo. El objetivo fue evidenciar la efectividad de un programa de consejería sobre depresión, ansiedad y estrés en mujeres con antecedente de aborto espontáneo recurrente. Se utilizó una muestra de 60 pacientes y se recolectó los datos a través de la escala de depresión, ansiedad y estrés compuesto por 21 ítems (DASS-21). Se concluyó que el 66% de las pacientes encuestadas se encontraban en secundaria, el 60% eran amas de casa, y el 46.7% habían tenido entre 1-3 abortos espontáneos.⁴⁹

2.2 Características demográficas

Las características demográficas son datos estadísticos de la población según su distribución en un tiempo determinado o evolución histórica. Incluyen edad, idioma, etnia, relación de población rural y urbana, ubicación geográfica y estado migratorio.^{46,50}

En el año 1999 se realizó un estudio en Washington por parte del Hospital de Ginecología y Obstetricia de Seattle, con el objetivo de determinar la calidad y severidad del duelo después de un aborto espontáneo y evaluar estadísticamente el efecto de variables demográficas y sociales. Se utilizó una muestra de 294 pacientes y se recolectaron los datos a través de pruebas psicométricas estandarizadas para medición de elementos del duelo como, por ejemplo:

depresión, autoestima, culpa y estrés. El estudio determinó que las pacientes que presentaban con mayor frecuencia depresión leve eran menores de edad, a diferencia de las mujeres mayores de edad que presentaban depresión grave. En una evaluación posterior a un año las pacientes menores de edad presentaban una depresión inclusive más leve que las pacientes mayores de edad.¹³

En el año 2013 se realizó un estudio en Miami por parte de la Clínica Cleveland. El objetivo del estudio fue comparar factores de riesgo para depresión y trastornos de ansiedad en pacientes un año después de haber sufrido un mortinato, aborto espontáneo o inducido y que asistieron a esta clínica. Se utilizó una muestra de 192 mujeres que proporcionaron información sobre demografía. El estudio concluyó que el número de pérdidas experimentadas en el pasado y la edad entre 18-45 años eran características asociadas a depresión y ansiedad.³⁰

En el periodo 2016-2019 se realizó una investigación en Perú, Guatemala, México, Colombia, y Brasil por el Periódico Ojo Público, con el objetivo de comprender el panorama de atención a la salud mental de mujeres después de un aborto espontáneo, pérdidas gestacionales y muertes fetales con repercusiones psicológicas. Se solicitaron registros de embarazos, pérdidas gestacionales, protocolos de atención de abortos y muertes fetales, así como programas de atención de duelo perinatal a los Ministerios de Salud Pública de Guatemala, México, Colombia, Brasil y Perú. Dicha investigación evidenció que las pacientes de zonas rurales son las que mayormente padecen trastornos psiquiátricos después de un aborto espontáneo.¹⁴

En el año 2017 se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en Alemania por parte del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Marburgo, cuyo objetivo era analizar la prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos de adaptación en mujeres un año después de un aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 12,158 pacientes con antecedente de aborto espontáneo y los datos fueron recolectados de la base de datos QuintilesIMS, encargada de recopilar datos demográficos, clínicos y farmacéuticos. El estudio determinó que el aborto espontáneo se asocia con una mayor prevalencia a desarrollar depresión, ansiedad y trastornos de adaptación en el primer año. Entre los factores demográficos las pacientes presentaban un promedio de edad entre los 31 y 40 años.¹⁵

Se realizó un estudio de casos y controles en el año 2019 en Irán por parte de la Universidad de Ciencias Médicas de Babol, con el objetivo de evaluar los problemas psicológicos en mujeres con antecedente de aborto espontáneo recurrente. Se utilizó una muestra de 115 mujeres con antecedente de aborto espontáneo recurrente y se recolectaron datos a través de un cuestionario sociodemográfico, una lista de verificación de síntomas-90 (SCL-90-R) y la escala de Intolerancia de Incertidumbre (IUS). Se concluyó que, de las mujeres con antecedente de

aborto espontáneo recurrente que presentaron trastornos psiquiátricos el 40.9% son mujeres del área rural.¹⁶

CAPÍTULO 3. IMPACTO SOCIAL, EMOCIONAL Y FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTAN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS POSTERIORES A UN ABORTO ESPONTÁNEO

Sumario

- **Impacto social**
- **Impacto emocional**
- **Impacto familiar**

3.1 Impacto social

La sociedad se define como un conjunto de personas que se relacionan entre sí por diferentes circunstancias como el trabajo, estudio, actividades deportivas, entre otras.²¹ Se ha descrito que este círculo de individuos influye en la vida de una persona de manera tanto negativa como positiva. Socialmente la maternidad es considerada una etapa de satisfacción y felicidad; sin embargo, la pérdida prematura de un embarazo puede llegar a ser un evento traumático para las gestantes, principalmente en aquellas que sufren un aborto espontáneo, causando sentimientos de angustia, síntomas de depresión debido a la pérdida y cierta preocupación de comentarios negativos por parte de la sociedad.^{9,49}

La sociedad brinda apoyo en momentos tanto de tristeza como de felicidad, pero cuando se habla de un aborto espontáneo es una pérdida rápida e inesperada y muchas veces la madre no tuvo el tiempo de compartir la felicidad de un embarazo, por lo que su círculo de personas cercanas nunca se entera y suponen que todo continua igual, por lo cual la paciente afectada no presenta apoyo social ni familiar. Desde otro punto de vista, el impacto psicológico de haber sufrido un aborto espontáneo se pasa por alto, ya que es una patología común por la que cualquier mujer puede pasar y su manejo tiene un plan de abordaje bien establecido, la mayoría de las veces sin complicaciones; sin embargo, no se toma en cuenta el impacto emocional que la mujer puede llegar a padecer.^{9,49,51}

