



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de Fin de Máster

**Modalidad 1: Revisión bibliográfica
y propuesta aplicada**

**Repercusiones psicológicas en
casos de aborto espontáneo:**

Una propuesta de intervención

Autora del TFM

Nerea González Estévez

Máster en Psicología General Sanitaria

Año 2023-2024

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Resumen.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
1. Concepto de aborto y tipos.....	7
2. Signos característicos del aborto espontáneo.....	9
3. Factores de riesgo del aborto espontáneo.....	10
4. Impacto del aborto espontáneo.....	12
5. Intervención psicológica en aborto espontáneo.....	14
6. Objetivos y justificación del trabajo.....	16
Método.....	18
Resultados.....	21
1. Consecuencias psicológicas derivadas del aborto espontáneo.....	21
a. Depresión.....	21
b. Ansiedad.....	23
c. Trastorno de estrés postraumático.....	24
2. Principales diferencias de género en el impacto psicológico.....	25
3. Consecuencias en la relación de pareja.....	27
a. Apoyo y comunicación.....	27
b. Intimidad y relaciones sexuales.....	29
4. Consecuencias en las relaciones sociales y familiares.....	31
5. Cronificación de los síntomas y embarazos posteriores.....	32
6. Aspectos relacionados con la intervención psicológica.....	34

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

a. Terapia Cognitivo-Conductual.....	34
b. EMDR.....	34
Discusión.....	36
Propuesta de intervención.....	40
1. Población diana.....	40
2. Objetivos.....	40
3. Evaluación.....	41
4. Formato y protocolo de intervención.....	42
5. Descripción del programa.....	43
Conclusiones.....	52
Referencias Bibliográficas.....	55
Índice de tablas.....	72
Índice de figuras.....	73
Anexos.....	74

Resumen

El aborto espontáneo conforma una realidad común en la sociedad, llegando a producirse entre el 10-20% de los embarazos. En el presente trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica con un doble objetivo: por un lado, analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo tanto en las mujeres como en sus respectivas parejas; y por el otro, conocer las principales intervenciones psicológicas aplicadas en dicha casuística. Los resultados reflejaron que las repercusiones psicológicas más comunes derivadas de un aborto espontáneo eran la sintomatología depresiva, ansiosa y el trastorno de estrés postraumático. Se encontraron diferencias en base al género, constatando que el impacto psicológico era significativamente superior en las mujeres, aunque en los hombres eran más comunes las conductas compensatorias. Asimismo, se confirmó que las consecuencias derivadas del aborto perduraban en el tiempo, afectando en embarazos posteriores e incluso tras el nacimiento de un hijo sano. Se identificó, además, que la propia relación de pareja (incluyendo apoyo, comunicación y relaciones maritales) y las relaciones sociales y familiares, se veían dañadas tras el aborto. Finalmente, se encontró evidencia a favor de la TCC y el EMDR, siendo tratamientos de elección con eficacia demostrada en múltiples estudios.

Por último, basándose en los fundamentos cognitivo-conductuales y teniendo en cuenta las variables relevantes detectadas en la revisión, se realizó una propuesta de intervención que consta de tres módulos, dirigidos a la estabilización, narración y procesamiento del evento traumático de los dos miembros de la pareja.

Palabras clave: Aborto espontáneo, Aborto involuntario, Impacto psicológico, Trauma, Intervención psicológica.

Número de palabras del trabajo: 19.908

Resumo

O aborto espontáneo conforma unha realidade común na sociedade, chegando a producirse entre o 10-20% dos embarazos. Neste traballo levouse a cabo unha revisión bibliográfica cun dobre obxectivo: por un lado, analizar o impacto psicolóxico do aborto espontáneo tanto nas mulleres como nas súas respectivas parellas; e polo outro, coñecer as principais intervencións psicolóxicas aplicadas na dita casuística. Os resultados reflicteron que as repercusións psicolóxicas máis comúns derivadas dun aborto espontáneo eran a sintomatoloxía depresiva, ansiosa e o trastorno de estrés postraumático. Atopáronse diferenzas con base no xénero, constatando que o impacto psicolóxico era significativamente superior nas mulleres, aínda que nos homes eran máis comúns as condutas compensatorias. Así mesmo, confirmouse que as consecuencias derivadas do aborto perduraban no tempo, afectando en embarazos posteriores e mesmo tras o nacemento dun fillo sano. Identificouse, ademais, que a propia relación de parella (incluíndo apoio, comunicación e relacións maritais) e as relacións sociais e familiares, veseíanse danadas tras o aborto. Finalmente, atopouse evidencia a favor da TCC e o EMDR, sendo tratamentos de elección con eficacia demostrada en múltiples estudos.

Por último, bastándose nos fundamentos cognitivo-conductuais e tendo en conta as variables relevantes detectadas na revisión, realizouse unha proposta de intervención que consta de tres módulos, dirixidos á estabilización, narración e procesamento do evento traumático dos dous membros da parella.

Palabras chave: Aborto espontáneo, Aborto involuntario, Impacto psicolóxico, Trauma, Intervención psicolóxica.

Abstract

Miscarriage is a common reality in society, occurring in 10-20% of pregnancies. In the present work, a literature review was carried out with a double objective: on the one hand, to analyze the psychological impact of spontaneous abortion on both women and their respective partners; and on the other hand, to know the main psychological interventions applied in this case. The results showed that the most common psychological repercussions derived from a miscarriage were depressive and anxious symptoms and post-traumatic stress disorder. Differences were found based on gender, confirming that the psychological impact was significantly higher in women, although compensatory behaviors were more common in men. It was also confirmed that the consequences derived from abortion lasted over time, affecting subsequent pregnancies and even after the birth of a healthy child. It was also identified that the couple's own relationship (including support, communication and marital relationships) and social and family relationships were damaged after the abortion. Finally, we found evidence in favor of CBT and EMDR, being treatments of choice with efficacy demonstrated in multiple studies.

Finally, based on the cognitive-behavioral foundations and taking into account the relevant variables detected in the review, an intervention proposal was made consisting of three modules, aimed at the stabilization, narration and processing of the traumatic event of the two members of the couple.

Keywords: Miscarriage, Spontaneous bortion, Psychological impact, Trauma, Psychological intervention.

Introducción

1. Concepto de aborto y tipos

El aborto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “*la interrupción o pérdida del producto antes de que éste logre su viabilidad, y que ocurre antes de las 20 semanas de gestación, acompañado de un peso fetal menor de 500 gramos y con una longitud cefalocaudal menor a 25 centímetros*”. No obstante, en esta definición es importante tener en consideración la siguiente casuística, y es que un recién nacido puede llegar a nacer con un peso por debajo de los 500 gramos, pero, sin embargo, es posible aplicarle la reanimación y que así sobreviva. En tales casos, si el bebé es admitido en la Unidad Neonatal y luego fallece, se contabilizará como una muerte neonatal, sin importar el peso al nacer (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2010).

Así, es posible categorizar el aborto en diferentes tipos, tal como se detalla en la Tabla 1 a partir de datos obtenidos *en Main Line Health System*, por Dulay (2022). De los diferentes tipos de aborto, el más frecuente es el espontáneo, llegando a producirse entre el 10-20% de los embarazos. El aborto espontáneo puede ser precoz, si ocurre antes de las 12 semanas, o tardío, si tiene lugar con 12 semanas o más de gestación; de esta forma, el 80% de los casos, es decir, la mayoría, se clasifican como tempranos, y el 20% como tardíos (Rodríguez et al., 2020). Asimismo, si la gestación llega a la séptima semana con un desarrollo óptimo, la probabilidad de aborto espontáneo disminuye, siendo inferior al 5%.

Tabla 1

Tipos de aborto y su definición

Temprano	Aborto antes de las 12 semanas de gestación
Tardío	Aborto entre las 12 y las 20 semanas de gestación
Inducido	Terminación del embarazo
Espontáneo	Pérdida de embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional
Amenaza de aborto	Sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación sin dilatación cervical
Inevitable	Sagrado vaginal o rotura de membranas antes de las 20 semanas de edad gestacional acompañada de dilatación del cuello uterino
Incompleto	Dilatación del cuello uterino y expulsión de algunos productos de la concepción
Completo	Cuello uterino cerrado después de la expulsión de todos los productos de la concepción
Retenido	Muerte del embrión o feto que no es expulsado y que no produce sangrado o dilatación cervical (también llamado feto muerto, embarazo anembrionado o pérdida embrionaria intrauterina)
Recurrente o habitual	≥ 2 a 3 abortos espontáneos
Séptico	Infección grave de los contenidos uterinos durante, poco antes, o después de un aborto

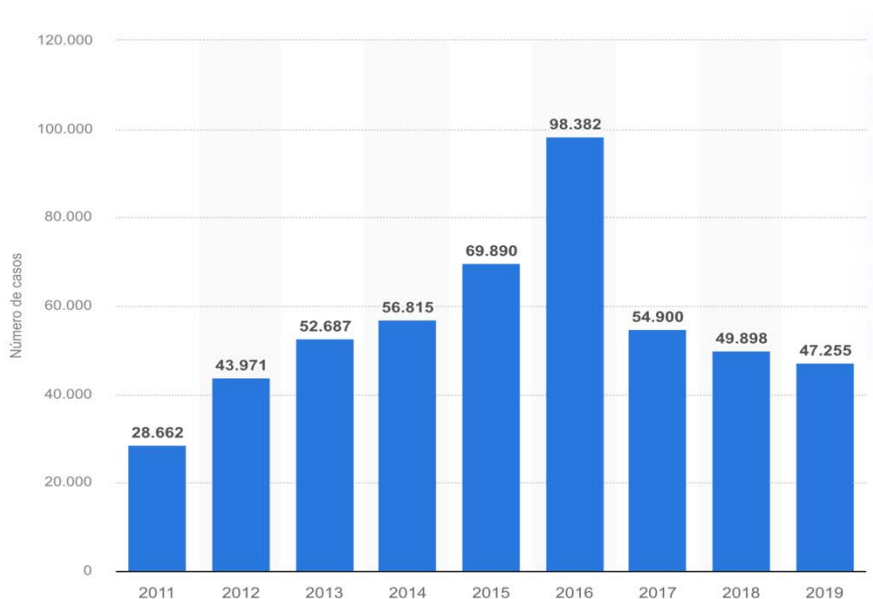
2. Signos característicos del aborto espontáneo

Los signos más característicos del aborto espontáneo suelen ser el manchado o sangrado vaginal, dolor o calambre en el abdomen o región lumbar, y líquido o tejido que sale de la vagina (Guía para el mejoramiento de la atención post aborto, 2009). Sin embargo, cabe tener en cuenta que existen diferentes formas clínicas del aborto espontáneo, por lo que, dependiendo de cada una de ellas, la sintomatología es variable (Ministerio de Salud Pública, 2013; Riesco et al., 2017). En este caso se puede distinguir: 1) *amenaza de aborto*, cuyo síntoma más habitual es el sangrado vaginal casi siempre indoloro acompañado de un leve dolor hipogástrico, 2) *aborto inevitable*, en el que el sangrado y dolor aumentan, y el cérvix se dilata, 3) *aborto incompleto*, en el que hay una expulsión incompleta del tejido embrionario, 4) *aborto retenido*, donde el útero suele ser más pequeño, por lo que el cérvix está cerrado y no existe sangrado, y 5) *aborto séptico*, soliendo estar acompañado de fiebre, escalofríos, dolor abdominal y sangrado vaginal frecuente. Para explorar el diagnóstico de aborto espontáneo, es necesario realizar una anamnesis (obteniendo información, por ejemplo, de la fecha de la última regla, duración habitual del ciclo, o antecedentes obstétricos y factores de riesgo), explorar físicamente la sintomatología que está experimentando la paciente, y realizar una ecografía —la cual es obligatoria— ante cualquier sospecha de aborto (Gavilanes y Yanchaliquin, 2023; Yu N Florrie y Leung, 2020).

Asimismo, para establecer una valoración clínica final y concisa, el diagnóstico diferencial es imprescindible para descartar otras patologías (como sangrado por implantación, metrorragia disfuncional o embarazo ectópico), y así poder confirmar las hipótesis planteadas (Riesco et al., 2017). De hecho, debido al aumento de casos de aborto espontáneo en los últimos años (véase Gráfica 1), dentro del sistema sanitario y legal se han generalizado protocolos clínicos, recomendaciones y servicios de actuación especializados, tanto para los profesionales de la salud como para la sociedad actual, para así fomentar una adecuada actuación, pero también prevención primaria (véase Anexo 1).

Figura 1

Datos sobre abortos espontáneos en España entre 2011-2019



Fuente: Statista. Número de casos de aborto espontáneo en España 2011-2019.

3. Factores de riesgo del aborto espontáneo

El aborto espontáneo es una condición plurietiológica cuyo origen a veces sigue siendo identificable, estimándose que el 50% de los casos no tienen una etiología definida (Pillarisetty y Mahdy, 2022). En diferentes estudios (Larroca y Chaquiriand, 2021; Pillarisetty y Mahdy, 2022; Turesheva et al., 2023) se han relacionado determinados factores con la patogénesis del aborto espontáneo, incluyendo: 1) la edad materna (9-75%), 2) causas endocrinas (17-20%), 3) patologías morfológicas uterinas (10-15%), 4) anomalías cromosómicas (7-50%), 5) agentes infecciosos (0,5-5%), 6) causas inmunológicas (8-42%), y 7) otras (p.e., estrés psicológico, alcohol, tabaquismo, historial previo de parto prematuro, y factores medioambientales).

En lo que respecta a la edad materna, se considera un factor independiente en cuanto al riesgo de aborto espontáneo (Dimitriadis et al., 2020; Magnus et al., 2021). Se ha observado que dicho riesgo aumenta significativamente en mujeres de mayor edad, tal como afirman diferentes estudios (Macías et al., 2018; Nolasco-Blé et al., 2012); asimismo, según los datos recogidos en el *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2011), entre los 20-29 años hay un porcentaje de aborto del 11-12%, aumentando abruptamente en un 93% en mujeres mayores de 45 años. Por

otro lado, también se ha relacionado la probabilidad de recurrencia de aborto espontáneo con la edad de la siguiente manera: 1) en mujeres que han sufrido dos abortos espontáneos, el riesgo aumenta del 24% a los 25-29 años al 44% a los 40-44 años, y 2) en casos de dos o más abortos espontáneos, el riesgo se eleva del 42% a los 25-29 años al 65% a los 40-44 años (Riesco et al., 2017; Toth et al., 2018; Turesheva et al., 2023). Así pues, las mujeres mayores de 35 años se enfrentan a un mayor riesgo de aborto espontáneo, lo que unido a la disminución de la fertilidad en esta etapa de la vida (que puede complicar el proceso de concepción), hace que la edad materna sea una variable clave en la maternidad (Macías et al., 2017; Ministerio de Salud Pública, 2013).

Por otra parte, los mecanismos inmunológicos desempeñan un papel de gran importancia en la recurrencia de abortos espontáneos (Toth et al., 2018). En la mayoría de los casos, se debe a una incompatibilidad inmunológica entre la madre y el embrión, lo que conduce a un rechazo del embrión por parte de la madre debido a similitudes inmunológicas entre ellos (Guerrero et al., 2020). En lo que concierne a las causas endocrinas, estas suelen estar fuertemente vinculadas a la insuficiencia de progesterona o al déficit del cuerpo lúteo. Para que la gestación avance adecuadamente hasta la 8ª o 9ª semana de embarazo, se requiere una producción suficiente de progesterona por parte del cuerpo lúteo, por lo que cuando los niveles de esta hormona disminuyen, puede dar lugar a la inhibición del correcto anidamiento del embrión (Devall et al., 2021). En este grupo también se pueden incluir otros factores de riesgo como la diabetes mellitus mal controlada, alteraciones tiroideas o la obesidad (en sí misma o relacionada con el síndrome de ovario poliquístico) (Hijona et al., 2010; Turesheva et al., 2023).

Asimismo, entre las causas anatómicas más frecuentes de la mujer con abortos espontáneos, se encuentran las anomalías congénitas del útero (junto con la insuficiencia cervical), y las anomalías adquiridas. En el primer caso, se asocian a problemas presentes ya desde el nacimiento, como por ejemplo en mujeres que tienen el útero didelfo (*útero doble*), útero unicornio (útero con un solo lado) o útero septado (útero con una división en el centro) (Grimbizis et al., 2021 citado en Pillarisetty y Mahdy, 2022); en segundo lugar, en el caso de la insuficiencia cervical, se trata de una dilatación cervical indolora que resulta en la pérdida del embarazo en el segundo trimestre, siendo considerado el motivo más habitual de aborto espontáneo debido a una causa materna (Dulay, 2022). Por otro lado, dentro de las anomalías uterinas adquiridas, se encuentran por ejemplo los fibromas, pólipos o el síndrome de Asherman, que también pueden aumentar el riesgo de las

mujeres de presentar aborto espontáneo (Grimbizis et al., 2001). Por otra parte, también es importante destacar las alteraciones cromosómicas en el feto, ya que la mayoría de estas anomalías se originan a partir de un óvulo o espermatozoide con un número incorrecto de cromosomas (ya sea más o menos de lo normal), lo que da como resultado que el embrión tenga una cantidad incorrecta de cromosomas y no pueda desarrollarse adecuadamente; estas anomalías cromosómicas se vuelven más frecuentes a medida que aumenta la edad de la madre (Grimbizis et al., 2001).

En lo que respecta a los agentes infecciosos, su potencial de peligro puede llegar a provocar abortos espontáneos y complicaciones en el embarazo. Se han identificado evidencias de infecciones que podrían ser causas potenciales de aborto espontáneo. Por ejemplo, Bouet et al. (2016) han señalado el papel de la endometritis crónica en sus respectivos estudios. Por otro lado, aunque no se ha establecido una relación directa entre infecciones agudas como micoplasmas, clamidias o citomegalovirus y abortos espontáneos, se ha observado que las citocinas antiinflamatorias liberadas por los tejidos placentarios y deciduales en respuesta a estas infecciones pueden dar lugar a la pérdida del embarazo (Li y Marren, 2018).

4. Impacto del aborto espontáneo

La vivencia de un aborto espontáneo ha resultado un tema de gran interés para diferentes campos del saber, entre ellos la psicología. Debido, principalmente, al gran impacto que supone y las consecuencias que le trascienden, ha llegado a considerarse un evento traumático (Lee y Slade, 1996).

Los efectos derivados de un aborto espontáneo se generalizan a varias esferas de la vida de la persona, entre otras: *físicos*, como riesgo de prematuridad en futuras gestaciones, infecciones uterinas, cambios en el microbioma uterino, y lesiones en el cérvix y/o útero (Quenby et al., 2021) *económicos*, como costes directos asociados al tratamiento e indirectos vinculados a la pérdida de productividad de la mujer tras el aborto, y *psicológicos*, con alteraciones de tipo emocional como depresión, ansiedad, y trastorno de estrés postraumático (Cuenca, 2023; Ruderman et al., 2020).

En la actualidad, se ha observado un incremento de la atención en el análisis del impacto del aborto espontáneo sobre la salud mental de las mujeres. De este modo, las investigaciones señalan que aquellas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo presentan mayor riesgo de

desarrollar trastornos afectivos en comparación con aquellas que no han sobrellevado esta experiencia (Volgsten et al., 2018); además, es importante destacar que este efecto no se limita únicamente a las mujeres, sino que también interfiere a sus parejas (Calderer et al., 2018; Donegan et al., 2023; Ruderman et al., 2020). Autores como Falenchi et al. (2021) y Volgsten et al. (2018), en sus respectivos estudios han encontrado que para las mujeres el impacto emocional derivado de la vivencia de un aborto espontáneo es más pronunciado que en los hombres (sus parejas), destacando el estrés, síntomas ansiosos y depresivos, estos últimos con prevalencia de tristeza, desesperanza y sobre todo culpa. En el caso de la autculpa, ésta va relacionada con el pensamiento que tiene la mujer sobre el supuesto papel activo que puede tener en la pérdida del feto (al ser ella la que queda embarazada, el embrión puede estar directamente influenciado por sus hábitos de vida); además, se ha encontrado que la autculpa perdura en el tiempo, hasta un año después de la experiencia de aborto (Adolfsson et al., 2003). Estas variaciones en las manifestaciones y riesgo de impacto emocional en ambos géneros pueden estar influenciados por las diferencias hormonales, de socialización y estereotipos de género (Altemus et al., 2014).

