

Revisión

Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo

Alina Danet Danet

Departamento de Organización de Empresas, Marketing y Sociología, Área de Sociología, Universidad de Jaén, Jaén, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2019
Aceptado el 14 de febrero de 2020

Palabras clave:

Aborto inducido
Solicitantes de aborto
Investigación cualitativa
Revisión

Keywords:

Abortion induced
Abortion applicants
Qualitative research
Review

RESUMEN

Objetivo: Explorar las vivencias emocionales de las mujeres en torno a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a través de la producción científica cualitativa existente.

Método: Revisión sistemática cualitativa basada en la búsqueda bibliográfica de estudios publicados desde 2010 en PubMed, Science Direct y Scopus. Se incluyeron 19 artículos con diseño cualitativo que se revisaron usando análisis de contenido de tipo inductivo.

Resultados: Se identificaron tres temas principales en torno a las experiencias emocionales: acceso a la IVE, impacto emocional durante la asistencia sanitaria y aspectos individuales, relacionales y socioculturales condicionantes de la vivencia. Los estudios mostraron la variabilidad de las experiencias emocionales, con los siguientes factores determinantes: acceso y tiempos de espera, características y funcionamiento del sistema sanitario, procedimiento de intervención, grado de presencia y participación de las pacientes en relación a aspectos técnicos y uso de tecnologías médicas, interacción con el personal sanitario y aspectos individuales, relacionales y socioculturales específicos. Las principales dificultades emocionales se relacionaron con el conflicto ético, la toma de decisiones, la relación con el entorno social y sanitario, y la experiencia del estigma. Como elementos facilitadores se refirieron la autonomía en la toma de decisiones y el apoyo emocional; como barreras, las manifestaciones del rechazo social y los mensajes negativos del entorno político, sanitario y sociofamiliar.

Conclusiones: Las experiencias emocionales en la IVE dependen de factores individuales, relacionales y asistenciales, vertebrados por desigualdades y sesgos de género. En el ámbito asistencial, el potencial de mejora reside en una atención sanitaria integral e individualizada, adaptada a las necesidades de las pacientes.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Women's emotional accounts of induced abortion

ABSTRACT

Objective: To explore women's emotional accounts of induced abortion, analyzing qualitative scientific publications.

Method: Qualitative systematic review of 19 studies published in PubMed, Science Direct and Scopus from 2010 onwards. The articles based on qualitative research design were revised using inductive content analysis.

Results: The analysis identified three main themes regarding women's emotional experiences: access to abortion, emotional impact during medical assistance, and individual, relational and sociocultural determinants. The studies showed the variability in women's emotional accounts, mainly determined by the following factors: Access and waiting times, health system, type of intervention, degree of awareness and participation regarding the use of technical and medical technologies, interaction with health professionals, and specificity of individual, relational and sociocultural context. The main emotional difficulties were related to the ethical conflict, the decision-making, the relation with the social and health system and stigma. As main facilitating aspects, women highlighted autonomy in decision-making and emotional support, while barriers referred to social rejection and negative messages perceived from the political, social and health system.

Conclusions: The emotional accounts around induced abortion depend on individual and relational factors, as well as on health assistance, all mediated by gender inequalities and bias. Improvements in health assistance refer to an integral and individualized attention, adapted to women's needs.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correos electrónicos: alinadanet@yahoo.es, adanet@ujaen.es

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>

0213-9111/© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), aborto a petición o por razones socioeconómicas, es legal y se reconoce como un derecho de salud sexual y reproductiva de la mujer en un tercio de los países del mundo¹. La intervención tiene consideración de acto médico², aunque una serie de factores condicionan específicamente su acceso y atención sanitaria, diferenciándola de otras situaciones asistenciales³: el acceso individual a la asistencia está supeditado al contexto legal, las opciones de abortar están determinadas por la semana gestacional, la intervención es un acto asistencial puntual, el aborto está estigmatizado socialmente y, por último, solo afecta a las mujeres.