Las pacientes que vivieron un aborto espontáneo y que posteriormente inician con sintomatología de depresión o ansiedad tienen consecuencias que afectan su situación laboral, teniendo poco desempeño en el trabajo, mostrándose distraídas, perjudicando sus relaciones interpersonales y teniendo menos interés por actividades sociales o académicas, muchas veces con un fin desafortunado, perdiendo su empleo y amistades.^{9,49}

Existen diferentes circunstancias de cómo una paciente después de un aborto espontáneo puede sobrellevar el duelo, por ejemplo: distanciamiento social, desinterés laboral y académico, autoflagelación, perjudicando su vida diaria, su entorno y cuidado personal.^{9,52}

Existen prejuicios sociales, así como creencias erróneas que determinan la afectación emocional de las pacientes que sufrieron un aborto espontáneo como, por ejemplo: no poder quedar embarazada nuevamente, ser abandonada por su cónyuge por haber sufrido un aborto espontáneo, padecer de cáncer o incluso tener algún tipo de embrujo. Esto finalmente altera su equilibrio psicológico y emocional, por lo que se recomienda que a todas las pacientes que sufrieron un aborto espontáneo les sea brindado apoyo médico especializado, así como aclarar todas sus dudas y que posteriormente asistan a psicoterapia, con el fin de brindar herramientas para que puedan expresar sus sentimientos y agilizar el proceso de duelo. Por eso el apoyo psicológico se considera una terapia indispensable para la salud de la mujer después de un aborto espontáneo.⁵³⁻⁵⁵

En el año 2016 se realizó un estudio en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Anuradhapura y el Hospital Avissawela en Sri Lanka Su objetivo fue evaluar la prevalencia y factores de riesgo de trastornos depresivos y duelo. Se utilizó una muestra de 137 mujeres de 6 a 10 semanas posteriores a haber sufrido un aborto espontáneo que asistieron a clínicas de los hospitales mencionados. Se obtuvo los datos a través de una entrevista clínica estructurada y se concluyó que el sufrir un aborto espontáneo sin apoyo psicológico conduce a aislamiento social y desinterés académico y laboral.⁵⁶

Se realizó una revisión bibliográfica en el año 2018 en Argentina por parte de la Revista Latinoamericana de Población del Organismo Internacional que tuvo como objetivo evidenciar aspectos de la relación social y el aborto espontáneo. Para el estudio se tomó en cuenta todos aquellos artículos que mencionaran la relación social respecto al aborto espontáneo. Se concluyó que las relaciones sociales son una forma de apoyo importante para sobrellevar el duelo después de un aborto espontáneo, se observó mejoría cuando existió visita de amigos, vecinos y compañeros de trabajo y se dio a conocer que la mayoría de las pacientes que se encontraban hospitalizadas por un aborto espontáneo informaban primero a otras personas de su entorno social sobre su condición que a sus cónyuges.¹⁹

3.2 Impacto emocional

Las pacientes que experimentan traumas posteriores a un aborto espontáneo llegan a subestimar los síntomas depresivos clínicamente significativos que presenten; la incertidumbre

sobre lo que sucederá en el futuro, el regreso de sus ciclos menstruales, la duda de si podrá concebir nuevamente, el riesgo de llegar a tener otro aborto espontáneo y mayormente temores sobre sus capacidades de reproducción contribuyen a un alto nivel de ansiedad. La depresión y ansiedad son síntomas que suelen persistir luego de haber sufrido un aborto espontáneo; sin embargo, la mayor parte de las pacientes que lo sufrieron vuelven a concebir, pero, las mujeres aun teniendo conocimiento de esto siempre presentan preocupación. Aunque se tenga esta creencia, los síntomas y el estado de ánimo que padecen luego de una pérdida no siempre se resuelven con el nacimiento de otro bebé.^{19,20,57}

El impacto emocional causado por un aborto espontáneo afecta a la paciente y su pareja, ambos suelen sentirse culpables pensando de manera errónea que la pérdida fue provocada por ellos, generando sentimientos de tristeza, desaliento, irritabilidad e incluso falta de ilusión e interés por futuros hijos.²⁰ Por otra parte, existen pacientes con antecedente de aborto espontáneo que presentan un impacto emocional que puede llevar a síntomas menos frecuentes como: tanofobia, falta de libido, insomnio y disfunción sexual.^{20,58}

Luego de sufrir un aborto espontáneo, comúnmente la paciente lleva la carga emocional sola. Existe una falta general de conocimiento acerca de cómo abordar el impacto emocional del evento, ya que regularmente las mujeres se encuentran en silencio sintiendo vergüenza. Por otro lado, la mayoría de las culturas latinas tienen un comportamiento hacia el duelo que lleva un patrón establecido para resolver la angustia que la paciente padece en esos momentos, pero conforme pasa el tiempo este apoyo disminuye, lo que puede llevarla a un siguiente duelo, que es una experiencia solitaria y sin apoyo social.¹⁷

