



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES EN ESTADO DE
GESTACIÓN CON ANTECEDENTES DE ABORTOS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: STEFANIA SADID TORRES SORIANO

DIRECTOR: DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR TORRES

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES EN ESTADO
DE GESTACIÓN CON ANTECEDENTES DE ABORTOS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: STEFANIA SADID TORRES SORIANO

DIRECTOR: DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR TORRES

CUENCA - ECUADOR


2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Stefania Sadid Torres Soriano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **2450833534**. Declaro ser el autor de la obra: "**Ansiedad y Depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de abortos**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F: 

Stefania Sadid Torres Soriano

C.I. 2450833534

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Ansiedad y Depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de abortos**" realizado por **Stefania Sadid Torres Soriano** con documento de identidad No. **2450833534**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F: 

Dra. Zoila Katherine Salazar Torres

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Mi dedicatoria comienza expresando cómo fue mi proceso de realización de mi tesis. Fue un trayecto lleno de aprendizaje y buenas experiencias, pero también hubo momentos difíciles, especialmente durante la redacción de los resultados. Entregarla me genera nerviosismo, pero soy consciente de que este esfuerzo representa un logro significativo en mi camino académico.

Sin embargo, no tuve que atravesar todo el proceso sola, ya que hubo personas que me apoyaron e incentivaron a terminarlo. Tengo en mente a una persona que, aunque no estuvo directamente involucrada en ninguna parte de mi tesis, siempre me apoyó e incentivó a no abandonar. Mis padres también estuvieron a mi lado; aunque tuve que explicarles en tres ocasiones en qué consistía mi tesis, siempre me respaldaron y me ofrecieron ideas valiosas que contribuyeron de alguna manera.

Quiero finalizar mi dedicatoria mencionando a otra persona importante en mi vida, Jhermey, quien es mi compañero, mi amigo y ha sido fundamental para mi progreso en los últimos semestres de la carrera. Su paciencia, amor, comprensión e insistencia por ver culminada mi tesis han sido invaluable.

AGRADECIMIENTO

Comienzo expresando mi sincero agradecimiento a mi tutor de tesis, quien apoyó un papel fundamental como pilar de apoyo durante todo el proceso de desarrollo. Asimismo, expreso mi gratitud a la Universidad Católica de Cuenca, que proporcionó todas las herramientas necesarias para llevar a cabo y concluir exitosamente mi investigación.

Quisiera extender mi agradecimiento a mi familia, cuyo constante apoyo fue invaluable en este trayecto académico. También, agradezco a mis amigos, especialmente a David, cuya colaboración y orientación resultaron ser guías significativas en el desarrollo de este proyecto.

Estas muestras de apoyo han sido fundamentales para alcanzar el logro de este importante hito en mi carrera académica, y estoy profundamente agradecido por el respaldo continuo brindado por todos aquellos que contribuyeron a este proyecto.

1. RESUMEN

Introducción: En mujeres con historial de aborto la salud mental durante el embarazo es un área de interés dentro del campo de la obstetricia y la psicología perinatal. Las pérdidas gestacionales no solo conllevan un impacto físico, sino también, emocional, afectando el bienestar psicológico de la mujer en embarazos subsecuentes.

Objetivo: Describir la ansiedad y la depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de abortos.

Metodología: Se incluyeron ocho artículos relacionados con la depresión y ansiedad postaborto en mujeres gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión desde el año 2017, en idioma inglés y español obtenidos de bases de datos científicas como Web of Science, Scopus y PubMed utilizando los descriptores de ciencias de la salud como “DeCS”, “MeSH como: ”depresión en abortos”, “depresión en estado de gestación”, “ansiedad en el embarazo”, “ansiedad post abortos” ; usando posteriormente, la técnica de análisis de tipo narrativa.

Resultados: Los resultados revelaron una correlación significativa entre los antecedentes de aborto y el incremento en la prevalencia de ansiedad ($p = 0,000$) y depresión ($p = 0,000$) durante embarazos subsiguientes. Así mismo, evidenciando factores de riesgo como: el soporte social bajo (ORa 2,59 ; IC95% 1,5 – 4,5; $p = 0,001$) y bajo nivel educativo (ORa 2,5; IC95% 1,3 - 4,5; $p = 0,004$).

Conclusiones: hubo una relación significativa entre la ansiedad y la depresión en mujeres que tuvieron un aborto previo; por ello, se resalta la urgencia de integrar directrices más sólidas e intervenciones psicológicas especializadas dentro de los protocolos de atención prenatal y postnatal posteriores a un aborto.

Palabras clave: Ansiedad, Antecedentes de aborto, depresión, gestación.

2. ABSTRACT

Introduction: Within women who have a history of miscarriage, mental health issues during pregnancy is an area of interest within the field of obstetrics and perinatal psychology. Gestational losses not only have a physical, but also an emotional impact, affecting women's psychological well-being in following pregnancies.

Objective: To describe anxiety and depression in pregnant women with a medical history of miscarriage.

Methodology: Eight articles related to post-abortion depression and anxiety in pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria have been included since 2017, in both English and Spanish, obtained from scientific databases such as Web of Science, Scopus, and PubMed using health science descriptors like "DeCS" and "MeSH" such as "depression in abortions", "depression in pregnancy", "anxiety in pregnancy", "post-abortion anxiety"; subsequently using a narrative analysis technique.

