



Universidad Autónoma de Madrid.

Experiencias de las mujeres en el **aborto espontáneo: Revisión** **narrativa**

Grado en Enfermería: Trabajo de fin de grado
Curso 2016/2017

Beatriz Rebolo Bravo
Tutora: Mercedes Martínez Marcos
Tres de Mayo de 2017

Agradecimientos

Me gustaría agradecerle este trabajo a mi tutora, Mercedes Martínez, por resolverme todas las dudas, reunirse conmigo siempre que lo he necesitado, guiarme en la realización de este trabajo y hacer que sea posible.

También agradecerse a mi hermana Laura por releerse mi trabajo siempre que se lo he pedido, mostrar muchísimo interés en el tema y apoyarme tanto.

Resumen

Objetivos: Conocer las experiencias de las mujeres que sufren un aborto espontáneo y su relación con los profesionales sanitarios.

Metodología: Revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cochane, Cinahl, PsycInfo de estudios publicados entre 2007 y 2017. Se establecieron criterios de inclusión, exclusión y limitadores.

Resultados: Se analizaron 14 artículos y se obtuvieron cuatro temas: 1) *Experiencias al inicio de los primeros síntomas*, 2) *experiencias durante el proceso del aborto*, 3) *experiencias tras el aborto* y 4) *el papel de los profesionales sanitarios en el aborto*. El primer tema expone como las mujeres viven los signos que indican el inicio del aborto, el segundo tema explica cómo se sienten las mujeres durante el tratamiento del aborto, el tercer tema manifiesta los sentimientos de las mujeres que surgen tras el aborto y cómo se enfrentan a ellos y el cuarto tema trata de la relación establecida con las mujeres durante el aborto y los cuidados que proporcionan los profesionales sanitarios.

Conclusión: El aborto espontáneo es un problema de salud que afecta a numerosas mujeres a lo largo de su vida reproductiva. La sintomatología física y las emociones experimentadas son particulares de cada mujer. Los profesionales sanitarios deben proporcionar cuidados de forma holística, ya que la calidad de estos influirá en el proceso de recuperación de las mujeres.

Palabras clave: Aborto espontáneo, aborto, cuidado enfermero, duelo, estudio cualitativo, satisfacción de los pacientes, personal enfermero del hospital, relaciones paciente-profesionales.

Abstract

Aim: To explore women's experiences of miscarriage and their relationships with health professionals.

Methodology: A narrative review was conducted using the databases Pubmed, Cuiden, Crochrane, Cinahl and PsycInfo searching studies published between 2007 and 2017. Inclusive, exclusive criteria and limiters were established.

Results: A total of 14 articles were analyzed and we obtained four main themes: *1) the experiences at the beginning of the first symptoms, 2) experiences during the abortion process, 3) after abortion experiences and 4) the health professionals's role in miscarriage.* The first theme symptoms presents how women deal with the signs that confirm the beginning of the miscarriage, the second theme deals with women's feelings during the miscarriage management, the third theme presents how women confront and deal with the feelings that appear after miscarriage and the fourth theme address the relationship established with the women during miscarriage and the care the health professionals give.

Conclusion: Miscarriage is a health problem that affects many women during their reproductive period of life. The physical symptoms and the emotions experienced are individual of each woman. Health professionals should give holistic care, as the quality of it will influence the women's healing process.

Keywords: Abortion spontaneous, miscarriage, nursing care, grief, qualitative research, patient satisfaction, hospital nursing staff and nurse-patient relations.

Índice

1. Introducción.....	7
2. Metodología.....	13
3. Resultados	17
4. Discusión	27
5. Conclusiones	31
6. Limitaciones.	33
7. Implicaciones para la práctica clínica.	35
8. Referencias bibliográficas	37
9. Anexos.....	43

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como “la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno” (1). A esta definición la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) añade: “de otro cualquier producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida y de si el aborto fue espontáneo o provocado” (2). Actualmente se considera que el feto es viable a partir de la semana 22 de gestación o cuando tiene un peso mínimo de 500 gramos. La interrupción del embarazo puede clasificarse:

Según la edad gestacional:

- **Temprana**, antes de las 12 semanas de gestación.
- **Tardía**, entre las 12 y 20 semanas de gestación.

(3)

Según el origen:

- **Aborto espontáneo o involuntario**: Pérdida del feto antes de las 22 semanas de gestación de forma involuntaria. Cuando esto ocurre después de la semana 22 de gestación se denomina muerte fetal (2).
- **Aborto inducido o provocado**: Interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no originado por problemas de salud de la misma o enfermedad del feto. En España al aborto inducido también se le denomina Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (4). En nuestro país, la IVE está regulada por la Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en la cual se diferencia entre la interrupción del embarazo por: 1) voluntad de la mujer tras violación (primeras 12 semanas), 2) por grave peligro para la salud física o psicológica de la embarazada (hasta las 22 semanas) y 3) por anomalías fetales graves (hasta 23 semanas de gestación) (5).

Según la etiología:

El aborto inducido tiene cuatro causas: 1) a petición de la mujer (influyen factores como la situación económica, que el embarazo no sea deseado o la estabilidad familiar entre otras); 2) por poner en riesgo la vida o salud de la mujer embarazada; 3)

por la existencia de anomalías graves en el feto incompatibles con la vida o una enfermedad incurable; 4) por riesgo de la aparición de estas anomalías (6).

El aborto espontáneo no tiene una clara relación causa-efecto que pueda explicar su incidencia por lo que su etiología es más complicada de determinar, pero existen ciertos factores asociados a su aparición entre los que se encuentran:

- Factores genéticos: En estos casos suele producirse por anomalías cromosómicas incompatibles con la vida.
- Factores infecciosos: Ciertas bacterias y virus pueden comprometer la salud fetal.
- Causas uterinas: Se incluye tanto el incorrecto funcionamiento del endometrio, que impide una implantación adecuada del feto, como la incapacidad del útero de crecer, expandirse y tener un adecuado mecanismo de cierre cervical.
- Factores endocrinos y otras enfermedades sistémicas: Aquí se incluyen ciertas enfermedades relacionadas con la alteración del funcionamiento del aparato endocrino como son la diabetes mellitus o el hipo e hipertiroidismo, además del déficit de ciertas hormonas, que influirían en el correcto desarrollo del feto.
- Factores inmunológicos: Ciertas enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso se relacionan con un aumento de la probabilidad de sufrir un aborto espontáneo, por el funcionamiento anormal del sistema inmune que puede llegar a atacar e impedir la implantación o posterior desarrollo del feto.
- Edad materna: Es el principal factor de riesgo. Existen estudios que sostienen que el porcentaje de riesgo de aborto aumenta especialmente a partir de los 35 años.

(7)

Una vez iniciado el proceso de aborto, la elección del tratamiento del mismo depende de si este es espontáneo o inducido:

En el aborto espontáneo, el tratamiento es fundamentalmente conservador hasta que se realice la confirmación diagnóstica. Previa a esta confirmación puede existir la amenaza de aborto, caracterizada por la aparición de sangrado en cantidad anormal pudiendo ir acompañado de dolor abdominal. Después puede realizarse un examen vaginal para visualizar el cuello del útero y su estado. Sin embargo, el diagnóstico confirmatorio que determina si se trata de una amenaza de aborto o de un aborto inevitable es la realización de una prueba de ultrasonido donde se comprobará si

existe latido fetal. El aborto cursa con la expulsión de restos fetales de forma completa o incompleta junto con la intensificación de los síntomas descritos anteriormente (3).

En este caso, el manejo del aborto puede ser a través de métodos quirúrgicos, farmacológicos, o una combinación de ambos. Otra opción es el manejo expectante, en el cual puede producirse la expulsión de los restos fetales junto con el sangrado sin requerir tratamiento, dejando que el aborto curse de forma natural sin influir en su producción. Por otro lado, se puede optar por el método quirúrgico, aspirando con cánulas los restos fetales previo a una dilatación del cuello del útero. Es posible que haya que administrar una combinación de fármacos como la Mifepristona y el Misoprostol (análogos de las prostaglandinas) para aumentar la dilatación uterina y las contracciones de la madre para que proceda a la expulsión del feto. En ambos casos, si continúa habiendo restos fetales en el interior del útero, se procederá a la realización de un legrado para su evacuación.

En el aborto inducido el tratamiento se orienta a identificar el mejor método de abordaje de la interrupción del embarazo. Para ello habrá que tener en cuenta la edad gestacional y las preferencias de la paciente así como el riesgo-beneficio de cada tratamiento. Los métodos utilizados suelen ser el tratamiento farmacológico y el quirúrgico mediante aspiración.

(8)

Una vez reflejado el desarrollo del proceso del aborto y las intervenciones que se deben realizar, es necesario conocer las cifras existentes en torno al aborto para conocer la importancia y prevalencia de este problema de salud en la sociedad.

Por un lado, el perfil de las mujeres que recurren a la IVE es: mujer de entre 20-24 años (16,67%) por petición propia (89,46%) antes de la octava semana de gestación (69,3%); siendo el porcentaje total de IVE en España del 10,40% en los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2015 (6). Esta cifra es relativamente baja comparada con la tasa europea, que es del 30%, y mundial, que se elevaría al 35%. Estas diferencias dependen del nivel de desarrollo de cada país, la posibilidad de acceso a métodos anticonceptivos eficaces y la restricción de las leyes existentes (9).

Por otro lado, se estima que alrededor del 15-20% (uno de cada cuatro) de los embarazos finalizan en aborto espontáneo; aumentando esta cifra al 30-40% al

producirse numerosos abortos que no son identificados como tal al desconocer la mujer su condición de embarazo, sobre todo durante el primer mes de gestación (10). La incidencia de este proceso varía de unos países a otros en función de su nivel de desarrollo y la calidad de los servicios médicos prestados (9).

Estos porcentajes tan elevados sugieren que el aborto es un tema que afectará a numerosas mujeres a lo largo de su vida reproductiva, ya sea por elección propia o de forma involuntaria.