Este tipo de pacientes pueden padecer un síndrome post aborto con síntomas depresivos, manifestándose con sensación de tristeza, llanto frecuente, ansiedad relacionada con el trauma, sentimiento de angustia, culpabilidad, disminución de la autoestima y auto rechazo. Así mismo inician con pesadillas recurrentes sobre niños que le recuerden al trauma o episodios perceptivos respecto al aborto espontáneo, sintiendo tristeza o molestia por noticias de mujeres gestantes y ambientes con niños, llevándola a sufrir alteraciones conductuales relacionadas con las emociones provocadas por el aborto espontáneo vivido.²¹

En el año 1992 se realizó una investigación en Estados Unidos por parte del Hospital de Nueva York, con el objetivo de determinar en qué condiciones el aborto espontáneo aumenta los síntomas depresivos durante las primeras semanas después de haber sufrido un aborto espontáneo. Se entrevistó a 232 mujeres en las cuatro semanas después del aborto espontáneo, los síntomas de depresión se midieron a través de una escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos y se concluyó que existe un alto impacto emocional en pacientes nulíparas, ya

que son mujeres que no cuentan con experiencia y su preocupación es mayor, por lo que se recomienda atención psicológica estricta después de un aborto espontáneo en este tipo de pacientes.⁵⁹

Se realizó una investigación en el año 2007 en Reino Unido por el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Gray's. El objetivo de la investigación fue identificar las trayectorias de ansiedad y depresión en mujeres y en sus parejas durante 13 meses posteriores a un aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 273 mujeres y 133 hombres y se recolectó la información a través de una entrevista individual. Se concluyó que el aborto espontáneo representa una carga emocional para las mujeres y hombres durante al menos 13 meses después de la pérdida. En comparación con la depresión, la ansiedad representó mayor carga clínica, las mujeres reportaron mayor ansiedad y depresión que los hombres. Con el tiempo las mujeres informaron menores síntomas de ansiedad que los varones, por lo que se evidencia que el impacto emocional se encuentra presente en las mujeres y sus conyugues posterior a un aborto espontáneo.⁶⁰

Se realizó un estudio en el año 2014 en España por parte de la Universidad Católica de Valencia, con el objetivo de evidenciar la relación entre aborto y salud mental de la mujer. Se evaluaron artículos recientes publicados acerca del tema, se concluyó que las pacientes que mostraron sentimiento de culpabilidad tras cada aborto debido a la percepción de que han terminado con la vida de un ser humano, son más afectadas emocionalmente y tienden a presentar un mayor sentimiento de culpabilidad conforme el paso del tiempo. Por lo que es importante que estas mujeres sean evaluadas minuciosamente por un especialista para encontrar todas las secuelas posibles de un aborto espontáneo que posteriormente desencadenen otros trastornos psiquiátricos.⁶¹

En el año 2017 se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en Perú por parte del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Sullana, con el objetivo de determinar el impacto emocional en pacientes con antecedentes de aborto espontáneo. Se utilizó una muestra de 94 pacientes a través de una encuesta en pacientes que acudieron al servicio de ginecología en los meses de enero a abril. Se determinó que las pacientes que padecieron un aborto espontáneo son propensas a padecer problemas de carácter emocional, estos suelen ser graves y pueden manifestarse con depresión e ira, generando inestabilidad, estrés, sentimientos de culpa, padecer de ansiedad e incluso una depresión mayor.⁶²

Se realizó una revisión bibliográfica en el año 2020 en Colombia por la Universidad de Bucaramanga. El objetivo fue evaluar el efecto sobre la experiencia de un aborto, ideas suicidas y la salud mental en mujeres con antecedente de aborto espontáneo. Se hizo una investigación

observacional y retrospectiva que comparó múltiples resultados de investigaciones primarias, concluyendo que derivado del impacto emocional, las pacientes que sufrieron más de tres abortos espontáneos iniciaron con ideas suicidas.⁶³

3.3 Impacto familiar

Tener un aborto espontáneo tiene un impacto tanto en la paciente como en su familia, principalmente esposo, padres, suegros e hijos, ya que este suceso se visualiza como una pérdida de un ser querido que aún no conocían, pero que esperaban con ilusión. Los más afectados suelen ser los conyugues trayendo consigo manifestaciones de tristeza o angustia, obteniendo un entorno negativo para el hogar que, si no es tratado, puede llevarlos a una depresión o un trastorno de ansiedad.^{36,57}

Existe un vínculo natural entre los padres al momento de un embarazo, sufrir un aborto en algunos casos destruye este vínculo que posteriormente afecta la relación de pareja.⁵⁶ Dentro del hogar, cuando se sufre un aborto espontáneo y existen otros hijos probablemente se vean afectados independiente de su edad, los padres durante el duelo tienden a prestarles menos atención, por lo que es importante reconocer que ellos también sufren un duelo y es posible que perciban el estrés familiar a su alrededor. Es de suma importancia darles una explicación a los hijos de lo sucedido de acuerdo con su edad y en términos que ellos puedan comprender, con la finalidad de disminuir el estrés y mejorar la relación familiar.^{20,55}

La mejor manera de prevenir a las mujeres que sufran un trauma causado por un aborto espontáneo es brindándoles ayuda psicológica preventiva a ellas y a su familia, para que comprendan su pérdida y la transformen en una experiencia diferente. Por otro lado, si se diagnostica a una paciente con algún tipo de trastorno mental, el tipo de tratamiento para este debe elegirse cuidadosamente por un especialista en el tema, para un tratamiento funcional y tomando en cuenta la psicoterapia y la farmacoterapia. Hoy en día existe evidencia de que la terapia conductivo-conductual e intrapersonal está proporcionando muchos beneficios tanto a pacientes como a personas cercanas a ellas.³