Al igual que en la mayoría de los países desarrollados, en España la IVE está regida por leyes de plazos⁴. Hasta 2010, los únicos supuestos de despenalización del aborto eran, siendo vigente la Ley Orgánica 9/1985, los casos de violación, riesgos para la salud de la mujer o malformación fetal. A partir de la Ley Orgánica 2/2010, la IVE se puede realizar durante las primeras 14 semanas de gestación, después de un periodo de reflexión y, en el caso de las menores de edad, previa autorización parental (condición añadida en la Ley Orgánica 11/2015).

La mayor parte de la investigación biomédica sobre la IVE se centró históricamente en aspectos técnicos y de seguridad del procedimiento quirúrgico o farmacológico. Desde las ciencias sociosanitarias, los temas prioritarios se organizaron alrededor de: 1) toma de decisiones sobre el embarazo no deseado (motivos y condicionamientos^{4,5}); 2) comunicación y apoyo sociofamiliar^{6–8}; 3) valoración, evaluación y preferencias sobre la práctica clínica (p. ej., elección del procedimiento o gestión del dolor⁹); y 4) estigma social del aborto (identidad estigmatizada¹⁰, aborto como acto desviado, infrecuente^{11,12} o peligroso^{13,14}).

El impacto emocional de la IVE es un tema controvertido. Por una parte, ciertas posturas teórico-políticas destacaron las implicaciones emocionales negativas y el daño que provoca para la salud mental de las mujeres, considerando el aborto como «un mal social»¹⁵ o un evento «excepcional y trágico»¹⁶. Por otra parte, surgieron perspectivas críticas a la presunción de daño emocional¹⁷ y a la construcción de la feminidad normativa¹⁸, enfocadas hacia los derechos de la mujer y la autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo^{19,20}. Desde la ética feminista liberal²¹ y la «retórica de la elección»²² se mostró la prevalencia de las emociones positivas, en especial de alivio^{23,24}, y a la vez se ofrecieron nuevos marcos interpretativos para la tristeza y el duelo, más allá del arrepentimiento¹⁷, destacando el peso de la relación de pareja^{25,26}, el impacto del embarazo no deseado²⁷, la gestión del silencio y el miedo al estigma²⁸.

Las revisiones sistemáticas de las vivencias del aborto previas a 2010^{29–31} no mostraron la evidencia de las secuelas psicológicas del aborto²⁹, relacionaron el impacto emocional negativo con perfiles sociales desfavorecidos³⁰ y destacaron los beneficios de la relación con el entorno³¹; cuestión también señalada, junto con la ambivalencia emocional, en el contexto escandinavo³².

Asumiendo que la IVE representa una experiencia compleja, no homogénea ni lineal⁴, esta revisión, situada entre la sociología de la salud y la de las emociones, partió de la teoría de la política cultural de las emociones³³, que busca la relación entre emociones, lenguaje y cuerpos para desvelar que las emociones no son estados individuales, sino prácticas culturales que se construyen a través de procesos relacionales y se encarnan a través del cuerpo³⁴. Por otra parte, la revisión surgió del interés por interpretar las vivencias emocionales como prácticas individuales que adquieren significado dentro de las relaciones de género. En este sentido, la experiencia de abortar se consideró desde la tensión entre la capacidad y la libertad individual y la estructura social, como espacio en el cual se negocian y legitiman las decisiones de y sobre

la salud de las mujeres. Desde este marco teórico, la perspectiva de género permitió analizar la IVE como una práctica normativa que refuerza la identidad social de género, como principio organizador de la estructura social, que posiciona a las mujeres en cuanto agentes sociales, y en tercer lugar como elemento configurador de la propia identidad, autopercepción y subjetividad personal³⁵.

Por tanto, el objetivo de esta revisión fue explorar las vivencias emocionales de las mujeres en torno a la IVE, a través de la producción científica cualitativa existente. Se contempló la complejidad del proceso, prestando atención a las experiencias emocionales antes, durante y después del aborto.