Asimismo, la afectación emocional derivada de la experiencia de aborto espontáneo también se extiende y observa en la propia relación de pareja (Koert et al., 2019). La literatura recoge que la vivencia de dicha pérdida puede interferir negativamente en la pareja, debilitando sus dinámicas y reduciendo, por lo tanto, la comunicación, apoyo y cercanía, tanto física como emocional (Calderer et al., 2018; Hutti et al., 2015). Por el contrario, otros autores (Boyle et al., 2015; O'Connell et al., 2016) establecen que el aborto espontáneo puede fortalecer la pareja, fomentando la intimidad y comprensión al sobrellevar tal evento juntos. Por otro lado, otra esfera de la pareja que se ve alterada es la sexual. Como señalan autores como Ravaldi (2023), la intimidad después de una pérdida perinatal suele resultar difícil, sobre todo para la mujer. Como el aborto espontáneo tiene lugar en el cuerpo femenino, se encuentra, por lo tanto, en el centro del evento traumático; por ello, ya sea de forma consciente o inconsciente, esto puede tener un papel fundamental en las complicaciones de las experiencias sexuales tras la vivencia de aborto espontáneo. Dicho impacto suele estar más agravado meses después de la pérdida, aunque puede perdurar en el tiempo e incluso en embarazos posteriores (Martínez-Hernández et al., 2021; Schwabe y Wolf, 2010). Asimismo, otro aspecto ligado a la intimidad y sexualidad en la pareja es el miedo a volver a tener

otro embarazo cuando todavía consideran que no están listos para ello, lo que resulta una limitación a la hora de mantener relaciones sexuales (Swanson et al., 2003).

Por otro lado, el impacto psicológico derivado del aborto espontáneo también se ha observado que tiene efectos negativos sobre la relación con la familia y a nivel social (Cuenca, 2023; Donegan et al., 2023; Kipkorir y Onsongo, 2021). Los resultados encontrados en el estudio de Fernández-Sola et al. (2020) confirman que la pérdida del embarazo provoca un debilitamiento entre los vínculos familiares y sociales—que pueden incluso perdurar hasta los embarazos posteriores—caracterizados por el miedo, evitación e incluso medicalización; dichos cambios se han atribuido, por ejemplo, a las diferencias en el afrontamiento entre los propios miembros de la familia. Asimismo, también se establece que la pérdida perinatal rompe con los roles y expectativas maternas, ya que se espera que las madres asuman roles sociales de procreación y crianza de sus familias, y esta circunstancia se debilita con el aborto espontáneo (Kipkorir y Onsongo, 2021). Sin embargo, en contradicción con los anteriores estudios, Tian y Solomon (2020) indican que las mujeres y hombres, tras la pérdida, reportan la experiencia como una oportunidad para el crecimiento, participando activamente en hacer frente a la pérdida de forma conjunta (en pareja) pero también a nivel social, facilitando de esta forma la apertura social.

Finalmente, en la literatura se recoge que dichas alteraciones emocionales—sobre todo en relación con los síntomas depresivos y ansiosos—perduran en el tiempo, interfiriendo especialmente en los casos de las parejas que vuelven a quedar embarazadas tras un registro de aborto espontáneo (Hunter et al., 2017).

5. Intervención psicológica en aborto espontáneo

La literatura revela que la sintomatología derivada del impacto psicológico del aborto espontáneo disminuye de forma significativa con la terapia psicológica (Sánchez-Pichardo, 2007). Una de las terapias con la que se han demostrado efectos comparables al uso de medicamentos depresivos y de otro tipo de psicoterapias—como la psicodinámica—, es la Terapia Cognitivo Conductual (Rupke et al., 2006; Sánchez-Pichardo, 2007). Tal como señalan Lok y Neugebauer (2007), como parte de la reacción de las víctimas de aborto espontáneo, éstas presentarán diferentes signos y síntomas, tanto cognitivos, emocionales y conductuales, por lo que el uso de intervenciones que aborden todos estos aspectos resultan significativamente efectivas.

En el estudio de Cardoso de Oliveira y Egidio (2010) se realiza el análisis de un caso de una mujer de 26 años que sufre un aborto espontáneo durante su embarazo. La intervención que se lleva a cabo sigue el protocolo del modelo cognitivo conductual, con un total de 12 sesiones durante un período de tres meses. Los autores aplican diferentes instrumentos para evaluar el progreso en la intervención, el BAI (*Beck Anxiety Inventory*), el BDI (*Beck Depression Inventory*) y la BHS (*Beck Hopelessness Scale*). Pues bien, en este caso se constata que, tras la finalización de la intervención, se produjo una reducción en la puntuación de sintomatología depresiva, siendo en un inicio severa y, al finalizar, leve. Por otro lado, disminuyeron los síntomas ansiosos principalmente después de las primeras sesiones; a este respecto, la paciente informó sentirse más aliviada al poder hablar sobre un tema considerado tabú, y una mejoría a la hora de identificar y modificar sus pensamientos disfuncionales. Para finalizar, hubo una significativa disminución de los pensamientos sobre la muerte y la sintomatología psicósomática, y una mejora en la calidad del sueño. Estos resultados demuestran la eficacia de la intervención con relación a los síntomas evaluados, además de redundar en la mejoría de la calidad de vida y facilitar la reinserción social de la paciente.

Señalar, en esta misma línea, que en una revisión actual efectuada por Rupke et al. (2006), se enfatiza la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual y su recomendación por las guías NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2018), considerándola como la intervención de primera línea en situaciones de trauma.

Por otro lado, en casos de aborto espontáneo también se utilizan otros tipos de intervención, como la Terapia por Desensibilización y Reprocesamiento de Movimientos Oculares (EMDR, del inglés *Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy*). El EMDR se considera una de las cinco terapias más eficaces seleccionadas para el trauma y el trastorno de estrés postraumático según diferentes metaanálisis clínicos (Bisson y Andrew, 2007; Kranenburg et al., 2021). Aunque según las guías NICE sobre salud mental prenatal y postnatal, se recomienda que el EMDR y la Terapia Cognitivo-Conductual se ofrezcan a víctimas de un parto y/o embarazo traumático, únicamente existen dos estudios de caso en los que se analizó la eficacia del EMDR en dicha casuística (Chen et al., 2014); por ende, esta técnica no cuenta, todavía, con abundante literatura que respalde su validez.

6. Objetivos y justificación del trabajo

La presente revisión se centra en el aborto espontáneo y el impacto psicológico derivado del mismo. La elección de esta temática de investigación tiene lugar debido al aumento de casos en los últimos años, instaurándose de esta forma como una nueva realidad dentro de la sociedad actual. Con ello, lo que se pretende es visibilizar el impacto psicológico derivado de haber vivido un aborto espontáneo, no sólo en la propia mujer, sino en el hombre (su pareja, si es el caso), y conocer las intervenciones que se pueden llevar a cabo para ayudar a los individuos afectados a sobrellevar, de la mejor forma posible, el impacto que supone tal circunstancia, así como a prevenir problemas de salud más graves.

La importancia de este fenómeno radica, por un lado, en que a pesar de que el tema está presente en la comunidad, todavía hay cierto tabú al respecto, ya no sólo por parte de las propias víctimas, sino por sus respectivos familiares e incluso profesionales; por ende, esto puede repercutir de forma negativa en la salud y funcionalidad de las personas en varias esferas de su vida.

Por otro lado, un factor determinante en la repercusión del aborto es que éste tiene una aparición repentina e inesperada, por lo que la capacidad de las personas para prevenir y/o controlar la situación se ve reducida considerablemente. Esto unido a que suele tratarse de un proceso doloroso para la mujer, con significativas implicaciones físicas, seguidos de procedimientos médicos en contextos sanitarios.

Conociendo las circunstancias que rodean el aborto espontáneo, se puede y debe proporcionar el apoyo y ayuda profesional necesaria para que las personas que pasan por este acontecimiento traumático puedan superar dicha situación de la forma más adaptativa posible.

Así pues, tras conocer y examinar las principales repercusiones del aborto espontáneo, el objetivo final de este trabajo es llevar a cabo una propuesta de intervención psicológica dirigida tanto a las mujeres que han perdido el bebé que esperaban como a sus parejas. Más concretamente, los objetivos de esta revisión son:

1. Analizar el impacto psicológico del aborto espontáneo en la mujer y su pareja.
2. Conocer las intervenciones psicológicas más empleadas para hacer frente a un aborto inesperado.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

3. Plantear una posible intervención específica destinada a reducir las consecuencias negativas del aborto sobre la salud mental de ambos progenitores.

Los dos primeros objetivos serán tratados en los apartados “Resultados” y “Discusión”, mientras que el último objetivo se plasma bajo el epígrafe “Propuesta de intervención en un caso de aborto espontáneo”.

Método

El objetivo principal del presente trabajo es llevar a cabo una revisión de la literatura científica sobre el aborto espontáneo (entendido como aborto involuntario), el impacto psicológico derivado de tal suceso en la mujer, e incluso en la pareja, y los tratamientos psicológicos más eficaces para hacer frente a esta casuística. De esta forma, se pretende conocer las líneas de investigación más recientes de este campo, para así recopilar la información más relevante y los resultados principales de los estudios realizados en los últimos años. A continuación, se expone el proceso de búsqueda llevado a cabo.

En primer lugar, se realiza una búsqueda preliminar para aproximarse al tema central del trabajo, analizando el número de publicaciones recientes, y los términos principales para referirse al mismo. Teniendo esto en cuenta, el proceso de búsqueda se llevó a cabo en tres bases de datos: PsycInfo, Pubmed y Scopus, empleando los siguientes descriptores: (“miscarriage*”) OR (“spontaneous abortion*”) AND (“psychological impact*”) OR (“psychological intervention”*).

Los criterios de inclusión y filtros utilizados en estas bases de datos fueron los siguientes: (1) artículos publicados entre 2017 y 2023, (2) redactados en español o inglés, (3) con población adulta (es decir, 18 años o más), y (4) que incluya el impacto en la mujer que ha sufrido el aborto. Por otro lado, los criterios de exclusión utilizados son: (1) tesis doctorales y trabajos de fin de grado, (2) falta de accesibilidad, (3) literatura que no se centra en el objetivo principal del trabajo (enfocados en aspectos médicos o consecuencias físicas derivadas del aborto, intervención de profesionales de salud como enfermería o medicina, ajenos al campo psicológico [ej., enfocados en creencias religiosas o espirituales, consecuencias económicas, cuestiones legales y políticas]), (4) centrados en una población específica (como víctimas de violencia de género o impacto psicológico en profesionales, como matronas), (5) enlazados a un periodo temporal concreto caracterizado por una situación insólita (conflictos de guerra o la pandemia COVID-19), y (6) registro de enfermedades físicas y/o sintomatología psiquiátrica previa.

En la búsqueda inicial, se obtienen un total de 484 documentos (98 en Pubmed, 327 PsycInfo y 59 en Scopus). Tras eliminar duplicados a partir del uso del gestor de citas Refworks,

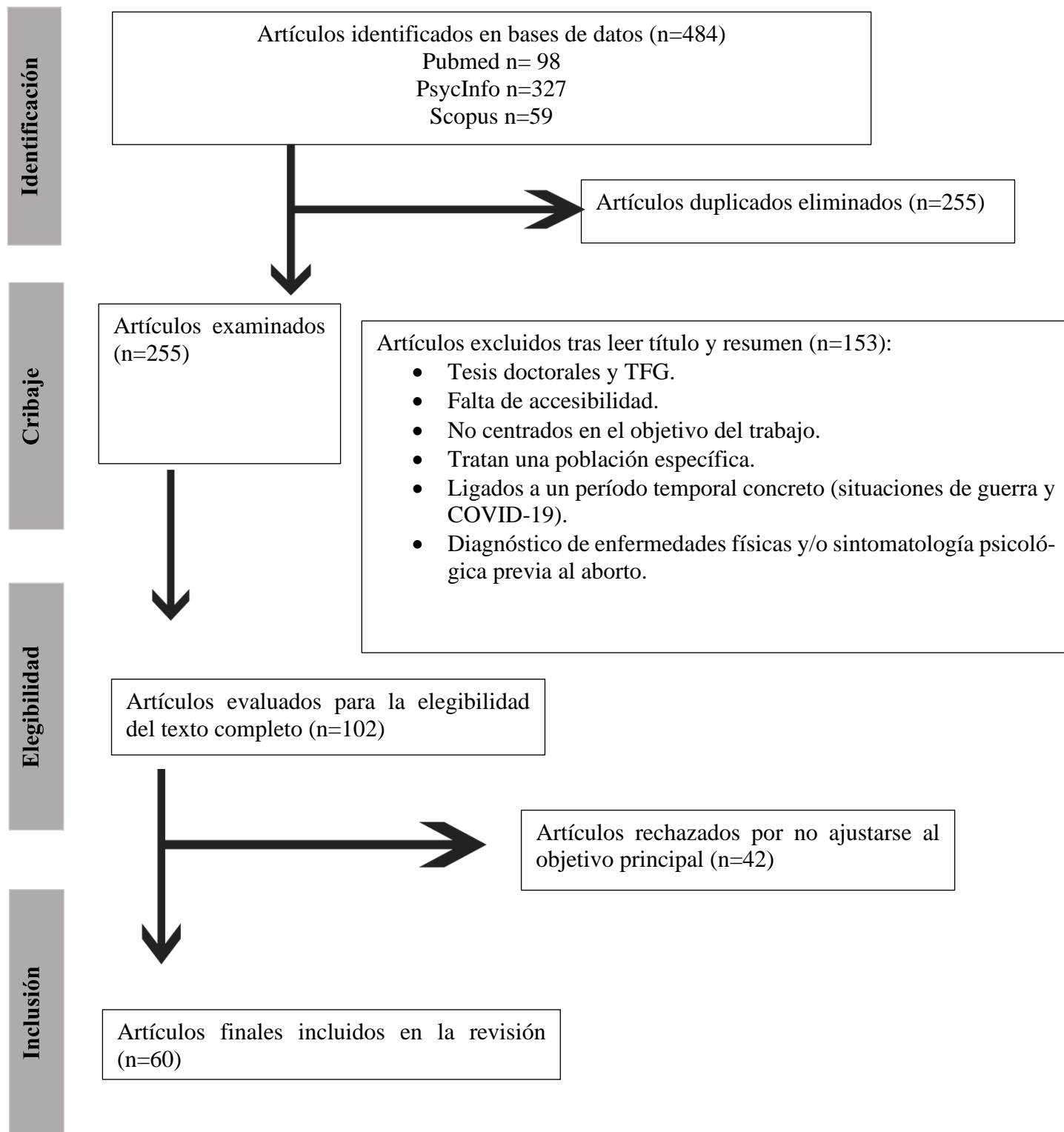
Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

se reducen el número a 255. Este total se revisa mediante la lectura del título y resumen, y tras aplicar los criterios mencionados con anterioridad, se selecciona un total de 102 documentos destinados para su análisis de forma completa. Posteriormente se excluyen 42 artículos más, por alejarse del objetivo principal del presente trabajo; en concreto, por referirse a una población específica (mujeres víctimas de violencia de género), a un período asociado al COVID-19 o situaciones de guerra, incluir un rango de edad no determinado con anterioridad (durante la adolescencia) y por imposibilidad de acceso.

Este último paso deriva a un número final de 60 artículos, que son los que conforman la presente revisión bibliográfica (puede encontrarse un resumen de dichos estudios en las tablas del Anexo 6). Todo el proceso de búsqueda bibliográfica se recoge en el diagrama de flujo de la Figura 2.

Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios



Resultados

A continuación, se exponen los hallazgos empíricos más relevantes de la revisión bibliográfica llevada a cabo en el presente trabajo. En primer lugar, se incluyen los artículos que hacen referencia al impacto psicológico del aborto espontáneo y las diferencias en base al género. Posteriormente, se examinan los trabajos relativos a las intervenciones psicológicas llevadas a cabo con las mujeres/parejas que no han podido llegar a término con su embarazo. Asimismo, se presenta una tabla-resumen, adjuntada en los anexos, en la que se incluye la información más relevante respecto a cada estudio analizado: autores, objetivos principales, descripción de la muestra y resultados. Las investigaciones aparecen ordenadas alfabéticamente según nombres de los autores.

1. Consecuencias psicológicas derivadas del aborto espontáneo

La investigación disponible ofrece una panorámica bastante completa del impacto psicológico derivado de la vivencia del aborto espontáneo en mujeres, hombres y su interferencia en varias esferas de la vida—social, marital y familiar. Las repercusiones psicológicas más comunes en estos casos, en base a la prevalencia, son la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático.

1.1. Depresión

En diferentes investigaciones (Delgado et al., 2022; Jia Que et al., 2021; Slot et al., 2022; Smorti et al., 2020; Shiqui Zhu et al., 2018; Volgsten et al., 2018) se ha demostrado que las mujeres y sus respectivas parejas, ante la vivencia de un aborto espontáneo, presentan sintomatología depresiva caracterizada principalmente por tristeza, pérdida de interés, rumiación y aislamiento (Freedle y Oliveira, 2022; Slot et al., 2022; Sousa y Lins, 2020). De hecho, Delgado et al. (2022) destacan que las madres y padres que han experimentado una pérdida por aborto espontáneo tienen un mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que progenitores que no la han experimentado.

Estos datos concuerdan con los hallados en Kukulskiené y Zemaitienè (2022), pues de la muestra total de mujeres y hombres encuestados, se obtuvo que el 59.1% presentaban síntomas compatibles con la depresión, mientras que el 48.8% de ellos tenían un alto riesgo de llegar a padecerla en algún momento. Dentro de esta sintomatología, se hace referencia a que el 15.4% presentaban pensamientos de autolesión y el 14.2% de suicidio.

Se ha encontrado asimismo que las mujeres, tras el aborto espontáneo, manifiestan sentimientos de culpa y vergüenza que pueden perdurar años, incluso en aquellos casos en los que hay un posterior embarazo (Slot et al., 2023). Algunos expertos, como Bellhouse et al. (2019) y Volgsten et al. (2018), sugieren que los sentimientos de culpa podrían estar relacionados con el hecho de que es la mujer quien experimenta directamente el embarazo y vive en primera persona todo el proceso. En consecuencia, al sufrir un aborto, ella podría atribuirse pensamientos de responsabilidad y culpa, especulando que sus hábitos de vida—tanto positivos como negativos—podrían influir en el feto durante ese tiempo. Algunos de los ejemplos de estos pensamientos son: *“el aborto se ha producido debido a altos niveles de estrés durante el embarazo”*, *“levantar objetos pesados”*, *“haber llevado durante un periodo previo al embarazo un DIU”* o *“haber tomado anticonceptivos orales”*. Vinculado a lo anterior, se percibe que dichos sentimientos de culpa y vergüenza se ven agravados por creencias erróneas sobre las causas etiológicas del aborto espontáneo.

Asimismo, en el estudio realizado por Kukulskiené y Zemaitienè (2022), se vislumbra otro factor importante y principal relacionado con la depresión. Este factor se centra en la percepción que la mujer tiene de su propio cuerpo después de un aborto, es decir, el autoconcepto. Esta auto-percepción podría ser la clave para una mejor comprensión de los detalles de la pérdida y posterior impacto psicoemocional. La razón subyacente es que, dado que el feto se aloja en el cuerpo de la mujer, la pérdida de este podría generar un sentido de vacío físico. Este vacío se acompaña de sentimientos de impotencia y, en algunos casos, pensamientos de pérdida de control sobre su vida reproductiva. Esta combinación de experiencias puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos.

Otros factores, como la falta de educación superior (ya que puede asociarse con dificultades para adoptar estrategias y recursos de afrontamiento adaptativos), peor bienestar emocional antes de embarazo, peor bienestar físico y emocional inmediatamente después del aborto espontáneo, el insuficiente apoyo auto-percibido por parte de la familia y amigos cercanos, y el insomnio, también se identificaron como factores de riesgo de la depresión (Kukulskiené y Zemaitiené, 2022). En relación al insomnio, Black et al. (2021) explican que, más que no poder dormir, es el hecho de soñar (o tener pesadillas) con el proceso de aborto, y por tanto con el feto, lo que altera los ciclos de descanso e interfiere negativamente en la calidad de vida.

1.2. Ansiedad

Además de los síntomas depresivos, los síntomas ansiosos son muy comunes en los casos de madres y padres que experimentan un aborto espontáneo (Ámbriz-López, 2017; Faleschini et al., 2021; Fernández-Basanta et al., 2019; Kukulskiené y Zemaitiené, 2022; Maninali et al., 2023; Markman y Tushnova, 2021; Tenório et al., 2023). De hecho, en la mayor parte de las investigaciones, dicha comorbilidad se analiza de forma conjunta.

Maninali et al. (2023), en su estudio longitudinal, analizaron la sintomatología psicológica de las mujeres que habían sufrido dicha casuística frente a aquellas mujeres que no, para así realizar una comparativa. En relación a la ansiedad materna, ésta se midió utilizando la Escala de ansiedad estado-rasgo (STAI). Los resultados reflejaron que las madres que experimentaron una pérdida del feto presentaban síntomas más elevados de ansiedad (22.5%), en comparación con las mujeres cuyo embarazo había sido óptimo.

