

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, SOCIALES Y GINECOLÓGICAS DE PACIENTES CON PÉRDIDA GESTACIONAL Y ABORTO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (2022): UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH GESTATIONAL LOSS AND ABORTION ATTENDED AT THE INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (2022): A DESCRIPTIVE STUDY

 Daniel Silva-Dominguez^{1,a,c},  Luisa Moreno-Valles^{1,a},  Isabel Huarancca-Berrocal^{1,a},  Paola Chávez-Ochoa^{1,a},  Ermes Manco-Avila^{1,a},  Jimmy Orihuela Salazar^{1,a,b},  Gloria Barba-Aymar^{1,a,b},  Juan Ártica-Martínez^{1,a}

RESUMEN

Objetivo. Describir las características psicológicas, sociales y ginecológicas de pacientes con pérdida gestacional atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2022). **Materiales y Métodos.** Esta investigación corresponde a un estudio de tipo observacional descriptivo retrospectivo, en el cual se recopiló 176 historias clínicas de pacientes que presentaron pérdidas gestacionales durante el año 2022 atendidas por el servicio de psicología que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes de las diferentes variables con el fin de cumplir los objetivos de la investigación. **Resultados.** El promedio de edad de las pacientes fue de 30 años (min: 13 años y máx.: 46 años), presentando en la muestra una media de 2.64 gestaciones, un mínimo de 0 y un máximo de 4 pérdidas gestacionales. El óbito fetal (65.34%) fue el diagnóstico de muerte fetal frecuente, todas las pacientes presentaron un trastorno psicológico, siendo la Reacción depresiva Breve la que presentó mayor frecuencia (61.36%). El 78% provenía de familias disfuncionales y el 68.75% de las pacientes de una familia nuclear. El 94.89% refirió no haber planificado el embarazo, no obstante, el 97% indicó aceptarlo luego de conocer la gestación. El 89% recibe apoyo de la pareja, donde el 79.55% menciona tener una relación estable, sin embargo, el 51% no recibe apoyo de la familia de origen. **Conclusión.** La Reacción depresiva breve fue la característica psicológica frecuente en las pacientes; la no planificación, el apoyo de la pareja y la aceptación del embarazo son las características sociales prevalentes, y el óbito fetal fue el motivo de muerte fetal usual en esta muestra.

Palabras claves: Trastorno de adaptación, pérdida gestacional, características psicológicas, sociales y ginecológicas. (Fuente DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective. To describe the psychological, social and gynecological characteristics of patients with gestational loss seen at the Instituto Nacional Materno Perinatal (2022). **Materials and Methods.** This research corresponds to a retrospective descriptive observational study, in which 176 clinical histories of patients with gestational losses during the year 2022 attended by the psychology service who met the inclusion and exclusion criteria were collected. An analysis of frequencies and percentages of the different variables was performed in order to meet the research objectives. **Results.** The average age of the patients was 30 years (min: 18 years and max: 46 years), with a mean of 2.64 gestations in the sample, a minimum of 0 and a maximum of 4 gestational losses. Fetal death (65.34%) was the most frequent diagnosis of fetal death. All the patients presented a psychological disorder, with Brief Depressive Reaction being the most frequent (61.36%). Seventy-eight percent came from dysfunctional families and 68.75% of the patients came from a nuclear family. 94.89% reported not having planned the pregnancy; however, 97% indicated that they accepted it after learning of the pregnancy. Eighty-nine percent received support from the couple, 79.55% of whom mentioned having a stable relationship; however, 51% did not receive support from the family of origin. **Conclusion.** Brief depressive reaction was the most frequent psychological characteristic in the patients; non-planning, partner support and pregnancy acceptance were the most prevalent social characteristics, and fetal death was the usual reason for fetal decease in this sample.

Key words: Adjustment disorder, Pregnancy Loss, Personality Tests, Social Environment, Gynecological examination.