Método

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de los estudios originales con diseño de investigación cualitativa publicados en la última década (2010–2019) en inglés, español, francés, italiano y portugués, en las bases de datos electrónicas PubMed, Science Direct y Scopus. Las búsquedas combinaron términos MeSH (*Medical Subjects Headings*) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud), siguiendo la estrategia: [(“Abortion induced” OR “Abortion on demand” OR “Abortion seekers” OR “Abortion applicants”) NOT (“Abortion, spontaneous” OR “Abortion, therapeutic” OR “Abortion, threatened” OR “Abortion, eugenic”)] AND “Qualitative research”.

Adicionalmente se llevaron a cabo búsquedas manuales en Google Académico, Dialnet Unirioja y revistas electrónicas especialmente relevantes para el tema, con la finalidad de asegurar la identificación de publicaciones de varios ámbitos geográficos y disciplinarios.

El proceso de selección, resumido en la figura 1, se basó en las recomendaciones del protocolo Prisma para revisiones sistemáticas³⁶. Tras eliminar los duplicados, se realizó un cribado por título y resumen, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1) y, en la fase final de lectura completa de los textos, se incluyeron 19 artículos.

Para la revisión cualitativa se siguió la declaración ENTREQ³⁷, con el fin de minimizar los sesgos individuales y favorecer la inclusión y el análisis de acuerdo con criterios replicables. Se usó un protocolo de revisión preestablecido, estructurado en los siguientes apartados de análisis: introducción, método (diseño, selección de participantes, análisis), principales resultados y conclusiones, y evaluación. Ante la dificultad de revisar el apartado de evaluación, cuestión relacionada principalmente con la heterogeneidad de los estudios, se consultaron también los requisitos establecidos para metasíntesis cualitativas³⁸ y los criterios publicados por el Instituto Joanna Briggs³⁹.

El análisis de las fuentes incluyó una fase descriptiva del tipo de estudio (diseño y metodología), las características de la muestra y el emplazamiento o país. En una segunda fase se realizó una síntesis narrativa de los principales resultados y conclusiones, a partir del análisis de contenido de tipo inductivo⁴⁰, consistente en extraer y analizar los principales temas y categorías identificados. Para la triangulación de los resultados se contó con las recomendaciones y el asesoramiento de profesionales con experiencia en la investigación cualitativa, la salud sexual y reproductiva, y la perspectiva de género (ver Agradecimientos).

Resultados

Los 19 estudios cualitativos^{41–59} localizados en América del Norte^{41,44–49,53–55,58,59}, el Reino Unido^{42,43,50,51,57}, Australia⁵² y Turquía⁵⁶ se basaron en entrevistas individuales con muestras variables de 16 a 46 participantes (16–56 años de edad) cuyas IVE incluyeron procedimientos quirúrgicos y farmacológicos. Todas las investigaciones, procedentes de las ciencias sociales y sanitarias,