Results: The results revealed a significant correlation between abortion history and an increase in the prevalence of anxiety ($p = 0.000$) and depression ($p = 0.000$) during subsequent pregnancies. Also, other risk factors were evidenced, such as: low social support (ORa 2.59; 95%CI 1.5 - 4.5; $p = 0.001$) and low educational level (ORa 2.5; 95%CI 1.3 - 4.5; $p = 0.004$).

Conclusions: There was a significant relationship between anxiety and depression in women who had a previous abortion; therefore, there is a compelling need to integrate stronger guidelines and specialized psychological interventions into prenatal and postnatal post-abortion care protocols.

Keywords: Anxiety, Abortion history, depression, pregnancy.

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	7
2. ABSTRACT.....	8
3. INTRODUCCIÓN	10
4. MÉTODOLÓGÍA	11
4.1. Tipo de estudio.....	11
4.2. Criterios de elegibilidad.....	11
4.3. Fuentes de información.....	11
4.4. Búsqueda y selección de evidencia.....	11
4.5. Pregunta de investigación	12
5. DESARROLLO DEL TRABAJO.....	13
5.1. Ansiedad durante el embarazo	13
5.2. Depresión durante el embarazo.....	13
5.3. Psicología del Embarazo y el Apego Materno-Fetal	13
5.4. Aborto y sus Clasificaciones:.....	14
5.5. Relación entre Antecedentes de Aborto y Salud Mental	14
5.6. Prevalencia y Factores de Riesgo	15
5.7. Depresión-Ansiedad y Post aborto.....	15
5.8. Evaluación y Diagnóstico	16
5.9. Estrategias de Apoyo y Tratamiento.....	16
6. RESULTADOS	17
7. DISCUSIÓN.....	23
8. CONCLUSIONES	25
9. BIBLIOGRAFÍA.....	26

3. INTRODUCCIÓN

El aborto constituye una de las complicaciones más frecuentes durante el periodo gestacional, según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel global se ha observado un incremento sostenido en las tasas de aborto, estimándose que, alrededor del mundo 39 de cada 1000 mujeres llevan a cabo dicho procedimiento (1,2). Concomitantemente, se estima un 14,6% de las mujeres experimentan trastornos psicológicos posteriores al aborto como la ansiedad y la depresión, manifestándose por síntomas como tristeza, llanto, confusión y vergüenza. Estos síntomas, son susceptibles de exacerbaciones y constituyen el foco de diversas patologías (3,4).

Aproximadamente, el 54% de las mujeres con antecedentes de aborto presentan una nueva concepción; sin embargo, no todo este porcentaje requiere atención subclínica psiquiátrica; por lo tanto, el 34% de estas mujeres que exhiben síntomas no ameritan intervención especializada, mientras que, el 12% manifiesta la necesidad de una atención más profunda y una internalización del proceso (5).

En cambio, las mujeres con antecedentes de aborto experimentan sintomatología que levantan la sospecha de padecer ansiedad y depresión, donde los test de ansiedad y depresión "DASS" reportan resultados positivos (6). El trastorno depresivo perinatal constituye un desorden psicológico grave que impacta a una proporción significativa con una prevalencia del 56% en México y Estados Unidos. A nivel global, se estima que afecta al 15% de las mujeres y se encuentra categorizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) como "trastorno depresivo durante el período perinatal". Este trastorno está vinculado con riesgos como el suicidio y el filicidio, siendo el primero una de las causas principales de mortalidad materna durante esta etapa crítica (7). Mientras que, más del 10% de las mujeres que están embarazadas o que han dado a luz recientemente experimentan síntomas de depresión (8).

En los antecedentes de aborto, se preconiza la implementación de apoyo psicológico, entre otros recursos de respaldo. El apego materno-fetal, emerge como un componente crucial en el desarrollo del embarazo (9). Se ha llegado a un consenso donde los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías se asocian a un nivel socioeconómico bajo, poco apoyo familiar, múltiples pérdidas, entre otros (10). Los trastornos mentales no son considerados con la misma importancia como las alteraciones físicas, llegando a causar complicaciones tanto psicológicas, física y sociales, esto se debe a que muchas de estas mujeres experimentan pensamientos suicidas o no ser lo suficientemente aptas para poder

criar a su futuro hijo (11). Por ende, todas las mujeres después de un aborto deben estar en constante observación para verificar si existen o no síntomas que puedan hacer llegar a pensar que podría presentar trastornos psicológicos y exacerbaciones de los mismos, en el peor de los casos el suicidio (12,13).

Bajo esta premisa, esta revisión tiene como objetivo describir la relación de desarrollar depresión y ansiedad en mujeres gestantes con antecedentes de un aborto previo, esto debido a la creciente tasa de prevalencia individuales para cada trastorno. Además, se busca describir qué factores de riesgo inciden en esta relación.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo. Revisión narrativa

4.2. Criterios de elegibilidad

Para esta revisión narrativa, se incluyó todos los artículos que reporten a mujeres en estado de gestación con antecedentes de aborto previo, sin importar el tipo aborto y daten al menos una de las condiciones entre ansiedad o depresión en su siguiente gesta. Se consideraron artículos en idioma inglés y español, publicados desde el 2017, se excluyeron artículos que no se encontraban dentro de la fecha de corte establecida. Los artículos de fuentes no científicas como literatura gris no se incluyeron en esta revisión; además, estudios secundarios como revisiones bibliográficas, reporte de caso, series de caso y primarios como estudios clínicos aleatorizados (ECA) no se contemplaron en esta revisión. Se utilizaron artículos originales como estudio de cohorte, transversal que cumplieron con los criterios previamente descritos.