El aborto afecta especialmente a las mujeres hoy en día debido a ciertas características que influyen en la visión del mismo. En la sociedad actual, en la cual las mujeres se han incorporado a la vida laboral y han retrasado el papel de madre a edades cada vez más tardías, la maternidad se valora especialmente convirtiéndose el embarazo en algo muy deseado y planeado. Al disminuir la media de hijos que tiene cada familia, un aborto espontáneo se ve como una pérdida de la oportunidad de ser madre, así como un fracaso personal. Además, el impacto que tiene el aborto para cada mujer estará condicionado por el historial reproductivo previo, siendo diferente si se trata de un aborto durante el primer embarazo, o de abortos consecutivos. Por otro lado, pese al avance de la sociedad y la adquisición de nuevos roles por parte de la mujer, el rol de madre sigue estando muy ligado a la visión de una mujer completa por lo que un aborto también puede suponer una pérdida de la identidad de la mujer y su visión del propio cuerpo como “defectuoso” por no ser capaz de tener un embarazo sano.

(11)

Todos estos atributos negativos que se desarrollan tras un aborto se ven incrementados por la escasa visibilidad que tiene este problema en la sociedad, al ser un área desconocida y estigmatizada de la salud reproductiva de la mujer. Ello da lugar al agravamiento de las experiencias negativas de las mujeres que pasan por él (12).

Debido a la complejidad de las intervenciones descritas y del desarrollo del proceso, organizaciones como la OMS sostienen que el aborto constituye un importante problema de salud de las mujeres que sufren este problema de salud, lo que conlleva una serie de consecuencias que se manifestarán tanto en el momento del aborto como tiempo después del mismo (13).

- Las complicaciones inmediatas son la aparición de infecciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico o asociadas a la retención de restos fetales, así como

lesiones del tracto genital y órganos externos (lo que puede llevar a la infertilidad) o de hemorragias uterinas, llamadas hematómetras. También pueden aparecer sentimientos de ansiedad y estrés relacionados con la situación.

- Las consecuencias tardías son principalmente psicoemocionales y sociales, destacando la exacerbación de la ansiedad y el estrés, que pueden derivar en síndrome de estrés postraumático, depresión, aislamiento social y finalmente el desarrollo de un duelo patológico.

(13)

De una forma u otra estas mujeres van a hacer uso de los servicios sanitarios y por ello cabe esperar que estos estén preparados para proporcionar los mejores cuidados posibles, que van a ser administrados fundamentalmente en unidades hospitalarias por parte de los profesionales sanitarios tanto en los servicios de urgencias como en los servicios de ginecología.

El papel de los profesionales de enfermería en los cuidados a estas mujeres es muy importante, ya que deben atender sus necesidades fisiológicas mediante un adecuado control del dolor y contracciones; y la vigilancia de la cantidad de sangrado, para reconocer los signos y síntomas de una posible infección así como de la existencia de hemorragia uterina (3).

Los cuidados también deben centrarse en las necesidades psicoemocionales de la mujer, al implicar el aborto una pérdida y generar un proceso de duelo, considerándose una vivencia traumática (14). Es importante analizar las experiencias de las mujeres durante el aborto ya que son muy variadas y comprenden un amplio espectro de sentimientos y emociones (11).

Los estudios que han analizado estas experiencias coinciden en que suelen ser negativas, especialmente en la relación de las mujeres con los profesionales sanitarios, apareciendo sentimientos de dolor, angustia, abandono y soledad (10). De todos los profesionales, son las enfermeras las que deben disponer de las habilidades y aptitudes suficientes para dar una atención a estas mujeres desde un punto de vista biopsicosocial. Al ser atendidas, las mujeres perciben, sin embargo, que estos cuidados enfermeros se centran sobre todo en la fisiología del proceso, evitando lidiar con los sentimientos y emociones que las ellas experimentan (12). La opinión más extendida de las mujeres que pasan por un aborto es que existe una falta de preparación de los profesionales

enfermeros, así como una ausencia de apoyo emocional e información sobre lo que está ocurriendo, lo que les hace sentir que han perdido el control de su proceso (10). En ocasiones esto repercute en la salud emocional de las mujeres tiempo después del aborto, llegando a culpar a los profesionales de sus sentimientos de depresión y trauma (15). Las enfermeras, por otra parte, acusan una falta de conocimientos acerca de estas experiencias y de cómo manejar el aspecto emocional del aborto, influyendo en la atención que prestan a las mujeres y llegando a evitar comunicarse adecuadamente con ellas, sin proporcionar información o recursos de apoyo (15).

Los estudios de investigación se centran siempre en uno de los dos tipos de aborto pero coinciden en que el aborto espontáneo requiere de cuidados más exhaustivos y un mayor seguimiento y apoyo. Esto es así porque un embarazo deseado conlleva la creación de una serie de proyecciones y perspectivas para el futuro, que tras el aborto son eliminadas bruscamente, propiciando la aparición de conflictos emocionales y el desarrollo de un duelo ante esa pérdida (12). Esto ocurre también en los casos de aborto inducido, si éste se ha debido a anomalías fetales o a una enfermedad materna, pero el porcentaje de abortos debidos a estas causas es ínfimo en comparación con los abortos espontáneos (3, 6, 15).

Es necesario conocer en profundidad las experiencias de estas mujeres así como sus relaciones con los profesionales sanitarios en general y enfermeros en particular. La finalidad de este análisis será conocer sus necesidades de cuidados y saber cómo acercarse al proceso del aborto de forma holística. Ello favorecerá el establecimiento de una relación terapéutica que ayude a mejorar la atención de este problema de salud, proporcionando a las mujeres unos cuidados de calidad (15). Por ello, este trabajo se va a centrar en el aborto espontáneo al plantear mayores retos a los profesionales sanitarios a la hora de afrontar este proceso.

El objetivo de este trabajo es analizar las experiencias de las mujeres que sufren un aborto espontáneo.

2. Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos incluidos en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Cinahl®, Pubmed®, Cuiden®, Cochrane Library® y PsycInfo®. Se empleó el lenguaje controlado en aquellas bases de datos que lo permitieron, utilizando los siguientes descriptores MeSH (Medical SubjectHeadings): *Abortion spontaneous, nursing care, bereavement, grief, patient satisfaction, miscarriage, hospital nursing staff*, combinados con los operadores booleanos AND, OR y NOT. En todas las bases de datos se usaron términos similares del lenguaje libre en inglés o español.

La búsqueda se limitó a artículos publicados entre los años 2007 y 2017 y en un lenguaje escrito en inglés o español.

Asimismo, se realizó una búsqueda manual de las referencias de los artículos incluidos y se llevó a cabo una revisión específica en revistas especializadas, como The Journal Clinical of Nursing, The International Journal of Nursing Studies, The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, y en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

En la base de datos Pubmed y Cinahl se realizaron las búsquedas en términos Mesh, así como usándose subencabezamientos mientras que en el resto de bases de datos se utilizaron términos libres para las búsquedas. En la Tabla 1 (Anexo 1) se sintetizan las estrategias de búsqueda utilizadas, los artículos obtenidos y los artículos seleccionados en cada una de las bases de datos referenciales.

Como criterios de inclusión/ exclusión se establecieron los siguientes:

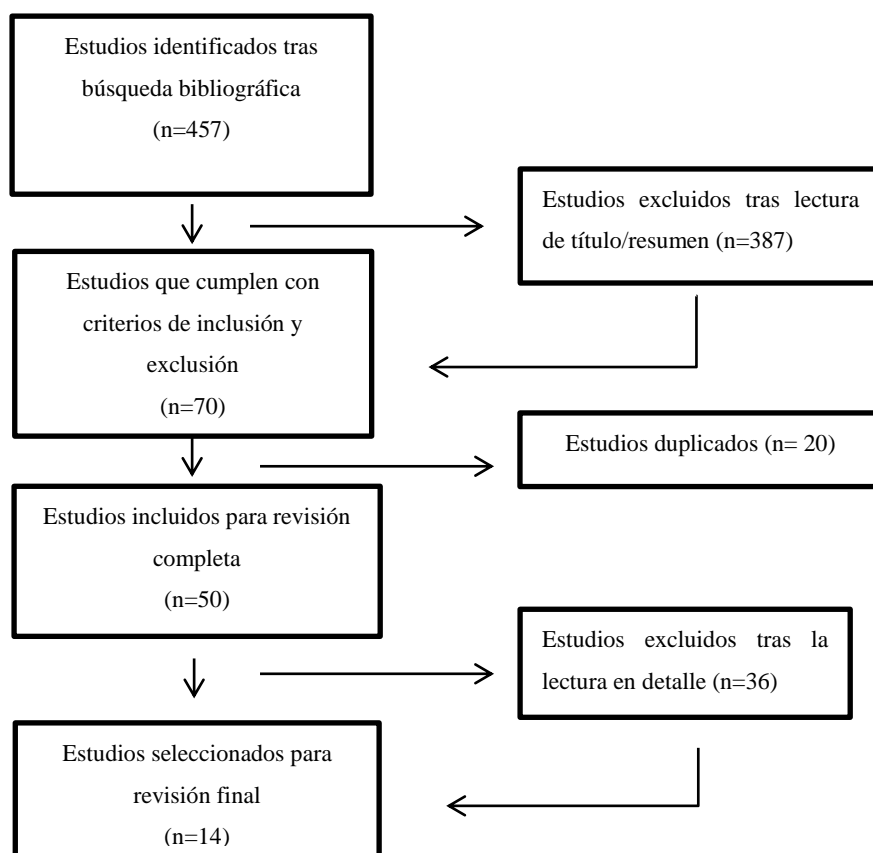
Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Estudios que refieran experiencias de las mujeres en proceso de aborto espontáneo hasta las 22 semanas de gestación.• Estudios que incluyan la relación de las mujeres con los profesionales sanitarios durante el proceso.• Estudios que refieran experiencias de mujeres durante su estancia hospitalaria y tras el alta hospitalaria.• Estudios que incluyan experiencias tanto durante el primer aborto como tras varios abortos.	<ul style="list-style-type: none">• Estudios que traten del aborto inducido.• Estudios que traten la muerte prenatal.• Estudios que traten de las experiencias de las mujeres durante un nuevo embarazo tras haber abortado previamente.• Estudios que traten exclusivamente de las experiencias de los profesionales sanitarios.• Estudios que traten únicamente del manejo médico del aborto.• Estudios enfocados en los casos de aborto tras un embarazo por técnicas de reproducción asistida.

