



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Trastorno de estrés postraumático en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo: una revisión de la literatura

Posttraumatic stress disorder in women who have suffered a miscarriage: A literature review

Autor:

Ana Vázquez Alvira

Tutor:

Isabel Antón Solanas

Facultad ciencias de la salud

2020-2021

“En el examen de la enfermedad ganamos sabiduría sobre la anatomía, la fisiología y la biología. En el examen de la persona con la enfermedad ganamos sabiduría sobre la vida.”

Oliver Sacks

INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	17
LIMITACIONES.....	19
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	25
ANEXO I: SÍNTESIS DE ARTÍCULOS.....	25
ANEXO II: ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS	28

RESUMEN

Introducción: La gestación es un periodo de cambios caracterizado por una mayor susceptibilidad de las mujeres al desarrollo de trastornos de la salud mental. El aborto espontáneo es un suceso común durante el embarazo. Está muy estudiado el desarrollo de depresión o ansiedad durante este proceso. Sin embargo, existe menos evidencia acerca de la relación entre el aborto espontáneo y el trastorno de estrés postraumático.

Objetivos: Realizar una revisión de la literatura con el objetivo de analizar la evidencia disponible sobre el trastorno de estrés postraumático en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo, evaluar la posible asociación existente entre ambos, analizar las consecuencias derivadas e identificar estrategias e intervenciones efectivas para mejorar el bienestar de esta población.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, Pubmed, Scielo, Cochrane, Cuiden Plus y Scholar Google y se han seleccionado 10 artículos científicos que abordan el área de estudio. Los resultados se han reportado siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA.

Conclusiones: El aborto espontáneo es un evento traumático para la mujer que, en ocasiones, puede llegar a desarrollar un trastorno de estrés postraumático. Esto conlleva algunas consecuencias que pueden llegar a ejercer un impacto negativo sobre su estado de salud. Una atención apropiada por parte de los profesionales sanitarios se considera esencial, así como un mayor conocimiento e investigación sobre este tema, para detectar la aparición de este trastorno tras un aborto espontáneo y diseñar un plan de cuidados ajustado a las necesidades de esta población.

Palabras clave: Trastorno de Estrés Postraumático; aborto espontáneo; embarazo; salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of change characterized by a greater susceptibility of women to the development of mental health disorders. Miscarriage is a relatively common event during pregnancy. The development of depression or anxiety during this process is well studied. However, there is less evidence about the relation between miscarriage and post-traumatic stress disorder.

Objectives: To carry out a review of the literature with the aim of analyzing the available evidence on posttraumatic stress disorder in women who have suffered a miscarriage, assessing the possible association between the two, analyzing the derived consequences and identifying strategies and effective interventions to improve the well-being of this population.

Methodology: A search has been carried out in different databases, Pubmed, Scielo, Cochrane, Cuiden Plus and Google Scholar, and 10 scientific articles that address the study area have been selected. The results have been reported following the recommendations of the PRISMA guidelines.

Conclusions: Miscarriage is a traumatic event for women that sometimes can lead to posttraumatic stress disorder. This has some consequences that can have a negative impact on their health. Appropriate care by health professionals is considered essential, as well as a greater knowledge and research on this subject, to detect the appearance of this disorder after a spontaneous abortion and to design a care plan adjusted to the needs of this population.

Key words: Posttraumatic stress disorder; miscarriage; pregnancy; mental health.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es el periodo en el que el feto se desarrolla en el útero de una mujer. Tiene una duración aproximada de 40 semanas, desde el primer día del último periodo menstrual hasta la fecha estimada del parto. Se divide en 3 trimestres, el primero de la semana 1 a la semana 12, el segundo de la 13 a la 28 y el último de la 29 a la 40. Durante este tiempo, el feto desarrolla todas las capacidades necesarias para poder adaptarse a la vida una vez nazca. Pero este no es el único, ya que el embarazo es una etapa en la que la mujer experimenta una gran variedad de cambios, tanto a nivel físico, como psíquico (1).

Según la literatura científica (2), las mujeres son más propensas a sufrir trastornos mentales que los hombres. El Trastorno Mental Común (TMC) afecta a un 22,7% de la población general y es algo más elevado en pacientes gestantes. La gestación es la etapa de mayor frecuencia y susceptibilidad al TMC y se asocia a una mayor fragilidad mental y a la aparición de sintomatología de sufrimiento a nivel emocional. Los trastornos mentales se dan sobre todo en el primer y tercer trimestre de gestación, donde existen un mayor número de cambios fisiológicos y psicológicos, aunque también son relativamente frecuentes en el periodo del postparto.

Durante el proceso del embarazo pueden existir numerosas complicaciones. Éstas pueden afectar tanto a la salud de la madre, como a la del feto o ambas. Entre ellas, podemos encontrar de manera frecuente la hipertensión, diabetes gestacional, preclamsia, infecciones víricas, anemia, embarazo ectópico, hiperémesis gravídica, placenta previa o desprendimiento de placenta, trabajo de parto prematuro y la pérdida del feto (3). El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del vientre materno y suele ocurrir durante las 20 primeras semanas. Cuando la pérdida del feto se produce después de las 20 semanas, con un peso mayor de 500 gr o al menos 25cm de longitud, el feto se considera viable y se denomina muerte fetal (4,5).

El aborto puede clasificarse en dos tipos: provocado o espontáneo. El aborto provocado o inducido es la interrupción artificial o consciente de la gestación

mediante intervenciones físicas, instrumentales o medicamentosas. Puede tener lugar por razones médicas, cuando el feto tiene alguna anomalía estructural incompatible con la vida intra o extrauterina, o por razones electivas. El aborto espontáneo hace referencia a la interrupción de manera natural del embarazo, sin precisar ningún procedimiento para producirlo. Puede originarse por alguna alteración genética o por problemas en el útero o cuello uterino materno. Los signos pueden incluir manchado o sangrado vaginal, calambres, o pérdida de tejido o líquido por la vagina. Existe un término llamado pérdida recurrente, que tiene lugar cuando se dan más de dos o tres abortos espontáneos consecutivos (6). Los abortos se presentan en alrededor de un 15% de los embarazos, aunque la cifra puede ser mayor ya que muchas mujeres aun no son conscientes del embarazo cuando sucede (5).