4.3. Fuentes de información

La presente revisión se realizó mediante una recopilación de artículos extraídos de buscadores científicos como: PubMed, Web of science, Scopus.

4.4. Búsqueda y selección de evidencia

La ecuación empleada se modificó acorde a cada gestor bibliográfico, se utilizó el uso descriptor de ciencias de la salud como “DeCS”, Medical Subject Heading “MeSH como: “depresión en abortos”, “depresión en estado de gestación”, “ansiedad en el embarazo”, “ansiedad post abortos”, “embarazo”, “depresión, abortos”. Se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: ALL (pregnancy OR pregnant OR pregnancies OR gestation OR “Pregnancy” OR pregnat AND women OR pregna* AND abortion OR “Abortion, Induced” OR abortion AND history AND anxiety OR ansiety AND disorders “Anxiety” AND depression OR “Depression, postpartum” OR “Depression” OR depressive AND disorder).

Utilizando esta ecuación de búsqueda se obtuvo 642 artículos publicados desde el 2017 hasta el 2023, no se realizaron búsquedas adicionales. Se utilizó la plataforma Rayyan para la detección de artículos duplicados, mismos que fueron eliminados posteriormente a la

verificación de la autora por medio de la lectura de título y resumen de cada uno de los artículos, esto con la finalidad de resguardar la calidad metodológica. Finalmente se incluyeron ocho artículos en las tablas de resultados.

4.5. Pregunta de investigación

¿Existe la presencia de ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de aborto?

5. DESARROLLO DEL TRABAJO

El período gestacional implica complejas transformaciones fisiológicas, así como cambios profundos a nivel emocional y cognitivo. Generalmente, estos cambios constituyen ser desafíos sustanciales cuando se habla de aspectos como los antecedentes de aborto y otras interconexiones. La detección temprana de estos riesgos psicológicos y el desarrollo de nuevas intervenciones son eficientes para promover el desarrollo de estrategias que fomenten el apoyo emocional de la gestante (6,14).

5.1. Ansiedad durante el embarazo

La ansiedad es una respuesta emocional común ante la anticipación de la maternidad y los cambios asociados con el embarazo. Aunque puede ser una reacción fisiológica normal al estrés, niveles elevados de ansiedad durante la gestación pueden tener consecuencias adversas para la madre y el feto. Esta patología tiende a incrementarse con la edad gestacional y puede ser agravada por factores de riesgo como la malnutrición, el uso de sustancias, antecedentes de trastornos psiquiátricos, eventos traumáticos, historial de abortos y embarazos no planificados (15).

5.2. Depresión durante el embarazo

A diferencia de la ansiedad, la depresión puede estar presente en el embarazo posteriormente a haber presentado un aborto previo, experiencias de violencia, abuso sexual y embarazo en la adolescencia. La depresión tiene una prevalencia significativa que alcanza hasta el 29% en algunas regiones como América del Sur (16). La ansiedad resulta ser una de las principales causas de morbilidad y discapacidad (17). La depresión durante el embarazo puede llevar a un deterioro en el autocuidado y aumentar comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y la ideación suicida. El tratamiento puede abordarse tanto con psicoterapia como con farmacoterapia, enfocándose en la salud integral de la madre (18,19).

5.3. Psicología del Embarazo y el Apego Materno-Fetal

El apego materno-fetal es un constructo multidimensional que implica la formación de un vínculo emocional entre la madre y el feto durante la gestación. Según la Escala de Apego Materno Prenatal (MAAS), este vínculo se evalúa en términos de intensidad y calidad, influyendo significativamente en el bienestar psicológico de la madre. La intensidad del

apego se manifiesta en la cantidad de tiempo y energía que la madre dedica a pensar, comunicarse y conectar con el feto, reflejando la profundidad de la conexión prenatal (9,20).

La calidad de este apego, por otro lado, se ve afectada por la percepción materna del feto como un ser único y distinto, e incluye aspectos como la proximidad emocional, la respuesta afectiva (ternura frente a irritación) y las expectativas (positivas o negativas). Estas dimensiones, abarcan componentes altruistas, afectivos y cognitivos, son esenciales para comprender la complejidad del vínculo materno-fetal y su impacto en la salud mental materna, especialmente en el contexto de experiencias reproductivas adversas como los antecedentes de aborto (9).

Reconocer la heterogeneidad de estas experiencias es crucial para abordar las necesidades de salud mental de las mujeres durante el embarazo y en el período posparto, y para desarrollar intervenciones psicológicas que promuevan el apego saludable y manejen las consecuencias de un apego alterado debido a antecedentes de aborto (20).

5.4. Aborto y sus Clasificaciones:

El aborto, un término que abarca tanto los procesos espontáneos como los inducidos, constituye una de las complicaciones obstétricas más comunes. El aborto inducido es aquel que se realiza intencionalmente bajo asistencia médica. Por su parte, el aborto espontáneo, que a menudo ocurre debido a anomalías cromosómicas o malformaciones uterinas, suele suceder antes de las 13 semanas de gestación (21). Ambas formas de aborto pueden desencadenar una cascada de reacciones emocionales adversas y, si no se manejan adecuadamente, tienen el potencial de precipitar trastornos psicológicos graves como la ansiedad y la depresión (22,23).

Estudios indican que, las mujeres que han experimentado un aborto pueden tener una mayor predisposición a sufrir trastornos psicológicos en embarazos subsiguientes. Factores como el apego emocional preexistente con el feto y la frecuencia de abortos previos incrementan la vulnerabilidad a estas afecciones psicológicas (22,23).