Una vez realizadas las búsquedas, se excluyeron artículos que no cumplieran con los criterios establecidos o que aparecían en varias bases de datos. Tras ello, se realizó una lectura del resumen de los artículos seleccionando aquellos que cumplieron los criterios de inclusión para una lectura completa. Finalmente aquellos seleccionados se incluyeron en esta revisión descartando aquellos que no aportaran datos relevantes a la misma.

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo que corresponde a las diferentes fases de la revisión y selección de los artículos.

Figura 1. Proceso de selección de los estudios. Flujo de prisma



En la Tabla 3 (Anexo 2) se muestran las características principales de los estudios encontrados.

3. Resultados

El número final de estudios seleccionados fue un total de catorce, de los cuales cuatro eran metasíntesis cualitativas (17, 18, 19, 20), dos eran estudios etnográficos (16, 21), cinco cualitativos descriptivos (22, 23, 25, 27, 29), dos fenomenológicos (24, 26) y un estudio basado en la teoría fundamentada (28). Siete de los estudios son europeos (16-19, 21, 26, 28), cuatro realizados en América (20, 22, 24, 27), uno en Australia (25), uno en Asia (23) y uno en África (29); siendo el inglés el idioma de todos ellos.

De estos estudios, nueve se centran exclusivamente en las experiencias de las mujeres (17, 19, 20, 22, 23, 25-27, 29) cuatro incluyen también experiencias de los profesionales sanitarios (16, 18, 21, 24) y solo uno describe también las experiencias de las parejas (28).

Tras el análisis de los estudios escogidos, se extrajeron cuatro temas comunes a todos ellos que marcan las experiencias de las mujeres: 1) Experiencias al inicio de los síntomas; 2) experiencias durante el proceso de aborto; 3) experiencias tras el aborto; 4) relaciones con los profesionales sanitarios.

1. Experiencias al inicio de los síntomas

Trece de los estudios escogidos tratan de cómo se viven los primeros síntomas que aparecen (16-24, 26-29). Este momento es fundamental en la experiencia de la mujer, puesto que indica el fin del embarazo y el inicio de otro proceso: el aborto.

Estos síntomas son reconocidos por las mujeres como las primeras señales de alerta de que “algo va mal”, siendo los síntomas más destacados por ellas el sangrado vaginal y el dolor, que marcan un punto de inflexión entre el antes y el después, y el fin de lo que reconocen como su condición de embarazadas (16-24, 26, 27). Las mujeres llegan a temer por su vida debido a la naturaleza de los síntomas, siendo el dolor uno de los más impactantes por su intensidad (16, 17).

Durante esta fase, muchas mujeres no están convencidas aún del fin del embarazo, y mantienen la esperanza de que exista un diagnóstico equivocado. Las mujeres refieren que hasta que no se realizan la prueba de ultrasonido no empiezan a pensar en la realidad del aborto, necesitando esta prueba para estar seguras de que es

inevitable y de que no hay errores por parte de los profesionales sanitarios (21, 22, 26, 28). En esta etapa ellas manifiestan tener sentimientos de culpabilidad y piensan que cualquier acción o actividad que hayan hecho ha podido ser la desencadenante del aborto (17, 19-22, 24, 26-28). Además viven esta fase como una pérdida de control e incluso traición de su propio cuerpo, sobre todo si habían experimentado síntomas propios del embarazo, lo que había hecho pensar a las mujeres que todo se estaba desarrollando con normalidad (19, 23, 28, 29).

Esta tendencia a culparse a sí mismas genera en ellas un estado de tristeza, impotencia y ansiedad que propicia la aparición de complicaciones posteriores como depresión y estrés postraumático. Es importante conocer las causas del aborto, ya que ayuda a las mujeres a disminuir los sentimientos mencionados (17-20, 24, 28). En ocasiones no se puede encontrar el motivo del aborto, al existir limitaciones en los métodos de evaluación de las causas que lo han provocado (17, 19).

2. Experiencias durante el proceso de aborto

La característica principal que describen las mujeres en esta fase es la del fin de su papel de embarazada y la desaparición de la identidad como madre que se había asumido desde el momento en el que el embarazo es anunciado. El fin de estos roles conlleva la aparición de sentimientos de pérdida ya no sólo por el propio bebé, sino por la vida que habían imaginado a partir del nacimiento (16-29).

La toma de decisiones acerca del mejor modo de tratar el aborto cobra una gran importancia durante esta etapa, y varios estudios afirman que esta elección debe recaer en la propia mujer, con los profesionales sanitarios asesorándola y empoderándola sobre su propio proceso, favoreciendo que tenga un mayor control del mismo (17, 18, 20, 22, 25, 27, 28). Solo un estudio refiere que la situación de aborto, por el estrés que genera y la forma inesperada en que se suele producir, hace que la mujer no se sienta preparada para afrontar la toma de decisiones, prefiriendo dejar la elección del tratamiento en los profesionales sanitarios (29).

El elemento decisivo para ellas a la hora de elegir entre un abordaje quirúrgico, farmacológico o expectante una vez confirmado el aborto, es estar seguras de que la opción que están tomando es la adecuada; y esto a su vez se basa en sus creencias

acerca de la viabilidad del feto (22). Esto último da como resultado que las preferencias de la mayor parte de las mujeres se inclinen por el manejo expectante (22). Para ellas elegir otra opción sería similar a “matar a su bebé” ya que en ocasiones conservan la esperanza de que el feto aún pueda estar vivo, pese a los resultados de las pruebas (22). En otros estudios llevados a cabo se sostiene, por el contrario, que las mujeres prefieren hacer uso de los otros dos métodos ante la sensación de tener “algo muerto en su interior”, si están convencidas de la muerte fetal prefiriendo finalizar el proceso cuanto antes (19, 23, 26).

Cuando las mujeres permanecen ingresadas para la realización de la intervención y su posterior vigilancia, se produce un incremento de los sentimientos de soledad, abandono e incertidumbre. Gerber-Epstein y colaboradores refieren que antes de la intervención, las mujeres y sus parejas pasan por el mismo proceso pero que durante el proceso las mujeres se enfrentan a ello solas. El enfrentarse a ello en soledad aumenta el carácter traumático que supone esta fase para las mujeres (23).

El lugar donde son preparadas para completar el aborto u observar su progresión es uno de los factores que más influye en estas vivencias. En cinco estudios se manifiesta que la mayor parte de las veces estas mujeres son asignadas a la planta de maternidad, donde comparten espacio con madres y bebés sanos. Ello causa un profundo malestar e impacto en la experiencia de las mujeres, que lo consideran una falta de tacto y empatía (17, 19, 20, 24, 25).

Durante el momento de la expulsión de los restos fetales, hay que tener en cuenta que la mayoría de las mujeres piensan desde el inicio su embarazo que se está desarrollando un bebé en su interior, por lo que en el momento del aborto la imagen que tienen de lo que van a expulsar es la de un bebé, tal y como ellas se lo imaginan. Esta concepción acerca del feto puede favorecer los sentimientos de dolor y pena ante la idea de la muerte de un futuro hijo. Sin embargo, si las mujeres no tienen la imagen de un bebé y piensan que lo que están expulsando es algo que no estaba formado y no podía ser considerado como tal, no sienten que estén abortando un futuro hijo. Esto les puede servir de ayuda para disminuir el dolor, comparándose además favorablemente con otras mujeres que hayan sufrido un aborto en estados de gestación más avanzados (19, 28).

La visión o no de los restos fetales influye en sus recuerdos y experiencias posteriores y, unido a lo anterior, depende de la concepción que tenga cada mujer del feto. Diversos estudios tratan este tema y sostienen que es beneficioso para ellas visualizar lo que han perdido, de forma que puedan hacer tangible el feto (17, 20, 28). En el estudio de Geller se sugiere la visión del producto del aborto como una intervención que junto con la explicación de las causas y la información sobre su aborto es de las que más alivio produce en las mujeres (20). Por el contrario, otros estudios como el de Radford y colaboradores, mantienen la postura de que esta visualización agrava el aspecto traumático del aborto ante la falta de preparación de estas mujeres sobre lo que van a ver (17). Esta diferencia de opiniones reafirma la importancia de escuchar y respetar la opinión de las mujeres en esta decisión (28).

3. Experiencias tras el aborto

Esta etapa está caracterizada por el fin de la estancia hospitalaria y lo fundamental en ella es cómo las mujeres se enfrentan a lo que les ha ocurrido y sus perspectivas de futuro. Esta fase supone la vuelta a la realidad, donde tienen que adoptar una nueva identidad como mujeres siendo ya conscientes de la realidad de haber sufrido un aborto y no estar embarazadas (16, 17, 19-29).

Las sensaciones que las mujeres refieren sentir durante y después del aborto son conceptualizadas de forma diferente por ellas. Para algunas, estos sentimientos son similares a experimentar un proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido (16, 23). A estos sentimientos se añade la confusión respecto a la causa de los mismos ya que las mujeres no saben discernir qué es lo que han perdido ni saber el momento concreto en el que se ha producido esta pérdida. Esto se ha denominado “la ambigüedad del aborto” al tratarse de la pérdida de algo que no habían llegado a conocer y el fin de una serie de aspiraciones, proyecciones de futuro y deseos que habían creado ante el anuncio del embarazo, por lo que se considera no sólo una pérdida, sino varias (16, 19, 21, 23).

Este proceso de duelo por el que pasan las mujeres tiene una serie de características que lo diferencian de otros duelos: es un duelo producido tras una pérdida que no es reconocida ni apoyada por la sociedad, al existir un silencio en torno al proceso tanto por parte de los profesionales sanitarios como por su entorno (17, 24,

27, 30-32). Este silencio se debe al estigma que aún rodea al concepto de aborto y que hace que sea un problema invisible en una sociedad en la cual este problema de salud es visto como un fallo, tanto de la medicina como de la mujer. Esto contribuye a exacerbar sus sentimientos de impotencia, frustración y ver el aborto como un fracaso en sus vidas (17, 19, 22, 24, 25, 28-32).