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú

^a Licenciado en Psicología

^b Especialista en psicología clínica y de la salud

^c Especialista en terapia cognitiva conductual

Citar como: Silva-Dominguez D, Moreno-Valles L, Huarancca-Berrocal I, et al. Características psicológicas, sociales y ginecológicas de pacientes con pérdida gestacional y aborto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (2022): Un estudio descriptivo. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2023; 12(4): 14-20. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2023373>

INTRODUCCIÓN

Cada 16 segundos ocurre una muerte fetal según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un problema de salud pública constante que se da en gran medida en poblaciones vulnerables y de bajos recursos. Es por ello que la pérdida de un embarazo tiene un impacto directo en la sociedad, ya que afecta la salud mental no solo de las pacientes sino también del entorno familiar y social en el cual vive¹. Datos reportados en el 2022 por la OMS señalan que al año existen aproximadamente dos millones de pérdidas gestacionales (abortos o muerte fetal), de estos casos el 84% se generan en los países con ingresos medios y bajos, siendo el continente Africano quien presenta mayor índice llegando a ser casi el 40%, a diferencia de otros continentes como Europa y América del Norte, y países como Australia y Nueva Zelanda cuyas cifras se encuentran por debajo del 6% de mortalidad fetal¹. Es necesario especificar que las pérdidas gestacionales pueden darse por diferentes factores, no obstante nos centraremos para la investigación en dos tipos, la muerte fetal entendido como fallecimiento del feto posterior a las 20 o 22 semanas a causa de complicaciones en el embarazo²; y el aborto considerado a la expulsión o extracción del feto previo a las 20 o 22 semanas³, el cual presenta un peso menor a 500 gramos y donde este no es compatible ni viable con la vida a causa de problemas genéticos, infecciones u otras causas⁴.

En el Perú durante el año 2021 según reportes del Ministerio de Salud, acorde a sus datos epidemiológicos, señaló que existieron más de 5 mil 500 casos de pérdidas gestacionales a nivel nacional, indicando que se dieron la mayor cantidad de casos, más 3 mil, en las regiones de Lima (615), La libertad (246), Loreto (131), Lambayeque (158) y Cuzco (154)⁵. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, de acuerdo al boletín estadístico del año 2022, se reportó 404 casos de muerte fetal atendidos en el área de hospitalización de obstetricia, de los cuales el 13.4% de los partos atendidos correspondieron a abortos⁶.

Es necesario tener en cuenta que la pérdida gestacional desde los modelos teóricos de las crisis emocionales⁷, es considerada como una crisis circunstancial, aquellas que se da de manera imprevista, inesperada y accidental, sea el caso de los desastres naturales, crímenes violentos, guerras, muertes no esperadas, etc., impactando de forma grave, siendo percibida como una tragedia o evento traumático durante el embarazo, afectando de forma aguda la salud integral de la madre y su familia⁸, esta situación desencadena consecuencias psicológicas inmediatas como la pérdida de apetito⁹, sueño⁸, motivación¹⁰, o posteriores como el consumo de alcohol¹⁰, ansiolíticos, etc., sin embargo es habitual en estos casos la presencia de trastornos mentales agudos siendo más los trastornos de adaptación los más frecuentes¹¹. Estos trastornos son entendidos como

reacciones emocionales y del comportamiento ante situaciones estresantes y disfuncionales de carácter intensos, generando tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, cólera, preocupación, sensación de no saber cómo responder ante la dificultad y no poder concentrarse o recordar situaciones; las complicaciones emocionales de estos trastornos pueden generar cuadros depresivos agudos¹² acompañadas de ideación suicida¹³, cuadros de ansiedad o ataques de pánico¹⁴, y en ocasiones estrés post traumático, ante la experiencia de expulsión o extracción del feto¹⁵, generando el duelo en las pacientes¹⁶ en ciertos casos duelos patológicos. Estos síntomas pueden exacerbarse en algunas sociedades donde la pérdida del embarazo es considerada un tema tabú a causa del temor de la estigmatización social a la mujer y ser juzgadas por su acción en el cuidado de la gestación, lo cual perjudica más su cuadro clínico al no tener un espacio para la expresión de emociones, generando ideas irracionales de culpa al presentar la percepción de no haber podido mantener estable su embarazo¹⁷. Por lo que apoyo de la pareja y familia es importante, no solo en el acompañamiento emocional en el proceso de duelo¹⁸ sino en el respeto de este, por lo que todas estas características suman al modo e intensidad del impacto emocional de la pérdida gestacional en las pacientes.