Es vital entender en profundidad estas dinámicas para implementar estrategias de prevención y tratamiento efectivas para las mujeres afectadas, enfatizando la importancia de un soporte psicológico adecuado y accesible en el contexto obstétrico (22,23).

5.5. Relación entre Antecedentes de Aborto y Salud Mental

El aborto tiene implicaciones profundas en la salud mental materna, incluyendo riesgos incrementados de ansiedad, depresión, y estrés postraumático. La atención y el apoyo

psicosocial adecuados son cruciales para mitigar estos efectos negativos (24). Las experiencias de duelo en mujeres tras un aborto espontáneo o mortinato son complejas y profundas, con reacciones severas de duelo que pueden ser exacerbadas por el estigma social y la falta de apoyo (25).

5.6. Prevalencia y Factores de Riesgo

El aborto, ya sea espontáneo o inducido, es una experiencia significativa en la vida reproductiva de las mujeres y tiene implicaciones en su bienestar psicológico. Los estudios indican que las mujeres que han experimentado un aborto pueden enfrentar un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos, como ansiedad y depresión, en comparación con aquellas que no han tenido tal experiencia. Factores como: "el deseo previo del embarazo, el número de abortos anteriores, la ausencia de apoyo social y la estigmatización aumentan la vulnerabilidad a dichos problemas psicológicos (25).

El proceso de duelo tras un aborto puede variar significativamente. En casos de aborto inducido, la decisión puede estar influenciada por factores socioeconómicos y personales, y aunque algunas mujeres reportan sentir alivio después del procedimiento, otras pueden experimentar sentimientos de pérdida y duelo. La presencia de un soporte emocional adecuado y una red de apoyo juegan un papel crucial en la resolución del duelo y la adaptación psicológica post-aborto (22,26).

Las mujeres que han presentado pérdidas de embarazo de manera recurrente son consideradas como mujeres que pueden presentar un mayor impacto psicológico llegando a desarrollar trastornos de ansiedad o depresión (3). Así mismo, puede surgir una pérdida de interés hacia la nueva gestación, sentimientos de ira y, en un considerable porcentaje, la sensación de que esta experiencia resultará insuperable (3,27). Estas emociones, derivadas de una situación incontrolable, pueden incluir ideaciones suicidas, entre otras manifestaciones (28).

Los componentes físicos (PCS, por sus siglas en inglés) menciona una relación entre la historia de abortos y una disminución de puntos en esta escala en el inicio del nuevo embarazo. Sin embargo, a medida que progresa el mismo se ve una mejora en la calidad de vida de estas mujeres aumentando así su puntuación en dicha escala (27,29).

5.7. Depresión-Ansiedad y Post aborto

La pérdida perinatal es una experiencia significativa que puede tener efectos duraderos en la salud psicosocial de la mujer, extendiéndose a embarazos posteriores. Los estudios

indican una asociación entre la pérdida perinatal y un espectro de secuelas psicológicas, incluyendo duelo prolongado, ansiedad, depresión, estrés aislaraumático, y otras complicaciones psicosociales (30). Se evidencia una relación positiva entre la pérdida perinatal previa y el incremento de la ansiedad y depresión en mujeres escandinavas, destacando la relevancia de las intervenciones psicológicas tempranas y el seguimiento en embarazos subsiguientes (6).

Así mismo, se muestra la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los diferentes trimestres en las mujeres que tuvieron abortos espontáneos de manera recurrente, demostrando la necesidad de un mejor soporte y un tratamiento individualizado para estas mujeres para dichos impactos psicológicos (31,32).

La inclusión de factores socioeconómicos y educativos, indica que un mayor nivel educativo y el empleo actúan como factores protectores contra la ansiedad y la depresión, mientras que un conocimiento más profundo sobre los derechos de salud sexual y reproductiva parece estar correlacionado con un aumento en estos síntomas post aborto (19)

5.8. Evaluación y Diagnóstico

En la evaluación psicológica durante el embarazo, el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) son esenciales para identificar y medir la depresión prenatal. El PHQ-9 es ampliamente utilizado por su fiabilidad en contextos comunitarios y gestacionales. En cambio, la escala que evalúa la intensidad y frecuencia de síntomas de estrés y depresión, son la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS), que proporcionan una visión integral del estado emocional, clave para el diagnóstico y tratamiento de trastornos psicológicos. La detección temprana y el manejo de la depresión y la ansiedad son cruciales para el bienestar materno-fetal (18,27).

5.9. Estrategias de Apoyo y Tratamiento

Las estrategias de apoyo y tratamiento para la gestante deben ser multifacéticas, comenzando por un régimen de apoyo psicológico y social bien estructurado, crucial para manejar la sintomatología psicológica. Se reconoce que el soporte social es un factor protector esencial contra trastornos psicológicos y proporciona una base de apoyo vital durante el embarazo (18,27).

La empatía y atención proactiva del personal sanitario son elementos claves en el bienestar psicológico de las gestantes. Las experiencias de mujeres post-aborto enfatizan la necesidad de un acompañamiento emocional sólido, una demanda que a menudo no se cumple

adecuadamente. Se subraya la importancia de establecer sistemas de apoyo robustos para mujeres en situación de vulnerabilidad (18,27).