Cuando se produce un aborto durante el primer embarazo, cabe destacar un estudio que afirma que aparece una forma diferente de duelo puesto que se pierde no solo la nueva identidad de madre, sino la percepción de haber pasado de una etapa vital a otra (de niña a mujer) sintiendo que este paso no se ha completado (23).

Sólo el estudio de Murphy y Merrell no trata esta pérdida como si fuera un duelo para las mujeres, como en la mayoría de los estudios. Para las autoras, los sentimientos que experimentan las mujeres tras el aborto forman parte de un periodo de “transición y reajuste” que finaliza tras un tiempo variable. Mediante esta denominación lo que pretenden es abrir el espectro de emociones que las mujeres pueden sentir tras un aborto, desde sentimientos de ira a ansiedad, pasando por pena, dolor, amargura...y reconociendo también sentimientos de alivio ante un embarazo que no era deseado (21).

La atribución de significados por los cuales se ha producido el aborto es uno de los recursos con los que las mujeres intentan hacer frente al proceso. Estos van desde atribuir la pérdida a causas médicas (el aborto se ha producido porque el feto estaba defectuoso) o a causas naturales (el cuerpo no estaba preparado para desarrollar un bebé) (19). Las mujeres que asignan un significado al aborto tienen más probabilidades de sacar algo positivo de la experiencia, lo que repercute favorablemente en su recuperación. (19, 28, 29).

Las mujeres sienten que durante esta fase necesitan también el apoyo de sus familiares para hacer frente a la situación, pero estos a menudo no son capaces de comprender por lo que ellas están pasando, y suelen esperar que lo superen rápidamente, adoptando en ocasiones conductas de silencio que hacen que las mujeres no se sientan reconocidas ni sus sentimientos validados (17, 21, 23, 25, 28, 29). Tres estudios defienden la postura de que solo aquellas mujeres que han pasado por un aborto pueden dar el apoyo y los cuidados adecuados a estas mujeres (17, 28, 29) y otro

estudio sostiene que las mujeres pasan por la experiencia en soledad, independientemente del apoyo que puedan recibir (23).

La vuelta de las mujeres a su vida diaria es un momento de transición que puede ser visto por muchas como algo beneficioso mientras que para otras es un momento de enorme dificultad (23). Algunas mujeres evitan situaciones sociales y a personas que puedan estar embarazadas o tener hijos, lo que las lleva a una situación de aislamiento, recibiendo por tanto menos apoyo (17, 19, 23, 29). Lo que más asusta a las mujeres que han sufrido un aborto acerca del futuro es la posibilidad de un nuevo embarazo y que este resulte fallido (20, 23, 26, 28, 29).

Un estudio aporta que tras el alta hospitalaria muchas mujeres manifiestan que el haber sufrido un aborto tiene una serie de consecuencias para el futuro comparables a vivir con una enfermedad crónica, por lo que la necesidad de recibir unos cuidados de calidad permanece durante mucho tiempo (23).

4. El papel de los profesionales sanitarios en el aborto.

Todos los estudios seleccionados abordan las relaciones de las mujeres con los profesionales sanitarios, ya que son ellos los que van a estar en contacto con las mujeres durante el proceso del aborto (16-29).

El papel de los profesionales sanitarios empieza en el momento en el que las mujeres comienzan a experimentar los primeros síntomas, que les llevan a acudir a los servicios de urgencias. Es el momento del primer contacto con los profesionales sanitarios y donde ya aparecen problemas en el cuidado, cuyo origen reside en las diferentes percepciones de los profesionales sanitarios y las mujeres sobre la importancia del aborto (16-21, 24-28). Por un lado, ellas recuerdan el momento del inicio de los síntomas con claridad, así como el trato que recibieron y las palabras que escucharon, lo que demuestra la relevancia y el impacto de este momento en la experiencia (16-28). Las mujeres sienten que para los profesionales sanitarios el aborto es un proceso rutinario, mientras que para ellas es un evento excepcional en sus vidas para el que no se sienten preparadas (16-21). Por otro lado, los profesionales sanitarios no consideran el aborto como un proceso tan traumático y doloroso como pueda ser la muerte prenatal, pese a que en ciertos estudios se demuestre que los niveles de duelo,

depresión y ansiedad son similares en ambos casos e independientes de la edad gestacional (16-18, 20, 22, 27). Para las mujeres esta incompreensión por parte de los profesionales favorece la aparición de sentimientos de abandono y soledad, y supone un obstáculo para la relación paciente-profesional (16-21, 24-28).

La terminología médica usada por los profesionales con expresiones como “feto inviable” o “contenido uterino” cuando ellas piensan en “bebé” al referirse al producto del aborto, además de proporcionar poca información sobre lo que está ocurriendo, aumenta estos sentimientos de insatisfacción con el cuidado y dolor. Además estos términos ponen de manifiesto las diferencias entre la concepción que tienen las mujeres del producto expulsado en el aborto (suelen visualizarlo como un bebé) y la que tienen los profesionales sanitarios (lo visualizan como un feto tal y como es según la diferente edad gestacional) lo que influye en los sentimientos de incompreensión que ellas experimentan (16, 17,19-22, 23, 29).

La escasa información ofrecida y la elección del lenguaje son una de las causas que generan mayor tristeza en las mujeres, ya que sienten que están recibiendo un trato falto de empatía y despersonalizado (16-20, 24, 28).

Una vez que las mujeres son admitidas en el servicio de urgencias, se ven relegadas a un segundo plano. Esto se describe con más profundidad en cuatro de los estudios, donde se indica que los profesionales sanitarios admiten que priorizan otras situaciones antes que las situaciones de aborto, y que a menudo las mujeres no reciben información mientras dura la espera debido a la carga de trabajo, lo que aumenta los sentimientos de angustia y soledad (17-21, 23- 28).

Los 14 estudios seleccionados coinciden en que este proceso, al afectar a las mujeres tanto física como psicoemocionalmente, debe ser tratado de forma holística y son las enfermeras las encargadas de proporcionar estos cuidados (16-29). Sin embargo, ocho de los estudios refieren que los profesionales de enfermería se centran sobre todo en el aspecto físico y en la sintomatología previamente detallada descuidando el aspecto emocional (16-21, 24-28). Refieren también que existe miedo y poca confianza de los profesionales de enfermería en sus propias habilidades y conocimientos sobre cómo tratar a estas mujeres desde el punto de vista emocional, lo que lleva a que prefieran ocuparse de los cuidados físicos para no decir o hacer algo incorrecto y a adoptar

“conductas de evitación” (17, 18, 21, 22, 24, 25, 27). Las enfermeras son conscientes de que ello repercute en la experiencia y satisfacción de estas mujeres durante el proceso y afirman que les gustaría tener más tiempo para tratar con ellas, pero la gran carga de pacientes de una unidad de urgencias hospitalarias impide el adecuado cuidado y seguimiento (18, 21, 24).

Es importante añadir que las enfermeras sostienen que en ocasiones deben distanciarse de estas pacientes para no sentirse emocionalmente afectadas, ya que una implicación emocional en estos casos puede propiciar la aparición del “burn out” (18).

Un dato excepcional se encuentra en el estudio de Murphy y colaboradores, en el que se sostiene que las nuevas formas holísticas de cuidado conceden una mayor importancia a la parte emocional frente a la sintomatología del proceso. Esto viene reafirmado por las propias enfermeras, que refieren no mencionar su vigilancia del sangrado ni la visión o no de restos fetales en su comunicación con el paciente, pese a que sea una de sus principales intervenciones durante el aborto, y sea una parte importante de la información que se transmiten unas a otras durante los cambios de turno. Esto hace que la parte física del aborto quede oculta al ser la parte “sucias” de la labor enfermera en este proceso, y por ello el estudio defiende que debería volver a concederse la misma importancia a este aspecto y tratar de él con las mujeres. Estos resultados contradicen la mayor parte de los estudios, pero aportan información relevante, ya que ponen de manifiesto que debe haber un equilibrio entre el cuidado de ambos aspectos del aborto como un todo, y que no se puede considerar uno de ellos más importante que el otro.

(16)

Cada mujer vive esta experiencia de una forma única, y no se debe establecer un patrón común de cuidados, sino que deben ser individualizados (16-29). No se puede esperar que todas las mujeres reaccionen de la misma forma ante el anuncio del aborto. En cinco estudios se destaca que las mujeres pueden responder ante esta situación con alivio y debe ser tenido en cuenta y respetado por parte de los sanitarios (17, 18, 21, 24, 27).

Los cuidados mencionados no deben proporcionarse solo a la mujer, puesto que es una fase por la que pasan junto con sus parejas (19, 23-25, 38, 29). Diversos

estudios destacan que los profesionales sanitarios no incorporan a la pareja al cuidado y no tratan los síntomas de pena y dolor que aparecen en ellas. Las parejas además suelen dejar sus sentimientos de lado para convertirse en fuente de apoyo de la mujer careciendo ellos a su vez de apoyo y comprensión por parte de los profesionales (28).

Un dato relevante acerca de la importancia de una correcta relación con los profesionales sanitarios es el gran valor que las mujeres conceden a la opinión de los profesionales sanitarios sobre la mejor forma de actuar de acuerdo con su percepción del riesgo-beneficio. Esto juega un papel muy importante en esa seguridad que necesitan las mujeres de estar haciendo lo adecuado. Esta opinión es más valorada cuanto mejor sea la relación de la mujer con los profesionales sanitarios (18, 20, 22, 24).

Otro dato concluyente lo aportan diversos estudios que exponen que cuando el cuidado es proporcionado correctamente durante la fase hospitalaria, puede prevenir la aparición de trastornos psicológicos posteriores así como el desarrollo de complicaciones (20, 22, 24, 26).