Una revisión bibliográfica realizada en el año 2018 en Argentina por la Revista Latinoamericana, con el objetivo de determinar la relación social y familiar con el aborto espontáneo, se concluyó que en países como Brasil no existía ningún apoyo por parte de los hombres hacia su pareja cuando estaba cursando por un duelo al haber sufrido aborto espontáneo, por lo que se observó que la recuperación fue más lenta y con un mayor peso psicológico. Por el contrario, se demostró que el apoyo de parte de la pareja beneficia la

recuperación integral de la mujer siendo el caso de Egipto donde se demostró que teniendo este tipo de apoyo las pacientes muestran una influencia positiva con el avance de la recuperación física y emocional.¹⁹

Se observó que los hombres también sufren un duelo ante una paternidad fallida, ya que, aunque la experiencia de una pérdida no sea directa en comparación con la mujer, ellos sufren estrés por la pérdida y por cuidar el bienestar de su pareja, teniendo repercusiones psicológicas que a la larga afectan negativamente la convivencia, por lo que se ha descrito que un aborto espontáneo puede causar problemas dentro del vínculo familiar, y si no se maneja este asunto de una forma adecuada puede llegar a causar incluso la separación.^{14,64}

En el año 2019 se realizó un estudio en Ecuador por parte del Hospital Los Ceibos, cuyo objetivo fue analizar la frecuencia del aborto espontáneo en gestantes adolescentes de 15 a 20 años quienes posteriormente padecieron algún problema mental. Con una metodología de tipo descriptivo trasversal y con una muestra de 80 pacientes por medio de una guía de observación directa se determinó la problemática social, psicológica y familiar en pacientes que presentaron antecedente de aborto espontáneo. Se evidenció que la mayor parte de estas pacientes habían tenido problemas matrimoniales e incluso llegaron a la separación, debido a que experimentaron sentimientos de abandono y apoyo escaso durante el proceso del duelo posterior al aborto espontáneo, lo que condujo a malos entendidos y discusiones en un momento estresante de sus vidas, llevándolas a tener una mala convivencia con su pareja.²²

En el año 2020 se realizó un estudio trasversal en Quebec, Canadá, por parte de la Universidad de Quebec en Outaouais (UQO). Se determinó el impacto familiar en mujeres que han sufrido aborto espontáneo en los últimos 4 años. El estudio fue de tipo trasversal con una muestra de 231 mujeres que realizaron un cuestionario en línea que contenía la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, subescala estatal del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S) y la Escala de Duelo Perinatal. Se concluyó que el apoyo de parte de la familia, tanto de los padres de la gestante como de la pareja, es sumamente importante para sobrellevar los abortos espontáneos sin repercusiones psicológicas, de igual forma la calidad de relación de pareja ayuda a la salud mental de la paciente luego de un aborto espontáneo, ya que cuando su pareja se muestra comprensiva y positiva ante la situación favorece el proceso del duelo.⁴³

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

Existe una relación entre el aborto espontáneo y la recurrencia de trastornos psiquiátricos que ha sido evaluada y reportada en diferentes estudios realizados alrededor del mundo. Se ha evidenciado que, la población femenina de Europa, Asia, África y Latinoamérica con antecedentes de aborto espontáneo experimentan síntomas depresivos y síntomas de gravedad de trastorno de estrés postraumático, manifestando pesadillas y sentimientos de culpa asociados a revivir el trauma sucedido.^{2,9,10}

Se ha evidenciado que los principales factores de riesgo que predisponen a una mujer a desarrollar trastornos psiquiátricos en consecuencia de un aborto espontáneo son: haber sufrido abortos previos y haber padecido episodios depresivos. Entre otros factores de riesgo menos frecuentes que se pueden observar existen: poco apoyo social, concepción no asistida, falta de empatía por el personal de salud durante la estancia hospitalaria y seguimiento médico.¹⁷⁻²³

Entre las características sociales determinadas mundialmente en la población femenina con antecedente de aborto espontáneo que desarrollan trastornos psiquiátricos, se puede evidenciar que poseen nivel económico bajo, son mujeres solteras y tienen poca accesibilidad a la atención médica.^{11,42,44,45} Sin embargo, se discrepa en el estado civil debido a que se ha encontrado que en un grupo de pacientes de México, una de las características sobresalientes es que eran mujeres casadas y en Egipto eran mujeres unidas, no hay tendencia clara por lo que se evidencia que el estado civil de la gestante no es un factor que influya en padecer un trastorno psiquiátrico posterior a un aborto espontáneo.⁴⁹ Sin embargo, el apoyo por parte de la pareja crea una inclinación positiva para la recuperación de las mujeres posterior a un aborto espontáneo.¹⁹

De acuerdo con el nivel académico que poseen las pacientes existe diversidad de resultados debido a que en Latinoamérica el nivel académico que poseen es nivel medio o universitario y en Europa y África el nivel académico que poseen es de primaria a secundaria.^{44,49}

Como dato interesante, un estudio analítico determinó que el 69.2% de las pacientes que participaron en la muestra de estudio, padecieron trastornos psiquiátricos posterior a un aborto espontáneo y fueron criadas por padres sobreprotectores y autoritarios.¹²

Entre las principales características demográficas de pacientes con antecedente de aborto espontáneo que poseen trastornos psiquiátricos son: vivir en el área rural y tener entre 18-45 años.¹¹⁻¹⁶