Hoy en día existe una tendencia a un cierto grado de ocultamiento respecto al aborto por parte de la sociedad, a pesar de que el aborto puede conllevar consecuencias severas tanto para la madre como para sus allegados, ya que se acompaña de un duro periodo de duelo que puede derivar en otros problemas (7). De hecho, según Menéndez-Velázquez (8) el aborto es un suceso devastador tras el cual es común el desarrollo de trastornos de salud mental como la depresión, con un 21,7% de prevalencia o la ansiedad, con un 19,8%. La depresión se define como la disminución del estado de ánimo con cierta pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades diarias. Suele presentarse acompañado de sintomatología psíquica o física, como tristeza, alteraciones en la concentración o memoria, disminución del apetito y de la libido. Por otro lado, la ansiedad es considerada un estado subjetivo de incomodidad, malestar, displacer, tensión y alarma, que hace que la persona que lo padece se sienta molesta (9). También se aprecian sentimientos de desconcierto, culpa, o miedo, por lo que existe una mezcla entre el dolor físico y dolor emocional, es decir entre lo físico y psicológico (10).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afectación de salud mental que desarrollan algunas personas que han experimentado un suceso impactante, aterrador o peligroso (11). Se han descrito 4 tipos de síntomas del TEPT: 1) reviviscencia (volver a vivir el suceso), como flashbacks,

pesadillas o pensamientos aterradores; 2) síntomas de evasión (intentar evitar situaciones o personas que desencadenan recuerdos del evento); 3) síntomas de hipervigilancia y reactividad, que causan nerviosismo; 4) síntomas cognitivos y del estado de ánimo. Comienzan generalmente en los 3 meses posteriores al suceso, aunque a veces pueden aparecer más tarde. Estos síntomas deben darse durante más de un mes y ser suficientemente graves para que interfieran en la vida diaria de la persona que los padece. El TEPT puede desarrollarse a cualquier edad; al igual que con los TMC, las mujeres son más propensas que los hombres a experimentar este trastorno (12).

Cada mujer experimenta el aborto de una manera diferente. Es un hecho, que el aborto puede vivirse como un evento traumático y violento que interfiere en la integridad de la mujer. Esto hace que puedan cumplirse los criterios para desarrollar trastornos como el TEPT por lo que es importante el estudio de los efectos de pérdidas gestacionales en las mujeres.

Existen numerosos estudios sobre los posibles trastornos de salud mental que pueden llegar a manifestar las mujeres tras sufrir la pérdida del feto, pero muy pocos sobre la asociación entre el aborto espontáneo y el TEPT, que debe tenerse en cuenta para poder proporcionar unos cuidados apropiados a las pacientes por parte de enfermería. La pérdida de un hijo es un suceso traumático para la mujer y sus familiares y allegados. Es importante investigar la relación entre sufrir un aborto y experimentar el TEPT con el objetivo de orientar a las gestantes y a los profesionales sanitarios sobre cómo actuar frente a estas situaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar y analizar la evidencia disponible en la literatura científica acerca del TEPT en pacientes que han sufrido un aborto espontáneo.

Objetivos específicos

- Evaluar si existe una relación entre el aborto espontáneo y experimentar un TEPT.
- Describir los efectos y las consecuencias de experimentar un TEPT tras sufrir un aborto espontáneo.
- Identificar estrategias e intervenciones efectivas por parte de los profesionales sanitarios para mejorar el bienestar de las mujeres que han sufrido un TEPT tras un aborto espontáneo.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio y formulación de la pregunta de investigación

Los resultados de esta revisión de la literatura se han reportado siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA (13). La pregunta de investigación se formuló utilizando el *PEO framework* (Population, Exposure, Outcome) descrito por Munn et al (14). Según estos autores, utilizar el formato PEO es apropiado cuando el objetivo de la revisión de la literatura es determinar si existe una asociación entre la exposición a un factor de riesgo y un resultado en la salud de la población. En este caso, la pregunta de investigación debería describir la exposición, la enfermedad, síntoma o trastorno de interés y la población o grupos de población en riesgo. Concretamente, la población se refiere a las personas o grupos de personas que están expuestas a un factor de riesgo o acontecimiento, en este caso las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo; la exposición se refiere a un factor de riesgo concreto, en este caso el aborto espontáneo; y el resultado se refiere al impacto o efecto que la exposición a un factor de riesgo ejerce sobre la población, en este caso el TEPT. Siguiendo estas fases se propone la siguiente pregunta de investigación detallada en la Tabla 1: ¿Se encuentran las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo en riesgo de sufrir un TEPT?

Tabla 1. Formulación de la pregunta de investigación siguiendo el formato PEO.

Paciente	Mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.
Exposición	Aborto espontáneo.
Outcome/Resultado	Consecuencias de sufrir un aborto espontáneo y asociación de este acontecimiento con el desarrollo de un TEPT.
Pregunta de investigación	¿Se encuentran las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo en riesgo de sufrir un TEPT?

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos, específicamente Pubmed, Scielo, Cochrane, Cuiden Plus y Google Scholar, con el objetivo de analizar la asociación entre el aborto espontáneo y el TEPT. Para ello, se utilizaron los siguientes términos MeSH (Medical Subject Heading) en inglés y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) en español:

- MeSH: Post traumatic stress / Post traumatic stress disorder / abortion / spontaneous abortion / miscarriage.
- DeCS: Estrés post traumático / Trastorno de estrés post traumático / aborto espontáneo / aborto.