Asimismo, Tenório et al. (2023) en su investigación con una muestra de 64 mujeres con Enfermedad Trofoblástica Gestacional y 99 mujeres con vivencia de aborto espontáneo, plantean como objetivo principal analizar los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos. En lo que respecta a nuestro grupo de interés (aborto espontáneo), el 88% de la muestra de mujeres presentaban problemas adaptativos moderados, con presencia de pensamientos intrusivos y pensamientos evitativos después del diagnóstico de aborto, así como un estado constante de alerta. Por lo que se refiere a la alta frecuencia de ansiedad identificada en estas mujeres, los autores especifican que dicha evaluación se llevó a cabo en el tercer mes, justo cuando, a menudo, se produce la primera menstruación después de la pérdida del embarazo.

Señalar, por último, que algunos estudios han aislado diversas variables que hacen más vulnerables a las mujeres a experimentar ansiedad. A este respecto, se ha constatado que la falta de apoyo de la pareja, la baja satisfacción marital, no tener hijos con anterioridad al aborto y un historial previo de aborto espontáneo, actúan como factores predictores de la ansiedad (Ámbriz-López, 2017; Kukulskiené y Zemaitiené, 2022; Tenório et al., 2023).

1.3. Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (en adelante, TEPT) puede afectar a mujeres que tienen experiencias traumáticas vinculadas con el embarazo y/o parto; de hecho, alrededor de un 24% de las mujeres con un diagnóstico de TEPT han sufrido una pérdida por aborto espontáneo (Yildiz et al., 2017).

En un estudio de Shakeel et al. (2021) participaron un total de 162 mujeres con vivencia de aborto espontáneo; el objetivo era analizar la prevalencia de estrés y TEPT. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que las mujeres presentaban un estrés severo después del aborto espontáneo, afectando a su rutina diaria. De la muestra total, el 38.5% tenían un nivel de estrés lo suficientemente alto como para debilitar la función del sistema inmunológico, mientras que el 25% de las mujeres, al mes de la pérdida, cumplían con los criterios diagnósticos para el TEPT según el Cuestionario General de Salud (GHQ-12) y la Escala del Impacto de los Sucesos-Revisada (IES-R); en el 7% de la muestra, los síntomas persistían después de cuatro meses.

Un elemento común en las investigaciones es la perduración de la sintomatología en el tiempo (Cook et al., 2020; Fernández et al., 2020; Gonçalves et al., 2023; Ryninks et al., 2022). En el análisis de esta cuestión, Dikmen-Yildiz et al. (2018) concluyeron que el 29% de las mujeres presentaban TEPT tras la vivencia del aborto espontáneo, y el 21% de ellas mantenían dichos síntomas durante el tercer trimestre de un nuevo embarazo. Incluso tras un año del nacimiento de un bebé sano, después de un aborto espontáneo, informaron de tasas de prevalencia de entre el 4-6%. Asimismo, se encontró una correlación significativa entre la depresión, ansiedad y estrés postraumático, relacionando una mayor intensidad de síntomas depresivos y ansiosos con niveles más altos de estrés postraumático y pensamientos, imágenes y pesadillas más intrusivas (Cook et al., 2020).

Por otro lado, en la literatura se han hallado una variabilidad de factores que actúan como predictores significativos de un mayor riesgo de TEPT. Por ejemplo, en el estudio de Kukulskiené y Zemaitiené (2022a), se señala que un elemento relevante es la ausencia de hijos previos; estas mujeres suelen manifestar mayores niveles de estrés y angustia vinculados con la infertilidad y, además, la mayoría de los problemas reproductivos son experimentados como una situación de estrés significativo y crónico (Chung y Reed, 2017; Shakeel et al., 2021). Asimismo, según Kukulskiené y Zemaitiené (2022b), otro factor identificado es el concepto que la mujer tenga de su propio cuerpo. Ya que el aborto espontáneo tiene lugar en el cuerpo femenino, una representación personal más deteriorada influye negativamente en la autopercepción y genera, por ende, problemas psicológicos más agravados (p.e., más sintomatología postraumática).

Finalmente, autores como Mróz et al. (2023) mantienen que la autoeficacia percibida se relaciona con la sintomatología de TEPT. En primer lugar, la autoeficacia podría fomentar el desarrollo de cambios psicológicos positivos después de un evento traumático, incluido el afrontamiento al estrés, la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos, y el retorno a un estado de equilibrio psicológico. En segundo lugar, la relación entre la autoeficacia y la sintomatología podría producirse en sentido contrario, pues el trauma y el trastorno por estrés postraumático impactan en la autoeficacia del individuo; en otras palabras, una experiencia trágica podría reforzar la percepción que tiene la persona sobre su habilidad o incapacidad para superar y afrontar situaciones complejas.

2. Principales diferencias de género en el impacto psicológico

El hecho de sufrir una pérdida espontánea durante el embarazo puede ser vivida como una experiencia traumática para ambos padres (Barbe et al., 2023; Hutti et al., 2017). Sin embargo, a la hora de establecer diferencias de género en las consecuencias psicológicas del aborto, la investigación cuenta con ciertas limitaciones, ya que las reacciones en los hombres están menos documentadas que las mujeres.

De la literatura analizada se extraen resultados consistentes, en tanto que existe impacto emocional en ambos progenitores tras la vivencia de aborto, aunque la prevalencia de los síntomas es notablemente superior en las madres. Por ejemplo, en el estudio longitudinal de Volgsten et al.

(2018), se describe el bienestar psicológico de las mujeres y hombres una semana y cuatro meses después de la vivencia del aborto espontáneo. Los resultados reflejaron que las experiencias emocionales de aborto espontáneo, duelo y síntomas depresivos y ansiosos fueron más elevados en las mujeres que en sus respectivas parejas masculinas; en concreto, se señaló que las mujeres tenían puntuaciones significativamente más altas que los hombres, lo que muestra que sufren más consecuencias emocionales negativas después del aborto. Asimismo, se encontró que dicha sintomatología no se redujo después de cuatro meses, llegando a necesitar al menos un año para observar los efectos (beneficiosos) del paso del tiempo.

Por otro lado, en el trabajo de Hedegaard et al. (2021) se examinaron los síntomas depresivos y de estrés en padres y madres que habían experimentado un aborto espontáneo, frente a aquellos que no. El objetivo principal era hacer una comparativa de la sintomatología para observar en cuál de los dos grupos era superior, así como para establecer diferencias en base al género. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el grupo de progenitores que habían sufrido la pérdida (en concreto las madres) presentaban una mayor prevalencia de depresión —en grado moderado— y niveles de estrés significativos. En el momento de establecer diferencias en base al género, encontraron que los hombres, en comparación con sus parejas, no revelaban síntomas clínicamente relevantes.

En contradicción con los resultados anteriores, Delgado et al. (2023) no encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en los síntomas depresivos iniciales (dentro de las 24 a 48 horas después de la pérdida perinatal), ni en los síntomas y/o niveles de duelo después de un mes tras la pérdida; sin embargo, se considera que estos datos cuentan con una limitación, pues se centran en las primeras fases del duelo, aquellas en la que la evolución clínica de la sintomatología aún no se habría desarrollado.

Finalmente, a pesar de que las investigaciones (Hedegaard et al., 2021; Lamon et al., 2022; McNeil et al., 2021; Volgsten et al., 2018) concuerdan mayoritariamente que en los padres se evidencian niveles menos intensos y persistentes de sintomatología depresiva y ansiosa, se ha demostrado que son más propensos a participar en comportamientos compensatorios, como aumento de consumo de alcohol y/o drogas (Delgado et al., 2023). Además, los hombres pueden tener ex-

pectativas sociales relacionadas con el respaldo a sus parejas femeninas y la falta de reconocimiento social hacia su propio dolor; estas expectativas están vinculadas a los estereotipos de género que afectan la comunicación y expresión emocional (Martínez-Serrano et al., 2019). En consecuencia, los varones tienden a adoptar un rol centrado en brindar apoyo a sus parejas femeninas, lo que restringe la expresión de su propia pérdida y necesidades subsiguientes (Pabón et al., 2019). Este escenario conduce a que experimenten un dolor doble, sin recibir la atención necesaria; lo que, en última instancia, intensifica los sentimientos de aislamiento en comparación con las mujeres, cuyo dolor suele ser más visible (Faleschini et al., 2021).

3. Consecuencias en la relación de pareja

3.1. Apoyo y comunicación

Para muchas parejas que experimentan un aborto espontáneo, dicha pérdida se considera devastadora y suele suponer el inicio de una serie de complicaciones. Algo que caracteriza a este tipo de duelo, a diferencia de otros, es que forma parte de un proceso que está socialmente oculto, motivo por el cual se ha considerado como tema tabú; de hecho, no es sólo tabú para los progenitores y sus familiares, sino incluso para el sistema de salud (Martínez-Serrano et al., 2019).

Al tratarse de un tema ciertamente silenciado, sin duda, el apoyo brindado mutuamente entre la pareja actúa como un factor protector para la salud mental durante el embarazo y la posterior transición a la maternidad y paternidad. Por lo contrario, la falta de apoyo es un significativo factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión. La pérdida del embarazo puede desencadenar tensión en la relación, lo que podría generar, en último término, problemas maritales graves que acaban en divorcio, problemas sexuales y el desarrollo de sintomatología psicológica (Kukulskiené y Zemaitiené, 2022).

En la investigación de Kirui y Lister (2021), se analizaron las experiencias personales vividas en las mujeres tras la vivencia de un aborto espontáneo. De esta forma, se encontró que la pérdida del feto tuvo un efecto ambivalente sobre las relaciones de pareja. En algunos casos, la pérdida debilitó las relaciones de pareja, afectando a las dinámicas y roles; de hecho, estas afectaciones se extendían a embarazos posteriores, manifestándose con miedo, evitación y medicalización. En estos casos, las mujeres asumían funciones establecidas socialmente de procreación y crianza, por lo que, tras el aborto, se percibían debilitadas y con un sentimiento de

fracaso por no cumplir con su supuesto rol. Sin embargo, en otros casos la pérdida fortaleció la relación de las mujeres con sus cónyuges, interpretando la pérdida como una oportunidad para el crecimiento postraumático, ya que asumieron un enfoque más activo a la hora de hacer frente al aborto. En esta línea, Hiefner (2020) analizó cuáles eran los elementos de las vivencias de aborto espontáneo que aumentaban la cercanía y apoyo en la pareja, encontrando resultados significativos para las siguientes variables: el sentimiento de pérdida compartida, comprensión mutua por dicha vivencia (lo cual favorece la expresión de la emoción, afrontamiento y confianza), estructura de la relación (aspectos estructurales de la pareja que establecen la base de las interacciones, como el compromiso), pareja como apoyo principal (cónyuge considerado como el principal soporte), sintonía emocional (conexión emocional que apoya la intimidad emocional, la honestidad, vulnerabilidad, aceptación de las necesidades y de las diferencias), ausencia de culpa (favoreciendo la confianza en la pareja y la intimidad emocional), y compartir tiempo juntos (tanto en actividades relacionadas con el afrontamiento de la pérdida, como en aquellas no vinculadas).

Por otro lado, en otro estudio llevado a cabo por Bellhouse et al. (2018), a partir de la muestra de 15 mujeres, se examinaron las experiencias de apoyo social percibido por parejas, amigos y familiares. Por lo que respecta a sus parejas, la mayor parte de las mujeres afirmaron tener experiencias positivas, considerando a los cónyuges como sus figuras centrales de apoyo durante el proceso de aborto espontáneo; asimismo, describieron a sus parejas como presentes, tanto emocional como físicamente, durante dicho tiempo, así también como en futuros embarazos (*“Mi marido y yo nos apoyamos mutuamente, y eso es lo que siempre hemos hecho...no había limitaciones en su apoyo”*). Por el contrario, una parte de las mujeres informaron experiencias de índole negativo, sintiendo que sus parejas no entendían por completo el impacto que el aborto espontáneo suponía en ellas (y en la relación), y que no estaban totalmente presentes en el proceso de duelo (*“Bueno, suena ridículo cuando hablas de ello y miras hacia atrás, y es que él no me ayudó en ningún sentido...apenas estaba allí”*). Asimismo, también se analizaron las experiencias de los cónyuges, atendiendo al punto de vista de las mujeres. Casi todas ellas hablaron de cómo el aborto espontáneo les impactó de manera diferente a sus parejas y a ellas, en algunos casos teniendo que asumir ellas un papel más de apoyo en el que no expresaron abiertamente su duelo, y en otros en los que el impacto fue percibido con los mismos niveles por ambos (*“Creo que estaba tan traumatizado como yo, para ser honesta”*). Otras, por ende, expresaron que sentían

indiferencia por parte de su pareja, o, en otras palabras, que el impacto había sido mínimo (“*Él me dijo después que el aborto no le había afectado, sino que lo que le había devastado era verme a mí tan dolida*”).

Las diferencias en las experiencias, desde el punto de vista de género, hacen referencia, principalmente, al papel protector que el hombre tiene hacia la mujer y que en ocasiones podría silenciar, aún más, el duelo paterno (Camacho-Ávila et al., 2022; Newton et al., 2020; Pabón et al., 2019). De hecho, Martínez-Serrano et al. (2019) afirman que, aunque a nivel social se reconoce que el padre también ha sufrido una pérdida, la atención prestada a la madre y al padre no es la misma, ya que, en general, el dolor paterno no suele estar tan reconocido debido a los roles y estereotipos de masculinidad y feminidad.

3.2. Intimidad y relaciones sexuales

La literatura revela una notable paradoja en torno al análisis de la sexualidad después de pasar por un aborto espontáneo (Iwanowic-Palus et al., 2021). Esto se debe, por un lado, al estigma que envuelve al aborto espontáneo, y, por el otro, a la exploración del concepto de sexo, que todavía se trata con cierta molestia en la sociedad actual y sobre todo en ciertas culturas.

Ravaldi (2023), analiza por qué la intimidad suele ser un proceso complejo para la pareja tras la pérdida. De esa forma, en lo que respecta a las mujeres, ya que el aborto espontáneo tiene lugar en el cuerpo femenino, éste se encuentra en el centro del evento traumático; por ello, los recuerdos pueden almacenarse en la memoria, y, ya sea de forma consciente o inconsciente, tiene un papel fundamental en las complicaciones de la vida sexual tras la vivencia del aborto. Estos recuerdos pueden resurgir en cualquier momento, y aun más durante los momentos de intimidad de pareja, años después del aborto o hasta en embarazos posteriores. Por otro lado, Camacho-Ávila et al. (2020) se centraron en analizar dicho impacto, pero, en este caso, en los padres. Los resultados reflejaron que los efectos derivados del aborto espontáneo en la salud psicológica y emocional provocan repercusiones en la sexualidad, llegando a reducir el deseo sexual y la cercanía con sus respectivas parejas. En la misma línea, Allsop et al. (2023) afirmaron que, durante el proceso de duelo y especialmente en los primeros meses, los padres podrían llegar a experimentar una falta de libido e incluso casos de disfunción eréctil.

Otro aspecto muy relevante a la hora de analizar el impacto que supone el aborto espontáneo en la esfera de intimidad y relaciones sexuales de la pareja es comprobar cómo dicha pérdida interfiere en la dinámica de la relación. Estudios como los realizados por Camacho-Ávila (2022) y Hiefner (2020) reiteran que, en aquellos casos en los que el apoyo y comunicación en la pareja se habían visto dañados, se producía una disminución en el cariño, afecto y deseo sexual en la pareja. Observando las actitudes por parte de los padres, los autores encontraron en ellos una falta de empatía y desconocimiento del proceso de duelo de las madres; todo esto, acabó contribuyendo a una ausencia de relaciones sexuales. Asimismo, en muchos casos los padres manifestaron que estaban más interesados en el sexo que sus parejas, considerando, en general, que las mujeres necesitaban más tiempo para volver a interesarse por las relaciones sexuales. Por el contrario, en aquellos casos en los que la vivencia de aborto espontáneo provocó en la pareja el fortalecimiento de sus vínculos, mayor empatía y afecto, los investigadores informaron que las relaciones sexuales habían mejorado y que incluso eran más satisfactorias que antes de sufrir la pérdida. El hecho de conocerse más en la pareja, tener más intimidad y una mayor conciencia de sus necesidades, ayudó a mejorar su sexualidad, pero sin olvidar, en ningún momento, que habían sufrido una pérdida.

Finalmente, un elemento común y presente en muchas parejas es el temor a un nuevo embarazo, y, por ende, el hecho de vivir, de nuevo, una experiencia similar al aborto espontáneo. En muchas ocasiones, tanto las madres como los padres evitan las relaciones sexuales debido a este miedo.

Comentar por último el estudio de Ravaldi (2023), donde se identifica otro aspecto que perjudica la intimidad de la pareja: los comentarios negativos que reciben por parte de su círculo social (incluyendo a familiares y amigos). Muchos de los comentarios hacen referencia a la posibilidad de intentar tener un nuevo hijo lo más pronto posible. Se realizan de forma bienintencionada, pero, generalmente, tienen un efecto negativo para la pareja pues invaden su intimidad y agravan el proceso de duelo.

4. Consecuencias en las relaciones sociales y familiares

La presencia de estigma social asociado al aborto espontáneo provoca que los progenitores que atraviesan esta experiencia experimenten sentimientos de aislamiento (Fernández-Sola et al., 2020). Además, se enfrentan a la falta de información sobre el proceso, la sensación de no estar preparados para afrontar la realidad del aborto, y a la percepción de que no pueden compartir abiertamente sus sentimientos y discutirlos con sus familiares y amigos cercanos (Bellhouse et al., 2018). Sin embargo, el hecho de hablar sobre el tema y sentirse comprendido se torna crucial para sobrellevar mejor esta experiencia traumática. Una circunstancia que se pone de manifiesto en la investigación de Iwanowicz-Palus et al. (2021), donde se observó una correlación positiva entre el apoyo de los sistemas primarios (familia y amigos) y la satisfacción con la salud y calidad de vida de los progenitores que experimentaron un aborto espontáneo. Asimismo, también se ha demostrado que un bajo nivel de soporte familiar y social fomenta la aparición de reacciones complejas ante la pérdida (Inati et al., 2018; Tavoli et al., 2018).

En cuanto a las experiencias sociales de apoyo, percibidas por las madres y padres que enfrentan esta pérdida, Bellhouse et al. (2018), Bellhouse et al. (2019), y Kirui y Lister (2021), examinan los relatos proporcionados por los progenitores, y clasifican dichas experiencias como aspectos positivos y negativos. En lo que respecta a los aspectos positivos, destacan:

- La mayor parte de las parejas describen casos de experiencias positivas de apoyo social de sus redes sociales, principalmente amigos y familiares, quienes reconocieron su dolor, los escucharon activamente y mostraron empatía.
- Las mujeres que experimentaron aborto espontáneo informaron que encontraron consuelo en otras mujeres que también había pasado por la misma situación. Describieron sentirse cómodas hablando de dicho proceso y de su dolor, percibiéndose validadas y compensadas.
- Las parejas expresaron que les resultó difícil compartir y conversar sobre su aborto espontáneo con aquellos familiares y amigos que no estaban al tanto de su embarazo. En contraste, notaron que recibieron un mayor respaldo, tanto físico como emocional, por parte de aquellos que ya tenían conocimiento previo de la situación.

Por lo que respecta a los aspectos negativos percibidos por las parejas, éstos se exponen a continuación:

- Las mujeres expresaron la sensación de que los demás, a menudo, no entendían su experiencia y, por lo tanto, a pesar de sus intentos por empatizar y apoyarlas, finalmente experimentaron sentimientos de dolor y decepción.
- Asimismo, también se informó de la falta de apoyo por parte de sus redes sociales después del aborto espontáneo, ya sea porque su círculo cercano no sabía cómo apoyarlas o por los sentimientos de incomodidad de los demás por su dolor y la pérdida.
- Las parejas manifestaron la sensación de que los demás no reconocían a *su bebé* y su dolor tras el aborto, y por ello, echaron en falta algún tipo de ceremonia en memoria a su pérdida.
- Las parejas afirmaron recibir comentarios insensibles con respecto al aborto espontáneo o al embarazo en general, estando éstos centrados en el despido del bebé, en futuros embarazos o en tratar de resaltar aspectos positivos vinculados al aborto. Además, también se incluían críticas culpando a las mujeres de la pérdida, enfatizando los errores y elecciones que podrían estar vinculados con el aborto.

5. Cronificación de los síntomas y embarazos posteriores

Existe evidencia de que un aborto espontáneo previo es un determinante muy importante en la manifestación de ansiedad y depresión en un embarazo posterior (DeMontigny et al., 2020; Hunter et al., 2017; Kokou-Kpolou et al., 2018; Kumar et al., 2021; Maninali et al., 2023; Tseng et al., 2017; Volgsten et al., 2018).

