

ABORTO ESPONTÁNEO DE PRIMER TRIMESTRE. EL DUELO INVISIBLE

Avortament espontani de primer trimestre. El dol invisible

First Trimester Miscarriage. Invisible Mourning

Camila Alarcón-Catalán¹, Sofía Romero-Marchant², Marisa Villagran-Becerra³, Paula Cabello-Hidalgo⁴, Barbara Padilla-González⁵

Autora correspondencia: Marisa Villagrán Becerra

Correo electrónico: mvillagran@uchile.cl

1. Matrona. Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5768-2849>

2. Matrona. Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9385-5722>

3. Magíster en Psicología. Matrona, Psicóloga. Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1718-4462>

4. Matrona. Académica. Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0497-0585>

5. Matrona. Servicio Salud Metropolitano Occidente. (*Santiago, Chile*)

Recibido: 11/09/2023

Aceptado: 18/03/2024

Publicado: 31/05/2024



RESUMEN

OBJETIVO. El objetivo del estudio fue describir la experiencia durante la atención hospitalaria de gestantes de primer trimestre ingresadas por aborto espontáneo y sus vivencias luego del alta postaborto. **MÉTODO.** Estudio cualitativo con muestreo no probabilístico. Se utilizó la base de datos de un hospital de alta complejidad de Santiago de Chile, siendo el tamaño muestral de 9 participantes definido por el criterio de saturación. Se recolectaron los datos con una entrevista semiestructurada y se procesaron realizando análisis narrativo. **RESULTADOS.** Fueron categorías identificadas: emociones y sentimientos de las madres relacionadas al aborto, que incluye el rechazo del embarazo, el miedo a otra gestación y la vivencia emocional de las parejas. Otra categoría fue la relación interpersonal con prestadores, pareja y familia, en la que se destacó el trato a la usuaria, el prejuicio sobre la causa del aborto, la cantidad y calidad de información entregada sobre el diagnóstico y los procedimientos; también se reconocieron los ritos en los primeros días postaborto y el estado psicológico de la mujer posterior al aborto. Fue una categoría emergente la visión social del aborto voluntario. **CONCLUSIÓN.** Las habilidades comunicacionales del profesional y la capacidad de acompañar la experiencia emocional ante la pérdida reproductiva influyen en la salud mental, el proceso de duelo y la valoración de la madre sobre la calidad de la atención. El seguimiento de la condición psicológica de la usuaria es insuficiente.

Palabras clave: duelo, aborto, duelo perinatal.

RESUM

OBJECTIU. L'objectiu de l'estudi va ser descriure l'experiència durant l'atenció hospitalària de gestants de primer trimestre ingressades per avortament espontani i les seves vivències després de l'alta post avortament. **MÈTODE.** Estudi qualitatiu amb mostreig no probabilístic. Es va utilitzar la base de dades d'un hospital d'alta complexitat de Santiago de Xile, sent la grandària mostral de 9 participants definit pel criteri de saturació. Es van recol·lectar les dades mitjançant una entrevista semiestructurada i es van processar realitzant anàlisi narrativa. **RESULTATS.** Es van identificar les següents categories: Emocions i sentiments de les mares relacionades amb l'avortament, que inclou el rebuig de l'embaràs, la por a una altra gestació i la vivència emocional de les parelles. Una altra categoria fou la Relació interpersonal amb prestadors, parella i família, en la qual destaca el tracte ofert a la usuària, el prejudici sobre la causa de l'avortament, la quantitat i qualitat d'informació lliurada sobre el diagnòstic i els procediments; també es van reconèixer els ritus en els primers dies post avortament l'estat psicològic de la dona posterior a l'avortament. Fou una categoria emergent la visió social de l'avortament voluntari. **CONCLUSIÓ.** Les habilitats comunicacionals del professional i la capacitat d'acompanyar l'experiència emocional davant la pèrdua reproductiva, influeix en la salut mental, en el procés de dol i en la valoració de la mare sobre la qualitat de l'atenció. El seguiment de la condició psicològica de la usuària és insuficient.

Paraules clau: dol, avortament, dol perinatal.

ABSTRACT

AIM. The objective of the study was to describe the experience during hospital care of first trimester pregnant women admitted for spontaneous abortion and their experiences after post-abortion discharge. **METHOD.** Qualitative study with non-probabilistic sampling. The database of a high-complexity hospital in Santiago de Chile was used, with the sample size being 9 participants defined by the saturation criterion. Data were collected with a semi-structured interview and processed by performing narrative analysis. **RESULTS.** Categories were identified: Emotions and feelings of mothers related to abortion, which includes rejection of pregnancy, fear of another pregnancy and the emotional experience of couples. Another category was the Interpersonal relationship between providers, couples and family, which highlights the treatment of the user, prejudice about the cause of abortion, the quantity and quality of information provided about the diagnosis and procedures. The rituals in the first days after abortion and the psychological state of the woman after the abortion were also recognized. The social vision of voluntary abortion was an emerging category. **CONCLUSION.** The communication skills of the professional and the ability to accompany the emotional experience of reproductive loss influence mental health, the grieving process and the mother's assessment of the quality of care. Monitoring of the user's psychological condition is insufficient.