Tras el alta hospitalaria, las mujeres sienten que necesitan apoyo y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios para hacer frente a esta vivencia y la mayoría esperan y desean recibir un seguimiento tras el alta hospitalaria (17, 19-23, 25, 26, 28). Consideran además que la información recibida tras el alta es escasa y no trata los temas que más les preocupan como son las complicaciones, la posibilidad de un nuevo embarazo etc., lo que para ellas es sinónimo de carencias en el cuidado (20, 25, 28).

En lo referente al seguimiento, las mujeres esperan que los profesionales sanitarios sean los que propongan y proporcionen este seguimiento, sintiéndose satisfechas con el cuidado recibido cuando se les ofrece. Este debe realizarse en atención primaria y por parte de las enfermeras, ya que deben realizar valoraciones completas identificando a aquellas mujeres que tienen riesgos de desarrollar complicaciones psicológicas tales como depresión o estrés postraumático y poder prevenirlos (17, 21, 28, 29). Los profesionales sanitarios, no obstante, no suelen ofrecer este seguimiento al considerar que tras el alta hospitalaria, la mujer ya ha tenido una resolución satisfactoria de su problema (21, 28). Cuando se les da la opción de un seguimiento, las mujeres se suelen sentir menos satisfechas con él debido a la discrepancia entre lo que ellas esperan y lo que se les proporciona (20, 28). En cambio,

si este no es ofrecido por los profesionales sanitarios, las mujeres manifiestan no saber qué recursos pueden utilizar para encontrar información y no buscan asesoramiento por iniciativa propia pese a que ellas mismas lo consideran recomendable (19, 20, 23, 28).

Finalmente, para suplir esta percepción acerca de la falta de conocimientos que tienen los profesionales sanitarios, y más concretamente los enfermeros, diversos autores sostienen que deben recibir educación acerca de cómo realizar un adecuado seguimiento durante el proceso de duelo y cuáles son los mejores cuidados emocionales, proporcionándoles seguridad en su actuación (17, 18, 20, 24,25, 28).

4. Discusión

Las experiencias de las mujeres analizadas durante esta revisión muestran la diversidad de emociones y sentimientos que este evento genera, ya que pasan por una serie de momentos durante el proceso del aborto que van a ir conformando la vivencia posterior. Los estudios consultados coinciden en que los cuidados que las mujeres reciben por parte de los profesionales sanitarios en cada una de las etapas relatadas previamente tienen una gran influencia en su posterior recuperación (16-29).

Cómo se ha visto anteriormente, estos cuidados deben iniciarse en el momento en el que la mujer experimenta los primeros síntomas que para ella son indicativos del aborto. Las mujeres recuerdan con detalle esta primera fase y es aquí donde se va a formar su opinión sobre la calidad del cuidado recibido. La mayor parte de las mujeres sienten un distanciamiento en la relación con los profesionales sanitarios y diversos estudios hablan de “conductas de evitación” y de un predominio de los cuidados técnicos sobre los emocionales (17, 18, 21, 22, 24, 25, 27). Así mismo, las mujeres valoran la comunicación con los profesionales sanitarios como algo esencial en su cuidado, por lo que la falta de implicación de estos da lugar a una menor comunicación entre pacientes y profesionales, afectando negativamente a la experiencia de las mujeres (16-22, 24, 25).

Los cuidados básicos y conductas que muestran los profesionales sanitarios se deben en ocasiones a su falta de conocimientos sobre cómo poder proporcionar los cuidados sin que éstos afecten negativamente a sus emociones o a su vida diaria, lo que explica la escasa implicación de los profesionales sanitarios en los mismos (18).

Esta falta de conocimientos está influenciada por la discrepancia respecto a cómo deberían ampliarse estos conocimientos, ya que existen estudios que defienden que deberían impartirse en las aulas, mientras que otros refieren que los estudiantes que más tiempo han pasado en los medios hospitalarios durante su formación son los que más conocimientos adquieren (19). De una forma u otra, lo cierto es que la formación acerca del duelo, sus causas y las complicaciones que se pueden desarrollar es esencial para alcanzar la excelencia en los cuidados (30-33, 35).

El empoderamiento de las mujeres a la hora de elegir como manejar su proceso también influye en la satisfacción con sus cuidados y en la vivencia posterior (17, 18,

20, 22, 25, 27, 28). Sin embargo, Geller y colaboradores sostienen que factores como los costes sanitarios, la preferencia personal de los profesionales por una técnica u otra y las ventajas y desventajas percibidas influyen en la intervención escogida, por lo que esta elección no suele recaer en las propias mujeres (20).

La información durante todo el proceso es muy importante, ya que las mujeres tienen que lidiar con la inesperada noticia del aborto, así como con la experiencia de un proceso desconocido y ante el cual no están preparadas, lo que produce sentimientos de impotencia, frustración y culpabilidad. Por ello es muy importante encontrar la causa del aborto, que ayuda a paliar las consecuencias psicológicas del proceso y a la resolución del mismo, incrementando la satisfacción de las mujeres con el cuidado (17-20, 24, 28).

Finalmente, la oferta de seguimiento tras el alta así como la facilitación de recursos de apoyo como grupos o líneas telefónicas de ayuda con los que pueden contar es esencial para continuar hacia una resolución óptima del proceso y la generación de un duelo normal.

Hay que destacar que los beneficios de un seguimiento tras el aborto no están completamente demostrados. Se discute por un lado que el proceso de duelo por el que pasan las mujeres es algo normal y esperable, y muchas de ellas no quieren un seguimiento, estando contentas de volver a la vida normal. Se propone, por tanto, la realización de un cribado para proporcionar un seguimiento sólo a aquellas mujeres que tengan un riesgo de desarrollar complicaciones (17). Por el contrario, otra postura se fundamenta en que el impacto del aborto va más allá de la estancia hospitalaria y que por ello el seguimiento tanto por el propio hospital como por los servicios de atención primaria es aconsejable y necesario (19-21, 23, 25, 28).

Así mismo, esta falta de evidencia se traduce en la falta de planes y guías de cuidados existentes en los hospitales (20, 30-32, 37). Existen ciertos programas que han sido evaluados satisfactoriamente y que demuestran que el seguimiento contribuye a disminuir la incidencia de ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y el desarrollo de un duelo patológico (30-37), y otros que han desarrollado programas de ayuda de toma de decisiones para empoderar a las mujeres sobre el proceso (36, 37). Sin embargo, cada uno de estos programas tiene un objetivo diferente y se centra en

diferentes partes del proceso, por lo que se hace necesaria una guía que unifique criterios de actuación y concentre todo el conocimiento y evidencias sobre este tema.

Esto concuerda con la opinión de algunos autores de que se necesita una actualización y creación de nuevas guías de actuación que faciliten el cuidado enfermero y contribuyan a dar seguridad a los profesionales (24, 25, 28).

De lo anterior se deduce que continúa existiendo un estigma que rodea al aborto e impide su visibilidad. La sociedad conoce los síntomas y las características que definen un embarazo sano pero desconoce aquellos que indican que algo va mal y la propia incidencia de abortos sin ser conscientes de su frecuencia (19, 23). Además, en países donde el aborto inducido es ilegal el estigma es mayor, sometiendo a las mujeres a la indiferencia y rechazo de los profesionales sanitarios y de la sociedad (24, 27).

Por ello, parte del papel de la enfermería debería ser dar a conocer el proceso del aborto para eliminar el silencio que lo rodea, animando a las mujeres que han pasado por ello a compartir sus experiencias (23). Los propios profesionales enfermeros deben reconocer que el aborto es un proceso que genera un amplio rango de emociones diferentes en cada mujer, y realizar los cuidados acorde con el significado que cada mujer le da al aborto (17, 18, 21, 24). Además esto puede contribuir al reconocimiento de la profesión enfermera y su importante rol en el cuidado de las mujeres en situaciones de aborto, evitando así limitarse a cuidados “básicos” (24, 27).

Una vez reconocido por la sociedad que el aborto es un problema de salud frecuente con gran impacto físico y emocional en las mujeres, será más fácil la implantación de programas de ayuda para las mujeres que sufren un aborto así como el fomento de la investigación sobre la mejor forma de actuación y cuidados, y con ello conseguir una reducción de las complicaciones y la insatisfacción con los cuidados así como mejorar la experiencia de las mujeres.

5. Conclusiones

De la revisión realizada se han obtenido una serie de conclusiones:

- El aborto espontáneo es un problema de salud que afecta a numerosas mujeres a lo largo de su vida reproductiva, pero supone un fenómeno único para cada mujer.
- Las mujeres perciben el sangrado vaginal y el dolor como las señales que marcan el inicio del aborto.
- El sentimiento que predomina en las mujeres durante el aborto es la pérdida de su identidad como mujeres embarazadas y el fracaso personal. Experimentan una sensación de pérdida a la que cada mujer otorga un significado diferente, pero que se basa en la pérdida de proyecciones de futuro. Tienden a culparse a sí mismas y a buscar información acerca de las causas que han provocado el aborto.
- Las mujeres desean un seguimiento tras el aborto, para resolver dudas y recibir apoyo, pero este no suele ofrecerse, y de serlo, no cubre las necesidades de las mujeres. No hay evidencia acerca de los beneficios del seguimiento.
- Las mujeres buscan recursos de apoyo en sus familiares y amigos, pero no suelen recibir la comprensión que necesitan. Creen que este apoyo es mejor si es dado por mujeres que han compartido la experiencia del aborto.
- En su relación con los profesionales sanitarios, las mujeres perciben que los enfermeros deben ser una fuente de apoyo, pero a menudo se sienten abandonadas al no recibirlo.
- Los profesionales adoptan conductas de evitación ante la falta de conocimientos para proporcionar cuidados psicoemocionales en el aborto, y sienten que no están preparados para afrontarlo, centrándose más en la sintomatología física.
- El papel de la enfermería es fundamental para proporcionar un cuidado holístico que cubra las necesidades de estas mujeres para aumentar la satisfacción de ellas con el cuidado.