La estrategia de búsqueda fue adaptada en cada base de datos mediante la combinación de los términos con los operadores booleanos "AND" y "OR" según fuese necesario (Tabla 2).

Con el objetivo de realizar una búsqueda más específica, se establecieron criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión: 1) artículos científicos que analizaran la asociación entre el aborto espontáneo y el TEPT; 2) artículos publicados en inglés y en español; 3) artículos disponibles a texto completo.

- Criterios de exclusión: 1) artículos que analizaran la asociación entre el aborto inducido y el TEPT; 2) artículos que incluyeran poblaciones con trastornos de salud mental diagnosticados previos al aborto; 3) artículos que abordaban el tema de estudio desde el paradigma cualitativo.

Debido a la escasez de artículos identificados al respecto, no se establecieron limitaciones en cuanto a la fecha de publicación.

Tabla 2. Fórmulas de búsqueda de artículos científicos y resultados según la base de datos.

Base de datos	Términos	Total artículos revisados	Artículos duplicados	Artículos incluidos
Pubmed	(Posttraumatic stress disorder AND (miscarriage OR spontaneous abortion))	67	2	4
Scielo	(Posttraumatic stress disorder AND abortion)	2	0	1
Cuiden Plus	(Trastorno estrés post traumático AND aborto)	2	0	1
Cochrane	(Posttraumatic stress disorder AND abortion)	10	0	0
Google Scholar	Posttraumatic stress AND (abortion OR miscarriage)	34	2	4
TOTAL: 10				

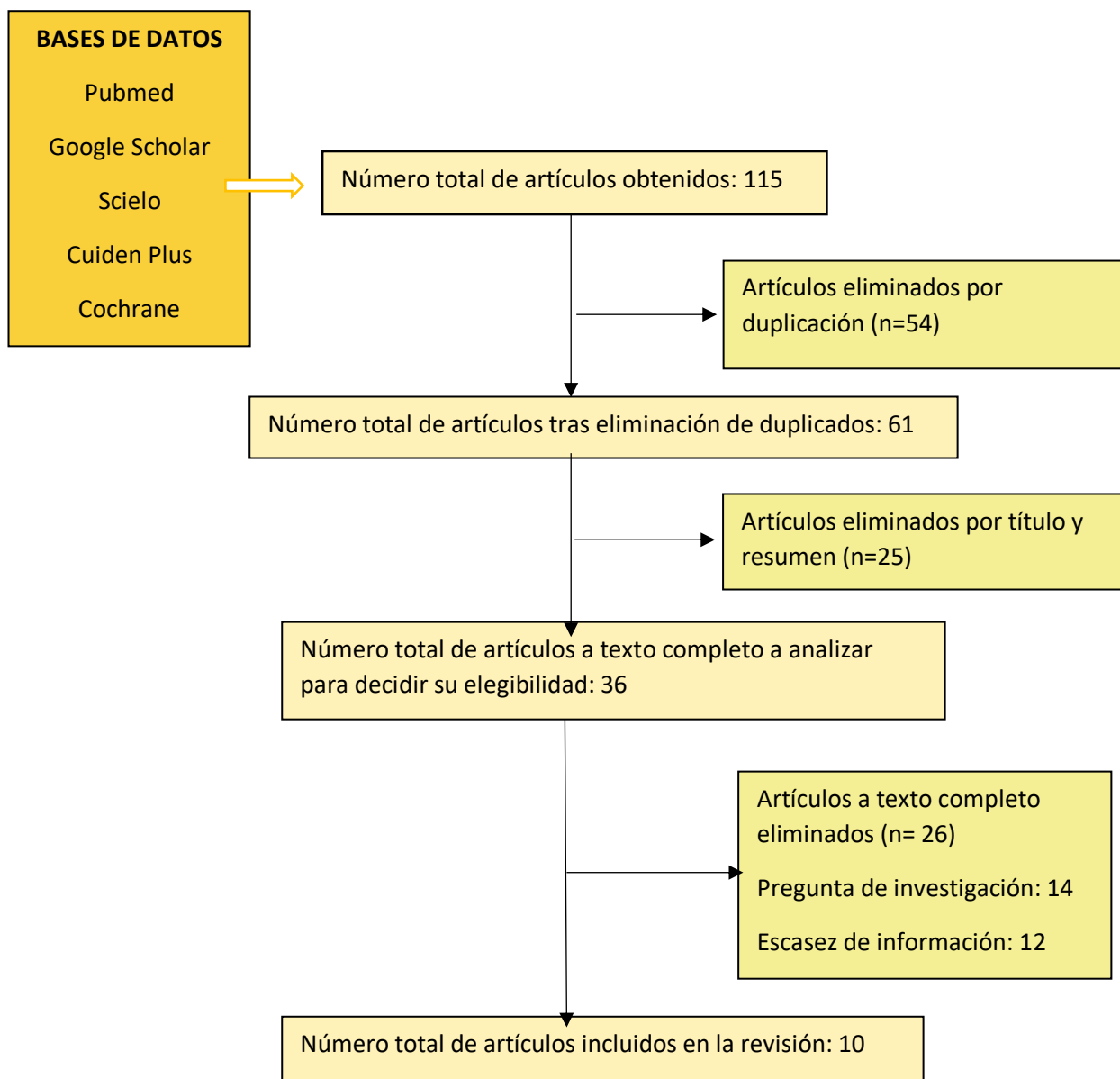
Fuente: Elaboración propia.

Selección de los artículos

Respecto al proceso de selección de artículos, se siguieron las recomendaciones de la Declaración PRISMA (13) para completar las fases de la revisión de la literatura, que incluye la identificación de documentos relevantes, la eliminación de duplicados, el cribado de los artículos restantes a través del examen del título y resumen, el cribado subsiguiente de los

artículos restantes a través del acceso al texto completo y la selección de los 10 artículos científicos más relevantes. Este proceso se representa en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las fases de la revisión de la literatura.