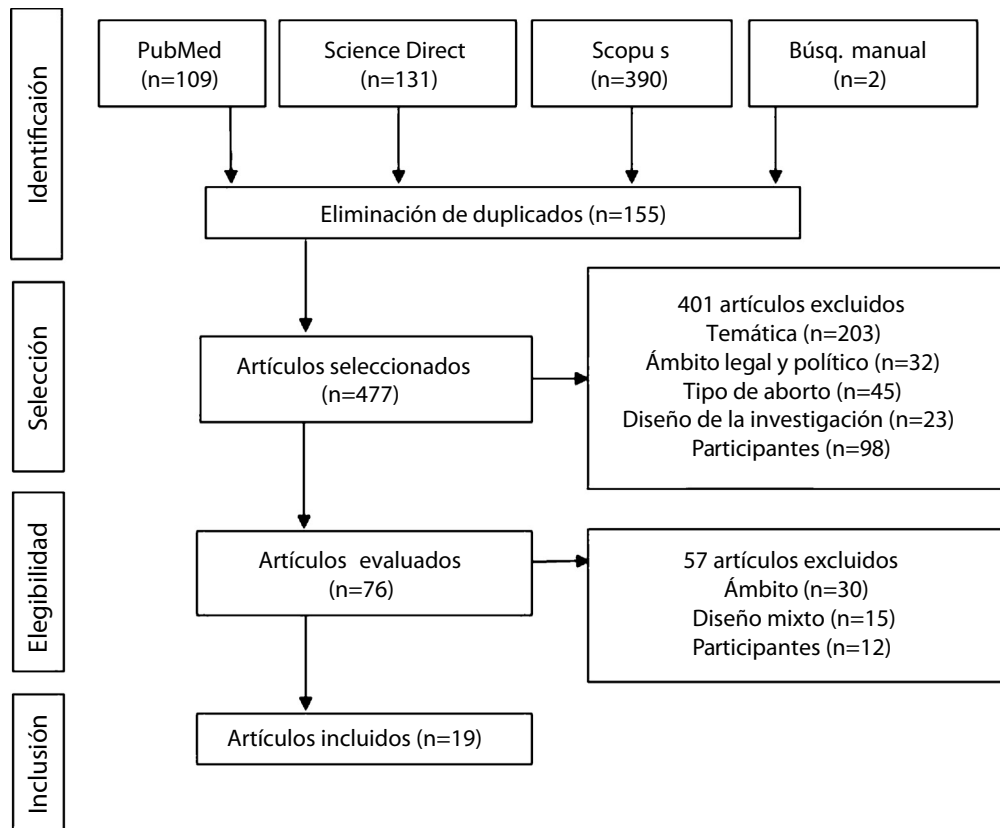


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección bibliográfica.

Tabla 1
Criterios de inclusión y exclusión

Variable/ dimensión	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<i>Tema y contexto</i>		
Tema	Experiencias, vivencias, opiniones; opiniones antes, durante y después de la IVE	Otros temas relacionados con el aborto: ETS, VIH, anticoncepción, drogadicción, mortalidad, anomalías fetales, cuidados sanitarios, aborto selectivo Actitudes, opiniones, creencias en torno a la IVE Viajes, turismo médico para IVE
Ámbito geoeconómico	Países desarrollados (mundo occidental)	Países en vías de desarrollo
Contexto político-legal del aborto	Legalidad (aborto como derecho de la salud sexual y reproductiva de la mujer)	Ilegalidad, clandestinidad (aborto como delito, crimen)
Tipo de aborto	Inducido, a demanda, IVE en el ámbito sanitario público o privado	Aborto no voluntario, espontáneo, terapéutico, eugénico
Procedimiento de la IVE	Quirúrgico o farmacológico	Otras prácticas no biomédicas (uso de plantas, prácticas populares, medicinas alternativas, etc.)
<i>Estudio</i>		
Diseño	Cualitativo	Cuantitativo
Consentimiento informado	Sí	No
Aprobación de comité ético	Sí	No
<i>Participantes en el estudio</i>		
Sexo	Mujeres	Hombres
Edad	>16 años	< 16 años
Perfil/grupo de selección y segmentación	Población general	Grupos sociales o profesionales específicos (prostitución, ejército)
Rol en relación a IVE o sistema social y sanitario	Pacientes/usuarios	Profesionales del ámbito sociosanitario, familiares y acompañantes de la paciente, representantes de asociaciones, otros actores sociales
Relación con la IVE	Vivencia personal, corporal y directa	Vivencia corporal indirecta: familiares, acompañantes, profesionales, otros actores sociales

ETS: enfermedades de transmisión sexual; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2
Descripción y resultados de los estudios incluidos en la revisión