En el estudio de Maninali et al. (2023) y Hunter et al. (2017) se informa que aquellas madres que experimentaron un aborto espontáneo previo exhibían síntomas depresivos y ansiosos más intensos en su embarazo posterior, en comparación con las madres que no vivieron tal experiencia de pérdida. La evidencia sugiere que la trayectoria de duelo tras una pérdida por aborto espontáneo, incluyendo la sintomatología psiquiátrica, puede extenderse más allá del embarazo posterior y hasta 6 meses después del nacimiento de un hijo sano (Tseng et al., 2017).

En la investigación realizada por Kokou-Kpolou et al. (2018), participaron un total de 98 madres que habían experimentado un aborto espontáneo una década atrás. El propósito principal de este trabajo fue evaluar los síntomas duraderos de depresión, duelo y pensamientos negativos asociados con la pérdida, abarcando áreas como la percepción de sí misma, el entorno, la vida, el futuro y la autculpa. Los resultados revelaron que todas las cogniciones negativas evaluadas estaban fuertemente ligadas tanto al duelo como a los síntomas depresivos. Además, el estudio controló variables demográficas y relacionadas con la pérdida, evidenciando que los pensamientos desadaptativos acerca del mundo, la vida y el futuro estaban relacionados con síntomas persistentes de duelo. Por otro lado, los pensamientos negativos sobre uno mismo y el entorno explicaban los síntomas depresivos a largo plazo. Los investigadores también destacaron que, en casos de aborto espontáneo, los síntomas depresivos estaban estrechamente vinculados a creencias negativas sobre uno mismo, en contraste con situaciones en las que la pérdida ocurrió después del nacimiento, donde se asociaron con creencias negativas sobre el entorno.

Los resultados expuestos anteriormente (Hunter et al., 2017; Kokou-Kpolou et al., 2018; Kumar et al., 2021; Maninali et al., 2023; Volgsten et al., 2018) concuerdan con las conclusiones de Tseng et al. (2017), quienes realizaron un análisis basado en una muestra de 30 parejas que habían experimentado un aborto espontáneo. Para realizar una comparación descriptiva, llevaron a cabo cuatro evaluaciones de los síntomas en diferentes momentos tras la pérdida: al mes (T1), a los 3 meses (T2), a los 6 meses (T3) y al año (T4). Los hallazgos indicaron que los síntomas depresivos y de duelo seguían perdurando al año del aborto espontáneo. Además, observaron que las parejas sin hijos previos y con historial de infertilidad mostraban síntomas ligeramente más intensos. Por otro lado, las parejas que informaron mayores síntomas de duelo tendían a tener niveles bajos de satisfacción marital, escaso apoyo socioemocional y no habían participado en rituales conmemorativos de la pérdida fetal. Los investigadores también señalaron que el período de 6 meses (T3) después del aborto espontáneo era crucial para el proceso de duelo.

6. Aspectos relacionados con la intervención psicológica

En la literatura se recoge principalmente la aplicación de dos tipos de intervenciones psicológicas en casos de aborto espontáneo: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), y la Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares (EMDR).

6.1. Terapia Cognitivo-Conductual

La TCC cuenta con una significativa evidencia empírica, demostrando ser efectiva en casos de aborto espontáneo, reduciendo la sintomatología derivada de dicha pérdida (Wang et al., 2023).

En una investigación de Kersting et al. (2017), se evaluó la eficacia de la TCC en una muestra de 83 mujeres que habían experimentado un aborto espontáneo o una muerte fetal. Se establecieron dos grupos, uno en el que las mujeres eran tratadas a partir de un programa de TCC (grupo 1), y otro en el que las mujeres se encontraban en una condición de lista de espera (grupo 2). Tras la finalización de la intervención, el grupo 1 presentaba puntuaciones más reducidas en sintomatología depresiva, síntomas de TEPT y duelo; estas puntuaciones se volvieron a analizar en un seguimiento a los 3 meses, encontrándose que la mejoría era significativa con relación al grupo control.

Por otro lado, en el estudio de Hassan y Holmes (2023) se afirma que la TCC actúa como un tratamiento que ayuda al paciente a modificar sus pensamientos, conductas y emociones por otras más adecuadas que le permitan combatir sus dificultades. Finalmente, Julián y Hernández (2022) señalan que con este tipo de intervenciones se puede actuar sobre áreas clínicas principales, que las mujeres que han sufrido un aborto suelen tener, generalmente, más dañadas tras la pérdida; concretamente, el autoconcepto, la autoestima y los sentimientos de culpa y vergüenza.

6.2. EMDR

A partir de los artículos seleccionados para realizar este trabajo, se puede afirmar que el EMDR es un tratamiento eficaz en casos de aborto espontáneo. De hecho, los resultados indican que, tras su aplicación, la sintomatología asociada al impacto psicoemocional disminuye notablemente (Baas et al., 2020; Chiorino et al., 2021; Kopmeiners et al., 2023; Kranenburg et al., 2021; Pašalić y Hasanović, 2018).

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

En un estudio de Kranenburg et al. (2021) se analizó la eficacia del EMDR como tratamiento en casos de aborto espontáneo. En concreto, los autores realizaron un estudio piloto para evaluar la efectividad de la intervención en una pequeña muestra de mujeres que cumplían los criterios para el TEPT. Todas las mujeres que participaron en la investigación experimentaron una reducción de los síntomas inmediatamente después de la intervención, reducción que se mantenía, incluso, en los 12-36 meses posteriores.

Por otro lado, en el estudio de Kopmeiners et al. (2023) se examinaron los efectos de la terapia EMDR en comparación con un grupo de control en mujeres post-aborto y con TEPT. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas debido al tamaño limitado de la muestra, se observaron algunas evidencias interesantes. A nivel cuantitativo, aunque no se alcanzó significación estadística, se constató que las puntuaciones en las pruebas utilizadas para medir TEPT disminuyeron en ambos grupos a lo largo del tiempo, siendo esta reducción más pronunciada en el grupo que recibió terapia EMDR. En cuanto a los resultados cualitativos, se señala que en ambos grupos disminuyeron la intensidad y la frecuencia de las repercusiones físicas y mentales relacionadas con el trauma después de la intervención. Sin embargo, destaca que en el grupo EMDR, la mitad de las mujeres no volvieron a experimentar quejas, mientras que en el grupo control la mayoría continuó experimentando molestias.

Discusión

En este apartado se debaten los resultados expuestos previamente, las contradicciones entre estudios y las implicaciones de dichos hallazgos en la práctica clínica.

Existe evidencia en la literatura acerca de que la experiencia de un aborto espontáneo provoca un gran impacto psicológico en los progenitores. Las consecuencias más frecuentes y analizadas son los síntomas depresivos, ansiosos y los propios del TEPT. En primer lugar, se constata que aquellas madres y padres que experimentan un aborto espontáneo tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, en comparación con progenitores que no han sufrido dicha pérdida (Delgado et al., 2022; Kukulkiéné y Zemaitienè, 2022); estos resultados, e incluso de forma comórbida, se han encontrado con la sintomatología ansiosa (Ámbriz-López, 2017; Faleschini et al., 2021; Markman y Tushnova, 2021). De esta forma, en diferentes investigaciones, como Tenório et al. (2023) o Maninali et al. (2023), se establece que aquellas madres que han sufrido un aborto espontáneo presentan problemas adaptativos moderados, con presencia de pensamientos intrusivos y pensamientos evitativos tras el diagnóstico, así como un constante estado de alerta. Finalmente, en relación con el TEPT, se ha concluido que alrededor del 24% de las mujeres que experimentan un aborto espontáneo pueden llegar a cumplir con los correspondientes criterios diagnósticos (Yildiz et al., 2017). De hecho, en un estudio de Shakeel et al. (2021), se concluye que el 38.5% de la muestra total de mujeres presentaban un nivel de estrés lo suficientemente alto como para debilitar la función del sistema inmunológico, mientras que el 25% de las mujeres, después de un mes tras la pérdida, cumplían con los criterios diagnósticos para el TEPT.

Por otro lado, se han identificado una serie de factores predictores de la evolución de las repercusiones psicológicas derivadas de un aborto espontáneo, en concreto, del desarrollo de de-

presión, ansiedad y TEPT. En primer lugar, destacan los sentimientos de culpa y vergüenza característicos en las madres tras la experiencia, relacionados principalmente con creencias acerca de su posible papel activo en la pérdida del feto (Bellhouse et al., 2019; Volgsten et al., 2018). En segundo lugar, el autoconcepto que la mujer tenga de su propio cuerpo también es determinante, pudiendo ser un factor clave en la comprensión de los detalles de la pérdida y en el posterior impacto psicoemocional, ya que, como el aborto tiene lugar en su propio cuerpo, pueden llegar a experimentar sensaciones de *vacío* (Kukulskiené y Zemaitienè, 2022). Por otro lado, la ausencia de hijos previos (nacidos antes del aborto espontáneo) se establece como un factor significativo de riesgo; en estos casos, las mujeres pueden llegar a presentar mayores niveles de estrés y angustia vinculados con la infertilidad y, además, todos estos problemas reproductivos se viven como una situación de estrés crónico (Chung y Reed, 2017; Kukulskiené y Zemaitiené, 2022a; Shakeel et al., 2021). Finalmente, autores como Mróz et al. (2023) señalan que la autoeficacia puede resultar fortalecida tras un evento traumático (como lo es el aborto), o bien puede verse reducida si la mujer es incapaz de hacer frente al estresor.

En lo que respecta a la literatura analizada, se establece un consenso general alrededor a un tema, la perduración en el tiempo de los síntomas psicológicos derivados del aborto espontáneo (Hunter et al., 2017; Kumar et al., 2021; Slot et al., 2023). Autores como Tseg et al. (2017) y Kokou-Kpolou et al. (2018) afirman que un aborto espontáneo previo es un determinante en la manifestación de síntomas depresivos y ansiosos más elevados en un embarazo posterior en comparación con mujeres que no lo han vivenciado. De hecho, Maninali et al. (2023) sugieren que la trayectoria del duelo por pérdida en el aborto y la sintomatología psiquiátrica puede extenderse más allá de embarazos posteriores, y hasta incluso 6 meses después del nacimiento de un hijo sano.

En lo que refiere a las diferencias de género en las consecuencias psicológicas tras el aborto, se ha demostrado que ambos progenitores manifiestan un gran impacto psicológico tras la pérdida, tal como se señaló previamente, caracterizado principalmente por sintomatología ansiosa y depresiva (Hutti et al., 2017). Sin embargo, autores como Hedegaard et al. (2021), Lamon et al. (2022), McNeil et al. (2021) y Volgsten et al. (2018), establecen que, aunque las repercusiones son superiores en padres y madres que han vivenciado un aborto espontáneo en comparación con aquellos que no, las diferencias suelen ser más elevadas en las mujeres. Por otro lado, en la investigación de Delgado et al. (2023), se señala que, aunque el impacto parece ser inferior, los

hombres manifiestan mayores comportamientos compensatorios, como por ejemplo el consumo de alcohol o drogas. Asimismo, en la literatura se hace referencia a la falta de estudios sobre las consecuencias psicológicas del aborto espontáneo desde una perspectiva de género masculina, así como de intervenciones llevadas a cabo con los padres, lo cual conforma una gran limitación en el campo que parece necesario atajar.

Señalar, además, que las consecuencias derivadas del aborto espontáneo se extienden a otras esferas personales, donde se destaca, principalmente, la relación de pareja entre los progenitores. En las investigaciones realizadas se ha encontrado que la pérdida del feto tiene un efecto ambivalente sobre las relaciones de pareja (Kirui y Lister, 2021). En algunos casos, dicha pérdida debilita las relaciones de pareja, afectando a las dinámicas y roles, comunicación, apoyo, y relaciones sexuales; estas afectaciones, además, se extienden a embarazos posteriores, manifestándose con miedo, evitación y medicalización. Sin embargo, en otros casos, la pérdida fortalece la relación entre los cónyuges, interpretando dicha experiencia como una oportunidad para el crecimiento; en este caso, la cercanía y apoyo aumentan, demostrando las parejas sentimientos de pérdida compartida y comprensión por la vivencia de aborto (Hiefner, 2020).

Por otro lado, se ha encontrado que el apoyo social percibido por parte de los sistemas primarios —como son la familia y amigos— se asocia de forma positiva y significativa con la satisfacción con la salud y calidad de vida de los progenitores tras la experiencia de un aborto espontáneo (Iwanowicz-Palus et al., 2021); en este sentido, el apoyo social juega un papel protector relevante en el proceso de duelo. Y, en la línea de lo esperado, se ha hallado que un bajo nivel de apoyo fomenta la aparición de reacciones complejas (Inati et al., 2018; Tavoli et al., 2018). En las investigaciones de Bellhouse et al. (2018), Bellhouse et al. (2019), y Kirui y Lister (2011), se puso de manifiesto que, tras la vivencia del aborto espontáneo, los progenitores encontraron tanto aspectos positivos como negativos en las experiencias sociales con sus respectivos familiares y amigos. Dentro de los positivos, destacan, por ejemplo, la empatía, escucha activa y comodidad con aquellas parejas que también habían sufrido dicha pérdida; sin embargo, entre los negativos, resaltan la sensación de falta de comprensión (generando mayores sentimientos de dolor y decepción), y el hecho de recibir comentarios insensibles con respecto al aborto y/o al embarazo en general.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Finalmente, es necesario comentar los hallazgos más relevantes encontrados sobre las intervenciones psicológicas aplicadas en casos de aborto espontáneo. La literatura concuerda en que, sin duda, la Terapia Cognitivo-Conductual es significativamente eficaz para aplicar en contextos de pérdida y conforma el tratamiento de elección en casos de trauma psicológico. Esta terapia no se centra únicamente en reducir la sintomatología derivada del TEPT, sino también en actuar sobre todas aquellas emociones, conductas y pensamientos que aparecen tras el aborto y que inciden negativamente en la salud mental de los progenitores.

Por otro lado, el EMDR ha alcanzado un gran auge en los últimos años (Julián y Hernández, 2022), obteniendo resultados favorables en la reducción del impacto psicológico en apenas pocas sesiones. Por ejemplo, en la investigación de Kopmeiners et al. (2023), en la muestra de mujeres que habían recibido la intervención en EMDR, se observó una clara disminución en intensidad y frecuencia de las repercusiones físicas y mentales relacionadas con la pérdida.

Propuesta de intervención

Después de analizar el impacto psicológico de la experiencia de aborto espontáneo, la serie de variables que interfieren en el desarrollo de consecuencias psicológicas y la eficacia de las intervenciones psicológicas se procede a realizar una propuesta de intervención que aborde las necesidades psicológicas de las personas afectadas.

1. Población diana y profesional encargado

La presente propuesta de intervención será dirigida a una pareja, en este caso compuesta por una mujer y un hombre, ambos mayores de edad y que han experimentado un aborto espontáneo. La intervención será realizada por un psicólogo/a general sanitario especializado en crisis y trauma.

2. Objetivos

El objetivo general de la intervención será reducir la sintomatología psicológica en las víctimas. Los objetivos específicos planteados, se presentan a continuación:

- Adquirir pensamientos adaptativos relacionados con el aborto espontáneo.
- Facilitar el procesamiento del evento traumático.
- Favorecer la identificación, expresión y modulación de las emociones.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.
- Reducir los sentimientos de culpabilidad y vergüenza vinculados con el aborto espontáneo.
- Aumentar los sentimientos vinculados a la percepción propia corporal y la autoestima.
- Fomentar el autoconcepto del yo social, yo familiar y el yo ético-moral.
- Dotar a los progenitores de dinámicas y roles de pareja adaptativos.

- Fomentar la realización de actividades agradables individuales, en pareja y/o con los demás.

3. Evaluación

La evaluación previa a la intervención psicológica permite conocer las necesidades y problemas que presentan las personas con vivencia de aborto espontáneo. La evaluación se llevará a cabo durante todo el proceso de intervención, para poder analizar e identificar las áreas con dificultades y su progreso a lo largo de las sesiones, así como para constatar si los objetivos se cumplen y si el tratamiento resulta eficaz. En Anexo 2 se incluye en una tabla los instrumentos de evaluación utilizados en dicho procedimiento.

Los objetivos específicos que se proponen para la evaluación son:

- Identificar la sintomatología presente, su gravedad y duración.
- Determinar la situación en la que se encuentra la persona (detectar factores de riesgo y de protección).
- Explorar los hábitos de vida de la persona (p.e., alimentación, sueño...).
- Analizar las creencias relacionadas con el autoconcepto, autoimagen y autoestima.
- Explorar las creencias irracionales y desadaptativas, y pensamientos intrusivos respecto a uno mismo y al evento traumático.
- Identificar el estilo de afrontamiento.
- Explorar los sentimientos de culpa y vergüenza, el yo social, yo familiar y el yo ético-moral.
- Analizar el apoyo social, tanto el que percibe de su pareja (en caso de tenerla), como el de los familiares y amigos.
- Determinar la situación actual en la que se encuentra la pareja.
- Identificar las dinámicas y roles, comprensión, apoyo, intimidad y sexualidad en los miembros de la pareja.

Cabe tener en cuenta que se llevará a cabo una evaluación inicial a partir de los instrumentos señalados, para establecer así una línea base de ambos participantes, y una segunda evaluación durante la sesión final, con la finalidad de valorar la sintomatología y analizar los posibles cambios tras el proceso interventivo.

4. Formato y protocolo de intervención

La propuesta interventiva planteada, de diseño propio, descansa en la metodología de la terapia cognitivo-conductual. Esta terapia constará de un total de 17 sesiones de entre 60 y 90 minutos, con una periodicidad semanal. Cabe tener en cuenta que dicho organigrama está abierto a posibles modificaciones en base a las necesidades de los pacientes.

En relación con el material utilizado a lo largo del proceso, se incluirá material físico (p.e., libros o lecturas específicas) y también visual (p.e., videos o diapositivas de los contenidos a tratar), para así favorecer una intervención más didáctica y activa por parte de los participantes.

La planificación de las sesiones se jerarquiza a partir de tres módulos, dentro de los cuales se plantea:

- *Módulo I (7 sesiones)*: intervención individualizada con la mujer. Las sesiones irán dirigidas a la narrativa, integración y consolidación del evento traumático, analizando esferas centrales como la culpabilidad y vergüenza, autoconcepto y autoimagen, pensamientos intrusivos y desadaptativos, y creencias irracionales.
- *Módulo II (6 sesiones)*: intervención individualizada con el otro miembro de la pareja (en este caso un hombre). Las sesiones se centrarán en el procesamiento del impacto, fomentando así su visibilidad y posterior integración. Se indagarán aspectos relacionados con las diferencias de género en el impacto del aborto espontáneo y el rol protector que se asocia al hombre.
- *Módulo III (4 sesiones)*: la intervención se llevará a cabo en pareja. En este caso se trabajarán aspectos vinculados al duelo y procesamiento de la pérdida de forma conjunta. Asimismo, se analizarán las posibles discrepancias en los roles y dinámicas de la pareja, fomentando así unas más adaptativas para ambos. Otras esferas que también se abordarán son la comunicación y apoyo, cercanía, intimidad y relaciones maritales. Finalmente, se analizará el soporte social percibido de los sistemas primarios, como familia y amigos.

Cabe tener en cuenta que el *Módulo I* y el *Módulo II* se realizarán de forma simultánea. Por otro lado, en Anexo 3 y 4 se integra un esquema con el plan de intervención organizado por sesiones y las técnicas utilizadas.

5. Descripción del programa

A continuación, se describe de forma más detallada cómo se llevarán a cabo las sesiones, técnicas utilizadas y, en casos establecidos, se especificarán las tareas para casa que se adjuntan a los pacientes.

Módulo I. Mujer

Sesión 1

Se realizará una breve presentación para generar un ambiente cómodo y seguro dentro de la consulta. Asimismo, se expondrá, de manera general, en qué consiste la terapia, qué se va a trabajar, de qué manera va a contribuir todo el trabajo en el proceso de recuperación, y se plantearán y ajustarán los objetivos de intervención. Finalmente, se procede a llevar a cabo la evaluación inicial correspondiente a partir de los instrumentos planteados con anterioridad.

Sesión 2

Se llevará a cabo psicoeducación sobre el aborto espontáneo, proporcionando información acerca de: 1) no existe una causa científicamente validada que permita explicar en todos los casos el aborto espontáneo, 2) factores plurietiológicos que pueden dar cuenta a su aparición, 3) explicar los diferentes tipos de aborto espontáneo y prevalencia, y 4) síntomas más característicos de aparición del aborto y realización de una comparación con los presentados por la propia paciente. También se tratará de validar emociones, amparar la reacción ante el evento, diferenciar las reacciones normalizadas frente a aquellas desadaptativas, y, finalmente, exponer características sobre el evento traumático que pueden aumentar la gravedad de la conmoción (p.e., evento que surge en una situación de incertidumbre y de manera inesperada, sin presencia de causas etiológicas determinantes...).