Fuente: Elaboración propia.

Evaluación de la calidad de los estudios

Se realizó un análisis de la calidad de los estudios siguiendo las herramientas del Joana Briggs Institute (15). Se utilizaron diferentes modelos para cada

tipo de diseño, diferenciándose entre estudios de cohortes, descriptivos, experimentales y revisiones sistemáticas. Éstas últimas obtuvieron mayores puntuaciones. Tras el análisis, se obtuvo una media de 9/10 de todos los artículos, lo que puede interpretarse como un empleo de estudios de alta calidad. Este análisis puede observarse en el Anexo II.

RESULTADOS

A continuación, se sintetizan los resultados de la revisión de la literatura según los objetivos planteados en este trabajo. Los artículos empleados para la revisión fueron publicados en diferentes partes del mundo, mayoritariamente en Estados Unidos, aunque también en Inglaterra, Canadá, Bélgica, Polonia o España. Los autores son profesionales de la salud e investigadores en el campo de ginecología y obstetricia o salud mental. Se han diferenciado estudios de tipología descriptiva, experimental, revisiones sistemáticas y estudios de cohortes. En el Anexo I se presenta una tabla resumiendo su contenido.

Evaluar si existe relación entre sufrir un aborto espontáneo y experimentar un TEPT

Farren et al (16) y Bialek y Malmur (17) sugieren que el aborto puede clasificarse como un evento traumático. En el contexto del aborto espontáneo, es posible que la madre presente riesgo de sufrir lesiones graves, vea sangre o tejido fetal y tenga la percepción subjetiva de experimentar la muerte del bebe (18). Específicamente, Born et al (19) afirman que alrededor del 25% de mujeres que pierden el feto durante las 20 primeras semanas de embarazo presentan altas tasas de prevalencia de TEPT, con síntomas comparables a los de otros eventos traumáticos. Por su parte, Montoya y Alzaga (20) remarcan que, tras un aborto espontáneo, del 10 al 25% de las mujeres cumplen criterios de TEPT agudo durante el primer mes, disminuyendo este porcentaje con el paso del tiempo (6% a los 4 meses).

Los datos aportados por Farren et al (21) confirman que las mujeres que sufren un aborto espontáneo presentan un elevado riesgo de padecer

determinadas patologías psicológicas. Concretamente, según estos autores un 39% de las mujeres que sufrieron un aborto espontáneo presentaban TEPT a los 3 meses. Además, hallaron una incidencia de trastorno de estrés agudo (TEA), considerado precursor del TEPT, de un 28% a los 7 días.

Respecto al riesgo de sufrir TEPT, según Bialek y Malmur (17), las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo tienen siete veces más probabilidades de sufrir TEPT que las mujeres que no han estado embarazadas. Asimismo, se han reportado tasas más altas de TEPT con síntomas más graves en pacientes que habían sufrido un aborto espontáneo previo.

Según los resultados de investigaciones previas (22), tras un aborto, un diagnóstico de TEA, disociación peritraumática o neuroticismo suelen concluir en TEPT de uno a cuatro meses después de la pérdida. Asimismo, se ha demostrado que hay gran variedad de factores que son significativos para el desarrollo del TEPT, entre ellos, la edad materna, la edad gestacional, los embarazos no planificados, el menor nivel educativo de la madre y antecedentes de traumas físicos o sexuales previos.

Describir los efectos y las consecuencias de experimentar un TEPT tras un aborto espontáneo

Según Born et al (19), 4 meses después del aborto espontáneo, un 7% de las mujeres siguen cumpliendo los criterios del TEPT. Bialek y Malmur (17) añaden que el 77% de las mujeres experimentan recuerdos intrusivos, ansiedad al recordar la situación y pesadillas tras sufrir la pérdida. Por su parte, Bowles (23) clasifica las manifestaciones derivadas del aborto en: 1) relacionadas con las emociones (shock, entumecimiento, culpa, ira, desrealización, despersonalización y aislamiento), 2) físicas (sensación de vacío en el estómago), 3) cognitivas (pensamientos intrusivos sobre el feto, imágenes visuales del bebé o alucinaciones de su llanto, movimiento fetal fantasma, amnesia disociativa o fantasías sobre el feto) y 4) conductuales (dificultad para dormir (pesadillas), consumo de sustancias, evitar instalaciones o personal sanitario, mujeres embarazadas o niños). Todas estas manifestaciones se ven reflejadas en los criterios diagnósticos para desarrollar TEPT, que son: re-experimentar el trauma, síntomas disociativos,

aumento de la excitación, evitación de estímulos traumáticos y afectación a nivel social y laboral.

Montoya y Alzaga (20) estiman que la mitad de las mujeres que sufren una pérdida fetal vuelven a quedarse embarazadas al año siguiente y presentan mayores niveles de ansiedad durante el embarazo en comparación con mujeres que no han sufrido un aborto. Además, entre un 3 y un 20% de ellas presentan una reactivación del TEPT. Es más, según estos autores, muchas mujeres deciden evitar un futuro embarazo para no volver a experimentar otra experiencia traumática.

Según Farren et al (16), durante el primer mes después de la pérdida del feto, re-experimentar el suceso traumático es el síntoma más repetido, seguido de la evitación, y de la hiperactividad, aunque con el paso del tiempo la evitación tiende a disminuir. En esto coincide Maryam et al (24), quien afirma que también se expresa comúnmente miedo severo, ansiedad generalizada e impotencia funcional. Estos síntomas pueden causar con el tiempo malestar generalizado o disfunción grave, viéndose afectados otros aspectos de la vida diaria, especialmente las actividades de ocio o el trabajo, así como las relaciones sexuales y la satisfacción vital.

Según Daugirdatė et al (22), las mujeres embarazadas con una pérdida anterior al ver un ultrasonido del embarazo actual pueden experimentar flashbacks y síntomas de TEPT. También existe una fuerte asociación de sentimientos de duda y culpa.