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Altshuler et al. (2017) ^a	Estados Unidos	Identificar las necesidades y preferencias de las mujeres durante la asistencia sanitaria de IVE, a partir de la comparación con los cuidados en el parto	20 mujeres con hijos/as 19-42 años < 5 años Comunitaria: carteles	Teoría fundamentada	Heterogeneidad de experiencias emocionales: Aspectos morales de la toma de decisión. Algunas mujeres experimentan un conflicto ético. Sentirse principales agentes de la toma de decisión y percibir el reconocimiento de este rol por parte del personal sanitario, así como su respeto y aceptación, ayuda a reducir la tristeza y la sensación de pérdida Grado de presencia durante la IVE. Algunas mujeres prefieren reducir la presencia, otras prefieren estar totalmente conscientes y enfatizan la seguridad, el apoyo profesional, la participación activa y la confirmación del aborto Privacidad de los cuidados. Las mujeres necesitan intimidad y discreción contra el juicio y el estigma por parte de terceros, a la vez que prefieren evitar el aislamiento absoluto para favorecer el apoyo entre iguales Ante la diversidad de preferencias y necesidades de las pacientes, se debe promover la asistencia individualizada y sensible a las diferencias
Astbury-Ward et al. (2012) ^a	Reino Unido	Explorar percepciones y vivencias en torno a la IVE desde la confirmación del embarazo hasta los cuidados posaborto	17 mujeres 22-57 años 2 semanas-37 años Centros sanitarios	Fenomenología interpretativa Teoría fundamentada	Las mujeres experimentan la IVE en el marco de la ocultación y el secretismo, relacionados con el estigma social, con independencia del tiempo transcurrido desde el aborto Factores condicionantes de la experiencia de IVE. Factores microsociales: los motivos para abortar, las respuestas y las reacciones por parte del entorno social y del personal sanitario (tanto reales como anticipadas por las pacientes) y la provisión de asistencia sanitaria. Factores macrosociales: la percepción de opiniones contrarias, rechazo y estigmatización social al aborto Consecuencias de la vivencia oculta: ilegitimidad para la expresión emocional, aislamiento y sensación de soledad. Internalización del estigma: culpa, vergüenza, autocastigo. Infravaloración, inadecuación del apoyo psicológico y emocional recibido del personal sanitario
Beynon-Jones (2017) ^a	Reino Unido	Analizar relatos e identificar trayectorias discursivas y repertorios interpretativos que construyen posicionamientos subjetivos para «desproblematizar» la vivencia de IVE	28 mujeres - 3 semanas-37 años Clínicas ginecológicas, anuncios en prensa y redes sociales	Psicología discursiva posestructuralista Análisis del discurso	En los relatos de las participantes se identifican tres trayectorias discursivas que participan en «desproblematizar» la IVE: Mantener la «certeza» de que la decisión de abortar es correcta, con discursos de rechazo, oposición o resistencia contra los posicionamientos subjetivos de trauma o arrepentimiento. Entre las mujeres que experimentan un dilema ético, la «certeza» se negocia a través del discurso de la temporalidad de la decisión y de la maternidad responsable, y se valida en clave de legitimidad de otras prioridades Enfatizar la agencia individual ante manifestaciones antiabortistas. Las mujeres ilustran repertorios interpretativos liberales, aceptan la libre expresión de opiniones antiaborto, a la vez que critican su manifestación en espacios cercanos a las clínicas, por vulnerar su propio derecho de libre elección y su identidad como agentes legitimados para tomar decisiones. Un segundo repertorio sitúa la estigmatización social del aborto en el marco del conflicto sociopolítico de las desigualdades de género Explicar el silencio. Los relatos describen el aborto como fenómeno social intrínsecamente problemático, en el cual el silencio no es tanto una decisión personal como un acto «obvio», que facilita la gestión de las dificultades retóricas en los escenarios relacionales donde hablar sobre el aborto es «imposible»

Tabla 2 (continuación)