De acuerdo con el impacto social, se ha demostrado que los trastornos psiquiátricos en pacientes con antecedente de aborto espontáneo pueden conllevar a producir aislamiento social,

desinterés académico y laboral, lo que afecta la vida diaria y el entorno social de las pacientes.¹⁷⁻

21

Referente al impacto emocional las pacientes principalmente presentan culpabilidad, desaliento, irritabilidad e ideación suicida con frecuencia; algunas pacientes presentan temor a sufrir nuevamente un aborto espontáneo y temor a no poder concebir.^{19,20,49} Se ha evidenciado que los trastornos psiquiátricos asociados a un aborto espontáneo afectan emocionalmente a la mujer; sin embargo, no son las únicas dado que es importante hacer énfasis en que al menos 13 meses posterior a la pérdida los conyugues de las pacientes que sufrieron el aborto espontáneo presentaron síntomas de depresión y ansiedad debido a que la mayoría de las veces únicamente se enfatiza el duelo en la paciente y no en su entorno cercano.¹⁹

El impacto del duelo en el núcleo familiar se extiende a esposo, padres, suegros e hijos de la paciente, debido a que un aborto espontáneo es la pérdida de un ser querido, anhelado y esperado con mucha ilusión, en algunas ocasiones el impacto familiar puede ser tan significativo que se destruye el vínculo familiar entre padres e hija, puede haber una separación de la relación de pareja y puede existir hostilidad en el núcleo familiar.^{29,36,57} Es sumamente importante que el seguimiento médico posterior a un aborto espontáneo sea hacia la paciente que sufrió el trauma y de su entorno familiar y social cercano con el objetivo de evitar o aminorar el impacto.

CONCLUSIONES

1. Existe relación entre el aborto espontáneo y la recurrencia de trastornos psiquiátricos en la población femenina de Europa, Asia, África y Latinoamérica, cuya sintomatología principal son síntomas depresivos, ansiedad y estrés postraumático.
2. Los principales factores de riesgo en mujeres con antecedente de aborto espontáneo que predisponen a desarrollar algún tipo de trastorno mental, episodios depresivos, conductas conflictivas y ansiedad son: haber sufrido abortos previos y pacientes con antecedentes de episodios depresivos.
3. Las características sociodemográficas de pacientes que han desarrollado trastornos psiquiátricos después de la presentación de un aborto espontáneo incluyeron mujeres mayores de edad (entre 18-45 años), principalmente de origen latino, que viven en el área rural, con un nivel socioeconómico bajo, con inaccesibilidad a un adecuado servicio de atención de salud.
4. Las pacientes que sufren trastornos psiquiátricos con antecedente de aborto espontáneo presentan un alto impacto social debido a que posterior a este suceso sufren aislamiento social, perjudicando sus relaciones interpersonales, menos interés por actividades sociales y académicas afectando su vida cotidiana y entorno. Emocionalmente las mujeres se ven afectadas con sentimientos constantes de culpabilidad, irritabilidad, desaliento e incluso ideación suicida los cuales posteriormente son diagnosticados con depresión ansiedad o trastorno de estrés postraumático. El impacto en el ámbito familiar en estas pacientes es alto debido a que la pérdida de un ser querido afecta la relación de pareja, creando un ambiente negativo y de hostilidad dentro del núcleo familiar llevándolos a una desintegración.

RECOMENDACIONES

1. Incentivar dentro de la Universidad San Carlos de Guatemala a los estudiantes y profesionales de la salud a realizar nuevas investigaciones acerca de los trastornos psiquiátricos en pacientes con antecedentes de aborto espontáneo debido a que se ha evidenciado carencia de información en Guatemala.
2. A los médicos especialistas en el área de ginecología y obstetricia que impulsen un nuevo plan educacional integral que incluya una explicación del suceso tanto patológico como psicológico hacia la paciente posterior a la resolución de un aborto espontáneo, debido a que se evidencio que la falta de empatía por parte del profesional de salud perjudica negativamente a la paciente.
3. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, promover en todos los centros asistenciales de salud la consejería psicológica preventiva, principalmente en mujeres que presentan abortos previos y episodios de algún trastorno psiquiátrico.
4. Brindar, como parte de las obligaciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de su red nacional de atención integral, seguimiento psicológico a todas las mujeres con antecedente de aborto espontáneo de 18-45 años, con recursos económicos bajos, que viven en el área rural debido a que se presentan tendencias según los estudios a padecer trastornos psiquiátricos.
5. A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, implementar charlas informativas en el área rural acerca de aborto espontáneo y factores de riesgo predisponentes a padecer trastornos psiquiátricos. Este proceso se puede realizar con la participación de los estudiantes que se encuentren realizando su ejercicio profesional supervisado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Vega IA. Depresión y ansiedad en pacientes con pérdida gestacional menor a 20 semanas con y sin terapia de reproducción asistida (tesis Médico y Cirujano en línea). México: Universidad Dr. José Eleuterio González, Facultad de Ciencias Médicas Nuevo León; 2018 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/17428/1/TESIS%20DR.%20IVAN%20ALEJANDRO%20TORRES%20VEGA.pdf>
2. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Rev. Chil Psico [en línea]. 2017 [citado 20 Abr 2021]; 15 (2): 109-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n2/v15n2a09.pdf>
3. Martin Maldonado J. Salud mental perinatal, [en línea]. Washington: OPS; 2011 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51594>
4. Delgado Rivera AE, Esteve Quimi JW, Dick Villavicencio E. Factores asociados y complicaciones en aborto en maternidad Matilde Hidalgo (tesis Médico y Cirujano en línea). Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32100/1/CD%201654-%20DELGADO%20RIVERA%20ALEXANDRA%20ELIZABETH%3b%20ESTEVEZ%20QUIMI%20JONATHAN%20WELLINGTON.pdf>
5. Prada Rincón DE, Rojas Herrera DM, Vargas Pineda D, Ramírez Cárdenas JA. El aborto en adolescentes, factores de riesgo y consecuencias. Salud Areandina [en línea]. 2015 [citado 20 Abr 2021]; 4 (1): 64-77. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/download/1319/1200/>
6. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev chil obstet ginecol [en línea]. 2019 [citado 23 Feb 2021]; 84(6): 460–8 Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0460.pdf>
7. Sánchez M, Gómez M, González G, Lozano I. Sintomatología y alteraciones psicológicas asociadas con pérdidas perinatales en mujeres. Altern psicol [en línea]. 2010 [citado 27 Mayo 2021]; 15:42-7. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2010000100005