Una actividad planteada en esta primera parte de la sesión se denominará “*mito versus realidad*”; para ello, se expondrá en una pantalla una serie de mitos comunes respecto al aborto espontáneo, como, por ejemplo, *el aborto espontáneo es algo poco común*; ante esto, la paciente

tendría que indicar que esa afirmación es *falsa*, y, cuestión tras cuestión, debería ir analizándolas y resolviéndolas en base a los nuevos conocimientos adquiridos.

Antes de finalizar la sesión, se comenzará a abordar aspectos relacionados con la activación conductual, animando a la paciente a que realice, tanto sola como acompañada de terceros, actividades que le resulten de agrado. Asimismo, se le invitará a comprar una libreta (a su gusto y totalmente personalizada) donde pueda ir reflejando los aprendizajes adquiridos, y expresando las emociones y sentimientos experimentados tras cada sesión.

Tarea para casa: leer un fragmento del libro *Morir cuando la vida empieza* (María Teresa Pi-Sunyer y Silvia López), donde se recopilan experiencias de progenitores de sufrieron la pérdida de sus bebés tanto durante el embarazo como en el momento de nacer.

Sesión 3

Se comenzará la sesión partiendo de la lectura del fragmento que se había mandado como tarea para casa y la revisión de las actividades de ocio realizadas. El objetivo de esta sesión será tratar de concienciar a la paciente de la relación existente entre cognición, conducta y emoción (Modelo ABC), vinculados con el proceso de adaptación ante una situación de estrés. Esto permitirá, al mismo tiempo, fomentar el reconocimiento, identificación y expresión de las emociones experimentadas, trabajando así, principalmente, la sintomatología ansiosa.

En primer lugar, se introducirá el modelo ABC (Ellis, 1995) a partir de ejemplos de situaciones concretas que faciliten su comprensión. Por otro lado, se realizará psicoeducación sobre la ansiedad y sus funciones adaptativas, explicando cuando comienza a agravarse clínicamente y a interferir, de forma negativa, en la vida cotidiana. El hecho de relacionar ambos conceptos (modelo ABC y la ansiedad) fomentaría la comprensión de la sintomatología presente, y, por ende, en la percepción de la mujer sobre el evento. En segundo lugar, se brindarán pautas para reducir la actividad fisiológica, a partir, por ejemplo, de Técnicas de Respiración (la cual se practicará en sesión y como tarea para casa).

Tarea para casa: realizar una tabla en la que se aplique el modelo ABC y se identifiquen, en mínimo 4 casos, los antecedentes, pensamientos y consecuencias (véase ejemplo en Anexo 5). Esos 4 casos tienen que ir asociados cada uno de ellos a una emoción diferente. Por otro lado, seguirá entrenando la Técnica de Respiración y continuará con la realización del diario personal.

Sesiones 4 y 5

Se revisarán las tareas planteadas para casa, en concreto las tablas del modelo ABC y las 4 situaciones identificadas, analizando cada una de ellas de forma independiente. Por otro lado, el objetivo principal de esta sesión será abordar los sentimientos de culpabilidad y vergüenza ligados al aborto. Para ello, en primer lugar, se llevará a cabo psicoeducación sobre el duelo y los sentimientos mayoritariamente vinculados de culpa. En segundo lugar, se identificarán los principales motivos de culpabilidad que manifieste la mujer, permitiendo su expresión y, en todo momento, validando sus emociones; asimismo, se le pedirá que escriba cada pensamiento de culpabilidad en papeles individuales y los introduzca en un bote. Tras la identificación de pensamientos y distorsiones cognitivas, se procederá a trabajar sobre ellas a partir de la reestructuración cognitiva y debate socrático. Por otro lado, se seguirá fomentando la realización de actividades de ocio y la cumplimentación del diario. Como tarea para casa de la 4ª sesión, se propone la realización de la Carta no Escrita (Mahoney, 2003) (ésta se incluirá en el mismo bote con los papeles en los que se narra la culpabilidad). En la 5ª sesión se seguirán reforzando los mismos contenidos. Sin embargo, la tarea para casa planteada en esta situación será seguir con la lectura del libro *Morir cuando la vida empieza* (María Teresa Pi-Sunyer y Silvia López); en este caso, además de leer el fragmento, tendrá que analizar la experiencia, identificar emociones, y otros aspectos tratados a lo largo de las sesiones que le resulten de interés.

Sesiones 6 y 7

Se comenzará la sesión analizando el fragmento del libro y el trabajo realizado sobre el mismo. En este caso, el objetivo de la 6ª sesión será fomentar el autoconcepto e imagen corporal de la paciente, relacionando estos aspectos con el yo social, personal y familiar. Para ello, se utilizarán las técnicas de reestructuración cognitiva (identificando y sometiendo a evidencia las creencias disfuncionales de la paciente), y el debate de pensamientos automáticos (con la Técnica de la flecha descendente). Lo que se pretende principalmente es que la paciente no se defina únicamente en base a la experiencia de aborto espontáneo, sino que ella misma sea consciente de las diferentes esferas de su vida y sea posible fomentar una autoimagen positiva. La actividad que se llevará a cabo en este caso se basa en la Técnica del Espejo (Colmenares, 1975, citado en Rosen, 1997), pero de forma individualizada, denominada “*He tenido un aborto, pero también soy...*” en el que la mujer, delante del espejo y sobre él, comienza a colocar pósits que la describan tal y como

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

es (p.e., soy esposa, soy amiga de mis amigos, soy simpática, soy trabajadora, tengo ojos bonitos...). De una forma más visual, puede ser consciente que su persona se define por múltiples aspectos, y no únicamente por un evento traumático. La tarea para casa en la sesión 6ª será seguir escribiendo el diario, mientras que en la 7ª se centrará en escribirse una carta a ella misma, que deberá traer en la última sesión del Módulo III.

Módulo II. Hombre

Sesión 1

Se iniciará con una breve presentación para así crear un clima en consulta lo más cómodo posible para el paciente. Se indicará en qué consiste la terapia, los temas abordados, y cómo este trabajo influirá en su proceso de recuperación. Entre el terapeuta y el paciente, se establecerán conjuntamente los objetivos de intervención. Por último, se procede a llevar a cabo la evaluación inicial planteada dentro del protocolo de evaluación.

Sesión 2

En este caso, también se llevará a cabo psicoeducación sobre el aborto espontáneo, proporcionando información acerca de los factores plurietiológicos que pueden explicar su aparición, los diferentes tipos de aborto espontáneo y la prevalencia, y los síntomas más característicos de aparición del aborto. Este momento servirá para validar emociones, amparar la reacción ante el evento, diferenciar las reacciones normalizadas de las desadaptativas, y, finalmente, exponer características del evento traumático que pueden aumentar el impacto (p.e., evento que surge en una situación de incertidumbre y de manera inesperada, sin presencia de causas etiológicas determinantes...). De nuevo, se planteará la actividad “*mito versus realidad*”, con una dinámica diferente. Para ello, aparecerán una gran variabilidad de frases en la pantalla (p.e., “*después de un aborto espontáneo siempre hay más*”, “*el aborto espontáneo es síntoma de infertilidad*”...), que el paciente tendrá que agrupar en dos columnas, *mito* o *realidad*, según él lo considere. Al finalizar, se analizará cada cuestión y se resolverá adecuadamente, en base a los aprendizajes adquiridos durante la sesión.

Antes de finalizar la sesión, se comenzará a abordar aspectos relacionados con la activación conductual, animando al paciente a participar en actividades que le resulten agradables, tanto de

forma autónoma como acompañado. Asimismo, se le invitará a comprar un cuaderno/diario (de su gusto) donde pueda ir reflejando los aprendizajes adquiridos y exprese sus emociones tras cada sesión. Como tarea para casa, se plantea la lectura de una revista científica, denominado *Los hombres y el aborto espontáneo: experiencias de duelo*.

Sesión 3

En esta sesión se comenzará revisando la lectura asignada y las actividades de ocio realizadas. El objetivo principal de la tercera sesión será concienciar al paciente sobre la relación entre cognición, conducta y emoción (Modelo ABC) en su adaptación al estrés. Además, se trabajará principalmente la sintomatología ansiosa. Por ello, se explicará el modelo ABC (Ellis, 1995) a partir de ejemplos concretos, proporcionando psicoeducación sobre la ansiedad y sus funciones adaptativas, y se discutirá cómo puede interferir negativamente en la vida cotidiana. Se darán pautas para reducir la actividad fisiológica, incluyendo técnicas de respiración y/o relajación muscular, iniciando la práctica de estas durante la sesión; como tarea para casa se solicitará que continúe practicando las técnicas en los siguientes días. Otra tarea incluye aplicar el modelo ABC (Antecedentes-Pensamientos-Consecuencias) asociado a cuatro situaciones diferentes de su vida, identificando además las emociones resultantes (véase ejemplo en Anexo 5). Por último, se continuará con el diario personal y la realización de actividades agradables.

Sesión 4

Se iniciará la sesión revisando las tareas planteadas en la consulta anterior. En este caso, el objetivo principal será analizar las experiencias vinculadas a la situación de aborto, en concreto, el apoyo y rol protector asumido durante el proceso en relación con su pareja. En este caso, será relevante fomentar la expresión de emociones, temores y lamentos, fomentando un ambiente de confianza y seguridad para el paciente. La actividad planteada en esta sesión será escribir, en pequeños papeles, todas aquellas conductas, ayudas y/o palabras de apoyo que le habría gustado recibir por parte de terceros; en resumen, se trata de plasmar sus deseos (aquellos que, hasta el momento, no se habrían cumplido). Después de escribirlos se transmitirán verbalmente, a partir de la Técnica de la Silla Vacía (Perls, 1976). Posteriormente, introducirá todos los papeles en un bote de cristal. Como tarea para casa se planteará continuar con el diario y las actividades agradables.

Sesión 5

Tras revisar los contenidos de la sesión anterior, el objetivo principal de este día será explorar los roles de género, así como los estereotipos de masculinidad y feminidad. En concreto, se abordarán los mitos más comunes acordes a cada género, desmontándolos y reconstruyendo unos más adaptativos. Para ello se utilizarán unas diapositivas, en las cuales se unirá cada estereotipo (p.e., *se caracterizan por sensibilidad y mostrar más las emociones*) con el género supuestamente correspondiente (*las mujeres*). Como este es un estereotipo establecido en la sociedad, se irán modificando por unos ideales más realistas (p.e., *los hombres y las mujeres AMBOS pueden caracterizarse por ser sensibles y mostrar más las emociones*). Como tarea para casa se plantea continuar con el diario, actividades agradables y, como novedad, escribir una carta para él mismo que deberá llevar a la última sesión del Módulo III.

Sesión 6

En primer lugar, se repasan los contenidos de la sesión anterior. En la sexta y última consulta individual, el objetivo será identificar y modificar las creencias respecto al yo, tanto personal, social, familiar, como el ético-moral. Se pretende que el hombre integre la experiencia de aborto en su yo, pero evitando que dicha experiencia defina su persona. Finalmente, se explorará la presencia de conductas compensatorias como método de afrontamiento, al tiempo que se brinda psicoeducación al respecto. Como tareas para casa, se propondrá continuar con el diario y las actividades agradables.

Módulo III. La pareja

Sesión 1

Se comenzará realizando una puesta en común de los objetivos alcanzados en cada uno de los casos, por ejemplo, con la mujer aspectos vinculados al autoconcepto e imagen corporal, sentimientos de culpabilidad y vergüenza, y los pensamientos y creencias disfuncionales; con el hombre, el manejo de emociones y sentimientos relacionados con el aborto, rol protector y estereotipos de género. Se iniciará la exploración en cada una de las esferas de pareja que cada uno de ellos han señalado como afectada tras el aborto y/o les gustaría mejorar. En base a esto, en esta sesión se trabajará la esfera de comunicación y apoyo. Para ello se fomentará una comunicación efectiva, a partir de la escucha activa y la expresión de manera asertiva de los pensamientos,

emociones y experiencias. Como tarea para casa se propondrá la realización de una actividad agradable de forma conjunta. En concreto, cada uno tendrá que crear su propia línea de la vida, y tras finalizar, la comentarán juntos.

Sesión 2

Tras la revisión del trabajo realizado como tarea para casa, en esta consulta se seguirán explorando otras esferas relevantes, en este caso, los roles y dinámicas en la relación. Además de comentar la comunicación y apoyo (tratada en la *sesión 1*), se abordarán temas vinculados con la resolución de problemas y conflictos, tiempo de ocio compartido, roles asumidos por cada uno de los miembros y cómo interfieren en la pareja (p.e., fomentando el crecimiento del vínculo o dificultándolo), y el compromiso y lealtad. Para ello, se revisará cada una de estas temáticas y se trabajará en un consenso para cada una de las partes. Se llevará a cabo una actividad en la que los dos se sentarán uno enfrente del otro, mirándose a los ojos. En un inicio dirán aspectos que le gustan del otro miembro de la pareja, estos comentarios, en un inicio, deben estar relacionados con el físico y personalidad (p.e., *me gusta tu pelo, eres muy graciosa*), para posteriormente exponer gestos, acciones y/o otras experiencias más complejas (p.e., *me gusta cuando vamos por la calle y me coges de la mano*). Como tarea para casa se indicará realizar otra línea de la vida, pero en este caso de los dos y de los momentos más significativos de toda su trayectoria unidos.

Sesión 3

Posteriormente a la revisión de la tarea para casa, en esta sesión se trabajará la esfera de la intimidad y las relaciones sexuales. Cabe tener en cuenta que este aspecto es considerado el más tabú en casos de aborto espontáneo, por lo que, tras invitar a hablar del tema, lo principal será brindar escucha activa y comprensión. A continuación, se analizará si existen cambios tras la experiencia de aborto, y en caso de ser afirmativo, se examinará cuáles. De esta forma, se hará una comparativa entre “*cómo eran antes*” y “*cómo son ahora*”. En este punto de la terapia, se espera que la comunicación y el diálogo sean los idóneos como para poder llevar a cabo la intervención en dicha esfera, por ello, se indagará en los miedos y temores mutuos sobre las relaciones maritales y cómo creen que les afectan. Se permitirá y facilitará la validación de dichos pensamientos, temores y creencias, para posteriormente, y de forma conjunta, proponer soluciones para encontrar un equilibrio en dicha área. Por ejemplo, si el hombre expone: “*tengo miedo a mantener relaciones*

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

con penetración”, una solución planteada entre los dos podría ser: “*podemos tener sexo que no incluya penetración*”. Finalmente, los últimos temas tratados serán el miedo a un nuevo embarazo, disfunciones sexuales e infertilidad. Como tarea para casa, tendrán que visualizar el video titulado *¿Qué aprendemos de la pérdida de un bebé?*, de la psicóloga Ana Almansa.

Sesión 4

Tras comentar el vídeo planteado como tarea para casa, y los sentimientos y emociones experimentados, se abordará el objetivo de la última sesión de intervención. En este caso, se explorará el apoyo social percibido tras la situación de aborto espontáneo por parte de los sistemas primarios, incluyendo las experiencias sociales consideradas como positivas (p.e., apoyo y empatía) y las negativas (p.e., comentarios inapropiados o sentimientos de incomprensión). Asimismo, también se abordarán los sentimientos de soledad y aislamiento experimentados por cada uno de ellos, y en la pareja. Se fomentará retomar las relaciones sociales, tanto con amigos como con familiares, ya que, al mismo tiempo, puede contribuir en la mejoría terapéutica. Como tarea para casa, y en base a lo comentado anteriormente, se propondrá una actividad agradable no sólo en pareja, sino también con personas íntimas, cercanas y significativas para ambos.

Tras la realización de los módulos anteriores, se proponen **dos sesiones finales** para cerrar la intervención. En la primera se llevará a cabo una evaluación post-intervención. En dicha sesión se aplicarán los instrumentos correspondientes (véase Anexo 2) y se analizará la evolución de los pacientes en función de la información recogida. Por otro lado, se les recordará que, para la próxima sesión, traigan las cartas escritas por ambos a lo largo del proceso terapéutico (escribir una carta a un mismo, y la Carta no escrita) (Mahoney, 2003). Finalmente, la última sesión irá dirigida a tratar aspectos más concretos, pero igualmente necesarios para que los logros de la terapia se mantengan en el tiempo; por ejemplo, la prevención de recaídas, cuestiones vinculadas con el futuro (p.e., posibilidad de embarazos futuros), manejo de situaciones de riesgo y/u otras consultas relevantes para los cónyuges. Finalmente, se comentarán los resultados post-test obtenidos tras la valoración.

A modo de cierre de la terapia, se les invitará a que saquen sus cartas escritas, así como los botes en los que fueron guardando las actividades realizadas a lo largo de las sesiones. Esto servirá para desarrollar una ceremonia conmemorativa del evento traumático por el que han atravesado.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

De igual forma, podrán observar los objetivos que han conseguido de forma individual, y la mejoría y trayectoria alcanzada juntos.

Por último, se realizará un seguimiento a los 3 meses para revisar el avance de la pareja, y, en caso de ser necesario, tratar asuntos de interés para ambos.

Conclusiones

La revisión bibliográfica llevada a cabo en este trabajo permite extraer las siguientes conclusiones:

1. La salud mental de la población que experimenta un aborto espontáneo se ve afectada tras dicha pérdida.
2. Existe consenso acerca de las consecuencias psicológicas derivadas de un aborto espontáneo en los progenitores, siendo las más frecuentes la sintomatología depresiva, ansiosa y el trastorno por estrés postraumático.
3. La literatura constata que el aborto tiene un impacto psicológico significativo tanto en las madres como en sus parejas masculinas. Sin embargo, las consecuencias psicológicas suelen estar más agravadas y perdurar más tiempo en el caso de las mujeres, mientras que en los hombres son más comunes las conductas compensatorias (p.ej., consumo de alcohol).
4. Los estereotipos y roles de género juegan un papel fundamental al establecer diferencias en el impacto del aborto entre hombres y mujeres.
5. Los sentimientos de culpa y la autopercepción que la mujer tiene de su cuerpo, así como la ausencia de hijos previos, se han identificado como factores predictores del desarrollo de consecuencias psicológicas más graves y persistentes.
6. Se evidencia que el aborto espontáneo puede tener consecuencias negativas o positivas en la relación de pareja, en las esferas de apoyo, comunicación y relaciones maritales, actuando como una experiencia que o bien debilita o bien fortalece los vínculos entre los progenitores.
7. Tras el aborto espontáneo, los progenitores pueden percibir que el apoyo social por parte de los sistemas primarios (familiares y amigos) se ve afectado, debido

- principalmente al estigma social derivado del aborto y a la falta de comprensión y empatía de los demás por su pérdida.
8. Existe evidencia de que el impacto psicológico derivado del aborto espontáneo perdura en el tiempo e interfiere incluso en embarazos posteriores.
 9. Un factor predictor en la cronificación de los síntomas es no tener hijos previos en el momento que tiene lugar el aborto espontáneo.
 10. Para reducir los efectos negativos de un aborto espontáneo sobre la salud mental se pueden poner en marcha distintas intervenciones psicológicas, siendo las más frecuentes el EMDR y la Terapia Cognitivo-Conductual.
 11. La TCC es la intervención con mayor evidencia y respaldo científico en casos de trauma, pues consigue disminuir la sintomatología depresiva, ansiosa e incluso el TEPT.

Limitaciones y consideraciones futuras

El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones que se exponen a continuación. En primer lugar, la mayor parte de los artículos analizados eran estudios transversales, lo que dificulta establecer una causalidad empírica en relación con el tema planteado. Otra limitación encontrada es que, a pesar del aumento de interés de los investigadores sobre el aborto espontáneo, las esferas principales de análisis se centran en el impacto psicológico—y por ende en la salud mental—ignorando otros argumentos relacionados, como la afectación en la relación de pareja, sexualidad, o las relaciones con los demás (familiares y amigos). Cabe resaltar también el reducido tamaño muestral en alguno de los estudios analizados, principalmente en aquellos que se centran en temas que cuentan con menor respaldo científico (p.ej., sexualidad e intimidad en la pareja), lo que restringe la generalización de los resultados y su validez. Asimismo, otra limitación importante es el análisis del impacto del aborto espontáneo en los hombres, es decir, los padres, ya que la investigación se centra en la enorme mayoría de los casos en las mujeres; incluso en estudios en los que se analiza dicha afectación, en ocasiones son las mujeres las informadoras principales de la sintomatología de sus parejas. Todo ello dificulta el poder extraer conclusiones sólidas sobre las consecuencias psicológicas del aborto en los varones y, por ende, establecer diferencias en base al género. Por tanto, parece urgente y necesario conocer de primera mano cómo se ven afectados los varones por un suceso de este tipo. Finalmente, otro de los inconvenientes atañe a la intervención

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

psicológica, ya que, en la mayor parte de los casos, el tratamiento de elección se centra en el trauma y el trastorno por estrés postraumático y en menor medida en otra sintomatología, como la depresiva y/o ansiosa, que sin embargo suele estar presente en la mayoría de los progenitores que esperan un hijo y lo pierden repentinamente. En consecuencia, se hace necesario la implementación de programas de intervención dirigidos a prevenir y reducir cualquier tipo de sintomatología que puede aparecer tras un aborto, así como a mejorar las distintas esferas de la vida de las parejas; todo ello redundará en una mejora de su calidad de vida. Es imprescindible además examinar el coste/beneficio de los programas diseñados para estos casos y comprobar si realmente son eficaces para todas las parejas y para ambos sexos.