Según Farren et al (21), en la Escala de Impacto de Eventos, que es una escala de angustia subjetiva relacionada con un evento específico (en este caso el aborto), inicialmente la intrusión tiene mayor prevalencia, mientras que con el paso del tiempo la evitación está menos presente.

La mayor parte de los autores (16,17,19-23) coinciden en que el trastorno depresivo común y ansiedad son psicopatologías muy comunes que cursan con el TEPT tras un aborto.

Identificar estrategias e intervenciones eficaces para mejorar el bienestar de las mujeres que han sufrido TEPT tras un aborto espontáneo

Para Bialek y Malmur (17) es importante establecer un vínculo entre el personal sanitario y el paciente durante el proceso, ya que éste marca la eficacia de la terapia. Para ello, propone el sistema ABCDE para la comunicación con el paciente: 1) Preparación para la conversación (advanced preparation), 2) establecer una buena relación terapéutica con el paciente y entorno (built a therapeutic enviroment), 3) usar la empatía, escucha activa (comunicate well), 4) lidiar con emociones difíciles (dealing with reactions) y 5) tener una reacción adecuada para terminar el encuentro (encourage and validate emotions).

Montoya y Alzaga (20) afirman que la identificación temprana del TEPT y de los factores de riesgo sobre los que se pueda intervenir, así como su tratamiento precoz, pueden evitar la cronificación y el desarrollo de otros trastornos que empeorarían el pronóstico de la enfermedad, así como realizar seguimientos y controles a largo plazo a estas mujeres y sus familias. Algunas intervenciones eficaces son la terapia cognitiva conductual y desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular, que tiene como finalidad disminuir el sufrimiento emocional que se asocia a recuerdos traumáticos. El apoyo psicológico se considera la mejor opción para reducir los niveles del TEPT, aunque la terapia individual no se ha considerado más efectiva que el propio paso del tiempo.

Montoya y Alzaga (20) también apuntan que la relación de la mujer con su pareja es un factor protector. Asimismo, Hepburn (25) afirma que la autoestima es un factor de adaptación muy importante para lidiar eventos o emociones negativas ante situaciones de la vida diaria. Según esta autora, aquellas personas con mayor autoestima son capaces de responder de mejor a eventos estresantes como es el del aborto espontáneo.

Según Hepburn (25), el asesoramiento tras un aborto reduce la prevalencia de subsiguientes trastornos mentales en mujeres con síndrome post-aborto. Concretamente, en su estudio se llevó a cabo un asesoramiento individualizado cada dos semanas durante un periodo de 6 meses. En las sesiones se ayudaba a las mujeres a aceptar la pérdida e identificar patrones de pensamientos negativos, desarrollando habilidades necesarias para lidiar con las emociones negativas y mejorar su bienestar mental. Así, las mujeres que recibían asesoramiento individual después de sufrir un aborto espontáneo

presentaban niveles más altos de autoestima y menores posibilidades de desarrollar un TEPT.

Farag y Eldin (18) afirman que se deben establecer protocolos sobre el aborto espontáneo en los servicios de maternidad. Las enfermeras juegan un papel importante, ya que son quienes están en contacto constante con las pacientes. Por tanto, deben tener la oportunidad de asistir a programas de capacitación sobre este tema para poder cambiar malas praxis.

Por su parte, Maryam et al (24) sugieren la terapia de liberación emocional como una forma de representar y abordar las emociones reprimidas. En su estudio, demostraron que la liberación emocional tiene un efecto significativo en la reducción del TEPT.

Finalmente, Born et al (19) sugieren que un mayor apoyo social puede disminuir los efectos negativos de la pérdida natal, aunque también que el debriefing no se ha mostrado eficaz en mujeres que han tenido un aborto espontáneo y su eficacia se encuentra actualmente en debate.

DISCUSIÓN

Esta revisión de la literatura ha analizado la asociación entre sufrir un aborto espontáneo y presentar TEPT. Asimismo, ha investigado el impacto que experimentar un TEPT tras sufrir un aborto espontáneo representa para las mujeres, y ha identificado estrategias y recomendaciones para mejorar el bienestar de esta población

El aborto espontáneo es un evento traumático que afecta a la integridad de la mujer; es un suceso muy común y constituye un importante problema de salud pública (10). Existe una gran cantidad de estudios (16,26,27) que se centran en el posible desarrollo de trastornos de salud mental como la depresión y la ansiedad tras sufrir un aborto espontáneo. De hecho, existe evidencia de que un porcentaje elevado de la población de mujeres que sufre un aborto espontáneo presenta diversos trastornos de salud mental (16). Sin embargo, existe una menor cantidad de evidencia respecto a la posible asociación entre el aborto espontáneo y el TEPT (17).

Según Farag y Eldin (18), el TEPT se produce cuando un evento traumático provoca la hiperexcitación de los mecanismos de defensa de "huida o lucha". Esta hiperexcitación hace que estos mecanismos de defensa se desorganicen, se desconecten de las circunstancias actuales y adquieran vida propia, lo que da como resultado un comportamiento anormal y trastornos importantes de la personalidad. Así, en el diagnóstico de TEPT, se incluye como evento traumático la "muerte real o inminente, daños graves o amenaza de la integridad física de uno mismo o de otros" (28).

El aborto es un proceso complejo y devastador. En todo aborto, la mujer ha de pasar por un trabajo de parto (10), esto implica un dolor no solo físico sino emocional muy importante. Algunas de las vivencias más destacadas que sufren las mujeres tras un aborto espontáneo son pesadillas, recuerdos intrusivos, situaciones de hiperexcitación, de evitación o reexperimentación, así como medio, angustia o ansiedad. Todo ello favorece el desarrollo una situación de estrés generalizado (24). Un fracaso para controlar el estrés de un evento traumático favorece el desarrollo del TEPT. El TEPT tras un aborto espontáneo se ha reconocido y se ha distinguido de otras patologías como depresión postparto o duelo perinatal (29).