Es reconocido el papel de parteras y enfermeras en el acompañamiento integral de la gestante, pero la participación activa de médicos es aún limitada, frecuentemente debido a restricciones de tiempo y falta de conocimiento sobre los recursos disponibles. Se exhorta a los profesionales sanitarios a estar bien informados sobre los aspectos psicosociales y de salud mental del embarazo, ya que su implicación puede reducir el estrés y mejorar la producción de dopamina en pacientes (13,33). Se sugiere la integración de prácticas como yoga, meditación y otros ejercicios holísticos para aliviar los síntomas psicológicos y mejorar las funciones fisiológicas maternas (34). Además, es crucial una vigilancia constante para identificar y tratar cualquier indicio de estos trastornos (35).

No obstante, si nada de lo antes mencionado funciona, se recomienda apoyo psiquiátrico con medicación adecuada, explicando a la madre que la medicación administrada no afectará el desarrollo físico, motor, mental del bebé, además el médico a cargo debe indagar si la paciente ya recibió un tratamiento previo sea no farmacológico y farmacológico, para una correcta elección del fármaco, acompañados de educación hacia el paciente, un descanso adecuado y una correcta educación hacia su familia, también se recomienda la constante monitorización de la sintomatología siendo ideal iniciar con fármacos en dosis bajas en el tercer trimestre del embarazo, recordando que prevenir complicaciones es fundamental en esta etapa del embarazo (36,37).

6. RESULTADOS

Se incluyeron ocho artículos para el análisis de datos estadísticos en esta revisión bibliográfica. Los hallazgos revelan una prevalencia variada de ansiedad y depresión entre las mujeres embarazadas con antecedentes de aborto, destacando la significativa correlación entre estas experiencias previas y el aumento de la sintomatología psicológica. Los resultados también destacan la importancia de un apoyo social adecuado, mostrando que este puede atenuar significativamente los niveles de ansiedad y depresión. Los detalles de los resultados se expresan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características de los estudios.

Autor(es)	Año de Publicación	Tipo de Estudio	de Población Objetivo	Población Total
Berengere B, et al. (28).	2022	Estudio Cohorte	Mujeres embarazadas después de una terminación médica del embarazo	25
Gao L, et al. (18).	2020	Estudio Transversal	Mujeres embarazadas con antecedentes de aborto espontáneo recurrente	278
Smorti M, et al. (38).	2020	Estudio Transversal	Mujeres con y sin un aborto espontáneo previo	208
Qu J, et al. (31).	2021	Estudio Transversal	Mujeres con antecedentes de abortos espontáneos recurrentes	166
Duko B, et al. (39).	2019	Estudio Transversal	Mujeres embarazadas en Hawassa, Etiopía	317
He L, et al. (32).	2019	Estudio Transversal	Mujeres con pérdida recurrente de embarazo	1138 (782 RPL, 218 con una pérdida, 138 sin pérdidas)
Shigemi D, et al. (3).	2021	Estudio de Cohorte	Mujeres con pérdida recurrente de embarazo	5,517
Slot, et al. (27).	2021	Estudio Transversal	Mujeres con pérdida recurrente de embarazo	298 RPL

*RPL = Pérdida recurrente del embarazo (Por sus siglas en ingles)

Tabla 2. Relación Ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de abortos.

Autor	Resultados	Medida estadística
Berengere B, et al. (28).	Prevalencia de ansiedad (66.7%) y depresión (30.4%) al inicio del embarazo.	P =0.001
Gao L, et al. (18).	La prevalencia de ansiedad 45% y depresión fue 37%.	OR para ansiedad: 2.86 (95% CI: 1.70-4.83); para depresión: 2.56 (IC 95%: 1.52-4.30)
Smorti M, et al. (38).	Las mujeres con pérdidas previas mostraron más depresión y miedo al parto	SD
Jia Qu, et al. (18).	La prevalencia de ansiedad embarazo temprano 47.6%, medio 36.1% y tardío 32.5%, la de depresión fue del 38%, 34.3% y 31.3%, respectivamente.	SD
Duko B, et al. (40).	La prevalencia de la depresión antenatal fue del 21.5%.	Historia de aborto asociada significativamente con la depresión antenatal (OR: 1.52, IC95%: 1.04-5.09).
He L, et al. (32).	Niveles más altos de depresión y ansiedad en mujeres con pérdida recurrente; factores de riesgo incluyeron baja educación y múltiples pérdidas.	(OR para depresión: 1.82 (95% CI: 1.15–2.88); para ansiedad: 1.80 (95% CI: 1.04–3.13).
Topal & Terzioglu. (11).	Más del 61.7% ansiedad y el 85% depresión después de un aborto terapéutico. El apoyo social redujo significativamente estos niveles.	SD
Shigemi D, et al. (3).	Entre 5517 pacientes, 804 (14.6%) depresión y/o	SD

	ansiedad. No se encontró asociación independiente entre los trastornos depresivos.	
Slot A, et al. (27).	Entre 298 mujeres, el 8.6% cumplió con los criterios para depresión moderada a severa. Sentimientos de culpa y pérdida de control fueron predominantes.	Sentimientos de culpa y pérdida de control son predominantes en mujeres con RPL ($p= 0.007$).