Keywords: Grief, Abortion, Perinatal Grief.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el aborto como la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso o de menos de 22 semanas de edad gestacional (González, 2018). Cerca de un 15% de las gestaciones clínicamente evidentes terminan en un aborto espontáneo y el 80% de estos ocurren antes de la semana 12 de gestación, es decir, dentro del primer trimestre, siendo la causa más frecuente las anomalías genéticas (Surette y Dunham, 2014).

En Chile, según la última información oficial aportada por el Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS), con respecto al total partos y abortos atendidos, en el año 2016 el 9,44% de las gestaciones totales fueron notificadas como abortos. En estos datos no se puede distinguir entre aborto voluntario y espontáneo, ya que solo a partir de septiembre de 2017 con la promulgación de la Ley N° 21.030, se despenaliza en Chile la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales: 1. riesgo vital, 2. inviabilidad fetal y 3. violación sexual, sujeta esta causal a plazos acotados.

Tal como describen García (2014) y Díaz (2016), el duelo es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido, un objeto o un evento significativo para la persona, que habitualmente no requiere tratamiento. Se considera un proceso que requiere tiempo para su resolución, que es dinámico y único según varíe el comportamiento que adopte la persona afectada; las emociones experimentadas y la duración e intensidad con la que se vive el duelo dependen del tipo de relación o cercanía que haya habido entre la persona y el fallecido, situación u objeto que ha desencadenado el duelo. Es un proceso que afecta aspectos físicos, psicológicos y sociales, donde podemos observar una diversidad de emociones como tristeza, apatía, angustia, abatimiento, ira, frustración, enfado, culpa, entre otras (Santos 2015).

Kübler-Ross ofrece una clasificación de las etapas del duelo en 5 fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (acrónimo NINDA), que permiten identificar lo que una persona podría sentir al experimentar un duelo. Estas fases se presentan en distinta intensidad, orden y/o duración según el sujeto y el tipo de pérdida (Pereira, 2010).

Se hace una distinción entre duelo normal y duelo anormal, siendo este último definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V 2014) como trastorno de duelo complejo persistente, caracterizado por una pena intensa, persistente y por reacciones de luto (Girault 2020), mientras que en la onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el sistema de clasificación de enfermedades más utilizado en la

atención primaria, se identifica como Trastorno de duelo prolongado (código: 6B42), descrito como una respuesta de dolor persistente y generalizada, con una duración mayor a 6 meses desde la pérdida del ser querido, caracterizada por sentimientos de tristeza, nostalgia y/o preocupación y acompañada por un intenso dolor emocional.

La evidencia acuñada por Girault (2020) muestra que la probabilidad de que una persona desarrolle un duelo patológico o complejo se puede reducir cuando los profesionales de salud que realizan la atención identifican los factores de riesgo que dificultan la resolución de este proceso. También se debe ofrecer tratamiento ante el diagnóstico de duelo patológico, porque además de experimentar sufrimiento, este es una fuente de disfunción social, laboral y familiar. Boelen (2017) y Johanssen (2019) añaden que este fenómeno produce reacciones a nivel endocrino y de neurotransmisores propios de la respuesta a una fuente de estrés, asociado a la liberación de cortisol, hormona del crecimiento, prolactina, adrenalina, noradrenalina, entre otros.

El duelo perinatal corresponde a la experiencia desencadenada por la pérdida de una gestación en cualquier etapa de ésta, siendo en las pérdidas tempranas cuando la mujer suele sentirse culpable y traicionada por su cuerpo. La pérdida del embrión o feto, según la edad gestacional, incluye la pérdida del bebé imaginario que se crea en los primeros meses de la gestación, acompañado de la ilusión de ser madre y/o padre. Estas pérdidas habitualmente no se visibilizan como causa de duelo, haciendo que madres y padres vivan frecuentemente este momento doloroso en silencio (Neira, 2017; Martín, 2017).

El duelo perinatal es un tema que carece de reconocimiento y validación a nivel social, siendo transitado en silencio como tabú, invisibilizado, por lo que la persona no expresa abiertamente su experiencia, ni recibe respaldo de su entorno. Estudios realizados por Larivière-Bastien (2019) y Richard-Cassidy (2021) muestran que esto conlleva procesos de privación de derechos de reconocimiento y expresión del duelo, arraigados en el estigma a niveles estructurales y locales. Los sentimientos de vergüenza y culpa tras una pérdida perinatal que experimentan muchas mujeres se exacerban ante el silenciamiento cultural, por lo cual se intensifica la sensación de dolor y el deseo de ser contenidas. Es así como el proceso de duelo se desenvuelve en un ambiente de soledad, dado que la falta de apoyo no solo proviene del círculo familiar y social, sino también del ámbito sanitario (Páez-Cala, 2019).

Además, se han observado diferencias entre madres y padres ante la pérdida gestacional, dando habitualmente mayor atención a la mujer, ya que al estar involucrada físicamente se hace más visible su dificultad. También existen diferencias en cómo se manifiesta y expresa el duelo,

siendo la mujer muchas veces quien busca apoyo social o profesional (Díaz 2016; Martín 2017), mientras que el proceso de duelo del padre suele ser postergado ante la responsabilidad de apoyar a la pareja, realizar trámites de hospitalización, responder a las preguntas de la familia y regresar de forma casi inmediata a su actividad laboral habitual.