Por lo antes mencionado, es importante indagar en este estudio: ¿Cuáles son las características psicológicas, sociales y ginecológicas que presentan las pacientes con pérdida gestacional atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2022?

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio: Esta investigación es un estudio de tipo observacional descriptivo simple y retrospectivo, del cual se tomaron las historias clínicas e informes psicológicos de pacientes que presentaron pérdidas gestacionales atendidas durante el 2022 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Población y muestra: Durante el año 2022 el servicio de psicología pudo atender a 237 pacientes que presentaron abortos y pérdidas estacionales, por lo que se recopiló 176 informes psicológicos de pacientes atendidas en los diversos servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal que presentaron la misma casuística representando una muestra al 95% de confianza, estas pacientes fueron evaluadas por psicólogos clínicos durante su hospitalización. Se tomaron en cuenta como criterio de inclusión las historias clínicas de pacientes con pérdidas gestacionales que no presentaron trastornos psicológicos previos.

Técnicas de recolección de datos y procesamiento de información: Se pidió los permisos respectivos al servicio de psicología para la recolección de historias

clínicas que cumplieran los criterios de inclusión mediante un muestreo por conveniencia. Luego de esto se realizó la extracción de los datos necesarios para la investigación, características psicológicas determinados por su diagnóstico; características sociales tomando en cuenta el tipo de familia, la relación con la pareja, etc.) y características ginecológicas referentes a la cantidad de embarazos, cantidad perdidas, tipo de pérdida actual, entre otros, realizando

una revisión retrospectiva con previa autorización del comité de ética de la Institución y la jefatura del Servicio de Psicología. Para la elaboración de la base de datos se utilizó al programa SPSS versión 23, es importante indicar que los datos fueron codificados numéricamente para mantener el anonimato y proteger los datos de las participantes. Posterior a ello los análisis de frecuencias y porcentajes se generaron en el programa Jamovi versión 2.2.

Tabla 1. Características psicológicas de pacientes con pérdidas gestacionales atendidas en el INMP durante el 2022.

Diagnósticos: Trastorno de adaptación		Adolescentes		Adultas		Total	
		N	%	N	%	N	%
f43.0*	Reacción estrés agudo	0	0.00	9	5.11	9	5.11
f43.20*	Reacción depresiva breve	2	1.14	106	60.23	108	61.36
f43.21*	Reacción depresiva prolongada	0	0.00	2	1.14	2	1.14
f43.22*	Reacción ansioso depresivo	6	3.41	14	7.95	20	11.36
f43.23*	Reacción con otras emociones	7	3.98	30	17.05	37	21.02

*Codificación basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades. 10° edición (CIE-10)

Tabla 2. Características sociales de pacientes con pérdidas gestacionales atendidas en el INMP durante el 2022.

Características	Adolescentes		Adultas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de familia						
Nuclear	10	5.68	111	63.07	121	68.75
Monoparental	4	2.27	39	22.16	43	24.43
Reconstituida	1	0.57	11	6.25	12	6.82
Dinámica familiar						
Disfuncional	14	7.95	124	70.45	138	78.41
Funcional	1	0.57	37	21.02	38	21.59
Planificación del embarazo						
No planificado	15	8.52	152	86.36	167	94.89
Planificado	0	0.00	9	5.11	9	5.11
Vinculación con el embarazo						
Sí	15	8.52	157	89.20	172	97.73
No	0	0.00	4	2.27	4	2.27
Apoyo de familia						
Sí	14	7.95	72	40.91	86	48.86
No	1	0.57	89	50.57	90	51.14
Apoyo de pareja						
Sí	13	7.39	145	82.39	158	89.77
No	2	1.14	16	9.09	18	10.23
Relación de pareja						
Estable	13	7.39	127	72.16	140	79.55
Inestable	2	1.14	34	19.32	36	20.45