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Cano y Foster (2016) ^b	Canadá	Documentar experiencias de IVE, identificar sus costes económicos y personales y recoger propuestas de mejora del acceso y de la asistencia sanitaria	16 mujeres (ámbito rural) 32 años 1 mes-10 años Anuncios en organismos locales, prensa, plataformas y redes sociales	Análisis de contenido	<p>Acceso: las participantes describen un recorrido asistencial largo (mínimo 3 visitas antes de la intervención), complicado y no transparente. En algunos casos, el personal sanitario muestra actitudes negativas o desconsideradas (p. ej., en respetar la preferencia de no ver la ecografía)</p> <p>Tiempo de espera y costes: la espera antes de la IVE se considera larga y estresante. Acudir a múltiples visitas médicas resulta difícil de compaginar con la vida cotidiana y pone en peligro la confidencialidad. Los gastos no cubiertos por la seguridad social son directos (transporte, medicación) e indirectos (ausencia del trabajo, estudios, cuidados)</p> <p>Propuestas de mejora: optimizar los servicios sanitarios y reducir la espera, ofrecer asesoramiento preaborto, protocolizar los cuidados posteriores a la IVE, informar sobre el procedimiento de aborto farmacológico</p>
Cappiello et al. (2014a) ^c	EE.UU.	Describir y analizar la elección y la experiencia de la IVE por procedimiento farmacológico	22 mujeres 16-45 años 2 semanas-4 meses Centros sanitarios	Teoría fundamentada constructivista Método comparativo constante	<p>En los discursos de las mujeres surgen cinco marcos explicativos clave para la elección, sin diferencias por perfiles sociodemográficos:</p> <p>Elegir un proceso «natural»: 15 mujeres. Los síntomas esperados o experimentados se asocian, por analogía con el aborto espontáneo, a un proceso más natural y menos traumático</p> <p>Evitar la cirugía: 18 mujeres. El recuerdo o imaginario en torno al procedimiento por aspiración (8 mujeres tuvieron esta experiencia previa) sitúan al dolor y al sonido de la bomba de aspiración como elementos centrales de una (potencial) experiencia negativa</p> <p>Respetar al «bebé» (término usado por 21 participantes): se opina que este procedimiento es menos violento o doloroso para el embrión/cigoto, creando un marco más amable para finalizar el embarazo</p> <p>Programar el aborto en función de necesidades individuales: 13 mujeres. Las mujeres exponen razones de tipo práctico, relacionadas con la programación y la organización de las actividades cotidianas (trabajo, estudios, cuidados de menores) y un mayor control personal sobre el proceso</p> <p>Vivir la experiencia en casa: 17 mujeres. El confort, el acompañamiento y el apoyo emocional del entorno familiar prevalecen ante la presencia y la capacidad técnica del personal sanitario. Veintiuna mujeres consideran que en el ámbito asistencial el apoyo emocional sería menos efectivo que en casa</p>
Cappiello et al. (2014b) ^c	EE.UU.	Estudiar la experiencia y la decisión de ver o no la ecografía antes de una IVE	18 mujeres 16-45 años 2 semanas-4 meses Centros sanitarios	Teoría fundamentada constructivista	<p>Razones para ver la ecografía (14 mujeres): confirmar la salud y la fertilidad (8 mujeres), satisfacer la curiosidad (9 mujeres) –visualizar el estado del embarazo, saber si es gemelar, fascinación por el desarrollo celular, confirmar la justificación de la medicación– y procesar la decisión (6 mujeres) –tener una imagen física del embarazo y experimentar la sensación de presencia–</p> <p>La experiencia de ver la ecografía (14 mujeres): 8 mujeres ven la ecografía junto con el personal sanitario (a 3 se les oferta, 5 lo demandan); 7 lo consideran como un derecho de acceso a información médica y lo viven de manera positiva; 1 describe la situación como emocionalmente difícil, siente culpa y tristeza; 6 quieren ver la ecografía, pero no se les oferta y no lo solicitan por incomodidad o desconocimiento</p> <p>Razones para no ver la ecografía (4 mujeres): evitar un replanteamiento de la decisión (1), temer una posible experiencia emocionalmente difícil (3). Ninguna tiene objeción a que se les oferte ver la ecografía</p>