***RPL**= Pérdida recurrente del embarazo (Por sus siglas en ingles)

***SD**= Sin datos

Tabla. 3 Factores de riesgo y protectores relacionados con ansiedad y depresión

Autor	Factores de riesgo y protectores	
Topal A, et al. (11).	Ansiedad	
	Factores sociales y el apoyo en el contexto del embarazo	R -0,340, R 0,427 P <0,05
	Depresión	
	Factores sociales y el apoyo en el contexto del embarazo	R 0,370, R -0,382
	Ansiedad	
Gao. L, et al. (18).	Soporte social bajo	ORa 2,59 (IC 1,49-4,50, P= 0,001)
	Nivel educativo bajo	ORa 2,13 (IC 1,18 - 3,84, P = 0,002)
	Depresión	
	Nivel educativo bajo	ORa 2,473 (IC 95% 1,345 – 4,545, P = 0,004)
Slot A, et al. (27).	Número de abortos previos, factores socioeconómicos desfavorables, antecedentes de enfermedad mental, complicaciones obstétricas.	SD
	He L, et al. (32).	Ansiedad
Bajo nivel educativo		AOR 1,80 (IC 95% 1,04- 3,13 P= 0,37)
Depresión		
Tener 3 abortos o mas	ORa 1,82 (IC 95% 1,15- 2,88, P= 0,012)	
Koly KN, et al. (19).	Bajo nivel educativo, antecedentes de enfermedad mental, complicaciones obstétricas, estrés.	
	Ansiedad	

	Edad	ORa 1,02 (IC 95% 0,914 - 1,140, P= 0,057)
	Bajo nivel socioeconómico	ORa 1,00
	Desempleado	ORa 1,00

***AOR** = Adjusted odds ratio

***SD**= Sin datos

7. DISCUSIÓN

La depresión durante el embarazo es un problema de salud mental común que puede tener un impacto en el desarrollo fetal. La afección es más común en entornos de bajos ingresos, donde aumenta la prevalencia de depresión prenatal. La etiología de esta afección es multifactorial y se asocia con una serie de factores de riesgo (21,41).

Duko B, et al. (39), refleja que el entorno socioeconómico, así como el acceso a la atención sanitaria, la educación y la frecuencia de abortos previos son factores de riesgo clave antenatal para determinar depresión. Esto señala la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo para la salud mental materna. Los factores socioeconómicos, educativos y la salud mental materna, particularmente en contextos de antecedentes de aborto, resultan ser factores de riesgo para la coexistencia de ansiedad y depresión. Mientras que un nivel educativo más alto y el empleo emergen como factores protectores contra la ansiedad y la depresión (19). Esta complejidad subraya cómo los factores de riesgo y protección interactúan de manera no lineal, lo que demanda un enfoque multifacético en la atención de la salud mental pre y postnatal (27).

La prevalencia a nivel global de depresión postaborto entre mujeres se estima del 34.5% (IC 95% 23.34–45.68), con una heterogeneidad significativa entre los estudios ($I^2 = 99.4\%$) según Gebeyehu, et al. (42). indica que la prevalencia de depresión postaborto varía según la región geográfica y el nivel de ingresos del país, siendo más alta en Asia (37.48%; IC 95% 26.47–48.50) y en la región Mediterránea del Este de la OMS (43.1%; IC 95%: 19.34–58.54).

Estudios mencionan que Beauquier B, et al. (28); Gao L, et al. (18); He L, et al (43). una alta prevalencia de la coexistencia entre ambas entidades (depresión y ansiedad) en mujeres con antecedentes de aborto, esto se corrobora con nuestros hallazgos, donde se menciona que la experiencia del aborto aumenta significativamente el riesgo de trastornos psicológicos durante embarazos subsiguientes (6).

La asociación positiva entre la pérdida perinatal y las puntuaciones elevadas de ansiedad y depresión subraya la necesidad de una atención materna especializada. La prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad hace un llamado a la identificación de factores protectores como lo son el nivel de educación más alto y el empleo.

Por otro lado, el metaanálisis de Hunter A, et al. (44), proporciona una visión más amplia al reportar tasas elevadas de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas post-pérdida

perinatal. Este hallazgo corrobora la importancia de considerar los antecedentes de pérdida perinatal como un factor de riesgo significativo para la salud mental materna. De forma similar Jacob L, et al. (45), menciona de esta asociación y el riesgo de trastornos psiquiátricos.

Los estudios longitudinales resaltan la prevalencia y persistencia de la ansiedad y la depresión a lo largo de los diferentes trimestres del embarazo en mujeres con antecedentes de abortos espontáneos recurrentes. Estas investigaciones enfatizan la necesidad de un soporte continuo y adaptado a la trayectoria individual de cada mujer para mitigar los impactos psicológicos de las pérdidas gestacionales (22,43,46).

Los síntomas de ansiedad y depresión son significativamente más elevados en mujeres con pérdida recurrente del embarazo, apuntando a un efecto sinérgico negativo sobre la salud mental materna (41,47). El apoyo social y los cuidados de enfermería post-aborto terapéutico evaluados por Akdag T, Terzioglu F. (11), emergen como elementos clave en la reducción de la ansiedad y la mejora de la salud mental materna.

La percepción individual de las mujeres sobre sus experiencias de aborto influye significativamente en su salud mental en futuros embarazos, variando ampliamente entre individuos. Las que han enfrentado abortos espontáneos o mortinatos corren un alto riesgo de experimentar un duelo persistente, una condición frecuentemente minimizada socialmente, caracterizada por intensa aflicción y reacciones severas de duelo. La prevalencia de ansiedad y depresión postaborto destaca la importancia de identificar a mujeres en riesgo de trastornos prolongados, subrayando la necesidad de intervenciones tempranas y apoyo adecuado para su bienestar emocional (48).

Terapias como la Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (MBSR) pueden ser valiosas para aliviar los síntomas depresivos y ansiosos, y su efectividad sostenida en el tiempo refuerza la importancia de su inclusión en el cuidado prenatal y posnatal (40,49). Se ha evidenciado que las terapias mejoran significativamente tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida, lo que subraya la importancia de intervenciones psicológicas específicas en el apoyo a mujeres post-aborto (11).