RESULTADOS

Para este estudio la muestra estuvo conformada por 15 adolescentes y 161 adultas, un total de 176 pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con una media edad de 30.13 años, un promedio de 2.64 gestaciones, todas presentaron pérdida gestacional, encontrándose la mayoría en el segundo trimestre de embarazo 39.04% al momento de su atención.

La tabla 1 muestra las características psicológicas de pacientes con pérdidas gestacionales atendidas en el INMP señalando que el 5.11% presentó una reacción de estrés agudo (9 adultas), el 61.36% desarrolló una reacción depresiva breve (2 adolescentes y 106 adultas), el 1.14% una reacción depresiva prolongada (2 adultas), 11.36% presentó una reacción ansiosa depresiva (6 adolescentes y 14 adultas), y por último el 21.02% desarrolló una reacción con otras emociones (7 adolescentes y 30 adultas). Como se observa el 100% de las pacientes presenta un trastorno de adaptación.

Tabla 3. Características ginecológicas de pacientes con pérdidas gestacionales atendidas en el INMP durante el 2022.

Características	Adolescentes n=15	Adultas n=161	Total n=176
Número de gestaciones (media; min-max)	1.16 (0-2)	2.69 (1-9)	2.64 (1-9)
Antecedente de pérdidas gestacionales (media; min-max)	0.00 (0-0)	0.48 (0-4)	0.47 (0-4)
Semana de gestación (media; min-max)	21.46 (5-39)	22.82 (5-9)	22.72 (5-39)
Trimestre de gestación			
1 trimestre	5 (2.84%)	32 (18.18%)	21.02%
2 trimestre	4 (2.27%)	70 (40.78%)	43.05%
3 trimestre	6 (3.41%)	59 (32.52%)	35.93%
Pérdida gestacional			
Óbito	12 (6.82%)	103 (58.52%)	65.34%
Malformación	3 (1.71%)	44 (25.00%)	26.71%
Aborto Espontáneo	0 (0.00%)	14 (7.95%)	7.95%

Min: mínimo; Max: máximo

En la tabla 2 se observa las características sociales de las pacientes atendidas por pérdidas gestacionales, donde el 68.75% (10 adolescentes y 111 adultas) proviene de una familia nuclear (creció con ambos padres), el 24.43% (4 adolescentes y 39 adultas) de una familia monoparental (creció solo con uno de los padres), y el 6.82% (1 adolescentes y 11 adultas) reconstituida (creció con uno de los progenitores y padrastro o madrastra); el 78.41% (14 adolescentes y 124 adultas) refiere que creció en un hogar con dinámica familiar disfuncional (falta de afecto, supervisión, comunicación, agresiones, etc.), y el 21.59% (1 adolescentes y 37 adultas) en un hogar funcional (adecuadas reglas, comunicación, afecto, etc.). Referente al embarazo el 94.89% (15 adolescentes y 152 adultas) señaló no haber planificado su embarazo, y solo 5.11% (9 adultas) que, si lo hizo con anticipación, no obstante, el 97.73% (15 adolescentes y 157 adultas) señaló haberlo aceptado y vinculado con el mismo, mientras el 2.27% (4 adultas) aún se encontraba en proceso de aceptarlo. Durante la hospitalización el 89.77% (13 adolescentes y 145 adultas) manifestó tener apoyo de la pareja y el 10.23% (2 adolescentes y 16 adultas) no tener apoyo,

así mismo el 79.55% (13 adolescentes y 127 adultas) refirió mantener una relación de pareja estable (apoyo económico, emocional, etc.) mientras que el 20.45% (2 adolescentes y 36 adultas) señaló presentar una relación estable (discusiones, peleas y/o no apoyo de la pareja). 48.86% (14 adolescentes y 86 adultas) indicó tener apoyo de su familia, mientras que el 51.14% (1 adolescentes y 90 adultas) señaló no tenerlo.