Un duelo perinatal no resuelto puede llevar a un duelo patológico, pudiendo afectar a las parejas en diferentes grados, especialmente en fechas claves o en situaciones que rememoran el evento traumático. También la mujer y la pareja pueden sufrir ansiedad y miedo de volver a tener una pérdida, pudiendo afectar una siguiente gestación (Neira, 2017). Mientras que dentro de la relación de pareja muchas veces pueden haber reproches y un distanciamiento gradual, especialmente si la madre no se siente entendida o percibe que el padre no está siendo afectado de igual manera por la situación que están viviendo, surgiendo habitualmente disputas por falta de comunicación, desigualdad de opinión, ataques y continuos reproches entre uno y otro por lo sucedido (Díaz, 2016; Martín, 2017).

El apoyo emocional entre madres y padres durante el proceso de duelo es considerado un factor protector de resultados psicológicos negativos o desarrollo de un duelo patológico. El apoyo de familiares, amigos y la comunidad, son factores que pueden ayudar a los padres a disminuir sentimientos negativos y su persistencia, mientras que la efectividad de las intervenciones se relacionan con las experiencias personales, elementos culturales, sociales y la calidad de la atención otorgada por el personal de salud desde el diagnóstico hasta el término del proceso de duelo (Gabbe, 2019).

Aunque existe abundante evidencia sobre el duelo perinatal, los estudios sobre las pérdidas gestacionales del primer trimestre y cómo estas son vivenciadas por las madres es escasa. Por ello el objetivo de este estudio fue describir la experiencia de madres durante la atención hospitalaria de un aborto espontáneo en el primer trimestre de gestación y la evolución del proceso de duelo posterior al alta.

PERSONAS/MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio con metodología cualitativa, de tipo descriptivo, con muestreo opinático. Fueron criterios de inclusión haber tenido un aborto espontáneo en el primer trimestre de gestación entre uno y dos años antes de participar en el estudio y ser mayor de 18 años; se excluyeron a quienes cursaron otro duelo y/o tuvieron otra hospitalización en el último año; personas en tratamiento con psicofármacos; y mujeres que cursan una gestación al momento del estudio.

Haciendo uso de la base de datos de un hospital público de alta complejidad en Santiago de Chile, se identificó a las mujeres atendidas por pérdida reproductiva de primer trimestre. A este grupo de pacientes se les contactó por vía telefónica para explicar los objetivos de la investigación y luego invitar a participar voluntariamente en el estudio a quienes cumplieran con los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano correspondiente al hospital y cada entrevistada accedió a un consentimiento informado sobre su participación, que fue enviado vía correo electrónico y ellas devolvieron firmado. Ante la posibilidad de que la entrevista pudiese generar una reactivación de experiencias traumáticas asociadas al proceso de entrevista, se contó con la opción de acceder a una atención psicológica para evaluación y derivación, sin costo para la entrevistada.

La caracterización de la muestra se describe según: edad, escolaridad, número de hijos, planificación del embarazo, número de abortos previos y fecha del aborto. Se incluyó una gestación múltiple con aborto ectópico y normotópico (**Tabla 1**)

Tabla 1. Caracterización de la muestra.

Código	M1-0320	M2-0320	M3-0320	M4-0420	M5-1019	M6-0819	M7-1119	M8-1119	M9-1119
<i>Edad</i>	36	25	37	18	39	35	32	28	46
<i>Escolaridad</i>	Superior Completa	Media incompleta	Media incompleta	Media incompleta	Media completa	Media completa	Tec. Superior completa	Superior completa	Superior completa
<i>N° de hijos</i>	2	3	4	1	2	2	0	0	1
<i>Embarazo planificado</i>	No	Si	No	No	No	Si	No	No	No
<i>Tipo de embarazo</i>	Heterotópico	Único	Único	Único	Único	Único	Único	Único	Único
<i>N° de abortos</i>	2	1	2	1	2	1	1	1	1
<i>Fecha aborto</i>	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Octubre 2019	Agosto 2019	Noviembre 2019	Noviembre 2019	Noviembre 2019

Leyenda: M: Madre. Caracterización de la muestra según: edad, escolaridad, número de hijos, planificación del embarazo, tipo de embarazo, número de abortos y fecha del aborto relatado en la entrevista.

Los datos se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada, aplicando una pauta validada por expertos (**Tabla 2**). Dadas las condiciones que impuso la pandemia, las entrevistas se realizaron a través de videoconferencia en la plataforma *Meet* por dos de las investigadoras. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente 60-90

minutos y fueron grabadas en formato video y/o audio, siendo luego transcritas literalmente por las mismas entrevistadoras. Se resguardó la identidad de las participantes a través de un código construido con el número de entrevista y la fecha en que se produjo el aborto. Terminado el estudio el registro audiovisual fue eliminado.