8. CONCLUSIONES

Este estudio pone de relieve la complejidad y profundidad del impacto psicológico que los antecedentes de aborto tienen sobre la salud mental materna durante gestaciones subsiguientes. Se ha identificado que los antecedentes de aborto ya sean espontáneos o inducidos, incrementan significativamente la vulnerabilidad de las mujeres a experimentar ansiedad y depresión en embarazos posteriores.

Los hallazgos sugieren que factores individuales como la edad, el apoyo social y familiar, el número de abortos previos, nivel educativo tienen una asociación lineal, esto resalta la importancia de un enfoque personalizado y holístico en la atención de la salud mental materna. Se debe fomentar investigaciones que promuevan estudios adicionales que aporten datos más robustos y detallados, esto permitirá una comprensión más profunda de los factores involucrados y facilitará el desarrollo e implementación de programas de salud mental materna más efectivos y adaptados.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto [Internet]. 2021. [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(9):e1152–61.
3. Shigemi D, Hashimoto Y, Michihata N, Yasunaga H. Impact of maternal depression and anxiety-related disorders on live birth rate in women with recurrent pregnancy loss. *Hum Fertil* [Internet]. 2022;25(5):967–74. Available from: <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1953710>
4. Charrois EM, Mughal MK, Arshad M, Wajid A, Bright KS, Giallo R, et al. Patterns and predictors of depressive and anxiety symptoms in mothers affected by previous prenatal loss in the ALSPAC birth cohort. *J Affect Disord*. 2022 Jun 15;307:244–53.
5. Charrois, Elyse Mogol, Muhammad Arshad, Mahoma Bright, Katherine S Kingston A, Wajid A, Giallo R. Patronos y predictores de síntomas depresivos y ansiosos en madres afectadas por pérdida prenatal previa en la cohorte de nacimiento ALSPAC [Internet]. Scopus. 2022 [cited 2023 Jul 19]. Available from: https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85127629904&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=depression&st2=anxiety&searchTerms=previous+abortion%3F%21%22*%24pregnancy+status%3F%21%22*%24&sid=a3b99cf6c68ef780914cfe34b46eff24&
6. Mainali A, Infanti JJ, Thapa SB, Jacobsen GW, Larose TL. Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023;23(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
7. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*;42, jun 2018 [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 28];42. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Feb 29]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA0PuuBhBsEiwAS7fsNUucTpuUvIbhrRHb76Kw1zKeA1VLxxOZB77tg4uKYx-uZ8uPvuUYKFhoCzbMQAvD_BwE
9. Kelmanson IA. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) reference values at different stages of pregnancy and their possible associations with major obstetric and demographic characteristics. *Early Child Dev Care*. 2022;192(10):1673–84.

10. Mansouri N, Azizi A, Jamshidi E. Factors associated with mental disorders in pregnant women covered by primary health care: a population-based study. *Fam Med Prim Care Rev.* 2022;24(4):322–7.
11. Akdag Topal C, Terzioglu F. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(4):618–23.
12. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MDC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensam Psicológico.* 2017;15(2):109–20.
13. Ozel S, Engin-ustun Y, Aksoy RT, Kansu-celik H, Yuksel RN, Coskun B, et al. The effect of induced legal abortions on anxiety levels before and after the procedure. *Ann Clin Anal Med.* 2019;10(1):9–14.
14. Kuhlmann E, Scharli P, Schick M, Ditzen B, Langer L, Strowitzki T, et al. The Posttraumatic Impact of Recurrent Pregnancy Loss in Both Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2023;83(1):88–96.
15. Mahini E, Hakimi S, Shahrokhi H, Salahi B, Baniadam KO, Ranjbar F. Evaluation of factors related to maternal anxiety during pregnancy among women referred to Tabriz primary care centers. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):1–8.
16. Griffin Ashley AS. An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. *J Ment Heal Clin Psychol.* 2020;4(4):47–56.
17. Vlachou F, Iakovou D, Daru J, Khan R, Pepas L, Quenby S, et al. Fetal loss and long-term maternal morbidity and mortality: A systematic review and meta-analysis. Stock SJ, editor. *PLoS Med* [Internet]. 2024 Feb 9 [cited 2024 Feb 28];21(2):e1004342. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38335157/>
18. Gao L, Qu J, Wang AY. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2020;38(5):497–508. Available from: <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652730>
19. Koly KN, Saba J, Billah MA, McGirr A, Sarker T, Haque M, et al. Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh. *BMC Psychol* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Feb 28];11(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s40359-023-01224-0>
20. Castaño JHO, Carrascal GC, De Los Ángeles Gázquez Rodríguez M. Maternal- fetal bonding: A concept analysis. *Rev Habanera Ciencias Medicas.* 2019;18(6):969–82.
21. Bartz A, Blumenthal P. First- trimester pregnancy termination: Medication abortion [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023 Jul 31]. Available from: https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/first-trimester-pregnancy-termination-medication-abortion?search=abortion&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