El TEPT tras la pérdida del feto puede tener consecuencias muy graves para la mujer y para su entorno; tiene un impacto significativo en su calidad de vida, relaciones, capacidad para trabajar y salud física (21). Además, puede tener implicaciones para futuros embarazos (20). Es común que no se considere el aborto como una pérdida significativa (30), lo cual lleva a que las mujeres no se sientan comprendidas tras esta vivencia dolorosa y traumática.

Establecer un vínculo basado en la confianza y una buena comunicación con la paciente, son objetivos para conseguir una intervención efectiva (17). Conseguir un entorno seguro y una relación terapéutica eficaz, son de gran utilidad para hacer comprender la situación y sentimientos de la mujer, aprender estrategias para afrontar los síntomas, así como a identificar por parte de los profesionales, conductas o factores de riesgo que puedan indicar la aparición de otras complicaciones, debido la evidencia de que el TEPT no es el único trastorno de salud mental que puede darse tras un aborto (20,31). Algunas de las técnicas empleadas más efectivas según la literatura, son la

terapia cognitiva conductual, la de exposición y la de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (32).

Según Bialek y Malmur (17), las emociones conforman un sistema adaptativo e innato, que potencia nuestro desarrollo y supervivencia; son las necesidades más humanas y advierten rápidamente a las personas sobre su bienestar. Enfermería tiene un papel esencial en la educación, atención a la salud y prestación de cuidados y puede ayudar a manejar emociones como pensamientos desagradables y perturbadores, así como patrones de comportamiento destructivos, y a desarrollar capacidades para manejar el estrés. El personal de enfermería es quien está en contacto constante con las pacientes por lo que es crucial tener en consideración este trastorno para poder evaluar sus necesidades y prevenir complicaciones a largo plazo, prestando una atención integral e individualizada a cada una de ellas (8). Es interesante potenciar el desarrollo de programas de capacitación para profesionales de la salud sobre este tema. Enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno, para promover la adaptación. Es importante trabajar desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona (33).

LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones de esta revisión bibliográfica, cabe destacar que solo un autor llevó a cabo la selección de los estudios y completó la revisión. Los resultados de algunos de los artículos incluidos en la revisión son relativamente antiguos, lo cual podría interpretarse como una falta de interés reciente por el TEPT asociado al aborto espontáneo. Asimismo, debido a la escasez de información identificada sobre el tema de estudio, se han incluido artículos con diversos diseños y metodologías (con la excepción de artículos cualitativos), lo que dificultó el proceso de análisis de la información. Es posible que, en vista de las circunstancias actuales de este área de estudio, la metodología de una revisión integrativa de la literatura incluyendo también artículos de tipo cualitativo, hubiera sido más adecuada para llevar a cabo un análisis profundo de la evidencia (34).

CONCLUSIONES

El aborto espontáneo se considera un evento traumático para la mujer, pudiendo experimentar tras este suceso severos trastornos de salud mental. Se ha comprobado que, entre ellos, se encuentra el TEPT. Entre las consecuencias que tiene este trastorno para la mujer que ha sufrido un aborto espontáneo se encuentran vivencias como la reexperimentación, evitación, pesadillas, recuerdos intrusivos, también manifestaciones emocionales, físicas e incluso cognitivas que pueden llegar a afectar a nivel social y personal, alterando de manera importante su estado de salud. El acompañamiento y el apoyo a las mujeres que han sufrido un aborto espontáneo por parte de profesionales de la salud es crucial para evitar complicaciones. Así como un mayor conocimiento e investigación sobre este tema que generalmente pasa desapercibido en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. About Pregnancy [Internet]. <https://www.nichd.nih.gov/>. [citado 26 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo>
2. Guimarães FJ, Santos FJDS, Leite AFB, Holanda VRD, Sousa GSD, Perrelli JGA, et al. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enferm Glob*. 2019;18(53):499-534.
3. Complicaciones durante el embarazo [Internet]. womenshealth.gov. 2016 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>
4. Astete A C, Beca I JP, Lecaros U A. A glossary for discussion about abortion. *Rev Médica Chile*. noviembre de 2014;142(11):1449-51.
5. Leguisamon AFZ. El aborto. *Uma Nova Pedagog Para Soc Futura*. 1 de diciembre de 2018;0(0):674-6.
6. Aborto espontáneo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
7. El aborto espontáneo, el último tabú de la maternidad [Internet]. *El Independiente*. 2018 [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/2018/04/14/el-aborto-espontaneo-el-ultimo-tabu-de-la-maternidad/>
8. Menéndez-Velázquez JF. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(1):8.
9. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*. agosto de 2013;17(2):32-40.

10. Durán B de, Izzedin R. Aborto espontáneo. *Liberabit*. enero de 2012;18(1):53-8.
11. Trastorno de estrés postraumático [Internet]. National Library of Medicine; [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>
12. NIMH » Trastorno por estrés postraumático [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/>
13. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clínica*. 9 de octubre de 2010;135(11):507-11.
14. Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 10 de enero de 2018 [citado 8 de mayo de 2021];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5761190/>
15. critical-appraisal-tools - Critical Appraisal Tools | Joanna Briggs Institute [Internet]. [citado 8 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
16. Farren J, Jalbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2 de noviembre de 2016;6(11):e011864.
17. Białek K, Malmur M. Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage. *Med Stud Med*. 2020;36(2):134-41.
18. Farag DS, Eldin SAN. Post traumatic stress disorders for Patients Undergoing Abortion and Nursing Implications. *Zagazig Nurs J*. 2012;14.

19. Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares CN. Trauma & the reproductive lifecycle in women. *Braz J Psychiatry*. octubre de 2005;27:s65-72.
20. Montoya JS, Alzaga GP. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Profesión*. 2007;1(8):12-9.
21. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 1 de noviembre de 2018;24(6):731-49.
22. Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J Pregnancy*. 2015;2015:646345.
23. Bowles SV, James LC, Solursh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA, et al. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 15 de marzo de 2000;61(6):1689-96.
24. Maryam YK, Sepideh R, Ghasem SM. The effectiveness of an emotional freedom technique (EFT) on anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) in women with spontaneous abortion. 1 de enero de 2021;1(4):53-71.
25. Hepburn C. Pro-Health: The Effectiveness of Post-Abortion Counseling on Self-Esteem and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Brainwaves*. 2014;4:5.
26. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS de, Zugaib M. [Spontaneous and induced abortion: anxiety, depression and guilty]. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. junio de 2009;55(3):322-7.
27. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 1 de octubre de 2005;72(7):1243-50.
28. Bados A. Trastorno por estrés postraumático. *Dep Personal Avaluació Tractament Psicològics*. 1 de diciembre de 2005;131.

29. Fernández-Ordoñez E, González-Cano-Caballero M, Guerra-Marmolejo C, Fernández-Fernández E, García-Gámez M. Perinatal Grief and Post-Traumatic Stress Disorder in Pregnancy after Perinatal Loss: A Longitudinal Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*. 11 de marzo de 2021;18(6).
30. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MDC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensam Psicológico*. 3 de agosto de 2017;15(2):109-20.
31. Gurpegui M. Complicaciones psiquiátricas del aborto psychiatric complications of abortion. *Cuad Bioét*. 2009;20(3):381-92.
32. Trastorno por estrés postraumático - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973>
33. Mulens Ramos V. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. *Rev Habanera Cienc Médicas*. septiembre de 2009;8(3):0-0.
34. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Inf Libr J*. junio de 2009;26(2):91-108.

ANEXOS

ANEXO I: SÍNTESIS DE ARTÍCULOS

Autor/año	Título	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones	Calidad
Farren J, et al. 2016	Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study	Investigar el tipo y la gravedad de la angustia emocional en las mujeres después de la pérdida temprana del embarazo.	Estudio prospectivo de cohortes	La morbilidad psicológica fue mayor en el grupo de EPL, con un 28% que cumplía los criterios de probable TEPT, a los 3 meses	La morbilidad psicológica, y en particular los síntomas del TEPT, persiste al menos 3 meses después de la pérdida del embarazo.	10/11
Farren J, et al. 2018	The psychological impact of early pregnancy loss	Evaluar la evidencia de depresión ansiedad y TEPT después de un aborto espontáneo o un embarazo ectópico.	Revisión sistemática	Existe evidencia de depresión y ansiedad significativas en el primer mes y síntomas de TEPT relacionados con la EPL.	Los EPL pueden contribuir a la carga general de psicopatología. El reconocimiento de este impacto es importante, de modo que las personas afectadas puedan ser atendidas adecuadamente	11/11
Daugirdaitė V, et al. 2015	Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss	Investigar sobre el estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático después de la interrupción del embarazo, aborto espontáneo, muerte perinatal, fetal, neonatal y la fertilización in vitro fallida.	Revisión sistemática	Un gran número de mujeres que han experimentado un aborto espontáneo o un embarazo ectópico cumplen los criterios de diagnóstico de probable TEPT.	Las pacientes con embarazos avanzados, antecedentes de traumas previos, problemas de salud mental y perfiles psicosociales adversos deben considerarse de alto riesgo de desarrollar PTS o PTSD después de una pérdida reproductiva	11/11

Bowles S. V, et al. 2010	Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion	Evaluar el trastorno de estrés agudo y TEPT tras un aborto espontáneo	Estudio descriptivo	Tras un aborto espontáneo las mujeres pueden experimentar TEPT cuando los síntomas permanecen más de 4 semanas.	Es importante que los profesionales de salud tengan en cuenta la posibilidad de desarrollar TEPT tras un aborto.	6/7
Born L, et al. 2005	Trauma and the reproductive lifecycle in women	Examinar los datos existentes sobre el trastorno de estrés postraumático y a los factores psicológicos y fisiológicos relevantes para el desarrollo de síntomas tras la exposición a eventos traumáticos asociados con el ciclo de vida reproductivo.	Estudio descriptivo	Las mujeres que experimentan un aborto espontáneo pueden presentar tasas de prevalencia aún más altas de síntomas de trastorno de estrés postraumático.	Existe una mayor vulnerabilidad para desarrollar síntomas de TEPT asociados con experiencias traumáticas en el contexto de eventos del ciclo de vida reproductiva (por ejemplo, aborto espontáneo, TDPM)	6/7
Sanchez Montoya J, Palacios Alzaga G. 2007	Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto	Establecer el estado actual de las investigaciones sobre el TEPT asociado al embarazo, el parto y el posparto, exponiendo los conocimientos más relevantes para la práctica clínica de los profesionales que trabajan con las mujeres y sus familias.	Revisión sistemática	Algunas mujeres son extremadamente vulnerables y tienen grandes dificultades para recuperarse de la pérdida de un bebé esperado. Tras un aborto o pérdida fetal, del 10 al 25% de las mujeres cumplirían criterios del trastorno agudo dentro del primer mes, disminuyendo hasta el 5-7% a los 6 meses y al 4% a los 12 meses.	Los profesionales de la salud materno-infantil no están entrenados para reconocer y manejar estos casos. Es precisa la intervención de expertos cualificados en salud mental.	11/11
Bialek K, Malmur M. 2020	Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage	Evaluar el riesgo del TEPT en mujeres tras un aborto espontáneo.	Estudio descriptivo	Comprender el tipo y la frecuencia de las respuestas emocionales a la pérdida del embarazo es esencial para orientar el	El riesgo de TEPT entre las mujeres después de un aborto espontáneo a menudo se descuida en los estudios de ciencias	6/7