Para finalizar, y a modo de resumen, sería relevante que en estudios futuros se analizara de forma más detallada el impacto psicológico del aborto espontáneo en hombres, además de en mujeres, con tamaños muestrales significativos y abordando otras esferas de su vida, más allá de la salud mental. Interesa asimismo que las consecuencias de un evento traumático como el aborto se analicen no solo tras el diagnóstico de aborto espontáneo, si no también que se diseñen estudios longitudinales para poder comprobar qué sucede con el paso de los meses y de los años. Finalmente, un factor que consideramos clave y que apenas se ha estudiado sería poder establecer comparaciones entre aquellos casos de aborto espontáneo precoz y tardío, con el fin de comprobar si el momento en el que se produce el aborto determina la manifestación de unas u otras consecuencias y su gravedad.

Referencias bibliográficas

- Adolfsson, P., Larsson, G., Barbro, W., y Carina, B. (2003). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25(6), 543-560. <https://doi.org/10.1080/07399330490444821>
- Allsop, D., y Rosen, N.O. (2023). What Does a Pregnancy Loss Mean for Sex? Comparing Sexual Well-Being Between Couples With and Without a Recent Loss. *Archives of Sexual Behavior*, 53(1), 423-438. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02697-1>
- Altemus, M., Sarvaiya, N., y Epperson, C.N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
- Ámbriz-López, R., Guerrero-González, G., Rodríguez-Valero, C.G., Treviño-Montemayor, O.R., Guzmán-López, A., y Saldívar-Rodríguez, D. (2017). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage. *Medicina Universitaria*, 74, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmu.2017.02.005>
- Baas, M.A.M., van Pampus, M.G., Braam L., Stramrood, C.A.I., y de Jongh, A. (2020). The effects of PTSD treatment during pregnancy: systematic review and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1762310>
- Barbe, C., Ouy, J., Boiteux-Chabrier, M., Bouazzi, L., Pham, B.N., Carrau-Truillet, S., y Hurtaud, A. (2023). Exploring the impact of prior spontaneous miscarriage on stress among pregnant women during the first trimester: an observational study. *BJGP Open*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0100>

- Bellhouse, C., Temple-Smith, M.J., y Bilardi, J.E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672-3>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., y Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women Birth*, 32(2), 137-146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>.
- Bisson J., y Andrew, M. (2013). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3), 24-31. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Black, J., Belicki, K., y Emberley-Ralph, J. (2021). Who dreams of the Deceased? The roles of dream recall, grief intensity, attachment, and openness to experience. *Dreaming*, 29(1), 57-78. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/drm0000100>
- Bouet, P.E., El Hachem, H., Monceau, E., Gariépy, G., Kadoch, I.J., y Sylvestre, C. (2016). Chronic endometritis in women with recurrent pregnancy loss and recurrent implantation failure: prevalence and role of office hysteroscopy and immunohistochemistry in diagnosis. *Fertility and Sterility*, 105(1), 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.09.025>
- Boyle, F.M., Mutch, A.J, Barber, E.A, Carroll, C., y Dean, J.H. (2015). Supporting parents following pregnancy loss: a cross-sectional study of telephone peer supporters. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0713-y>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Cardoso de Oliveira e Silva, A., y Egidio, A. (2009). Terapia cognitivo-comportamental para la pérdida gestacional: resultados de la utilización de un protocolo terapéutico para el duelo. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(3), 122-124. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/289689510_Cognitive-behavioral_therapy_to_miscarriage_Results_from_the_use_of_a_grief_therapy_protocol

Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J.V., y Goberna, J. (2018). Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Profesión*, 19(3), 41-47. Recuperado: https://www.researchgate.net/publication/335858251_Muerte_perinatal_acompanamiento_a_mujeres_y_parejas_Perinatal_death_accompanying_women_and_couples

Camacho-Ávila, M., Fernández-Medina, I.M., Jiménez-López, F.R., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J.M., Hernández-Sánchez, E., y Fernández-Sola, C. (2020). Parents' Experiences About Support Following Stillbirth and Neonatal Death. *Advances in Neonatal Care*, 20(2), 151–160. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000703

Chen, Y.R., Hung, K.W., Tsai, J.C., Chu, H., Chung, M.H., Chen, S.R., y Chou, K.R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(8), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>

Chiorino, V., Cattaneo, M.C., Macchi, E.A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G.G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovia, I., Carletto, S., y Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology and Health*, 35(7), 795-810. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088>

Chung, M.C., y Reed, J. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Following Stillbirth: Trauma Characteristics, Locus of Control, Posttraumatic Cognitions. *Psychiatric Quarterly*, 88(2), 307-321. doi: 10.1007/s11126-016-9446-y.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

- Cook, N., Ayers, S., y Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1(225), 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cuenca, D. (2023). Corrigendum: Pregnancy loss: consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health*, 3, 1-12. DOI: 10.3389/fgwh.2023.1266931
- Das, M.K., Arora, N.K., Gaikwad, H., Chellani, H., Debata, P., y Rasaily, R. (2021). Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. *PLoS ONE*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>
- Delgado, L.; Cobo, J.; Giménez, C.; Fucho-Rius, G.F.; Sammut, S.; Martí, L.; Lesmes, C.; Puig, S.; Obregón, N.; y Canet, Y. (2023). Initial Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *International Journal of Environmental Research and Public Health. Environ. Res. Public Health*, 20(2), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021304>
- DeMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., y Coté, M. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (28), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Devall, A.J., Papadopoulou, A., Podesek, M., Haas, D.M., Price, M.J., Coomarasamy, A., y Gallos, I.D. (2021). Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), 1-85. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013792.pub2>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., y Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of affective Disorders*, 329, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Dimitriadis, E; Menkhorst, E; Saito, S; Kutteh, W.H, y Brosens, J.J. (2020) Recurrent pregnancy loss. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1):98. Doi: 10.1038/s41572-020-00228-z. PMID: 33303732.

Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actualización 2011 Cap. 5. Recomendaciones para el Diagnóstico Precoz y el Cribado de Cáncer de Cuello de Útero. SEGO. Equium Ed. S.L, (2011).

Donegan, G., Noonan, M., y Bradshaw, C. (2023). Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*, 121, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103673>

Doubilet, P.M., Benson, C.B., y Bourne, T. (2013). Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *The New England Journal of Medicine*, 369(15), 1443-1451. doi:10.1056/NEJMra130241

Dulay, A.T. (2020, octubre). Aborto espontáneo recurrente. *Main Line Health System*. Recurrent Pregnancy Loss - Gynecology and Obstetrics - MSD Manual Professional Edition. Recuperado de: <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>

Ellis, A. (1995). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. Brunner/Mazel.

Faleschini, S., Aubuchon, O., Champeau, L., y Matte-Gagné, C. (2021). History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. *Journal of Affective Disorders*, 280, 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.016>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Fernández, E., Rengel, C., Morales, I.M., y Labajos, M.T. (2020). Post-traumatic stress disorder after subsequent birth to a gestational loss: An observational study. *Salud Mental*, 43(3), 129-136. DOI:10.17711/sm.0185-3325.2020.018

Fernández-Basanta, S., Coronado, C., y Movilla-Fernández, M.J. (2023). Barreras y facilitadores en el afrontamiento de la pérdida perinatal: Una meta-etnografía. *CIAIQ*, 2, 994–999. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2173/2101>

Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez, I. (2020). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 34-21. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>

Freedle, A., y Oliveira, E.D. (2021). From Isolation to Connection: Empathy, Prosocial Behavior, and Posttraumatic Growth After Pregnancy Loss. *Illness, Crisis & Loss*, 31, 332 - 348. <https://doi.org/10.1177/10541373211063427>

Gavilanes, V. P., y Yanchaliquin, T. V. (2023). Diagnóstico y manejo terapéutico actualizado del aborto espontaneo recurrente. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 1301-1324. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5402

Gonçalves, W.S., Gherman, B.R., Abdo, C.H.N., Coutinho, E.S.F., Nardi, A.E., y Appolinario, J.C. (2023). Prevalence of sexual dysfunction in depressive and persistent depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Impotence Research*, 35, 340–349. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00539-7>

Grimbizis, G.F., Camus, M., Tarlatzis, B.C., Bontis, J.N., y Devroey, P. (2001). Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Human Reproduction Update*, 7(2), 161-74. <https://doi.org/10.1093/humupd/7.2.161>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Guerrero, B., Hassouneh, F., Delgado, E., Casado, J., y Tarazona, R. (2020). Natural killer cells in recurrent miscarriage: An overview. *Journal of Reproductive Immunology*, *142*, 103-219. <https://doi.org/10.1016/j.jri.2020.103209>

Hassan, H., y Holmes, N. (2023). CBT for post-traumatic stress disorder and depression in the context of pregnancy loss: a case study reflection. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *16* (33), 1-14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000259>

Hedegaard, S., Landersoe, S.K., Olsen, L.R., Krog, M.C., Kolte, A.M., y Nielsen, H.S. (2021). Stress and depression among women and men who have experienced recurrent pregnancy loss: focusing on both sexes. *Reproductive Biomedicine Online*, *42*(6), 1172-1180. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.03.012>

Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Khan, K., Delgado-Rodríguez, M., y Martínez, J. (2021). Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period. *Scientific Reports*, *11*(5567), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85144-2>

Hiefner, A.R. (2020). Dyadic Coping and Couple Resilience After Miscarriage. *Family Relations*, *70*, 59-76. <https://doi.org/10.1111/fare.12475>

Hijona, E., Hijona, L., Arenas, J.I., y Bujanda, L. (2010). Inflammatory Mediators of Hepatic Steatosis. *Mediators of Inflammation*, *2010*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2010/837419>

Hunter, A., Tussis, L., y MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *223*, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Hutti, M.H., Armstrong, D.S., Myers, J.A., y Hall, L.A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44 (1), 42–50. DOI: 10.1111/1552-6909.12539

Inati V, Matic M, Phillips C, Maconachie N, Vanderhook F, y Kent A.L. (2018) A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (58), 54–63. <https://doi.org/10.1111/ajo.1266>

Infancia, A.M. (2009). *Guía para el mejoramiento de la atención post aborto*. Dirección nacional de maternidad e infancia.

Iwanowicz-Palus, G., Mróz, M., y Bień, A. (2021). Quality of life, social support and self-efficacy in women after a miscarriage. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z>

Jia Que, L., Liu, Y., y Wang, L. (2021). Psychologic Sequelae in Early Pregnancy Complications. *International Journal of Women's Health*, 15, 51-57. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S382677>

Julián, L., y Hernández, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Revista Clínica Contemporánea*, 13(10), 1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2022a8>

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., y Wagner, B. (2017). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>

Kipkorir, M.K., y Onsongo, N.L. (2021). Lived Experiences of Mothers Following a Perinatal Loss. *Midwifery*, 99, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007>

Kirui, K.M., y Lister, O.N. (2021). Lived Experiences of Mothers Following a Perinatal Loss. *Midwifery*, 99, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103007>

Koert, E., Malling, G.M., Sylvest, S., Krog, M.C., Kolte, A.M., Schmidt, L., y Nielsen, N.S. (2019). Recurrent pregnancy loss: couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Human Reproduction*, 34(2), 291–296, <https://doi.org/10.1093/hum-rep/dey362>

Kokou-Kpolou, K., Megalakaki, O., y Nieuviarts, N. (2018). Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *Journal of Affective Disorders*, 241, 360– 366. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063>

Kopmeiners, E.H., Hollander, M.H., van Voorst, N., y Stramrood, C.A. (2023). Effect of early postpartum EMDR on reducing psychological complaints in women with a traumatic childbirth experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 44(1), 22-43. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2229010>

Kranenburg, L.W., Bijma, H.H., Eggink, A.J., Knijff, E.M., y Lambregtse-van den Berg M.P. (2022). Implementing an Eye Movement and Desensitization Reprocessing Treatment-Program for Women With Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Frontiers in Psychology*, 21(12), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797901>

Kukulskiene, M., y Žemaitiene, N. (2022a). Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 65-75. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116515>

Kukulskienė M., y Žemaitienė, N. (2022b). Experience of Late Miscarriage and Practical Implications for Post-Natal Health Care: Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*, 1(10), 1-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010079>

Kumar, A., Hessini, L., y Mitchell, E.M.H. (2021). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health and sexuality*, 11(6), 625-639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>

Lamon, L., De Hert, M., Detraux, J., y Hompes, T. (2022). Depression and post-traumatic stress disorder after perinatal loss in fathers: A systematic review. *European Psychiatry*, 65(1), 1-12. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2326>

Larroca, C, y Chaquiriand, V. (2021). Manejo inicial del aborto. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(2), 22-26. DOI: <https://doi.org/10.26445/06.02.2>

Lee, C., y Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 235-44. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00579-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00579-X)

Li, H.Y, y Marren, A. (2018). Recurrent pregnancy loss: A summary of international evidence-based guidelines and practice. *Australian Journal of General Practice*, 47(7), 432-436. DOI: 10.31128/AJGP-01-18-4459

Lok, I.H., y Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 229-47. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007>

López, S., y Pi-Sunyer, M.T. (2015). *Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo*. Editorial Círculo Rojo.

Macías, M.C., Fernández, J.J., Mesa, C., Vilar, A., Soto, E., Serrano, E., Paublete, M., y Moreno, L.J. (2018). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 874-880. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1702>

Magnus, M.C, Wilcox, A.J., Morken, N.H., Weinberg, C.R., y Haberg, S.E. (2021). Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. *British Medical Journal J*, 364(1869), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.1869>

Mahoney, M. J (2003). *Constructive psychotherapy: A practical guide*. Guilford Press.

Maninali, A., Infanti, J.J., Thapa, S.B., Jacobsen, G.W., y Larose, T.L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23 (111), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>

Marin, M. (2020, 5 de octubre). *Los hombres y el aborto espontáneo: experiencias de duelo*. Recuperado de: <https://colfsclinic.org/es/hombres-y-experiencias-de-duelo-por-aborto-espontaneo/>

Markman, E., y Tushnova, Y. (2021). Representations about emotional reactions to perinatal loss. *E3S Web of Conferences*, 273, 1-11. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202127302032>

Martínez-Serrano, P., Pedraz-Marcos, A., Solís-Muñoz, M., y Palmar-Santo, A. (2019). The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery*. 77, 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.013>

McNeil, M.J., Baker, J.N., Snyder, I., Rosenberg, A.R., y Kaye, E.C. (2021). Grief and Bereavement in Fathers After the Death of a Child: A Systematic Review. *Pediatrics*, *147*(4), 1-10. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040386>

Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección Nacional de Normatización, 1ª Edición, 2013. Recuperado de: <http://salud.gob.ec>

Mróz, M., Bien, A., Iwanowicz-Palus, G., y Krysa, J. (2023). Identification of factors affecting self-efficacy in women with spontaneous pregnancy loss. *Healthcare*, *11* (1217), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11091217>

Newton S.L., Hebert L.E., Nguyen B.T, y Gilliam M.L. (2020). Negotiating masculinity in a women's space: findings from a qualitative study of male partners accompanying women at the time of abortion. *Men and Masculinities*, (23), 65-82. <https://doi.org/10.1177/1097184X18762260>

Nolasco-Blé, A.K., Hernández-Herrera, R.J., y Ramos-González, R.M. (2012). Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, *80*(4), 270-275. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Hallazgos-perinatales-de-embarazos-en-edad-materna-Nolasco-BI%C3%A9-Hern%C3%A1ndez-Herrera/196901dc6d521f3ad0a9feed7a7a5628f500a60f>

Organización Mundial de la Salud (2021, noviembre 25). *Aborto*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

O'Connell, O., Meaney, S., y O'Donoghue, K. (2016). Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women Birth*, 29(4), 345-9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.01.003>.

Pabón, D.M., Moreno Fergusson, M.E., y Palacios, A.M. (2019). Experience of Perinatal Death From the Father's Perspective. *Nursing Research*, 68(5), 1-9. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000369

Pašalić, M., y Hasanović, M. (2018). Treating childbirth trauma with EMDR-A case report. *Psychiatria Danubina*, 30(5), 265-270. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30095810/>

Pillarisetty, L.S., y Mahdy, H. (2023). *Recurrent Pregnancy Loss*. StatPearls [Internet]. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554460/>

Quenby, S., Gallos, I.D., Dhillon-Smith, R.K., Podsek, M., Stephenson, M.D., Fisher J., Brosens, J.J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E.S., McCoy, R.C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D.A., Rai, R., Christiansen, O.B., Sugiura-Ogasawara, M., Odendaal, J., Devall, A.J., Bennett PR, Petrou, S., y Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*, 1(397), 1658-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)

Ravaldi, C. (2023). Why can intimacy be so difficult after perinatal loss? *Women and Birth*, 36, 235-237. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.001>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

- Riesco, F.J., Arroyo, J.A., y Rivero, C. (2017). Patología general obstétrica durante el embarazo. En Vázquez, J.M y Rodríguez, L (Ed.). *Manual básico de obstetricia y ginecología* (pp. 148.213). Instituto Nacional de gestión Sanitaria. Recuperado de: sanidad.gob.es
- Rodríguez, C., De los Ríos Palomino, M., González, A.M., Quintana, S. y Sánchez, I. (2020). Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*, 24(6), 1349-1365. Recuperado de [1028-4818-mmed-24-06-1349.pdf](https://doi.org/10.1028-4818-mmed-24-06-1349) (sld.cu)
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 188–201). The Guilford Press.
- Ruderman, R., Yilmaz, B.D., y McQueen, D.B. (2020). Treating the couple: how recurrent pregnancy loss impacts the mental health of both partners. *Fertility and Sterility*, 114(6), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.165>
- Rupke S.J., Blecke, D., y Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73(1), 82-6. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/MED/16417069#impact>
- Ryninks, K., Wilkinson-Tough, M., Stacey, S., y Horsch, A. (2022). Comparing posttraumatic growth in mothers after stillbirth or early miscarriage. *PLoS ONE*, 17(8),1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271314>
- Sánchez-Pichardo, M.A. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21(3), 147-150. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-PSICOLOGICA-EMBARAZADAS-PERDIDAS-PERINATALES.pdf>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Schwabe, L., y Wolf, O.T. (2010). Learning under stress impairs memory formation. *Neurobiology of Learning and Memory*, 93(2), 183-8. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2009.09.009>

Shakeel, G., Shafi, I., Noor, R., y Bashir, S. (2021). Prevalence of stress among woman after first trimester miscarriage. *Rawal Medical Journal*, 46(2), 391-394. Recuperado de: <https://www.rmj.org.pk/fulltext/27-1522331817.pdf>

Shiqui Zhu, C., Chye Tan, T., Yu Chen, H., Malhotra, R., Allen, J., y Ostbye, T. (2018). Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 237, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.012>

Slot, E., Malling, G., Syvest, R., Krog, M.M., Kolte, A.M., Schmidt, L., y Nielsen, H.S. (2022). Recurrent pregnancy loss: couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Human Reproduction*, 34(2), 291-296. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey362>

Smorti, M., Simoncini, T., Ponti, L., y Mannella, P. (2020). Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 1-11. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1728524>

Sousa, T.B., y Almeida Lins, A.C. (2020). Repercusiones psicológicas del embarazo en curso en mujeres con historial de pérdida. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-15. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200005&lng=es&tlng=.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200005&lng=es&tlng=)

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. TEA Ediciones.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Swanson, K.M., Karmali, Z.A., Powell, S.H., y Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 902-910. DOI: 10.1097/01.psy.0000079381.58810.84

Tavoli, Z., Mohammadi, M., Tavoli, A., Moini, A., Effatpanah, M., Khedmat, L., y Montazeri, A. (2018). Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0982-z>

TEDx Talks (13 de marzo de 2019). *¿Qué aprendemos de la pérdida de un bebé?* Ana Almansa [Archivo de Vídeo] <https://www.youtube.com/watch?v=Tp9HRTjMyY8&t=41>

Tenório, P.J., Katz, L., y Ramos Amorim, M. (2023). Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 44(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2210747>

Tian, X., y Solomon, D.H. (2020). Grief and post-traumatic growth following miscarriage: the role of meaning reconstruction and partner supportive communication. *Death Studies*, 44(4), 237-247. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539051>

Toth, B., Würfel, W., Bohlmann, M., Zschocke, J., Rudnik-Schöneborn, S., Nawroth, F., Schleußner, E., Rogenhofer, N., Wischmann, T., von Wolff, M., Hancke, K., von Otte, S., Kuon, R., Feil, K., y Tempfer, C. (2018). Recurrent Miscarriage: Diagnostic and Therapeutic Procedures. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry Number 015/050). *Geburtshilfe und Frauenheilkd.* 78(4), 364-381. <https://doi.org/10.1055/a-0586-4568>

Tseng Y, Cheng H, Chen Y, Yang S, y Cheng, P. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: a one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, (26), 5133–5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>

Turesheva, A; Sakko, Y; Gaipov, A; Aimagambetova, G; Ukybassova, T; Marat, A; Kaldygulova, L; Amanzholkyzy, A; Nogay, A; Khamidullina, Z; Mussenov, Y; Almawi, WY, y Atageldiyeva, K. (2023). Epidemiology of spontaneous pregnancy loss in Kazakhstan: A national population-based cohort analysis during 2014-2019 using the national electronic healthcare system. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 102(12), 1682-1693. Doi: 10.1111/aogs.14669.

Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(12), 1491–1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>

Wang, N., Wang, M., Huang, J., Allen, J., Elder, E., Fu, L., Lu, H., Creedy, D.K., y Gamble, J. (2023). Effects of the STress-And-coping support (START) intervention on depression and coping of Chinese women seeking a first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 324 (1), 121-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.086>

Yildiz, P.D., Ayers, S., y Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(208), 634-645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Yu Florrie, N., y Leung, K.Y. (2020). Diagnosis and prediction of miscarriage: can we do better? *Hong Kong Medical Journal*, 26(2), 90-92. <https://doi.org/10.12809/hkmj205094>

Índice de tablas

Tabla 1. Tipos de aborto y su definición.....8

Índice de figuras

Figura 1. Número de casos de aborto espontáneo en España 2011-2019.....	10
Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de elección de estudios.....	20

Anexos

Anexo 1. Ejemplo de protocolo clínico de prevención en aborto espontáneo (Instituto Técnico Nueva Bolivia)

EL ABORTO

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

ETIOLOGIA:

- *Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos.
- * Infecciones agudas de compromiso sistémico.
- *Deficiencia hormona.
- *Enfermedades intercurrentes.

FACTORES DE RIESGO:

- *Edad materna: menor de 15 años o mayor de 35 años.
- * Multiparidad.
- *Antecedente de aborto previo.
- *Patología uterina que compromete su cavidad.
- * Embarazo no deseado.
- *Enfermedades crónicas (infecciosas, endocrinas).
- *Malas condiciones socioeconómicas (desnutrición).
- *Violencia Familiar.
- *Intoxicaciones ambientales.
- *Factores hereditarios.

COMPLICACIONES:

- *Shock hipovolémico
- *Shock séptico
- *Perforación uterina
- *Desgarros de cérvix
- *Pelvipерitonitis
- *Hemorragias
- *Infecciones

PREVENCIÓN:

- *Acude con regularidad a las consultas de atención prenatal.
- *Evita los factores de riesgo conocidos del aborto espontáneo como fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales.
- *Toma un complejo multivitamínico diario.
- * Limita el consumo de cafeína
- * Planificación familiar
- * No automedicarse
- * Evitar relaciones sexuales

Illustrations include: hands holding a fetus, a fetus in a uterus, a pregnant woman with a monitor, a fetus in a uterus with a red arrow, a fetus in a uterus with a red arrow, a broken heart, a pregnant woman, and a person with a red 'X' over them.

Anexo 2. Instrumentos de evaluación

Instrumentos	Evaluación
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Depresión (ambos participantes)
Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE)	Estilos de afrontamiento (ambos participantes)
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Ansiedad (ambos participantes)
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)	Apoyo social percibido (ambos progenitores)
Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI)	Culpabilidad (mujer)
Test del autoconcepto (AF-5)	Autoconcepto y autoestima (mujer)
Escala de Trauma de Davidson (DTS)	TEPT (ambos participantes)

Nota. Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson et al., 1997); Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorshuch y Lushene, 1964); Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996); Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) (De la Revilla et al., 2002); Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989); Test del autoconcepto (AF-5) (García y Musito, 2009); Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) (Kubany et al., 1996).

Anexo 3. Técnicas de Intervención

Objetivos	Técnicas	
	Mujer	Hombre
Adquirir pensamientos adaptativos relacionados con el aborto espontáneo.	Psicoeducación acerca del aborto espontáneo, como su prevalencia, factores plurietiológicos, sintomatología o diagnóstico.	
Facilitar el procesamiento del evento traumático.	Narrativa del trauma. Validación de emociones. Reestructuración cognitiva. Escritura terapéutica.	
Favorecer la identificación, expresión y modulación de las emociones.	Psicoeducación. Técnica de respiración y de relajación muscular. Terapia Racional Emotiva Conductual. Técnica de la silla vacía.	
Desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces.	Entrenamiento en habilidades.	
Reducir los sentimientos de culpabilidad y vergüenza vinculados con el aborto espontáneo.	Reestructuración cognitiva. Debate socrático. Carta no escrita de Mahoney.	
Aumentar los sentimientos vinculados a la percepción propia corporal y la autoestima.	Reestructuración cognitiva. La flecha descendente. Técnica del espejo.	
Fomentar el autoconcepto del yo social, yo familiar y el yo ético-moral.	Reestructuración cognitiva. Técnica de la flecha descendente	

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Dotar a los progenitores de dinámicas y roles de pareja adaptativos.

Fomentar la realización de actividades agradables individuales, en pareja y/o con los demás.

Trabajo en la sexualidad. Solución de problemas. Adquirir habilidades de comunicación asertiva. Gestión del tiempo en pareja. Aceptación y emisión de críticas. Transmisión de aspectos positivos

Activación conductual.

Anexo 4. Esquema de intervención

Módulo I. Mujer	
• Presentación, objetivos de terapia y evaluación inicial.	1 sesión
• Psicoeducación respecto al aborto espontáneo, prevalencia, sintomatología, diagnóstico, factores plurietiológicos, y desconocimiento de causa explicativa. Desmontar mitos sobre el aborto espontáneo.	1 sesión
• Explicación del Modelo ABC. Psicoeducación respecto a la ansiedad. Técnicas de respiración.	1 sesión
• Síntomas de culpabilidad y vergüenza. Regulación emocional. Identificación de pensamientos y distorsiones cognitivas.	2 sesiones
• Autoestima. Autoconcepto y autoimagen. Yo-social, yo-personal y yo-familiar.	2 sesiones

Módulo II. Hombre

- Presentación, objetivos de terapia y evaluación inicial. **1 sesión**
 - Psicoeducación respecto al aborto espontáneo, prevalencia, sintomatología, diagnóstico, factores pluri-etiológicos, y desconocimiento de causa explicativa. Desmontar mitos sobre el aborto espontáneo. **1 sesión**
 - Explicación del Modelo ABC. Psicoeducación respecto a la ansiedad. Técnicas de respiración o relajación muscular. **1 sesión**
 - Rol asumido como protector. Regulación emocional. **1 sesión**
 - Roles de género. Estereotipos de masculinidad y feminidad. Desmontar mitos. **1 sesión**
 - Yo-social, yo-personal, y yo ético-moral. **1 sesión**
-

Módulo III. Pareja

- Compartir objetivos alcanzados individualmente. Esfera de comunicación y apoyo: comunicación efectiva. **1 sesión**
 - Roles y dinámicas en la relación. Resolución de problemas, conflictos, ocio compartido, compromiso y lealtad. **1 sesión**
 - Intimidad y relaciones sexuales. **1 sesión**
 - Apoyo social percibido. Compartir experiencias sociales positivas y negativas. **1 sesión**
-
- **1 sesión:** Evaluación post-evaluación.
 - **1 sesión:** devolución resultados. Prevención de recaídas, futuros embarazos y situaciones de riesgo. Ceremonia conmemorativa.

Seguimiento a los 3 meses

Anexo 5. Ejemplo de tarea del Modelo ABC

SITUACIONES	ANTECEDENTES	PENSAMIENTOS	CONSECUENCIAS	EMOCIÓN

Anexo 6. Tablas resumen de los artículos incluidos en la revisión

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Allsop y Rosen (2023)	Estudiar el bienestar sexual de las parejas tras la pérdida de un embarazo.	Total=140. Exclusión: parejas con infertilidad. País: Canadá.	-Las parejas tienen experiencias heterogéneas con respecto a sus relaciones sexuales. Sin embargo, la mayor parte refiere que éstas son negativas. -Se pone de manifiesto el bajo apoyo por parte de los profesionales de la salud.
Ámbriz-López et al. (2017)	Evaluar la sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes que han experimentado un aborto espontáneo.	Total=120. País: México.	-El 41.7% de las mujeres reportaron síntomas compatibles con la depresión y/o ansiedad en cierto grado. -Se reportó una relación positiva significativa entre presentar síntomas de depresión y/o ansiedad con un historial pasado de aborto espontáneo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Baas et al. (2020)	Evaluar la efectividad y la seguridad del tratamiento EMDR para síntomas de TEPT en mujeres embarazadas.	Total=13. País: Ámsterdam.	-La intervención se expone como segura y sin efectos adversos. -Disminución de los niveles de estrés materno y TEPT.
Barbe et al. (2023)	-Evaluar el impacto del aborto espontáneo en el nivel de estrés de las mujeres durante el primer trimestre de un embarazo posterior. -Analizar el nivel de estrés entre las mujeres durante el primer trimestre del embarazo.	Total=93. Mujeres sin historial de aborto espontáneo (n=63) y con vivencia (n=30). Media de edad mujeres con historia aborto: 29. Media de edad mujeres sin historia: 30. País: Francia.	-Impacto significativo de la vivencia de aborto espontáneo previo en el nivel de estrés de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre. -Principalmente en relación con los riesgos médicos y obstétricos, y la salud fetal. -Enfatiza en la necesidad de proporcionar apoyo psicológico adecuado a las mujeres que experimentan aborto espontáneo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Bellhouse et al. (2018)	Explorar las experiencias de las mujeres de apoyo social percibido después del aborto espontáneo, con el fin de crear conciencia en la comunidad en relación a las necesidades de apoyo emocional de las mujeres.	Total=15. Media de edad de las mujeres: 36. País: Australia.	-Las principales fuentes de apoyo social percibido fueron la de las respectivas parejas, y la de otras mujeres que habían experimentado previamente aborto espontáneo. -Identificados sentimientos de silencio en torno al aborto espontáneo, incomodidad, y estigma social, lo que genera sentimientos de soledad y aislamiento, interfiriendo negativamente en el apoyo social percibido.
Bellhouse et al. (2019)	-Explorar el sufrimiento psicológico que experimentan las mujeres como resultado de un aborto espontáneo. -Analizar el apoyo percibido por los profesionales de la salud.	Total=15. Media de edad: 36. País: Australia.	-La mayor parte de las mujeres presentaban niveles significativos de angustia, dolor y pérdida asociados al aborto. -Las mujeres señalaron experimentar interacciones tanto positivas como negativas proporcionadas por los servicios médicos. -Todas ellas manifestaron angustia después de las experiencias negativas.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Black et al. (2021)	Explorar los sueños con el difunto después de un aborto espontáneo, tanto en las madres como en sus respectivas parejas masculinas.	Total=214. Mujeres (n=133). Hombres (n=81). País: Estados Unidos.	-La mayoría de los participantes (57.0%) informaron haber soñado con el feto fallecido al menos una vez. -Las puntuaciones de intensidad de duelo, que oscilaron entre bajas y muy altas, no se relacionaron con los temas de los sueños ni con un contenido más memorable.
Camacho-Ávila et al. (2022)	Comprender la experiencia de los padres de las relaciones afectivo-sexuales después de un proceso de duelo por pérdida perinatal.	11 parejas. Mujeres (50%), hombres (50%). Media edad= 35.2 País: España.	-El duelo y la relación entre los progenitores se ve influenciada por la pérdida (incluyendo variables como las relaciones íntimas). -Los estereotipos de género y la falta de conciencia social hacen que el duelo paterno sea menos visible.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Chiorino et al. (2021)	Investigar la efectividad de la intervención breve de EMDR en comparación con el tratamiento habitual (TAU) en mujeres con síntomas de TEPT tras un aborto.	Total=37. EMDR sesión (n=19). TAU sesión (n=18). País: Italia.	-La mayoría de las mujeres mejoraron sus síntomas de TEPT después de una sola sesión de tratamiento. -El EMDR resultó ser más eficaz que el TAU en la reducción de síntomas de TEPT a las 6 semanas del aborto. -Las mujeres tratadas con EMDR experimentaron menos flashbacks y angustia.
Chung y Reed (2017)	-Examinar la prevalencia de TEPT y la comorbilidad psiquiátrica en aquellas mujeres con experiencia de aborto espontáneo. -Se analizaron las características traumáticas de la muerte fetal y las cogniciones traumáticas.	Total=50. País: Hong Kong.	-Las mujeres reportaron síntomas significativamente superiores y comórbidos, destacando los depresivos y las cogniciones negativas sobre sí mismas. -Las características del trauma correlacionaron significativamente con las cogniciones traumáticas, que a su vez se correlacionaron con el TEPT y la comorbilidad psiquiátrica.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Cook et al. (2020)	Examinar la prevalencia de TEPT en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.	Total=47. Mujeres con aborto espontáneo (n=26). Mujeres embarazo a término (n=21). País: Suiza.	-El TEPT se relaciona de forma significativa con aquellas mujeres que han sufrido un aborto espontáneo. -Incluso en las mujeres que tienen el nacimiento de un hijo sano, se han asociado que el TEPT tiene efectos negativos en los resultados post-parto, el desarrollo infantil y la relación entre la madre y el hijo.
Delgado et al. (2023)	Evaluar el impacto inicial de las pérdidas perinatales en una muestra no seleccionada de parejas, centrándose en las diferencias de género.	Total=46. Mujeres (n=29). Hombres (n=17). Edad media de las mujeres: 34. Edad media de los hombres: 35. País: España.	-No hay diferencias significativas de género en el impacto inicial ante un aborto espontáneo, ni en los síntomas depresivos, ni en el duelo o nivel de duelo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

<u>Estudio</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Muestra</u>	<u>Resultados</u>
DeMontigny et al. (2020)	Examinar factores de protección y de riesgo personales y contextuales asociados a la salud mental de la mujer después de un aborto espontáneo.	Total=231. Media de edad de las mujeres: 31. País: Canadá.	-Las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo en los últimos 6 meses obtuvieron mayores puntuaciones en síntomas depresivos que las que lo habían sufrido entre los 7-12 meses. -El nivel de ansiedad y el duelo perinatal no variaron en función del tiempo. -La baja condición económica, estado de inmigración y falta de hijos se asociaron a una peor salud mental después de un aborto espontáneo. -La calidad de la relación conyugal y la satisfacción con la atención de la salud se asociaron positivamente con la salud mental de las mujeres.
Dennehy et al. (2019)	Explorar las opiniones y vivencias de mujeres y hombres con experiencia de aborto espontáneo.	Total=62. Mujeres (n=56). Hombres (n=6). Media de edad de las mujeres: 39. País: Irlanda.	-Se extrae la necesidad de una definición estandarizada de aborto espontáneo: encontrar un equilibrio entre la evidencia científica, necesidades individuales y recursos de atención médica. -Se extrapola la importancia de validar la experiencia de pérdida de las mujeres y de sus respectivas parejas, trabajar en el afrontamiento e impacto psicológicos derivados. En todo momento teniendo en consideración los recursos de atención médica.

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Dikmen-Yildiz et al. (2018)	Analizar las distintas trayectorias TEPT en mujeres posparto, identificar factores predictores en diferentes etapas del proceso de parto, y determinar las diferencias entre mujeres que desarrollan TEPT y aquellas que no después de un parto traumático.	Total=950. Mujeres reclutadas durante el embarazo, en las siguientes 4-6 semanas y a los 6 meses después de dar a luz. Media de edad mujeres: 28 años. País: Turquía.	-Se identificaron 4 trayectorias principales en relación con el trastorno de estrés postraumático (TEPT): resiliencia (61.9%), recuperación (18.5%), TEPT crónico (13.7%) y TEPT con expresión retardada (5.8%). -La mala satisfacción con los profesionales de la salud se asocia con las trayectorias de TEPT crónico y TEPT con expresión retardada. -Menor apoyo social y mayor temor al parto predicen trayectorias crónicas del TEPT crónico y de recuperación.
Faleschini et al. (2021)	Investigar la relación entre la pérdida perinatal y los síntomas psicológicos de las madres y padres en un embarazo posterior y tras 6 meses después del nacimiento de un hijo sano.	Total=92. Mujeres (n=55 mujeres). Hombres (n=37). País: Canadá.	-Los padres y madres reportaron mayores niveles de síntomas psicológicos y estrés parental. -Las madres eran más propensas a reportar repercusiones psicológicas más agravadas. -La magnitud de relación entre las pérdidas perinatales y los resultados psicológicos fueron comparables en ambos progenitores.