8. Salvador Carulla JC, García Gutiérrez JL, Ayuso Mateos. Vigilia y Sueño. [en línea]. 2004 [citado 18 Jul 2021]; 16:1-11. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-trastornos-psiquiatricos-edad-media-vida-13062063>
9. Federación Internacional de Ginecología y obstetricia [en línea]. Londres FIGO; 2018 [citado 10 Oct. 2021]; ¿Cuál es el impacto psicológico del aborto espontáneo?; [aprox. 3 pant.]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/news/cual-es-el-impacto-psicologico-del-aborto-espontaneo>
10. Wighton K. Miscarriage and ectopic pregnancy may trigger post-traumatic stress disorder. [en línea] Inglaterra: Imperial College London. 2 Nov 2016 [citado 4 Feb 2022]; [aprox 6 pant.] Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/news/175666/miscarriage-ectopic-pregnancy-trigger-post-traumatic-stress/>
11. Bagchi D, Friedman T. Psychological aspects of 26pontaneous and recurrent abortion. Curr Obstet Gynaecol [en línea] 1999 Mar; 9(1):19-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0957584799900689?via%3Dihub>
12. Camejo J, Peñalosa A, Pérez L, Pernía N, González A, Ticona B, Hernández P. Detección de patologías psiquiátricas en pacientes con diagnóstico de Salus aborto espontaneo. Salus [en línea] 2019[citado 17 Feb 2022]; 23 (2): 24-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3759/375967530005/html/>
13. Stirtzinger R, Robinson G, Stewart D, Ralevski E. Parameters of grieving in spontaneous abortion. Int J Psychiatry Med [en línea].1999 [citado 21 Feb 2022] 29 (2): 235–49 doi: <https://doi.org/10.2190/UDW4-2EAG-1RTY-D1Y4>
14. Osorio J. Perder un embarazo: duelos invisibilizados en América Latina. Ojo Público [en línea], 15 Ago 2021 [citado 17 Feb 2022]; [aprox. 12 pant.] Disponible en: <https://ojo-publico.com/2912/perder-un-embarazo-duelos-invisibilizados-en-america-latina>
15. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. Psychiatry research, december 2017; 258: 382-386 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.064>
16. Adib-Rad H, Basirat Z, Feramarzi M, Mostafazadeh A, Bijani A. Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: a case-control study. Turk J Obstet Gynecol 2019 DOI: 10.4274/tjod.galenos.2019.88899
17. Friedman T, Gath D. The psychiatric consequences of spontaneous abortion: Br J

- Psychiatr [en línea] 1989 [citado 2 Mayo 2022] 155 (6): 810-813
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
18. Gandara Matheu CE. Depresión post parto [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 8 Oct 2021]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10468.pdf
 19. Universidad Católica de Córdoba [en línea]. Argentina: María Gabriela Foscarini; 13 Abr 2018 [citado 10 Oct 2021]. Síndrome post aborto [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.ucc.edu.ar/noticiasucc/sindrome-post-aborto/>
 20. Cristina Agud. Salud Canales MAPFRE [en línea]. España: Cristina Agud; [actualizado 1 Abr 2021; citado 7 Oct. 2021]. Consecuencias psicológicas tras un aborto. [aprox. 1 pant]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/reportajes-mujer/consecuencias-psicologicas-aborto/>
 21. Carril E, López A. Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización. Significados, prácticas y efectos en las mujeres uruguayas. [en línea] Uruguay: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica; 2017. [citado 08 Oct 2021]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Informe-Aspectos-Psicologicos-del-aborto-voluntario-en-contextos-de-ilegalidad-y-penalizacion.pdf>
 22. Aldaz J, Remache Z. Frecuencia de aborto espontáneo en adolescentes de 15ª 20 años en un hospital de la ciudad de Guayaquil [tesis Licenciatura Enfermería en línea] Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, carrera de enfermería; 2019 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: T-UCSG-PRE-MED-ENF-521.pdf
 23. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [en línea]. Washington DC: APA; 2014. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
 24. Piña SM. Caracterización de trastornos de ansiedad y depresión en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Zacapa. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Zacapa, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014 [citado 29 Sept 2021]. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/ABSTRAC_TRANSTORNO_DE_ANSIEDAD_Y_DEPRESION.pdf

25. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [en línea]. Geneva: WHO; 2017 [citado 28 Sept 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
26. Cho García PB, Pivaral Silva MG, Alfaro de Arcia AR, Galindo Román PE, Arreaga Ambeliz IA. Depresión y ansiedad en adolescentes (tesis Médico y Cirujano en línea). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas; 2017 [citado 28 Sept 2021]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10609.pdf
27. Pastrana-Jiménez J, Fernández-Labandera C, Ramos-Muñoz R, Carrasco-Perera J. Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. Med. Secur. Trab. [en línea]. 2013 Jun [citado 08 Oct 2021]; 59 (231): 205-226. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200003>
28. Ruiz Análisis de Información de Salud mental enero a diciembre 2015, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología, [en línea]. Guatemala;2015 [citado el 11 Oct.2021]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf>
29. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental [en línea]. 2013-20 [citado 6 Oct 2021] Suiza: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf&ua=1?sequence=1
30. Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH.. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. J. Women's Health 2013; [citado 23 Mayo 2022]. 22(9):760-768 DOI: 10.1089/jwh.2012.4011
31. Vásquez A. Depresión diferencias de género. Multimed. [en línea]; 2013 [citado el 11 Oct. De 2021]; 17(3): 1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
32. Cambranes E, Alvarado J, Campos E, Mazariegos L. Manejo del estrés postraumático [en línea]. Guatemala: IGSS; 2016 [citado 11 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/psiquiatr%C3%Ada/GPC-BE%20No.%2077%20Manejo%20del%20Estres%20Postraum%C3%A1tico.pdf>

33. Medina M, Sarti E, Real T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: ANM Intersistemas Editoriales; 2015 (Documentos de Postura). [citado 08 Oct 2021]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
34. Cobar M, De la Roca M, Dávila K, Chávez M. Encuesta Nacional de Salud Mental [tesis Médico y Cirujano en línea] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009 [citado 4 Feb 2022] Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2009/015.pdf>
35. Ambriz R, Guerrero G, Rodríguez C, Montemayor T. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage. Medicina Universitaria. [en línea] 23 Feb 2017 [citado 18 Feb 2022] 19(74):7-12 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665579617300406?via%3Dihub>
36. Solares Valdez NA. Caracterización epidemiológica y tratamiento de la paciente post aborto [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014 [citado 8 Oct. 2021]. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/1531/1/05_9432.pdf
37. Torres Corzo CR. Legalización del aborto en Guatemala desde un enfoque actualizado [tesis Abogado y Notario en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2011 [citado 11 Oct 2021] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_9514.pdf
38. Weber F, Orellana CF, Palma Horta B. Aborto espontáneo. Síntesis. Biblioteca digital dinámica para estudiantes y profesionales de la salud. [en línea]. Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2017 [citado 30 Sept 2021]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/obstetricia-y-ginecologia/337-3-01-1-001>
39. Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. Hospital de Clínicas, Facultad de medicina. Rev. Urug. Med. Interna; 2021 [citado 30 sep 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v6n2/2393-6797-rumi-6-02-22.pdf>
40. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo, protocolos asistenciales en obstetricia. Med Gen Integr. [en línea]. Cuba: 2010 [citado 6 Oct 2021]; 58(10): 208-211. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501310004565&r=151>

41. Friedman T, Gath D. The psychiatric consequences of spontaneous abortion: British Journal of Psychiatry University Cambridge 2 de Ene 2018 [citado 2 mayo 2022] doi:10.1192/bjp.155.6.810
42. Mutiso SK, Murage A, Mwaniki AM. Factors associated with a positive depression screen after a miscarriage. BMC Psychiatry. [en línea]. 2019 Jan; [citado 23 Mayo 2022]. 19(1): 8. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1991-5>
43. Montigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C. Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. Rev. Lat. Am enfermagem 7 sep. 2020 doi: [10.1590/1518-8345.3382.3350](https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350)
44. Kicia M, Skurzka A, Wiktor K, Oalus G. Anxiety and stress in miscarriage. Pol J Public Health 2015; 125(3): 162-165 DOI: 10.1515/pjph-2015-0046
45. Sergueyevna Golovina, N. Las características demográficas, culturales y psicográficas del consumidor centroamericano. Negotium [en línea]. 2013; 9(25):21-36. [citado 8 Oct 2021]. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78228410002>
46. López R. Factores sociales y enfermedad mental: un análisis del primer ingreso en el hospital nacional psiquiátrico. [en línea] Costa Rica; Cúpula; 1984. [citado 08 Oct 2021]. Disponible en: [https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n16/8\(16\).pdf](https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n16/8(16).pdf)
47. Berenzon S, Tiburcio M, Medina E. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Salud Mental [en línea] 2005 [citado 07 Oct 2021]; 8 (6): 33-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam056e.pdf>
48. López J. Factores Socio-demográficos y Gineco-obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del hospital de apoyo II-2 de Sulliana, periodo enero-abril 2016 [tesis Médico y Cirujano en línea] Perú: Universidad Cesar Vallejo ,Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 9 Feb 2022]. Disponible en: [Factores socio-demográficos y gineco-obstétricos en gestantes con diagnóstico de aborto espontáneo en el servicio de ginecología del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana, período enero-abril 2016 \(ucv.edu.pe\)](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/2018/10000/1/Factores%20socio-demograficos%20y%20gineco-obstetricos%20en%20gestantes%20con%20diagnostico%20de%20aborto%20espontaneo%20en%20el%20servicio%20de%20ginecologia%20del%20Hospital%20de%20Apoyo%20II-2%20de%20Sullana%20peru%202016.pdf)
49. Elsharkawy N, Mohamed S, Awad M, Ouda M. Efecto de la Consejería de felicidad sobre la depresión, la ansiedad y el estrés en mujeres con aborto espontáneo recurrente. Int J Womens Health. [en línea]. 2021 [citado 21 Feb 2022]; 2021(13): 287-295 Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S283946>