6. Limitaciones.

Las limitaciones encontradas en esta revisión narrativa son:

- La homogeneidad de las muestras en la mayoría de los estudios, al centrarse exclusivamente por un lado en mujeres de raza blanca, con estudios universitarios y buen nivel económico y por otro lado, en mujeres de etnias minoritarias, en su mayoría sin estudios y de bajo nivel económico, predominando en ambos las parejas heterosexuales. Sin embargo no hay estudios que comparen las diferencias entre ambos grupos ni como sería el abordaje de una población heterogénea, lo que puede influir en los resultados obtenidos.
- La literatura en España que se centra en este tema es escasa, siendo en su mayoría estudios llevados a cabo en América y norte de Europa por lo que sería recomendable fomentar la investigación en España.
- El enfoque de los estudios suele centrarse en las experiencias de las mujeres pero no suelen incluir las experiencias de las parejas, por lo que parte de la información acerca de las vivencias y de los cuidados se pierde.

7. Implicaciones para la práctica clínica.

Tras la realización de esta revisión, se observa que el aborto espontáneo es un evento que altera en gran medida la vida de las mujeres.

Solo incorporando estas experiencias a los conocimientos de los profesionales sanitarios, y más concretamente de los profesionales enfermeros, se podrá favorecer una atención integral de las mujeres por parte de estos profesionales, proporcionando cuidados dirigidos tanto a tratar su sintomatología física como a resolver sus dudas y ayudarlas a expresar sus sentimientos de culpa y tristeza. Además, se podrán implantar programas de seguimiento en el momento del alta hospitalaria para cubrir las actuales carencias de cuidados percibidas por las mujeres.

Así mismo los profesionales enfermeros podrán ayudar a que los padres resuelvan sus sentimientos de pena y dolor, y a impedir la aparición de un duelo patológico. Con esta ayuda de las enfermeras, se podrá favorecer que las mujeres compartan sus experiencias con otras que han pasado por el mismo proceso, contribuyendo a una mayor visibilización del problema en la sociedad; y a proporcionar recursos de apoyo a las mujeres mediante grupos o conversaciones telefónicas e incluso utilizando nuevas formas de transmisión de información como son las redes sociales.

Se podrá favorecer también una mayor implicación de las parejas en los cuidados, lo que contribuirá a mejorar la experiencia de las mujeres y a desarrollar nuevas formas de cuidados con la pareja como eje fundamental para una mejor recuperación.

Finalmente los resultados extraídos podrán ayudar a orientar la educación que reciben los profesionales sanitarios tanto en el entorno hospitalario como durante su formación en las aulas, de forma que aprendan a proporcionar un cuidado holístico y comprendan cuales son las necesidades de cuidados de las mujeres que sufren un aborto y que precisan de atención.

8. Referencias bibliográficas

1. Interrupción voluntaria del embarazo. Medicina e información [sede Web]. Madrid: abortoinformacionmedica.es; 2008-Marzo [consultado el 17 de Diciembre de 2016]. Definición de IVE [1 página]. Disponible en: <https://goo.gl/eTDk8P>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo: Protocolos asistenciales en obstetricia. [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010-Julio [consultado el 18 de Diciembre de 2016].
3. Pearce C, Easton K. Managment of complications in early pregnancy. Nursing Standard. [revista en internet] 2005-Marzo. [consultado el 18 de Diciembre de 2016]; 19(34): 56-64. Disponible en: <https://goo.gl/7cVtN1>
4. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists: Women's Health Care Physicians [sede Web]. Estados Unidos: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2015 [consultado el 20 de Diciembre de 2016]. Induced abortion: Frequently asked questions. Disponible en: <https://goo.gl/ILMYeF>
5. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo del 3 de marzo de 2010. Boletín oficial del Estado, nº 55, (5-07-2010). [consultado el 20 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/DZ7iAE>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Salud pública; 2015 [consultado el 20 de Diciembre de 2016]. Interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: <https://goo.gl/4hbXlk>
7. Hijona Elósegui JJ. Factores asociados al aborto espontáneo [tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2009. [consultado el 21 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/HeGwZt>
8. Serrano Navarro JR. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2015. [consultado el 21 de Diciembre de 2016] Disponible en: <https://goo.gl/EEen8I>

9. Guttmacher Institute. Aborto inducido a nivel mundial. Estados Unidos: Instituto Guttmacher; 2016-Mayo. [consultado el 21 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/8P64nl>
10. Danrey B, Weaver M, VanDerhei D, Stevens N, Prager S. "One of those areas that people avoid" a qualitative study of implementation in miscarriage management. BMC Health Services Research [revista en internet] 2013- Abril. [consultado el 21 de Diciembre de 2016]; 13(123):9. Disponible en: <https://goo.gl/Uzf2VZ>
11. Huffman CS, Schwartz TA, Swanson KM. Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. Women's Health Issues [revista en Internet] 2015-Septiembre-Octubre. [consultado el 22 de Diciembre de 2016]; 25(5):570-578. Disponible en: <https://goo.gl/W7RoRU>
12. Harris J. A Unique Grief. The international journal of childbirth education [revista en internet] 2015-Enero. [consultado el 22 de Diciembre de 2016]; 30(1): 82-84. Disponible en: <https://goo.gl/EbzZeY>
13. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: OMS; 1995. [consultado el 21 de Diciembre de 2016]: 41-49, 74-79. Disponible en: <https://goo.gl/Rym519>
14. White HL, Bouvier D. Caring for a patient having a miscarriage. Nursing [revista en Internet] 2005-Julio. [consultado el 22 de Diciembre de 2016]; 35(7): 18-19. Disponible en: <https://goo.gl/YHzXnl>
15. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. Journal of Perinatology [revista en internet] 2007-Enero. [consultado el 22 de Diciembre de 2016]; 27 :230-237. Disponible en: <https://goo.gl/mbs4VI>
16. Murphy F, Philpin S. Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a gynaecological unit. International Journal of Nursing studies [revista en internet] 2009- Octubre. [consultado el 27 de Diciembre de 2016]; 47(2010): 534-541. Disponible en: <https://goo.gl/MrxAwY>

17. Radford E, Hughes M. Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of clinical nursing*. [revista en Internet] 2015-Junio. [consultado el 10 de Enero de 2017]; 24(11-12):1457-1465. Disponible en: <https://goo.gl/KRxVOG>
18. Evans R. Emotional care for women who experience miscarriage. *Nursing standard* [revista en internet] 2012-Junio. [consultado el 10 de Enero de 2017]; 26(42): 35-41. Disponible en: <https://goo.gl/aibg75>
19. Frost J, Bradley H, Levitas R, Smith L, Garcia J. The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health and Illness*. [revista en Internet] 2007-Junio. [consultado el 10 de Enero de 2017]; 29(7): 1003-1022. Disponible en: <https://goo.gl/EIJrkG>
20. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Archives of Women's Mental Health*. [revista en Internet] 2010- Abril. [consultado el 10 de Enero de 2017]; 13(2): 111-124. Disponible en: <https://goo.gl/Y8kVHX>
21. Murphy F, Merrell J. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*. [revista en Internet] 2008-Septiembre. [consultado el 10 de Enero de 2017]; 18(11):1583-1591. Disponible en: <https://goo.gl/Pwgh48>
22. Limbo R, Glasser Jo K, Sundaram M E. "Being Sure": Women's experience with inevitable miscarriage. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. [revista en Internet] 2014-Mayo/Junio. [consultado el 12 de Enero de 2017]; 39: (3): 165-174. Disponible en: <https://goo.gl/ZBXjMr>
23. Gerber-Epstein P, Leichtentritt RD, Benyamini Y. The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies*. [revista en Internet] 2007-Agosto. [consultado el 15 de Enero de 2017]; 33(1): 1-29. Disponible en: <https://goo.gl/O4xg7L>
24. Ribeiro da Fonseca S, Aparecida M, Pinto de Jesús MC. Experience and care in miscarriage: A qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [revista en Internet]. 2011. [consultado el 12 de Enero de 2017]; 10(2). Disponible en: <https://goo.gl/bymXJw>
25. Rowlands IJ, Lee C. 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

- [revista en Internet] 2010-Junio. [consultado el 20 de Enero de 2017]; 28(3): 274-286. Disponible en: <https://goo.gl/5F8IWG>
26. Adolfsson A. Applying Heidegger's interpretive phenomenology to women's miscarriage experience. *Psychology Research and Behavior Management*. [revista en Internet] 2010-Septiembre. [consultado el 20 de Enero de 2017]; 3: 75-79. Disponible en: <https://goo.gl/anJ9Jr>
27. Gondim M, de Almeida AM, Sanches M. Nursing care according to women in abortion situations. *Revista latina de enfermería* [revista en Internet] 2007-Enero-Febrero. [consultado el 15 de Enero de 2017]; 15(1):20-26. Disponible en: <https://goo.gl/KrV5Td>
28. Ekelin M, Crang-Svalenius E, Nordström B, Dykes AK. Parents' Experiences, Reactions and Needs Regarding a Nonviable Fetus Diagnosed at a Second Trimester Routine Ultrasound. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. [revista en Internet] 2008-Julio/Agosto. [consultado el 20 de Enero de 2017]; 37(4): 446-454. Disponible en: <https://goo.gl/zUXAfC>
29. Janse E, Poggenpoel M, Myburgh C, Du Plessis D. Experience of Women after a Spontaneous Abortion. *Journal of Psychology in Africa* [revista en Internet] 2009. [consultado el 24 de Enero de 2017]; 19(3): 387-392. Disponible en: <https://goo.gl/DbO1zT>
30. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *ANZJOG* [revista en internet] 2008-Febrero. [consultado el 20 de Enero de 2017]; 48(1): 5-11. Disponible en: <https://goo.gl/CX7EAb>
31. Johnson OP, Langford RW. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. [revista en Internet] 2015-Mayo. [consultado el 1 de Febrero de 2017]; 44 (4), 492-499. Disponible en: <https://goo.gl/zB9IIG>
32. Olson KJ. Health promotion: Healing through loss. *Journal of Emergency Nursing*. [revista en Internet] 2013-Noviembre. [consultado el 1 de Febrero de 2017]; 39(6): 610-612. Disponible en: <https://goo.gl/6QgUXv>
33. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*