				apoyo adecuado, minimizando así las enfermedades mentales y los costos de salud en la atención a largo plazo.	de la salud. La literatura disponible describe los problemas posteriores a la pérdida, los factores psicológicos asociados con la pérdida o el duelo complicado.	
Hepburn C. 2014	Pro-Health: The Effectiveness of Post-Abortion Counseling on Self-Esteem and Post-Traumatic Stress Symptoms	Investigar la efectividad del asesoramiento post-aborto y estrés post traumático.	Estudio experimental longitudinal	Proporcionar asesoramiento post aborto reduce la posibilidad de desarrollar complicaciones de salud mental, como TEPT.	Saber cómo tratar mejor a los afectados por esta experiencia puede beneficiar no solo a esas personas, sino también a sus seres queridos.	8/9
Farag D, Eldin S. 2012	Posttraumatic stress disorders for Patients Undergoing Abortion and Nursing Implications	Identificar signos que denoten complicaciones en mujeres tras un aborto e implementar un programa educativo para enfermeras.	Estudio descriptivo y de intervención	Las mujeres tras un aborto sufren TEPT y se observa una mejora en el manejo de las enfermeras en estas situaciones tras un programa de intervención.	Los planes de estudio de enfermería deben incluir el aborto, el TEPT, el manejo del postaborto. El papel de enfermería en mujeres sometidas a aborto debe recomendarse en los protocolos del hospital de maternidad.	6/7
Maryam K, et al. 2020	The effectiveness of an emotional freedom technique (EFT) on anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) in women with spontaneous abortion	Determinar la efectividad de una técnica de libertad emocional sobre la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mujeres con aborto espontáneo.	Estudio experimental	Se reduce el TEPT en fases de tratamiento y seguimiento.	El uso del tratamiento para mujeres que padecen TEPT podría ayudar a mejorar la situación.	7/9

Fuente: Elaboración propia

ANEXO II: ANÁLISIS DE CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS

Estudio de cohortes

Preguntas

1. ¿Los dos grupos eran similares y reclutados de la misma población?
2. ¿Se midieron las exposiciones de manera similar para asignar a las personas a grupos expuestos y no expuestos?
3. ¿Se midió la exposición de manera clara y fiable?
4. ¿Se identificaron factores confusos?
5. ¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores confusos?
6. ¿Estaban los grupos/participantes libres del resultado al comienzo del estudio (o en el momento de la exposición)?
7. ¿Se midieron los resultados de una manera válida y fiable?
8. ¿Se informó del tiempo de seguimiento y fue suficiente para que se produjeran los resultados?
9. ¿Se describió y exploró el seguimiento completo y, si no, las razones de la pérdida para hacer un seguimiento?
10. ¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?
11. ¿Se utilizó el análisis estadístico adecuado?

ARTÍCULO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	TOTAL
Farren et al. (2016)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	10/11

Fuente: Elaboración propia.

Revisiones sistemáticas

Preguntas

1. ¿Se indica clara y explícitamente la pregunta de revisión?
2. ¿Eran apropiados los criterios de inclusión para la cuestión del examen?
3. ¿Era apropiada la estrategia de búsqueda?
4. ¿Eran adecuadas las fuentes y los recursos utilizados para buscar estudios?
5. ¿Eran apropiados los criterios para evaluar los estudios?
6. ¿La evaluación crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?
7. ¿Hubo métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?
8. ¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar estudios?
9. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?
10. ¿Las recomendaciones sobre políticas y/o prácticas estaban respaldadas por los datos notificados?
11. ¿Eran apropiadas las directivas específicas para nuevas investigaciones?

ARTÍCULO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	TOTAL
Farren J, et al. (2018)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11/11
Daugirdaitė V, et al. (2015)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11/11
Sanchez Montoya J, Palacios Alzaga G. (2007)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	11/11

Fuente: Elaboración propia.

Estudios descriptivos

Preguntas

1. ¿Estaban claramente definidos los criterios de inclusión en la muestra?
2. ¿Se describieron en detalle los temas del estudio y el entorno?
3. ¿Se midió la exposición de una manera válida y fiable?
4. ¿Se utilizaron criterios objetivos y estándar para medir la condición?
5. ¿Se identificaron factores confusos?
6. ¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores confusos?
7. ¿Se midieron los resultados de una manera válida y fiable?
8. ¿Se utilizó el análisis estadístico adecuado?

ARTÍCULO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
Bowles S. V, et al. (2010)	S	S	S	S	N	NA	S	S	6/7
Born L, et al. (2005)	S	S	S	S	N	NA	S	S	6/7
Bialek K, Malmur M. (2020)	S	S	S	S	N	NA	S	S	6/7
Farag D, Eldin S. (2012)	S	S	S	S	N	NA	S	S	6/7

Fuente: Elaboración propia.

Estudios experimentales

Preguntas

1. ¿Está claro en el estudio cuál es la 'causa' y cuál es el 'efecto' (es decir, no hay confusión sobre qué variable es lo primero)?
2. ¿Se incluyó a los participantes en comparaciones similares?
3. ¿Se incluyó a los participantes en cualquier comparación que recibiera tratamiento/atención similar, aparte de la exposición o intervención de interés?
4. ¿Había un grupo de control?
5. ¿Hubo múltiples mediciones del resultado antes y después de la intervención/exposición?
6. ¿Se ha completado el seguimiento y, si no, se han descrito y analizado adecuadamente las diferencias entre los grupos en términos de su seguimiento?
7. ¿Se incluyeron los resultados de los participantes en cualquier comparación medida de la misma manera?
8. ¿Se midieron los resultados de una manera válida y fiable?
9. ¿Se utilizó el análisis estadístico adecuado?

ARTÍCULO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	TOTAL
Hepburn C. (2014)	S	S	S	S	N	S	S	S	S	8/9
Maryam K, et al. (2020)	S	S	S	N	S	N	S	S	S	7/9

Fuente: Elaboración propia.