En la tabla 3 se observa las características ginecológicas de las pacientes atendidas por pérdida gestacional, donde se nos menciona que el número mínimo de gestaciones fue de 1 (1 en adolescentes y 1 adultas); mientras que el número máximo de gestaciones fue de 9 (2 adolescentes y 9 en adultas), señalándose un promedio de 2.64 de embarazos. Así mismo, la cantidad mínima de pérdidas gestacionales previas fue de 0 (tanto en adolescentes como en adultas), no obstante, la cantidad de máxima de pérdidas gestacionales previas fue 4 (solo en adultas). La mayor cantidad de pérdidas gestacionales se dieron en el según trimestre de gestación (2.27% en adolescentes y 40.78% en adultos). Del total de pacientes atendidas el 65.34% (12 adolescentes y 115 adultas) tuvo una

pérdida gestacional debido a óbito fetal, el 26.70% (3 adolescentes y 47 adultas) se dio por malformaciones congénitas en el embarazo y el 7.95% (14 adultas) por un aborto espontáneo.

DISCUSIÓN

En este estudio se pudo conocer las características que mostraron las pacientes que presentaron pérdida gestacional durante su hospitalización en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2022. Es relevante mencionar que la muestra total presentó un trastorno mental, en este caso diagnosticadas con un Trastorno de adaptación, siendo la reacción depresiva breve el más frecuente, es necesario señalar que este cuadro clínico se caracteriza por presencia de síntomas depresivos tales como tristeza, llanto, falta de concentración, ideas de culpa e ideas negativas sobre el futuro, falta de motivación, desgano, deseos de no hablar sobre el tema, etc.; afectando la salud psicológica de las pacientes. Dentro de las características ginecológicas se recalca que estas pérdidas se dieron en mayor cantidad a causa de óbito fetal producido por complicaciones y riesgos durante la gestación, ante dichas dificultades las pacientes acuden al INMP, y durante la evaluación son diagnosticadas con muerte fetal. Se encontró a nivel social que la mayor cantidad de pacientes provienen de una familia nuclear, no obstante, independiente al tipo de familia son la mayoría quienes señalan que presentaron una dinámica familiar disfuncional (falta de supervisión, afecto, comunicación, violencia, etc.) durante su crecimiento siendo este su modelo inicial de familia. Casi el total de las participantes indicaron que sus embarazos fueron no planificados, a pesar de ello durante el transcurso de semanas de gestación fueron aceptados como lo reporta el 98% de las pacientes. Del total de casos casi la mitad indicó que recibió apoyo de sus familias durante el embarazo y la hospitalización, gran parte de ellas manifestó que presentaron apoyo de las parejas, sin embargo, un menor grupo de la muestra total señala que se encontraron, durante su evaluación en hospitalización, en una relación inestable (discusiones y peleas constantes por diversos factores).

Las reacciones depresivas, reacciones mixtas ansioso depresivas o reacciones relacionadas a otras emociones por la pérdida del embarazo encontradas en este artículo, va en correspondencia a lo señalado en diversos estudios^(1, 2, 5, 18), que a su vez señalan la presencia de estos cuadro clínicos y la de un cuadro de estrés agudo como también se encontró en nuestros resultados, caracterizados por cuadros de temor, preocupación, angustia, sintomatología fisiológica como aceleración del corazón y ritmo respiratorio; no obstante en nuestro estudio no se reportaron cuadros de estrés post traumáticos a diferencia de otras investigaciones^{11, 13}. Es claro que en este estudio la reacción depresiva (breve y/o prolongado) es el cuadro clínico prevalente