- [revista en internet] 2008-Noviembre. [consultado el 2 de Febrero de 2017]; 37(6): 631-639. Disponible en: <https://goo.gl/B1SSuz>
34. Van Damme L. Helping Families Through the Pain of Fetal Loss. Nursing for women's health [revista en internet] 2008-Octubre. [consultado el 2 de Febrero de 2017]; 12(5): 379-380. Disponible en: <https://goo.gl/TeuP3U>
35. Nikčević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. Journal of Psychosomatic Research [revista en internet] 2007-Septiembre [Consultado el 2 de Febrero de 2017]; 63(3): 283-290. Disponible en: <https://goo.gl/fCkBii>
36. Bacidore V, Warren N, Chaput C, Keough VA. A Collaborative Framework for Managing Pregnancy Loss in the Emergency Department. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing [revista en Internet] 2009-Noviembre-Diciembre. [consultado el 2 de Febrero de 2017]; 38(6):730-738. Disponible en: <https://goo.gl/XjyLmx>
37. Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: utilizing evidence, preserving preference. Patient Education and Counseling [revista en Internet] 2010-Diciembre. [consultado el 2 de Febrero de 2017]; 81(3): 454-461. Disponible: <https://goo.gl/phEHVr>

9. Anexos

Anexo 1. Tabla 1. Síntesis de las estrategias de búsqueda utilizadas, los resultados obtenidos y los artículos seleccionados en cada una de las bases de datos referenciales.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Pubmed	Abortion, spontaneous AND Bereavement	72	1
	Abortion spontaneous AND Nursing Care NOT Perinatal death	76	2
	Patient satisfaction AND Abortion spontaneous	55	2
Cinahl	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Nursing care	7	0
	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Bereavement	49	2
	Qualitative research AND Abortion spontaenous OR Miscarriage	5	2
	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Patient satisfaction	7	1
Cuiden	Aborto AND Cuidados de enfermería	19	2
Cochrane	Abortion AND Nursing care	1	0
	Abortion OR Miscarriage AND Nursing care	36	0
PsycInfo	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Nursing care	40	1
	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Patient satisfaction	25	0
	Qualitative research AND Abortion spontaenous OR Miscarriage	40	1
	Abortion Spontaneous OR Miscarriage AND Bereavement	25	0

Anexo 2. Tabla 3. Características principales de los artículos encontrados.

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Philipin et al. 2010. UK	Explorar el manejo y cuidado de las mujeres que están teniendo un aborto temprano en una unidad hospitalaria	Estudio etnográfico.	8 mujeres que tuvieron un aborto espontáneo	Surgen dos categorías principales
		Recogida de datos: 20 semanas de observación participante, análisis de documentos existentes y entrevistas a profesionales y pacientes.	16 profesionales (10 enfermeros, 3 médicos y 3 trabajadores de ultrasonido)	Primeros signos y confirmación: El sangrado vaginal es la señal que confirma a las mujeres que se está produciendo un aborto, y lo consideran el fin del embarazo. Las enfermeras consideran más importante la parte emocional del proceso, y no tratan con las pacientes su sintomatología.
		Análisis de datos: Temático.	Perdiendo al bebé: Existe una diferencia entre lo que las mujeres conceptualizan como bebé y la visión de los profesionales enfermeros. Esto hace que las mujeres se sientan incomprendidas y abandonadas.	
Emergen 4 categorías con sus correspondientes subtemas:				
Radford et al. 2014. UK	Realizar una revisión narrativa con el fin de investigar las experiencias de las mujeres en el aborto espontáneo (antes de las 16 semanas) para identificar temas comunes	Metasíntesis cualitativa. Recogida de datos: Búsqueda sistemática en bases de datos.	Se escogieron 9 estudios relevantes tras la aplicación de criterios de inclusión y exclusión dando resultados de experiencias de 211 mujeres.	Lo que siento: Las mujeres necesitan reconocimiento de sus sentimientos y sus síntomas físicos durante y después del aborto. Reconocen el sangrado vaginal como la primera confirmación del aborto.
		Análisis de datos: Temático usando las guías de Aveyard		Cuidame y comunícate conmigo: Las mujeres necesitan comunicación con el profesional enfermero, percibiendo esto como un cuidado de calidad.
		Yo, mi bebé y otros: Para las mujeres la pérdida supone perder la identidad como mujer y madre, sintiéndolo como un fracaso personal.		
		Ayúdame a hacer frente al futuro: Las mujeres se sienten culpables del aborto e identifican como mayor fuente de apoyo a las mujeres que han pasado por lo mismo.		

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Evans. 2012. UK	Explorar la experiencia del aborto espontáneo en una unidad hospitalaria desde la perspectiva de enfermeros y pacientes	<p>Metasíntesis cualitativa.</p> <p>Recogida de datos: Bases de datos Cinahl, Pubmed, Cochrane, MEDLINE, MIDIRS y PsycInfo</p> <p>Análisis de datos: Guía crítica IMRad para revisión de estudios y análisis.</p>	36 estudios.	<p>Emergen dos categorías, cada uno con dos subtemas:</p> <p>El papel de los enfermeros en el cuidado de las mujeres que pasan por un aborto: El aborto es una forma de duelo especialmente dolorosa pero los profesionales sanitarios se centran sobre todo en la fisiología del proceso. Los dos subtemas son <u>Comunicación</u> (se sienten mejor si establecen relación con las enfermeras) y <u>Educación</u> (las enfermeras necesitan una mayor educación en el manejo del duelo).</p> <p>Perspectiva enfermera: La cercana relación que establecen las enfermeras con los pacientes puede influir en el cuidado. Los dos subtemas son <u>Cuidar y hacer frente a la situación</u> (las enfermeras deben proporcionar cuidado emocional atendiendo a sus propias emociones) y <u>Desapego y “burn out”</u> (las enfermeras adoptan conductas de evasión para no implicarse emocionalmente).</p>
Frost et al. 2007. UK	Explorar las características por las cuales que aborto espontáneo representa un tipo diferente de pérdida y como ello afecta a las mujeres.	<p>Metasíntesis cualitativa y entrevistas cualitativas semi-estructuradas.</p> <p>Recogida de análisis: Tomando como referencia The Miscarriage Treatment Study (MIST), se recogen datos de mujeres que no llegaron a participar y de una muestra similar a la que participó en el MIST. Ambos grupos fueron entrevistados.</p> <p>Análisis de datos: lecturas reiterativas, discusiones de equipos y grabación de temas. Para identificar temas comunes se usó el software NUDIST.</p>	79 mujeres con experiencia de aborto espontáneo.	<p>Surgen cuatro categorías comunes:</p> <p>Secuestro y silencio: La privacidad de sufrir: A pesar de reconocer que compartir experiencias es beneficioso, como individuales sienten sentimientos de vergüenza y culpa.</p> <p>Cientificación imperfecta y ambigüedades alrededor del evento: Existe confusión alrededor del proceso. El sangrado vaginal es una señal de alerta. Existen tres narrativas que engloban la experiencia de las mujeres: <u>Un intento incompleto o erróneo de concebir</u>, <u>Un bebé que se perdió</u>, <u>Parte de la familia que se perdió</u>.</p> <p>El aborto como la pérdida de posibilidades: Las mujeres se enfrentan a la pérdida como una pérdida de su feminidad, control de su cuerpo, aspiraciones y sueños de futuro.</p> <p>¿Por qué yo? Feminidad incompleta y “cientificación” imperfecta: La mayor incertidumbre del proceso es no conocer las causas, lo que hace que las mujeres tengan sentimientos de culpa y de fracaso personal.</p>

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Geller et al. 2010. EEUU	Examinar cuales son las opiniones de las mujeres sobre cómo son cuidadas, la mejor forma de ser tratadas y la satisfacción que presentan con los servicios sanitarios	Metasíntesis cualitativa Recogida de datos: Bases de datos Psycinfo, Cinahl y Pubmed. Análisis de datos: Temático, de acuerdo con los 4 temas principales identificados como indicadores de la satisfacción del cuidado.	16 estudios seleccionados.	Surgen cuatro categorías para evaluar la satisfacción de las mujeres: Actitudes de los profesionales sanitarios: Aquellos que no entienden la magnitud de la pérdida influyen negativamente en su opinión de la satisfacción del cuidado recibido. Información: Aquella relacionada con las causas del aborto, la probabilidad de futuros embarazos y las complicaciones físicas son de vital importancia para las mujeres, mejorando su percepción sobre la calidad del cuidado. Intervenciones realizadas: Los mayores niveles de satisfacción se dan cuando les es ofrecido realizar pruebas para conocer las causas del aborto, se les ofrece ver al bebé o se les coloca en una habitación lejos del área de maternidad. Seguimiento: Hay mayor satisfacción con los cuidados si se ofrece un seguimiento posterior, además éste es esperado por las mujeres, y les alivia ver que sus sentimientos de duelo son normales y reconocidos.
Murphy et al. 2008. UK	Explorar las experiencias de las mujeres que han tenido un aborto espontáneo en una unidad ginecológica	Estudio etnográfico. Recogida de datos: 20 meses de observación participante, análisis de documentos y entrevistas formales. Análisis de datos: Temático	8 mujeres que han tenido un aborto y 16 profesionales sanitarios que trabajan en esa unidad (10 enfermeras, 3 médicos y 3 trabajadores de ultrasonidos)	Tres categorías: Primeros síntomas y confirmaciones: Las mujeres asocian el comienzo del aborto con el sangrado vaginal y el dolor, pero se apoyan en la confirmación de ultrasonido como definitiva. Ven el aborto como algo inesperado. Perdiendo el bebé: Es la fase donde se produce la intervención. Es el fin de la identidad de la mujer como embarazada y ellas sienten que son consideradas de menor prioridad frente a otras patologías. El después: Tras el alta hospitalaria, las mujeres reconocen que existe una etapa después en la que experimentan sentimientos de tristeza, soledad y vacío, pero no todas conceptualizan su pérdida como duelo.