Tabla 2. Guion entrevista semiestructurada

Tema I: Información general
<ul style="list-style-type: none"> A. ¿Cuál es su nombre? B. ¿Cuál es su edad? C. ¿Escolaridad? D. ¿Está en pareja actualmente? E. ¿Tiene hijos?, ¿Cuántos? F. ¿Ha tenido otros abortos? G. ¿En qué fecha aproximadamente tuvo/tuvieron el aborto? H. ¿En que contexto se presento este embarazo que termino en aborto?
Tema II: Ingreso al centro de salud
<ul style="list-style-type: none"> A. ¿En qué contexto llegó al centro de salud donde fue atendida? B. ¿Nos podría contar qué cosas pasaron al ingresar al centro de salud?
Tema III: Hospitalización por aborto
<ul style="list-style-type: none"> A. ¿Qué ocurrió en su estadía en el hospital durante el aborto? / ¿Cómo vivió usted la estadía de su pareja o madre de su hijo/a en el hospital durante el aborto? B. ¿Nos podría contar qué sucedió durante su hospitalización una vez ocurrido el aborto? / ¿Nos podría contar cómo vivió usted la hospitalización de su pareja o madre de su hijo/a una vez ocurrido el aborto?
Tema IV: Experiencia de duelo en los 2 primeros años post aborto.
<ul style="list-style-type: none"> A. Desde el alta del hospital por aborto hasta hoy ¿Qué ha sucedido en relación a esa vivencia? ¿Cómo ha influido en su vida?
Tema V: Redes de apoyo para madres y padres durante el proceso de duelo post aborto.
<ul style="list-style-type: none"> A. ¿Hubo personas o situaciones que influyeron en cómo vivió/vivieron su experiencia? ¿De qué forma?

Se realizó análisis de contenido a través de un proceso de codificación abierta, generando categorías que responden a los objetivos del estudio (González-Teruel, 2015). Se realizó triangulación de los resultados entre todo el equipo de investigadoras y evidencia teórica. El tamaño muestral se basó en el criterio de saturación teórica.

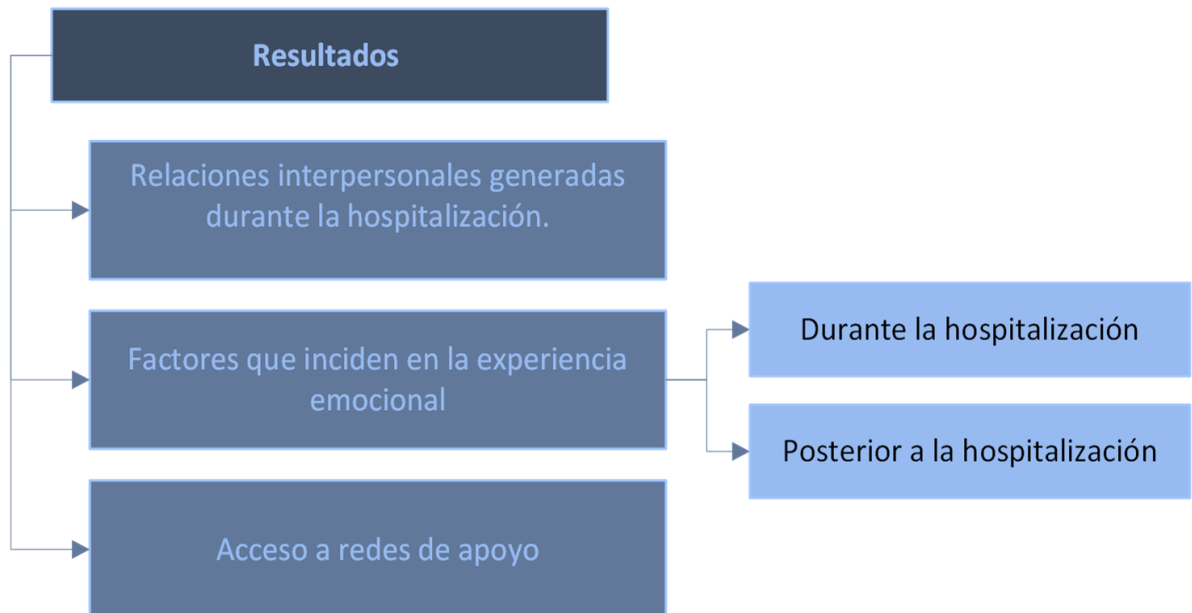
Inicialmente la investigación buscaba explorar la experiencia de hombres y mujeres ante el aborto de primer trimestre. La limitación del estudio fue haber logrado la participación solo de un hombre, pareja de una mujer que abortó, por lo que se tomó la decisión de describir solo la vivencia de las madres.

RESULTADOS

Del análisis de los datos se obtuvieron tres categorías y dos subcategorías que responden al objetivo general del estudio (ver Gráfico 1 y Figura 1).

CATEGORÍAS
1. Relaciones interpersonales generadas durante la hospitalización.
2. Factores que inciden en la experiencia emocional Subcategorías: <ul style="list-style-type: none">- Durante la hospitalización- Posterior a la hospitalización
3. Acceso a redes de apoyo

Gráfico 1: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Relaciones interpersonales generadas durante la hospitalización.

En esta categoría se distinguen: la interacción con la institución, el prestador de salud y la familia.