50. Ticlla L. Características sociodemográficas y gin-eco obstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto. Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota 2019 [tesis Obstetricia en línea] Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias Médicas; 2019 [citado 8 Feb 2022] Disponible en: [Características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota 2019 \(1library.co\)](#)
51. Valdes AI, Velasco A, Cruz Díaz A, Salas L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2010 [citado 9 Oct. 2021]. 26 (1) [aprox. 5 pant.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014
52. Llanos Cerquin J,Ugaz Burga ES. Factores de riesgo sociales que influyen en las consecuencias psicológicas post aborto hospital regional docente Cajamarca [tesis Maestría en línea]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de obstetricia; 2016 ; 2014 [citado 8 Oct. 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1792/FACTORES%20DE%20RIESGO%20SOCIALES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20LAS%20CONSECUENCIAS%20PSICOL%C3%93GICAS%20POST%20ABORTO%20HOSPITAL%20R.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Flores Coca JA. Aborto en la adolescencia. Impacto ético y social. Medisur [en línea]. 2015 [citado 7 Oct 2021]; 13: 708-710. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/captureCite/2982/1931>
54. Ibarra C. El duelo del aborto en adolescentes. Rev Psico Cien [en línea]. 2004 [citado 8 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/duelo-aborto-adolescentes/>
55. Bottini de Rey Z. (comp.) Reflexiones en torno al aborto y sus consecuencias [en línea]. Buenos Aires: Educa, 2014. (Familia, Escuela de Humanidad; 12) [citado 22 Mayo 2022] Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/reflexiones-aborto-consecuencias-rey.pdf>.
56. Kulathilaka S, Hanwella R, De Silva V. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. BMC Psychiatry. [en línea] 2016 Apr [citado 8 Feb 2022]. 12; 16:100. Doi: 10.1186/s12888-016-0812-y. Disponible en: [Depressive disorder and grief following spontaneous abortion – PubMed \(nih.gov\)](#)

57. [Nynas J, Narang P, Kolikonda M, Lippmann S. Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers: Prim Care Companion CNS Disord \[en línea\] 2015 Jan \[citado 22 Mayo 2022\] 29;17\(1\) DOI: 10.4088/PCC.14r01721](#)
58. Bouquet de Duran RI. Aborto espontaneo. Liberabit. [en línea]. 2012 [citado 6 Oct 2021]; 18(1): 53-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v18n1/a07v18n1.pdf>
59. Neugebauer R, Kline J, Cannon P. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. Am J Public Health [en línea] 1992 Oct [citado 5 Mayo 2022]. 82 (10) 1332-1339 doi: [10.2105/ajph.82.10.1332](https://doi.org/10.2105/ajph.82.10.1332)
60. Cumming G, Klein S, Bolsover D, Lee A. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 month. BJOG [en línea] Jul 2007 [citado 10 Mayo 2022] 114(9): 1138-1145 DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x
61. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. Acta bioeth. [en línea]. 2014 [citado 30 Sept 2021]; 20(2): 189-195. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200006&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>
62. Solórzano M. Características de las pacientes con aborto espontáneo atendidas en el hospital rezola – cañete 2017. [tesis Obstetricia en línea] Lima- Perú: Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019 [citado 08 Oct 2021]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5048/Solorzano_%20Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y
63. Suárez Rueda PA, Mendoza Quintero MA, Monsalve Calcedo SJ. Efectos físicos y psicológicos implicados en el aborto espontáneo e inducido en la mujer (tesis Psicología en línea). Colombia: Universidad cooperativa de Colombia sede Bucaramanga, programa de psicología; 2020 [citado 29 Sept 2021]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17682/3/2020_efectos_aborto.pdf
64. Rodríguez Valero CG. Valoración de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con aborto espontáneo [tesis Ginecología y Obstetricia en línea] México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina; 2016 [citado 8 Feb 2022] Disponible en: [TESIS DR. CRISTOBAL GERARDO RODRÍGUEZ VALERO.pdf \(uanl.mx\)](#)

APÉNDICES

Apéndice A. Términos de Búsqueda

Tabla No.1 términos de búsqueda utilizados en esta investigación

1.MOTORES DE BÚSQUEDA	2.DESCRIPTORES		3.CALIFICADORES	4.OPERADORES
-HINARI - <i>Scientific Electronic Library Online (SciELO)</i> - <i>PubMed</i> , - Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de Guatemala el - Portal Regional de la BVS (BIREME)	DeCs	<i>MeSH</i>	-Definición	<i>Depression AND Abortion</i>
	- Aborto -Depresión -Ansiedad -Trastornos por estrés postraumático -Factor de riesgo -Trastornos mentales	- <i>Abortion</i> - <i>Depression</i> - <i>Anxiety</i> - <i>Stress Disorders, post-traumatic</i> - <i>Risk factor</i> - <i>Mental Disorders</i>	- Etiología · Factores de riesgo · Impacto social · Impacto familiar · Impacto económico · Características sociodemográficas	<i>Anxiety AND Abortion</i> · <i>Stress disorders, post-traumatics AND Abortion</i> <i>Risk factor AND Mental Disorders</i>

Fuente: Elaboración propia