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Fernández et al. (2020)	-Identificar la prevalencia de trastorno por estrés postraumático en mujeres que dan a luz tras haber sufrido una pérdida gestacional previa. -Identificar posibles relaciones entre el trastorno por estrés postraumático y las variables estudiadas.	Total=115. Media de edad de las mujeres: 32. País: España.	-Existen diferencias en la prevalencia de trastorno por estrés postraumático entre mujeres en base a la edad, número de embarazos y el número de pérdidas gestacionales. -Es más probable padecer TEPT tras una gestación posterior a una pérdida gestacional cuanto mayor sea el número de pérdidas gestacionales sufridas.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Fernández-Ba-santa et al. (2019)	Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres para hacer frente a la pérdida de un embarazo por aborto espontáneo.	Total=16. Media de edad de las mujeres: 35. País: España.	-Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: hablar con su círculo social y con compañeros de trabajo. -También se utilizan comportamientos de evitación, principalmente para anticipar respuestas negativas, la falta de apoyo de los demás y como mecanismo de autoprotección.
Fernández-Sola et al. (2020)	Explorar, describir y comprender el impacto del aborto espontáneo en la vida social y familiar de los progenitores.	Total=21. Mujeres (n=13). Hombres (n=8). País: España.	-El aborto espontáneo impacta en la dinámica familiar de los progenitores y en su entorno familiar, social y laboral. -Los progenitores perciben que la sociedad trivializa su pérdida y deslegitima su duelo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Freedle y Oliveira (2022)	Explorar los cambios en las relaciones entre autodivulgación, reacciones sociales a la divulgación y los procesos cognitivos (rumiación) en las experiencias de mujeres después de un aborto espontáneo.	Total=227. País: Estados Unidos.	-Los resultados sugieren que revelar el trauma y la angustia puede fomentar cambios en el procesamiento cognitivo. -La sintomatología de TEPT está mediada por la rumiación deliberada.
Gonçalves et al. (2023)	-Evaluar el impacto psicológico del aborto espontáneo, en términos de síntomas clínicos de duelo perinatal, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT). -Analizar cómo la intensidad y persistencia de estos síntomas se modulan con el tiempo transcurrido desde la pérdida y así determinar su influencia en los posibles síntomas de la morbilidad clínica.	Total=1015. Muestra dividida en 7 grupos. Edad media de las mujeres: 34-39 (agrupadas entre los 7 grupos). País: Portugal.	-La proporción de mujeres que mostraban síntomas de todas las comorbilidades fueron aquellas cuya pérdida había ocurrido hace un mes, y hubo una disminución gradual significativa con el tiempo. -En términos de síntomas de depresión, las puntuaciones disminuyeron significativamente en el grupo cuya pérdida ocurrió de 13-24 meses antes de su participación. -En relación a la ansiedad, no hubo una disminución significativa de los síntomas con el tiempo. -A pesar de que hubo una disminución de la sintomatología, hubo persistencia de morbilidad clínica 3 años o más después de la pérdida.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Hassan y Holmes (2022)	Estudio de caso de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual para el TEPT y depresión en contexto de la pérdida de embarazo.	Total=1. 15 sesiones de intervención, 3 veces a la semana durante 4 meses. País: United Kingdom.	Los resultados demuestran una reducción clínicamente significativa en las puntuaciones de depresión y TEPT tras el trauma con la aplicación de la TCC.
Hedegaard et al. (2021)	Investigar la prevalencia del estrés y depresión entre las mujeres y sus respectivas parejas que han experimentado aborto espontáneo en comparación con grupos de población general.	Total=693. Mujeres (n=412). Hombres (n=281). Media de edad de las mujeres: 35. Media de edad de los hombres: 36. País: Dinamarca.	-Las parejas masculinas que sufrieron un aborto espontáneo no tuvieron una mayor prevalencia de estrés y depresión en comparación con el grupo de hombres de población general. -Diferencias significativas entre las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo frente a aquellas que no: puntuaciones elevadas en estrés, y resultados de depresión moderada/grave en mujeres que vivieron un aborto espontáneo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Hiefner (2020)	-Explorar el impacto del aborto espontáneo sobre la relación de pareja. -Analizar las percepciones de las parejas respecto a la cercanía y fuerza en la relación.	Total=12. 50% hombres y 50% mujeres. Edad media de las mujeres: 32. Edad media de los hombres: 33. País: Estados Unidos.	-Las parejas describieron temas tanto positivos como negativos en la relación, la naturaleza compartida de la pérdida, las estrategias de afrontamiento diádicas y las interacciones específicas de la pareja que apoyan la resiliencia. -Experimentar un aborto espontáneo se considera una experiencia compartida que crea oportunidades importantes para el afrontamiento saludable y los procesos de interacción en la pareja.
Hunter et al. (2017)	Analizar la presencia de ansiedad, depresión y estrés en mujeres y sus parejas tras la vivencia de un aborto espontáneo.	Total=5205. Mujeres (n=5114) Hombres (n=91) País: Edinburgh.	-Se hallaron resultados significativos en sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres que había sufrido un aborto espontáneo. -No se encontraron datos relevantes en relación al estrés.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Hutti et al. (2017)	Evaluar la validez del instrumento Escala de Intensidad del Duelo Perinatal (PGIS) a través de su capacidad para predecir el duelo en casos de aborto espontáneo.	Total=103. País: Inglaterra.	-El PGIS puede predecir de manera confiable y válida a las mujeres que pueden predecir un duelo intenso y futuro tras haber sufrido un aborto espontáneo.
Inati et al. (2018)	Describir los tipos de duelo de los progenitores que han experimentado un aborto espontáneo.	Total=47. País: Nueva Zelanda.	-Tras la experiencia de aborto, la mayor parte de la muestra presentaba puntuaciones altas de TEPT y un duelo complicado. -El apoyo social actúa como un factor moderador para la presentación de sintomatología psiquiátrica.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Iwanowicz-Palus et al. (2021)	Evaluar el impacto del apoyo social en la salud física y mental en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo y un embarazo ectópico.	Total=610. Mujeres que han sufrido un aborto espontáneo (n=500). Mujeres que han tenido un embarazo ectópico (n=110). Media de edad de las mujeres: 32. País: Polonia.	-Existe una correlación positiva entre el apoyo social y la valoración subjetiva sobre la salud física, mental y satisfacción con la calidad de vida en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.
Jia Que et al. (2021)	Evaluar los cambios en la ansiedad, depresión y apoyo social a lo largo de tres trimestres de embarazo en mujeres con antecedentes de aborto espontáneo.	Total=166. Con historial de aborto recurrente. País: China.	-Ansiedad y depresión fueron muy frecuentes en mujeres con historial de aborto espontáneo recurrente, especialmente durante el primer trimestre de embarazo y cuando el nivel de apoyo social era inferior. -El apoyo social actúa como un factor protector contra la ansiedad y depresión durante el embarazo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Julián y Hernández (2022)	Evaluar una intervención cognitivo-conductual dirigida a mejorar el afrontamiento emocional y disminución de síntomas depresivos y ansiosos.	Total=1. Edad=35. Duelo complejo persistente. País: España.	-Se aplicó un diseño de caso único, incluyendo un programa de intervención adaptado a 16 sesiones. -Aplicación de escalas estandarizadas antes y después del tratamiento. -Los resultados indicaron una disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, un aumento del afrontamiento emocional y una disminución de conductas de evitación asociadas con la muerte y en el malestar reactivo a la muerte.
Kersting et al. (2017)	Evaluar la eficacia de la TCC en mujeres que habían experimentado aborto espontáneo.	Total=83. Grupo TCC (n=41). Grupo Control (n=42). País: Alemania.	-El grupo que había recibido la TCC mostraba puntuaciones más reducidas de sintomatología depresiva, TEPT y duelo. -Las puntuaciones se volvieron a analizar, en un seguimiento los 3 meses, encontrándose que la mejoría continuaba siendo significativa.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Kirui y Lister (2021)	Explorar las experiencias vividas en las madres tras la vivencia de un aborto espontáneo.	Total=8. País: Kenia.	<p>-La experiencia de aborto fue considerada como una experiencia traumática para las madres.</p> <p>-Las experiencias sociales influyeron en su recuperación tras las pérdidas.</p> <p>-Se sugiere la necesidad de un apoyo específico y adecuado por parte de las matronas y la continuidad de la atención de las madres por partes del sistema de salud.</p>
Kokou-Kpou et al. (2018)	Analizar los síntomas de depresión y duelo después de 10 años tras la pérdida perinatal.	Total=98. Media de edad=33.9 País: Francia.	Las cogniciones inadaptadas sobre la vida, el futuro y el mundo interfieren en los síntomas depresivos persistentes frente a los síntomas de duelo, y éstos varían según la pérdida.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Kopmeiners et al. (2023)	Evaluar la eficacia del EMDR para disminuir los síntomas de TEPT, y síntomas asociados del evento traumático y dificultades en las relaciones sociales.	Total=20. EMDR (n=11). Control (n=9). País: Ámsterdam.	-Los resultados reflejan una mejoría de las quejas psicológicas relacionadas con el trauma en todas las mujeres. -El EMDR parece ser eficaz para reducir los síntomas del TEPT.
Kranenburg et al. (2022)	Describir la implementación y los resultados de un programa de EMDR para mujeres con TEPT tras una pérdida del embarazo.	Total=44. País: Países bajos.	-Ninguna de las mujeres cumplió con los criterios de diagnósticos del TEPT después de un promedio de 5 semanas de terapia EMDR. -Los síntomas de TEPT disminuyeron significativamente. -Los hallazgos son prometedores, ya que se trataban de mujeres con alta comorbilidad psiquiátrica (64%).

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Kukulskiené y Zemaitiené (2022a)	Evaluar el riesgo de depresión postnatal y estrés postraumático después de un aborto espontáneo.	Total=839. Media de edad de las mujeres: 33. País: Lituania.	-El 59.1% de las mujeres presentaban un riesgo mayor de depresión postnatal. -El 44.7% de las mujeres tenían riesgo elevado de estrés postraumático. -Las variables predictoras de un mayor riesgo de morbilidad psicológica fueron: 1) ausencia de hijos posteriores, 2) relación deteriorada con su cuerpo, y 3) bajo apoyo social percibido por parte de su familia y amigos cercanos.
Kukulskiené y Zemaitiené (2022b)	-Analizar las experiencias de aborto espontáneo tardío. -Describir las implicaciones prácticas para la atención médica postnatal en casos de pérdidas perinatales.	Total=7. País: Lituania.	-Las experiencias de aborto espontáneo se describieron mediante cuatro temas: el estado de división inicial, la traición del cuerpo, la desconexión y la reconexión. -Después de un aborto espontáneo, es importante darle prioridad a crear un entorno seguro para la mujer, no negar sus sentimientos de duelo y proporcionar apoyo emocional, médico y fomentar la participación de la pareja. -Las implicaciones prácticas clínicas deben incluir: información clara, prestar atención a su bienestar emocional y brindar un entorno hospitalario respetuoso.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Kumar et al. (2021)	Analizar el estigma sobre el aborto espontáneo.	Total=8. Mujeres que han sufrido un aborto espontáneo. País: Estados Unidos.	-Las mujeres presentaban un gran nivel de desconocimiento sobre el aborto espontáneo. -El apoyo social percibido fue bajo, al considerar el aborto como un tema tabú. -La mayoría experimentaron sentimientos de
Lamon et al. (2022)	Evaluar los síntomas depresivos y de TEPT en padres que han experimentado un aborto espontáneo.	Total=13. País: Reino Unido.	-Se ha demostrado un aumento significativo en síntomas depresivos y de estrés postraumático en padres que han sufrido un aborto espontáneo. -A pesar de estos resultados, la literatura refleja que la sintomatología está más agravada en las mujeres (madres), en comparación con los hombres (padres).

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Maninali et al. (2023)	<p>-Explorar la relación entre la pérdida perinatal previa por aborto espontáneo y los síntomas de ansiedad y depresión de las mujeres durante el embarazo posterior.</p> <p>-Analizar los posibles determinantes de la salud mental materna durante el embarazo posterior, independientemente de la pérdida perinatal previa.</p>	<p>Total=1458.</p> <p>Mujeres que han sufrido un aborto espontáneo previo (n=401).</p> <p>Mujeres que no han sufrido un aborto espontáneo (n=1057).</p> <p>Media de edad de las mujeres: 28.</p> <p>País: Escandinavia.</p>	<p>-Mujeres con historial previo de aborto espontáneo presentan síntomas más elevados de ansiedad y depresión durante su embarazo posterior.</p> <p>-Factores asociados con la salud mental materna independientemente de la pérdida perinatal: edad materna, estado civil, educación materna, estatus ocupacional, estatus económico, y embarazo no deseado.</p>
Markman y Tushnova (2021)	<p>Analizar las reacciones emocionales de mujeres que experimentan un aborto espontáneo, tanto en el momento del aborto como a largo plazo.</p>	<p>Total=84.</p> <p>Mujeres: 57%.</p> <p>Hombres: 19%.</p> <p>Media de edad de las mujeres: 34.</p> <p>Media de edad de los hombres: 39.</p> <p>País: Rusia.</p>	<p>-Mujeres y sus respectivas parejas que han vivido un aborto espontáneo, reflejan síntomas elevados de impotencia, tristeza, preocupación, ansiedad y soledad.</p> <p>-En caso de aborto espontáneo, los tipos de asistencia más necesarios son la ayuda psicológica, médica y social (amigos y familia).</p>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Martínez-Se- rrano et al. (2019)	Explorar las experiencias de las madres y los padres sobre los cuidados recibidos tras la vivencia de aborto espontáneo.	Total=11. Madres (n=7). Padres (n=4). País: España.	-Se enfatiza la importancia de adaptar los sistemas de apoyo a las necesidades de las madres y los padres. -Sería muy relevante promover el reconocimiento social e institucional de estas pérdidas, y capacitar a los profesionales sanitarios para el acompañamiento de este tipo de duelo.
McNeil et al. (2021)	Caracterizar y evaluar las experiencias de duelo en los padres tras el aborto espontáneo.	Total=21. País: Estados Unidos.	-Los padres evitan hablar del dolor con los demás, regresan a su puesto de trabajo más rápido y usaban tareas orientadas a objetivos como estrategias de afrontamiento. -Las reacciones de duelo intenso y las secuelas psicológicas post-traumáticas siguieron persistiendo en los padres.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Mróz et al. (2023)	<p>-Identificar los factores que afectan a la autoeficacia en mujeres que han sufrido aborto espontáneo.</p> <p>-Evaluar si existe correlación entre la autoeficacia y factores como el apoyo social, calidad de la atención y variables sociodemográficas.</p>	<p>Total=610.</p> <p>Edad media de las mujeres: 33.</p> <p>País: Berlín.</p>	<p>-Los factores sociodemográficos que afectan a la autoeficacia de las mujeres después de haber sufrido un aborto espontáneo incluyen el estado civil y la posición económica.</p> <p>-Mujeres solteras y que reportan una buena posición socioeconómica demuestran niveles más altos de autoeficacia.</p> <p>-La autoeficacia correlaciona positivamente con el apoyo emocional e instrumental percibido de amigos y familiares, y comportamientos específicos del personal sanitario relacionados con el apoyo informativo, emocional e instrumental.</p>
Newton et al. (2018)	<p>Analizar las experiencias de parejas masculinas que acompañan a sus mujeres en el momento del aborto espontáneo.</p>	<p>Total=22.</p> <p>Mujeres (n=11).</p> <p>Hombres (n=11).</p> <p>País: Estados Unidos.</p>	<p>-Los hombres reflejaban tensión al intentar mantener las características de masculinidad (p.e., dominación, ambición o paternidad) en un entorno en el que se priorizaban las necesidades femeninas.</p> <p>-Algunos hombres expresaron su angustia por su inexperiencia con el proceso y el procedimiento, o incluso por su incapacidad para cuidar mejor a sus parejas.</p>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Pabón et al. (2019)	Comprender y describir el significado de la muerte perinatal en una muestra de padres.	Total=15. País: Colombia.	<ul style="list-style-type: none"> -Los hombres experimentan soledad y ocultan sus emociones. -Los hombres sienten la necesidad de ser los principales apoyos de sus parejas. -Se sienten marginados en los hospitales mientras sus parejas recibían la atención especializada. -Los hombres pueden llegar a superar y adaptarse a la pérdida cuando la trascienden y le encuentran un nuevo significado.
Pašalić y Hasanović (2018)	Evaluar la eficacia del EMDR en un caso único de una mujer con un trauma post-parto.	Total=1. País: Estados Unidos.	-La sintomatología de TEPT disminuyó notoriamente en pocas sesiones de tratamiento.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Ravaldi (2023)	Explorar y evaluar las experiencias sexuales e íntimas de las parejas tras haber sufrido un aborto espontáneo.	Total=6. País: Italia.	<p>-El cuerpo femenino es el lugar donde sucede el aborto espontáneo, por lo tanto, se considera el centro del evento traumático.</p> <p>-A la hora de mantener relaciones sexuales, los recuerdos pueden activarse y conllevar, de esta forma, a complicaciones en la vida sexual.</p> <p>-Estos recuerdos puede resurgir en cualquier momento, incluso años después del aborto o en embarazos posteriores.</p>
Ryninks et al. (2020)	Investigar el desarrollo de sintomatología TEPT en madres con el nacimiento de un hijo sano y aquellas con vivencia de aborto espontáneo.	<p>Total=130.</p> <p>Mujeres con nacimiento hijo sano (n=57).</p> <p>Mujeres con aborto espontáneo (n=63).</p> <p>País: Suiza.</p>	-Las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo reportaron niveles significativamente más altos de TEPT, dolor perinatal y rumiación.

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Shakeel et al. (2021)	Evaluar el nivel de TEPT en mujeres después del primer trimestre tras el aborto espontáneo.	Total=162. Media de edad= 25.5 País: Pakistán.	-El 38.5% presentaban un nivel lo suficientemente alto como para debilitar la función del sistema inmunológico. -El 25% de las mujeres, al mes de la pérdida, cumplían con los criterios diagnósticos para el TEPT. -En el 7%, los síntomas persistían después de los cuatro meses.
Shiqi Zhu et al. (2018)	Examinar el vínculo entre la vivencia de aborto espontáneo y la depresión y ansiedad en mujeres.	Mujeres que han experimentado un aborto espontáneo y sus parejas (n=121; n=68). Mujeres y parejas que no han experimentado un aborto espontáneo (n=241; n=180). Media de edad mujeres (30) y hombres (32). País: China.	-El grupo de mujeres con mayores puntuaciones en síntomas depresivos y ansiosos fueron aquellas que han vivenciado un aborto espontáneo. -En relación con las parejas masculinas, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones de depresión y ansiedad.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Slot et al. (2022)	Evaluar los sentimientos más predominantes de depresión mayor y estrés en mujeres con aborto recurrente.	Total=298. Único aborto (n=162). Dos abortos (n=136). País: Dinamarca.	-Los sentimientos de culpa y pérdida de control fueron predominantes en las mujeres con aborto espontáneo recurrente. -Las mujeres con un único aborto presentaban sintomatología menos agravada.
Smorti et al. (2020)	-Explorar los niveles de depresión, ansiedad y miedo al parto en mujeres con y sin un aborto espontáneo previo. -Analizar cómo interfiere el hecho de que sean madres primerizas o no primerizas (tienen un hijo previo).	Total=208. Mujeres que han sufrido un aborto espontáneo (n=49; 53.1% primerizas y 46.9% no primerizas). Mujeres que no han sufrido un aborto espontáneo (n=159; 72.3% primerizas, y 27.7% no primerizas). Edad media de las mujeres: 35. País: Italia.	-Las mujeres primerizas reportaron niveles más elevados de miedo al parto que las mujeres no primerizas. -Las mujeres sin antecedentes de pérdida perinatal previa mostraron niveles más bajos de depresión, ansiedad y miedo al parto en comparación con las mujeres con experiencia de aborto espontáneo.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Sousa y Lins (2020)	Analizar las repercusiones psicológicas de la gestación en curso en mujeres con antecedentes de aborto espontáneo.	Total=5. Edad de las mujeres: entre 25-39 años. País: Brasil.	<p>-Factores como la historia de aborto espontáneo previo, el sentido atribuido a la maternidad y el apoyo familiar tiene gran relevancia para la comprensión de las repercusiones psicológicas en la gestación en curso.</p> <p>-Los sentimientos vivenciados por las mujeres varían conforme las circunstancias relacionadas con el nuevo embarazo. Se clasificaron sentimientos positivos, como felicidad o satisfacción con el embarazo, y negativos, como el rechazo inicial del embarazo.</p> <p>-El dolor y sufrimiento vinculados al aborto espontáneo persiste en el embarazo actual, manifestándose sobre todo en el miedo de sufrir de nuevo un aborto.</p> <p>-Se atribuye el sentido de la maternidad a la feminidad, a la maduración y crecimiento personal, pérdida de autonomía y un proceso de aprendizaje. Este significado puede variar a lo largo del tiempo, dependiendo del grado de aceptación de la gestación.</p> <p>-Importancia del apoyo de la red familiar durante la gestación en curso, sobre todo por parte de la pareja.</p>

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Tavoli et al. (2018)	Evaluar la calidad de vida y el malestar psicológico en mujeres con aborto espontáneo recurrente.	Total=115. País: Israel.	-Las mujeres con abortos espontáneos recurrentes informaron de una mayor discapacidad funcional y un nivel más bajo de bienestar.
Tenório et al. (2023)	Analizar la sintomatología de ansiedad y depresión en mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional y aborto espontáneo con el objetivo de realizar una comparativa.	Total=163. Aborto espontáneo (n=99). Enfermedad trofoblástica gestacional (n=64). País: Brasil.	-No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embar- gos, las puntuaciones en ansiedad y depresión eran ligeramente superiores en el grupo de mujeres con aborto espontáneo. -La falta de apoyo de la pareja y un bajo nivel educativo se identificaron como factores de riesgo. -Después de tres meses, la sintomatología no disminuyó su gravedad.
Tseng et al. (2017)	Explorar las percepciones de las parejas sobre los efectos de la pérdida perinatal en su relación conyugal, el apoyo social y el dueño tras 1 años de la pérdida.	Total=60. Mujeres (n=30). Hombres(n=30). País: China.	-Se observó más sintomatología psicológica en mujeres que en hombres. -Las parejas con antecedentes de infertilidad, sin creencias religiosas o sin hijos previos antes de la pérdida experimentaron mayor impacto. -Las parejas reportaron más impacto si su satisfacción matrimonial también era inferior. -Seis meses después tras la pérdida, es el período crucial en el que se comienzan a observar diferencias en la sintomatología de duelo.

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Volgsten et al. (2018)	-Estudiar la experiencia emocional, impacto y síntomas depresivos en mujeres y sus respectivas parejas masculinas que han vivido un aborto espontáneo en un período temporal entre una semana y cuatro meses tras su experimentación.	Total=181. Mujeres (n=103) y hombres (n=78). Media de edad mujeres: 34. Media de edad hombres: 33. País: Suecia.	-Para las mujeres, el impacto psicológico derivado del aborto, duelo y síntomas depresivos son mayores que para sus parejas masculinas. -Los síntomas depresivos se reducen con el tiempo, mientras que el aislamiento y síntomas de pérdida del feto (duelo) persisten durante más de cuatro meses. -La ausencia de hijos anteriores, historial de aborto espontáneo previo y diagnóstico de infertilidad pueden aumentar la experiencia emocional negativa después del aborto espontáneo, y por lo tanto interferir en el proceso de duelo.
Wang et al. (2023)	Evaluar el efecto de una intervención basada en el estrés y afrontamiento (START) sobre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en mujeres que han sufrido un aborto espontáneo.	Total=110. Mujeres de grupo control (n=55). Mujeres que llevan a cabo la intervención (n=55). Eda media de las mujeres: 32. País: China.	-Tras dos semanas en intervención, las mujeres asignadas presentaban puntuaciones de depresión significativamente más bajas, mayor afrontamiento centrado en los problemas, menor afrontamiento disfuncional, mayor autoeficacia, y puntuaciones de crecimiento personal más altas en comparación que el grupo control.

Repercusiones psicológicas en casos de aborto espontáneo: Una propuesta de intervención

Estudio	Objetivo	Muestra	Resultados
Yildiz et al. (2017)	Evaluar la prevalencia del TEPT durante y después del nacimiento, y el curso del propio trastorno a lo largo del tiempo.	Total=59. País: Londres.	-El TEPT prevalece durante el embarazo y después del nacimiento, pudiendo aumentar después del parto si no se identifica y se trata.