Respecto a la institución, la calidad de la atención se asocia principalmente a la forma de interactuar del personal sanitario con la usuaria. Se identificó una «mala calidad» de atención como una característica propia del sistema público de salud. Esta atención no fue satisfactoria al no ser visibilizado ni respetado por los prestadores el duelo ante la

pérdida reproductiva, lo que influyó finalmente en la calidad de la experiencia global percibida.

La atención fue nefasta, súper mala, como inhumana, así como que...
eres joven, perdiste la guagua, no te va a pasar nada **M2-0320**

Se describieron conductas referidas al trato con la usuaria, el que varió desde acciones cordiales y gentiles, a un trato impersonal, con falta de empatía y de respeto hacia la mujer, pudiendo llegar incluso a actitudes amenazantes. Hubo acciones del personal hospitalario como la entrega de frases tranquilizadoras, el contacto físico a través de un abrazo o una caricia, que permitieron a estas mujeres disminuir la ansiedad, el dolor, el miedo y la tristeza que experimentaban en este proceso. Por el contrario, otras participantes percibieron que la atención estaba influenciada por los prejuicios del equipo profesional sobre el origen del aborto. El supuesto de un aborto provocado por la mujer, aun sin fundamento para ello, se tradujo en una atención donde estas se sintieron vulnerables y agredidas.

La funcionaria me decía que si yo no me callaba ella me iba a dormir, porque habían guaguas [...] una enfermera se compadeció de mí y me dijo que sospechaban que yo me había hecho el aborto y que tal vez por eso me trataban mal. **M2-0320**

Las entrevistadas atribuyen el actuar distante y la falta de empatía del personal de salud a una pérdida de sensibilidad hacia estas situaciones, probablemente por ser algo que ellos enfrentan frecuentemente y que se traduce en una atención no centrada en las necesidades emocionales de las usuarias.

... faltó que tuvieran un poco más de respeto, no les digo que hayan sido más cariñosos, porque ellos viven eso todos los días, pero igual... no sé, que hayan sido distintos... más empáticos. **M4-0420**

... le iba a pedir a la doctora las ecografías, todo lo que tenía, y ahí fue cuando me los rompió y tiró a la basura... Me sentí pésimo, me sentí mal, me estaba arrancando lo último que me quedaba del bebé... Me quedé helada, con rabia y salí. **M9-1119**

Otro elemento relevante de la comunicación del personal de salud con las mujeres es la entrega de información sobre el diagnóstico y procedimientos a realizar. Esta fue entregada principalmente por médicos ginecólogos, anestesistas y matronas. Aquellas mujeres que no tenían conocimiento sobre los procedimientos a los que serían expuestas durante la hospitalización, lo vivieron con más nerviosismo y temor, mientras que

aquellas que recibieron educación de parte de los profesionales y tuvieron la posibilidad de resolver sus dudas, vivieron la experiencia con mayor tranquilidad.

(el anestesiólogo) fue muy amable conmigo, se dio el tiempo de explicarme, de darme un ejemplo... entonces yo con eso me quede tranquila... **M8-1119**

La doctora que me atendió me dijo que me quedara callada, que era una «alharaca», que estaba exagerando. **M2-0320**

Se describieron acciones que denotan una falta de respeto a la intimidad física y emocional de las mujeres. Son ejemplos de esto que el vestuario clínico de las usuarias no cubría las partes privadas del cuerpo y que durante los procedimientos ellas fueron expuestas a personal no indispensable, tales como profesionales y estudiantes en práctica. Tampoco se procuró que los espacios físicos (habitaciones y pabellones) resguardaran la intimidad emocional, impidiendo el descanso y la tranquilidad requerida, ya que estos eran espacios ruidosos, con alto flujo de personas, compartidos con mujeres que estaban con sus recién nacidos.

Esta parte me da mucha pena recordarla. Entraron cinco estudiantes de medicina a mirar, todos hombres... Ahí me puse a llorar, y me dio taquicardia. ¡No! Eso fue demasiado para mí... sentí que era un espacio un poco expuesto, que en cualquier momento iba a ingresar alguien más y me iba a ver ahí, y yo en todo momento trataba de cubrirme y él médico me decía «¡No! no te cubras, no te tapes, ¡no!», pero igual yo soy muy pudorosa. **M8-1119**

Durante la estadía hospitalaria, la imposibilidad de que la pareja y la familia puedan acompañar a la mujer, así como las dificultades para tener comunicación directa con ellos, generó sentimientos de aislamiento y falta de contención emocional.

Yo lo único que quería era ver a mi esposo, recibir un abrazo y llorar, nada más... yo me sentía más triste al estar ahí sola ... muy triste. **M3-0320**

Factores que inciden en la experiencia emocional

Durante la hospitalización

Un aspecto que influyó en la experiencia emocional frente al aborto fue la relación de las mujeres con la gestación. En las gestaciones planificadas las emociones frente al aborto más frecuentes fueron: frustración, tristeza, aflicción y miedo. De las gestaciones no planificadas algunas fueron aceptadas, mientras otras solo la consideraron como un obstáculo en el contexto en que la mujer se encontraba, por lo que fueron completamente

rechazadas experimentando sentimientos de ambivalencia entre tristeza y alivio frente al aborto.