22. Qu J, Weng X ling, Gao L ling. Anxiety, depression and social support across pregnancy in women with a history of recurrent miscarriage: A prospective study. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2024 Feb 26];27(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342106/>
23. OMS. Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo. Organ Mund la salud [Internet]. 2022; Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
24. Horvath S, Schreiber CA. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(11).
25. Pinto B. Los efectos psicologicos del aborto inducido. Univ Católica Boliv “San Pablo” [Internet]. 2016;142(2014):16–24. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318508185_Efectos_psicologicos_del_aborto_inducido
26. Demontigny F, Verdon C, Meunier S, Gervais C, Coté I. Protective and risk factors for women’s mental health after a spontaneous abortion. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:1–11.
27. Slot A, Krog MC, Bliddal S, Olsen LR, Nielsen HS, Kolte AM. Feelings of guilt and loss of control dominate in stress and depression inventories from women with recurrent pregnancy loss. *Eur J Contracept Reprod Heal Care* [Internet]. 2022;27(2):153–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1943740>
28. Beauquier-Maccotta B, Shulz J, De Wailly D, Meriot ME, Soubieux MJ, Lisa O, et al. Prenatal attachment, anxiety and grief during subsequent pregnancy after medical termination of pregnancy. Attachment to which child? *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2022;51(4).
29. Futakawa K, Matsumura K, Tsuchida A, Konishi M, Sasaki H, Mezawa H, et al. Longitudinal study of the relationship between number of prior miscarriages or stillbirths and changes in quality of life of pregnant women: the Japan Environment and Children’s Study (JECS). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):1–11.
30. Radhakrishnan K, Kandavar SS. Prevalence of Anxiety During Pregnancy in Women with Previous Spontaneous Abortions. *Curr Women s Heal Rev*. 2021 Apr 14;18(2).
31. Qu J, Weng X ling, Gao L ling. Anxiety, depression and social support across pregnancy in women with a history of recurrent miscarriage: A prospective study. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(5):1–8.
32. He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019;300(4):1061–6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05264-z>
33. Huberty J, Matthews J, Leiferman JA, Lee C. Use of complementary approaches in pregnant women with a history of miscarriage. *Complement Ther Med* [Internet]. 2018;36(August 2017):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2017.11.003>

34. Alipanahpour S, Zarshenas M, Taheri M, Akbarzadeh M. A Cross-sectional Study of Psychosocial Problems Following Therapeutic Abortion With the Mother's Spiritual Experiences. *Int J Women's Heal Reprod Sci*. 2023;11(3):065–72.
35. Nasrollahi M, Ghazanfar Pour M, Ahmadi A, Mirzaee M, Alidousti K. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress of women with the early loss of pregnancy in southeast Iran: a randomized control trial. *Reprod Health*. 2022;19(1):1–9.
36. Landy U, Darney P. Pregnancy termination and potential psychiatric outcomes [Internet]. UpToDate. 2023 [cited 2023 Jul 19]. Available from: [https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/pregnancy-termination-and-potential-psychiatric-outcomes?search=mental disorders in pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H392043](https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/pregnancy-termination-and-potential-psychiatric-outcomes?search=mental%20disorders%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H392043)
37. Grigoriadis S. Unipolar major depression in pregnant women: General principles of treatment [Internet]. UpToDate. 2022 [cited 2023 Jul 19]. Available from: [https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/unipolar-major-depression-in-pregnant-women-general-principles-of-treatment?search=treatment for depression and anxiety in pregnant women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&displ](https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/unipolar-major-depression-in-pregnant-women-general-principles-of-treatment?search=treatment%20for%20depression%20and%20anxiety%20in%20pregnant%20women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&displ)
38. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Mannella P, Bottone P, Pancetti F, et al. Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2021;39(4):371–81. Available from: <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1728524>
39. Duko B, Ayano G, Bedaso A. Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2019;16(1):1–6.
40. Tiki T, Taye K, Duko B. Prevalence and factors associated with depression among pregnant mothers in the West Shoa zone, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2020;19(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00275-6>
41. Gong L, Han J, Yan W, Qin Y. The effect of post-abortion care (PAC) on anxiety in women with spontaneous abortion based on MicroRNA-21 expression, cortisol level, and Fordyce happiness pattern. *Cell Mol Biol*. 2021;67(4):181–8.
42. Gebeyehu NA, Tegegne KD, Abebe K, Asefa Y, Assfaw BB, Adella GA, et al. Global prevalence of post-abortion depression: systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Feb 28];23(1):1–16. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12888-023-05278-7>
43. He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2024 Feb 26];300(4):1061–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485778/>

44. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta- analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2024 Feb 26];223:153–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755623/>
45. Jacob L, Gerhard C, Kostev K, Kalder M. Association between induced abortion, spontaneous abortion, and infertility respectively and the risk of psychiatric disorders in 57,770 women followed in gynecological practices in Germany. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 May 15 [cited 2024 Feb 26];251:107–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30921593/>
46. Mergl R, Quaatz SM, Edeler LM, Allgaier AK. Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 28];13(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36016845/>
47. Wang Y, Meng Z, Pei J, Qian L, Mao B, Li Y, et al. Anxiety and depression are risk factors for recurrent pregnancy loss: a nested case-control study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Feb 26];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685488/>
48. Zia Y, Mugo N, Ngure K, Odoyo J, Casmir E, Ayiera E, et al. Psychosocial Experiences of Adolescent Girls and Young Women Subsequent to an Abortion in Sub-saharan Africa and Globally: A Systematic Review. *Front Reprod Heal* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 28];3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36303958/>
49. Raphi F, Bani S, Farvareshi M, Hasanpour S, Mirghafourvand M. Effect of hope therapy on psychological well-being of women after abortion: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Feb 28];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34847900/>

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Stefania Sadid Torres Soriano portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **2450833534**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Ansiedad y Depresión en mujeres en estado de gestación con antecedentes de abortos**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F:.....

Stefania Sadid Torres Soriano
C.I. 2450833534