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Limbo et al. 2014. EEUU	Ampliar los conocimientos acerca de las experiencias de las mujeres con el aborto mediante la exploración de cómo se enfrentan y toman las diferentes decisiones en torno al mismo cuando existe la posibilidad de que ocurra.	Estudio cualitativo Recogida de datos: Entrevistas telefónicas. Análisis: Dimensional identificando dimensiones y relacionándolo con condiciones.	23 mujeres que completaron la entrevista telefónica.	Los resultados se organizaron en torno al concepto de Estar Seguro, tanto de la inevitabilidad del aborto como de la elección del manejo. Las condiciones que indican qué es estar seguro son clasificadas en: Síntomas, Intuición o sentimiento, Recibir información de otros, Confirmación del ultrasonido, Recursos adicionales. Respecto a la seguridad del tratamiento escogido, dividen varios apartados: Confirmación del aborto por los profesionales de atención primaria, Consejos del profesional sanitario, Evitar un procedimiento que puede ser considerado como aborto, Manejo expectante como opción de prueba.
Gerber-Epstein et al. 2008. Israel	Observar la experiencia subjetiva de la mujer que ha sufrido un aborto temprano por primera vez para poder ayudarlas al no haber recibido apoyo por parte de su entorno o de los profesionales sanitarios.	Estudio cualitativo Recogida de datos: Entrevistas Análisis de datos : Temático	19 mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo durante su primer embarazo y que en la actualidad eran madres o estaban embarazadas.	Se identificaron cinco categorías principales: Cuanto mayor es la alegría, más dolorosa es la caída: Para comprender la dureza de la experiencia, es necesario conocer los sentimientos de alegría y las proyecciones de futuro que crean las mujeres al enterarse de su embarazo, y como éstas se rompen inesperadamente. La pérdida: La intensidad de la pérdida y la naturaleza de la pérdida es descrita como dolorosa, traumática y como un duelo. Su mayor miedo es no poder ser madres. Fuentes de apoyo: Sus familiares las obligan a superarlo rápidamente, mientras que se sienten abandonadas por los sanitarios. La mayor fuente son las mujeres que han pasado por lo mismo Vida después del aborto: Parte de la dificultad de volver a la vida normal es la incompreensión de la sociedad. Lo describen como vivir con una enfermedad crónica. Recomendaciones de las mujeres para los profesionales sanitarios y la sociedad: Se debe elegir un profesional que entienda sus necesidades, así como buscar asesoramiento.

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Ribeiro da Fonseca Domingos et al. 2011. Brasil	Comprender la experiencia de las mujeres en situaciones de aborto espontáneo, en el contexto de la asistencia de los servicios de salud públicos y privados, así como la experiencia de los profesionales enfermeros y la atención prestada.	<p>Estudio fenomenológico</p> <p>Recogida de datos: Entrevistas.</p> <p>Análisis de datos: Uso de Fenomenología social de Schutz, seleccionando resultados que permitieran deducir temas generales.</p>	Entrevista a 13 mujeres que estaban pasando por un aborto en una unidad hospitalaria y a 7 enfermeros que se ocupan del cuidado en estas situaciones.	<p>Los resultados se dividen entre experiencias de las mujeres y los profesionales sanitarios.</p> <p>Experiencias de las mujeres: Con dos temas: <u>Momento triste, doloroso y difícil</u> (Las mujeres recuerdan con claridad el momento en el que percibieron el sangrado vaginal, ya que lo relacionan directamente con el fin del embarazo. Aparecen sentimientos de culpa y el miedo a ser culpabilizadas por el aborto) y <u>Bienvenida</u> (Buscan que los profesionales de enfermería les ofrezcan apoyo, respeto y cariño)</p> <p>Experiencias enfermeras: Destaca la búsqueda de información que realizan al sentirse limitados en sus conocimientos para tratar el tema. Esto hace que se centren en el aspecto físico y no intenten profundizar en el tema con los pacientes.</p>
Rowlands et al. 2010. Australia	Conocer como las mujeres lidian con su vida tras el aborto.	<p>Estudio cualitativo.</p> <p>Recogida de datos :Entrevistas semiestructuradas</p> <p>Análisis de datos: Temático</p>	9 mujeres.	<p>Emergen dos categorías, siendo uno el principal, y otro secundario.</p> <p>El compromiso con los otros: Buscan el apoyo en sus familias y amigos, lo que les parece fundamental. Se sienten tristes cuando no encuentran ese apoyo y el aborto no es reconocido por ellos ni por los sanitarios, que utilizan términos médicos. Sintieron recibir poco apoyo e información de la comunidad médica.</p> <p>Centrarse en una misma: Trata del viaje personal de cada mujer durante el aborto, que depende de sus experiencias pasadas.</p>

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD *	Participantes	Resultados
Adolfsson. 2014. Suecia.	Identificar y describir las experiencias de las mujeres durante un aborto	Estudio fenomenológico Recogida de datos: Entrevistas Análisis de datos: Temático, usando la fenomenología de Heidegger	15 mujeres.	Tres categorías: Pasado: Las mujeres habían planeado el embarazo, asociándole planes de futuro. Si en el pasado habían experimentado la muerte de algún familiar etc., asociaban malas experiencias al aborto. Presente: Cada mujer sabe dónde estaba en el momento de inicio de los síntomas, lo que supone algo traumático para ellas. Hasta que ven las pruebas confirmatorias del ultrasonido se encuentran en estado de negación, y se sienten abandonadas por no ser tratadas prioritariamente. Futuro: Expresaban miedo a no poder volver a quedarse embarazadas y por otro lado decepción por no haberse dado cuenta de la probabilidad de tener un aborto.
Gondim et al. 2007. Brasil	Comprender las experiencias de las mujeres que están pasando por un aborto y los cuidados enfermeros recibidos.	Estudio cualitativo Recogida de datos: Entrevistas Análisis de datos: Técnica de análisis de contenido.	13 mujeres	Los resultados se clasifican en cuatro categorías: Cuidado centrado en las necesidades físicas: Las enfermeras se centran en los síntomas físicos y las mujeres describen ese cuidado como básico. No saben cuál es el trabajo de la enfermería La creación de juicios en la situación de aborto: Las mujeres se sienten rechazadas ante su aborto por el personal sanitario, sobre todo ante la duda de éstos de si es un aborto provocado o no. Afirman no recibir cuidado psicológico y sentirse abandonadas y culpables. La legalidad del proceso: Debido a la situación ilegal del aborto en Brasil, las mujeres que abortan son juzgadas por los profesionales hasta que no se demuestra que ha sido espontáneo. La necesidad de apoyo en situaciones de aborto: Las mujeres destacan que lo que más necesitan es apoyo, pero que los profesionales de enfermería realizan el trabajo de forma automática y no intentan establecer una relación con ellas de lo que emergen sentimientos de dolor y abandono.

Autores y año	Objetivo	TE/ TEO/TAD*	Participantes	Resultados
Ekelin et al. 2008. Suecia.	Conceptualizar la experiencia de las mujeres y sus parejas en el afrontamiento tras el diagnóstico de feto no viable en la prueba de ultrasonido del segundo trimestre	Estudio de teoría fundamentada. Recogida de datos: Entrevistas cualitativas. Análisis de datos: Uso de la teoría fundamentada	9 mujeres y sus parejas.	<p>Aparece una categoría central: El cambio inesperado en la vida, y cuatro derivadas de ella, a su vez con diferentes subcategorías.</p> <p>Engañados por una falsa sensación de seguridad: Los padres esperan confirmación acerca de la buena salud del bebé, y al no ser así se sienten engañados por la información recibida, y traicionados por el cuerpo de la mujer, al dar síntomas de embarazo normal.</p> <p>Enfrentándose a la realidad: El momento de conocer el aborto es algo por lo que las mujeres pasan solas, y manifiestan sentirse heridas por comentarios sin tacto de los enfermeros así como incomodidad.</p> <p>El proceso de duelo: Se relaciona con el bebé que habían imaginado y los planes de futuro y depende de las circunstancias particulares de la vida de cada pareja. Se sienten culpables.</p> <p>Reorientación: La rapidez o facilidad con la que las parejas regresaban a su vida dependía de sus expectativas y experiencias pasadas. Coinciden en la necesidad de un seguimiento.</p>
Janse van Rensburg et al. 2014. Sudáfrica	Explorar y describir las experiencias de las mujeres tras un aborto espontáneo para percibir el estado mental de esas mujeres en el futuro	Estudio cualitativo Recogida de datos: Entrevistas Análisis de datos: Método descriptivo	7 mujeres que habían pasado por un aborto espontáneo	<p>Aparecen 5 temas:</p> <p>Sensación de pérdida: Cuando las mujeres descubren el aborto entran en una nueva realidad en la que se ven sola y aislada.</p> <p>Construcción de significado: La percepción que las mujeres tengan de su embarazo influye en como experimentan la pérdida. Muchas se sienten especiales estando embarazadas.</p> <p>Dimensiones afectadas: <u>Dimensión emocional:</u> Cada mujer reacciona de forma diferente pero sienten que no tienen control sobre su cuerpo. Además se sienten mujeres incompletas y tienen miedo a no poder tener hijos. <u>Dimensión física:</u> Las mujeres sienten que todo el disconfort que sufren cuando su cuerpo cambia durante el embarazo no ha valido la pena. <u>Dimensión intelectual:</u> Las mujeres sienten incertidumbre y miedo a la toma de decisiones tras el aborto, sobre todo frente a un futuro embarazo. <u>Dimensión social:</u> Incluye contarle al entorno las noticias del aborto y también el dolor al estar con niños o mujeres embarazadas</p> <p>Reto para la relación: Muchas mujeres se sienten alejadas de sus parejas e incomprendidas</p> <p>Apoyo social: Las mujeres se sienten poco apoyadas y sus sentimientos no validados. Prefieren el apoyo de mujeres que hayan pasado por un aborto</p>

(*)Leyenda: TE (tipo de estudio), TEO (Técnicas de obtención de datos), TAD (Tipo de análisis de los datos)