Algunos factores que contribuyeron al rechazo del embarazo fueron: los cambios físicos que el proceso conlleva, otros hijos con enfermedad grave, malas experiencias con la lactancia, el agotamiento materno o la separación de la pareja.

Las mujeres multíparas, identificaron como una fuente de angustia el informar a los hijos la presencia de la gestación y luego explicar la ocurrencia del aborto.

El haber tenido previamente síntomas de aborto u otros abortos, permitió vivir de una forma más tranquila la pérdida de la gestación, siendo predominantes los sentimientos de tristeza y vacío. También se expresaron sentimientos de resignación e incluso consuelo al pensar que esto sucedió de forma temprana, antes de formar un vínculo mayor con el hijo o hija en gestación.

Para algunas mujeres ver el embrión o restos embrionarios fue una experiencia traumática, ya que las hizo constatar y enfrentar la realidad de haber estado gestando.

Verlo me hizo sentir que sí ocurrió, no sé si es una lección, pero fue decirme: «¡Mira!, aquí estoy», fue como «Existí». **M1-0320**

La percepción de las mujeres respecto a la vivencia emocional de sus parejas fue variada, para algunas, sus parejas quedaron más afectadas o les dolió mucho más la pérdida que a ellas mismas, mientras otras consideraron que la respuesta de su pareja fue de indiferencia y sin capacidad de empatizar con ellas, lo que se tradujo en discusiones y distanciamiento.

Él estaba muy preocupado, estaba agobiado, triste. Siento que a pesar de que no fue planificado, de igual manera los dos teníamos expectativas. **M8-1119**

Yo veía que la vida de él seguía normal, como que nada había cambiado. De hecho, en algún momento pensé que para él el aborto era lo mejor que le podía haber pasado. **M5-1019**

Ahí de repente teníamos nuestros conflictos, porque yo le decía: «por mucho que tú estuviste conmigo, jamás vas a sentir lo que yo sentí». **M7-1119**

Posterior a la hospitalización

Durante los primeros días post aborto, fuera del contexto hospitalario, aun siendo una gestación de pocas semanas, algunas mujeres describieron una actitud indiferente ante otras situaciones dolorosas, con un grado variable de bloqueo emocional; mientras en

otras hubo un estado de tristeza, ansiedad y culpa, que se manifestó como labilidad emocional expresada en llanto reiterado, aislamiento social y pensamientos que buscaban definir si eran las responsables de lo sucedido. La ausencia de sentimientos de culpa facilitó la aceptación de la vivencia, permitiéndoles experimentar tranquilidad y alivio ante el término de la gestación.

Yo siempre he sido super hermética y estuve así unos seis meses. Subí como 500 kilos por la misma ansiedad y la depresión... También me sentía un poco culpable, porque uno igual se cuestiona el porqué. **M5-1019**

Me sentía súper tranquila de que yo no había hecho nada mal. Era un embarazo planificado, y me estaba cuidando en la alimentación y todo lo demás. **M6-0819**

Para sobrellevar la pérdida se realizaron acciones tales como: aislarse de los demás, mudarse de casa temporalmente, realizar actividades que generaban satisfacción como ver películas o escuchar música, continuar con las actividades de la vida diaria, ocuparse de los otros hijos y reintegrarse rápidamente al trabajo, intentando evitar el recordar la experiencia y el dolor asociados al aborto. Algunas de ellas experimentaron el deseo de realizar algún tipo de ritual de despedida, pero que al no tener orientación sobre el tema, no lo ejecutaron.

Yo preferí encerrarme en mi pieza, fue mi luto. Yo ahí podía llorar, desahogarme, ver películas, tranquilizarme, si quería dormir todo el día, lo hacía... ni siquiera podía ponerle atención a mis otros hijos sin dejar de recordar lo ocurrido. **M2-0320**

Las mujeres relataron haber revivido la experiencia dolorosa de la pérdida ante la cercanía de la fecha probable de parto, los lugares en donde ocurrió el aborto o conversaciones sobre este. En el entorno fue frecuente el uso de frases que pretenden consolar, pero que pueden repercutir de forma negativa en la mujer. El apoyo en la pareja y la familia, especialmente la propia madre, les permitió sentirse acompañadas en el dolor.

Fueron unos 6 meses que estuve así, en que lo recordaba mucho. Yo creo que un poco después de la fecha en la que se suponía que iba a nacer lo pude soltar un poco en mi mente, porque estaba muy pendiente de la fecha en que iba a nacer. Después de esa fecha, yo me pude ir relajando y sintiendo mejor, como si hubiese terminado el embarazo. **M8-1119**

Algunos dicen: «¡Ay! sí era muy chiquitito, ¿por qué te emocionas tanto?» o «¿por qué lloras tanto?» **M4-0402**

Se identifica un sentimiento importante de miedo vinculado a dos fuentes primordiales. En primer lugar, no conocer la causa del aborto las enfrenta al riesgo de sufrir nuevamente una pérdida reproductiva en cualquier momento de la gestación. Otro elemento que generaba temor, era verse expuestas a sufrir malos tratos de parte del personal de salud en caso de requerir ser hospitalizadas por un aborto.