y foco principal de atención para la intervención como se da en los reportes de investigaciones a nivel mundial^(9, 12, 14, 15, 19-21), las cuales indican que la intervención rápida, desde la hospitalización y el seguimiento por consultas externas y ambulatorias, permite un mejor afrontamiento ante la muerte fetal, lo cual apoya a las pacientes a reducir temores y cuadros ansiosos en futuros embarazos. Cuadros psicológicos como la reacción ansiosa depresiva y el trastorno adaptativo con prevalencia de reacción de otras emociones, como ira, cólera e impulsividad se va intensificando en las pacientes, desde la noticia de pérdida de la gestación durante la evaluación en hospitalización, la intervención para culminar el embarazo y preparación de alta médica, hasta post alta debido a aspectos sociales de temor a la crítica donde la paciente puede llegar a sentirse desvalida y no preparada para afrontar dichos contextos, lo cual se evidencia por lo reportado por la Organización Mundial de la Salud 1, y va acorde a los resultados de diversos estudios^(1, 9, 12, 20, 22).

Si bien existen muchas causas que pueden desencadenar una muerte prenatal, aquí nos hemos enfocado en los casos presentes debido a óbitos fetales, malformaciones congénitas y abortos espontáneos¹, no obstante, e independiente a los factores desencadenantes, todos los estudios antecesores reportan, igual que en nuestros resultados, que la salud mental de las pacientes es afectada de forma inmediata^(12, 18), de manera transversal y longitudinal debido a la forma de afrontamiento del duelo ante la pérdida. Si bien el apoyo del contexto familiar es importante para el afrontamiento del duelo¹⁸ es primordial reconocer y encontrar que miembros de la familia son de apoyo positivo, ya que como se ve en los resultados la mayoría de las pacientes señala encontrarse en una relación estable, y precisan de la pareja en su cuidado y el cuidado de los hijos mayores hasta su recuperación y la superación de la pérdida. Ante la presencia de trastornos mentales en las pacientes la familia de origen se convierte en una red de apoyo importante, pero es preocupante según lo señalado que solo la quinta parte indica provenir de una familia funcional, con adecuados estilos comunicativos, de expresión de emociones y apoyo social constante. Estos datos son relevantes ya que casi la mitad de participantes señalo contar con apoyo de sus familiares durante el embarazo y la hospitalización, y ellos serán su respaldo posterior a la pérdida.

Con este estudio nos sumamos a la visibilidad de la muerte fetal como una problemática social que afecta a mujeres, parejas y familias en el mundo; lo cual desencadena cuadros clínicos psicológicos agudos siendo la sintomatología depresiva la que más aqueja en la población^(3, 8-11, 13, 14, 16-18, 23, 24). Consideramos al igual que otros autores que una evaluación inmediata, oportuna y multidisciplinaria intrahospitalaria permitirá que la paciente pueda afrontar dicho duelo de manera

saludable, lo cual, acompañado de un tratamiento psicoterapéutico post alta médica fortalecerá sus capacidades, reduciendo temores para un futuro embarazo y aceptando la pérdida actual.

Es necesario dar a conocer que dentro de las limitaciones presentadas en este estudio descriptivo están asociadas a la muestra obtenida y al tipo de investigación descriptiva simple, ya que al ser una muestra reducida no se podrá medir la incidencia de casos a profundidad, y debido al tipo de estudio no se podrán realizar inferencias respecto a las características de las pacientes referente a su diagnóstico clínico; también señalar que no se pudo ahondar en datos clínicos médicos, antecedentes, ya que solo se pudo obtener datos de los informes psicológicos y seguimientos reportados por el servicio de psicología en las históricas clínicas.

CONCLUSIONES

La pérdida gestacional es una problemática mundial que afecta la salud mental de las pacientes de manera inminente. El óbito fetal, 65.34%, fue el diagnóstico de muerte fetal frecuente, todas las pacientes presentaron un trastorno psicológico, siendo la reacción depresiva breve con un 61.36% la que presentó mayor frecuencia. El 78% de las participantes proviene de familias disfuncionales, el 68.75% de las pacientes señala que creció en una familia nuclear; el 94.89% refirió no haber planificado su embarazo, no obstante, el 97% indicó aceptarlo luego de conocer la gestación. El 89% recibe apoyo de la pareja, el 79.55% menciona encontrarse en una relación estable, sin embargo, solo el 49% recibe apoyo de la familia de origen ante esta crisis por la muerte fetal.