Me afectó, ... después sentí miedo de volver a intentarlo... de volver a pasar por lo mismo, o que teniendo ya un embarazo de 6 o 7 meses, volviera a tener una pérdida... **M6-0819**

Acceso a redes de apoyo

No ha existido de parte del sistema de salud apoyo ni seguimiento del estado psicológico de la mujer posterior al aborto, lo que da cuenta de la falta de visibilización de este duelo, haciendo que la mayoría de las mujeres no busquen atención psicológica profesional. Solo algunas mujeres acceden a ésta, a través del sistema privado de atención de salud. Por otra parte, han surgido agrupaciones como «Matrona Amiga», que se han encargado de implementar estrategias para acompañar el duelo.

Como que me dieron el alta y ya, ¡Adiós!. **M4-0420**

Del hospital nunca me preguntaron si yo emocionalmente había quedado bien. ¡Jamás!, jamás tuve una preocupación del hospital. **M5-1019**

DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Bautista, en el Hospital Universitario general de Valencia, las mujeres diagnosticadas con un aborto espontáneo en el servicio de urgencias relataron la invisibilización de la experiencia emocional en un aborto que incluye tristeza, irritabilidad, angustia, culpa, evitación o euforia y la frialdad expresada por algunos profesionales durante la atención, lo que se repite en las publicaciones de Neira (207) y Martin (2017). Este estudio reveló una atención carente de empatía y respeto, siendo frecuentes los episodios en los cuales fue invalidada la experiencia y la expresión emocional de la mujer y su pareja, dónde se hicieron explícitos los prejuicios respecto al aborto, descuidando además la intimidad física y emocional de las usuarias, llegando en algunas ocasiones a acciones irrespetuosas, que causaron que la experiencia fuera insatisfactoria y marcada por la sensación de vulneración de sus derechos.

Hay evidencia que vincula la carencia de habilidades de comunicación con conductas de evitación y el desconocimiento de los profesionales sobre cómo proporcionar cuidados

integrales, otorgando mayor atención a los cuidados físicos que a las necesidades emocionales (Demontigny, 2020). Es crucial destacar que esta situación incide directamente en la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, dado que otros estudios como el de Bouquet De Durán (2012) también han revelado la importancia de la atención centrada en la usuaria, identificándola como un factor protector de problemas de salud mental luego de experimentar un aborto espontáneo. Un aspecto relevante de esta atención, es la relación entre los prestadores y las mujeres durante la hospitalización, ya que no solo impacta la dimensión física, sino que genera consecuencias a nivel del bienestar emocional y de la salud mental de las mujeres, que se manifiestan durante la hospitalización y que persisten luego del egreso, repercutiendo finalmente en su interacción con su red social a nivel familiar y laboral esto ha sido declarado por numerosos autores como García (2014), Santos (2015) Rebolo (2017) y Almeida (2022), lo que emergió como resultado de este estudio, en el que además se identificaron como acciones tangibles que permitieron a las mujeres vivir la experiencia con mayor tranquilidad, la entrega de información y educación, el uso de frases tranquilizadoras o el contacto físico de parte de los/las profesionales.

Por otra parte, la evidencia disponible según Andre (2016) y Villagrán (2020) y este estudio coinciden en que existe una cultura donde se visualiza como un buen profesional a quién es capaz de mantener distancia emocional, denotando una escasa valoración de la emocionalidad del prestador. Esta invisibilización de las emociones del profesional frente al duelo y otras vivencias de la dimensión laboral y personal generan en ellos un desgaste de la salud física y mental, pudiendo experimentar el cuadro descrito como síndrome de *burnout*, lo que se puede traducir en una atención deficiente hacia las mujeres y sus familias.

Un estudio realizado en Canadá mostró que dos tercios de los participantes no recibieron información sobre los recursos disponibles después del aborto espontáneo, más de la mitad no tuvo seguimiento médico y relataron que les hubiera gustado recibir información sobre el apoyo comunitario (Rebolo, 2017; Almeida, 2022), lo que también se vio reflejado en los resultados de esta investigación. Posteriormente a este estudio, en el año 2021 en Chile se promulgó la «Ley Dominga» como resultado de las acciones de un grupo organizado de profesionales y mujeres con experiencias insatisfactorias en la atención de un aborto. Esta ley establece estándares técnicos y administrativos que permiten mejorar la experiencia de las familias que viven el duelo gestacional,

fortaleciendo el rol protector del equipo de salud. Esta norma considera tanto el acompañamiento durante la hospitalización como el seguimiento y la continuidad de los cuidados posterior al egreso.

CONCLUSIONES

La atención de salud es un evento crítico en el que los usuarios son altamente sensibles a la comunicación verbal y no verbal, por lo que se debe ser riguroso en las acciones de cuidado físico y emocional.

Se debe visibilizar la trascendencia que tiene la atención en salud en la dimensión emocional, reconociendo su vinculación con la salud mental de las mujeres, que se manifiesta en las relaciones a nivel familiar, de pareja, en el cuidado de los hijos, el desempeño social y laboral. En relación con la atención recibida ante un aborto, la experiencia emocional puede generar dificultades en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, siendo esta falta de cuidado integral una trasgresión a los derechos sexuales y reproductivos de estas.

Existe una suerte de azar en la calidad de la atención de salud, lo que se agrava en contextos de atenciones de urgencia, quedando las mujeres expuestas a recibir malos tratos ante la falta de competencias del prestador en la atención emocional, quien a su vez puede verse afectado por estas mismas exigentes condiciones de trabajo, con consecuencias emocionales como el *burnout*, generando un ciclo relacional que profundiza las secuelas emocionales del aborto.

Por lo tanto, se hace imperativo que todos los profesionales de salud cuenten con competencias para ofrecer una atención integral y de calidad, que incorpore los valores éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, con el fin de proveer una atención libre de prejuicios, respetuosa de su autonomía, derechos, requerimientos físicos y emocionales para otorgar una satisfacción global a las necesidades de cada mujer.

Son líneas de investigación necesarias el estudio de la experiencia de hombres cuyas parejas han vivido una pérdida reproductiva de primer trimestre y la visión de las mujeres sobre el aborto en casos de embarazos por falla del método anticonceptivo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las madres que de forma desinteresada participaron en el estudio compartiendo generosamente sus experiencias, reviviendo lo sucedido y llevando a palabras todo lo que sintieron en ese momento de tanta vulnerabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. G.; PAREDES, M. *Efectos del aborto sobre la salud mental de las mujeres*. Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad Central del Ecuador, 2022. Disponible en: <https://shorturl.at/Fub0m>
- ANDRE, B., et al. Culture of Silence: Midwives, Obstetricians, and Nurses Experiences with Perinatal Death. En: *Clinical Nursing Studies*, vol. 4, núm. 4.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Disponible en: <https://shorturl.at/AOjHr>
- BAUTISTA, B., et al. Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo. En: *Revista Matronas Profesión*. 2017, vol. 18, núm. 1.
- BOELEN, P. A. SMID, G. E. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. En: *BMJ*. 2017, vol. 357.
- BOUQUET DE DURÁN, R. Aborto espontáneo. En: *Liberabit, revista de psicología*. 2012, vol. 18, núm. 1, pp. 53-58.
- DEMONTIGNY, F., et al. Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. En: *Revista latino-americana de enfermagem*. 2020, vol. 28, pp. 33-50.
- DÍAZ, P. *Guía duelo infantil*. Fundación Mario Losantos del Campo, 2016.
- GABBE, S., et al. Asistencia posparto y consideraciones de salud a largo plazo. En: *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. 2019, pp. 537-538.
- GARCÍA, C. Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. En: *Revista Cubana Medicina General Integral*. 2014, vol. 30, núm. 1.
- GIRAULT, N. Duelo normal y patológico. En: *EMC Medicina*. 2020, vol. 24, pp. 1-9.
- GOBIERNO DE CHILE. *Aplicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*. Biblioteca del Congreso Nacional, 23 de Noviembre de 2017.
- GONZÁLEZ-MERLO, J., et al. Patología del Embarazo: Aborto. En: *Elsevier España*. 2019, pp. 319-335.

- GONZÁLEZ-TERUEL, A. Estrategias metodológicas para la investigación del usuario en os medios sociales: Análisis de contenido, teoría fundamentada y análisis del discurso. En: *Profesional de la información*. 2015, vol. 24, núm. 3, pp. 321-328.
- JOHANNSEN, M., et al. Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. En: *Journal of affective disorders*. 2019, vol. 253, pp. 69-86.
- KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. *Sobre el duelo y el dolor*. Editorial Luciérnaga, 2015.
- LARIVIÈRE-BASTIEN, D., et al. Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. En: *Journal of emergency nursing*. 2019, vol. 45, pp. 670-676.
- MARTÍN, M. *Duelo perinatal*. Colegio de enfermería de Madrid, 2017.
- MURPHY, S.; CACCIATORE, J. *The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families*. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 2017.
- NEIRA, F. *Duelo Perinatal*. Madrid: Síntesis, 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *CIE-11 Estadísticas de morbilidad y mortalidad*. Disponible en:
<https://icd.who.int/browse11/lm/es#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- PÁEZ-CALA, M.; ARTEAGA, L. *Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral*. Archivos de Medicina. 2019, vol. 19, núm. 1, pp. 32-45.
- PEREIRA, R. Evolución y Diagnóstico del Duelo Normal y Patológico. En: *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2010, vol. 17, núm. 10, pp. 656-663.
- REBOLO-BRAVO, B. *Experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo: Revisión narrativa*. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680632/rebolo_bravo_beatriztfg.pdf?se
- RICHARD-CASSIDY, P. The Disenfranchisement of Perinatal Grief: How Silence, Silencing and Self-Censorship Complicate Bereavement (a Mixed Methods Study). En: *Journal of Death and Dying*. 2021, vol. 88, núm. 22.
- SANTOS, P., et al. *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremeño de Salud. Disponible en:
www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- SURETTE, A. M.; DUNHAM, S. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. MacGraw Hill, 2021.
- VILLAGRAN-BECERRA, M., et al. Duelo perinatal: experiencias del profesional matrona/matrón ante la muerte. En: *Revista Matronas*. 2020, vol. 8, núm. 2.