Conflicto de intereses:

Los autores no reportan tener conflicto de intereses.

Financiamiento:

Este estudio es autofinanciado

Agradecimiento:

Agradecemos a la Lic. Ana María Mejía Muñoz, jefa del servicio de Psicología durante la ejecución del estudio, por darnos los permisos y facilidades para la organización del proyecto y recolección de la muestra para la elaboración de la base de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación. Organización Mundial de la Salud. 2021.
2. Ovalle S. A, Kakarieka W. E, Correa P. Á, Vial P. MT, Aspillaga M. C. Estudio Anatómico-Clinico De Las Causas De Muerte Fetal %J Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2005;70:303-12.
3. Bouquet de Durán RI. Aborto espontáneo %J Liberabit. 2012;18:53-8.
4. Ministerio de Salud. Subsistema Nacional de Vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal. Lima2009.
5. Centro Nacional de Epidemiología y PycdE. Muerte fetal y neonatal acumulado, Perú 2012 al 2021 y 2022. Lima: MINSA; 2022.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú: Boletín estadístico; 2022. 2022:https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837.
7. Slaikeu K. Intervención en crisis. Manual para la investigación. Moderno M, editor. Mexico1996.
8. Thorp JM, Hartmann KE, Shadigan E. Long-Term Physical and Psychological Health Consequences of Induced Abortion: A Review of the Evidence. The Linacre Quarterly. 2005;72(1):44-69.
9. Huang Z, Hao J, Su P, Huang K, Xing X, Cheng D, et al. The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms During a Subsequent Pregnancy: Data From a Population-Based Cohort Study in China. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2012;22(1):51-8.
10. Pereira J, Pires R, Canavarro MC. Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2017;35(2):119-36.
11. Rousset C, Brulfert C, Séjourné N, Goutaudier N, Chabrol H. Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2011;29(5):506-17.
12. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008;29(2):105-13.
13. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Moby L, et al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2013;18(6):480-8.
14. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47(1):16-24.
15. Cardoso-Escamilla ME, Zavala-Bonachea MT, Alva-López MdC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. Pensamiento Psicológico. 2017;15:109-20.
16. Wallin Lundell I, Öhman SG, Sundström Poromaa I, Högberg U, Sydsjö G, Skoog Svanberg A. How women perceive abortion care: A study focusing on healthy women and those with mental and

- posttraumatic stress. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2015;20(3):211-22.
17. Makleff S, Wilkins R, Wachsmann H, Gupta D, Wachira M, Bunde W, et al. Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2019;27(3):50-64.
 18. Martos-López IM, Sánchez-Guisado MdM, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado = Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Revista Española De Comunicación En Salud*. 2016;0(0):300-9.
 19. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalência y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2019;48:166-73.
 20. Maharlouei N, Keshavarz P, Salemi N, Lankarani KB. Depression and anxiety among pregnant mothers in the initial stage of the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic in the southwest of Iran. *Reproductive Health*. 2021;18(1):111.
 21. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*. 2013;17:32-40.
 22. Saadati N, Afshari P, Boostani H, Beheshtinasab M, Abedi P, Maraghi E. Health anxiety and related factors among pregnant women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Iran. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):95.
 23. Zulčić-Nakić V, Pajević I, Hasanović M, Pavlović S, Ljuca D. Psychological Problems Sequelae in Adolescents after Artificial Abortion. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012;25(4):241-7.
 24. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*. 2009;17(4):268-90.
-

Correspondencia:

Daniel Sergio Silva Dominguez

Dirección: Pasaje Bayovar 124, Urbanización Astete Maranga, San Miguel, Lima, Perú.

Teléfono: (+51) 940956415

Correo electrónico: dsilvadominguez.89@gmail.com