Tabla 2 (continuación)

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Chor et al. (2016) ^b	EE.UU.	Explorar cómo influye el apoyo de una doula en la experiencia de la IVE	30 mujeres 18-40 años >2 semanas Centros sanitarios	Análisis de contenido	<p>Las mujeres no están familiarizadas con la figura, el papel y las funciones de una doula</p> <p>Razones para aceptar la doula (19 mujeres): deseo de acompañamiento, preocupación por la intervención, compensar la falta de apoyo emocional durante el procedimiento</p> <p>Razones para rechazar la doula (11 mujeres): sentido de estoicismo, deseo de privacidad y de reducir la intensidad emocional. No aparece la idea de intrusismo profesional</p> <p>La experiencia del aborto con doula. Se valoran positivamente los aspectos técnicos y comunicativos de la experiencia, la anonimidad del apoyo emocional como garantía contra el juicio moral, el acompañamiento como fuente de mayor confort y seguridad</p> <p>Rol de la doula en la IVE: se podría ampliar en la preparación previa y los cuidados posteriores al aborto, dando información y apoyo durante todo el proceso</p>
Cockrill y Nack (2013) ^{a,d}	EE.UU.	Explorar la experiencia y la gestión individual del estigma en la vivencia de la IVE	34 mujeres 18-43 años 2 semanas-3 meses Centros sanitarios/línea telefónica de información y apoyo	Teoría fundamentada Método comparativo constante Teoría y tipología del estigma sexual de Herek (2009)	<p>Estigma internalizado: se basa en estereotipos negativos sobre las mujeres que se someten a una IVE y genera prejuicios y autoestigma. Prejuicios: 6 mujeres usan los adjetivos «irresponsables» o «descuidadas» en relación con las mujeres que abortan. Autoestigma: 5 mujeres, todas pertenecientes a familias tradicionales y religiosas, se juzgan duramente, considerándose «estúpidas»</p> <p>Estigma sentido: todas las mujeres anticipan y temen posibles reacciones contrarias al aborto por parte de terceros y limitan la información, aunque lo comunican por lo menos a una persona de su entorno</p> <p>Estigma declarado: surgen situaciones de rechazo o condena por parte de terceros, principalmente de grupos o movimientos antiaborto, personal sanitario, amistades, familiares o pareja</p> <p>Estrategias de afrontamiento: 1) gestionar la estima dañada (excusas y justificaciones, transferencia del estigma al personal sanitario, establecer prioridades familiares, desidentificarse con el grupo social de las «mujeres que abortan»); 2) gestionar una buena reputación, ocultando la IVE o difundiendo relatos alternativos aumenta el estigma sentido, genera en sí un factor de estrés y frena o altera la búsqueda de apoyo emocional; 3) gestionar la reputación dañada (crítica a detractores del aborto, normalización de la experiencia, reflexión y reeducación de las propias creencias, apoyo a mujeres que abortan)</p>
Dennis et al. (2015) ^a	EE.UU.	Explorar las experiencias de acceso a la IVE de las mujeres con bajo nivel de ingresos	27 mujeres 24-46 años < 3 años Anuncios en ámbito comunitario	Análisis de contenido	<p>La vía de entrada para la IVE es heterogénea: atención primaria, ginecología/obstetricia o servicios de planificación familiar</p> <p>La primera visita es positiva y el acceso a la IVE se considera rápido y fácil. 18 participantes disponen de seguro médico, pero 2 de ellas prefieren cubrir los gastos de la IVE alegando razones de confidencialidad. Las 9 mujeres sin seguro tienen dificultades para conseguir el dinero necesario para cubrir la intervención</p> <p>La IVE se valora positivamente en los aspectos técnico y de seguridad, y surge la propuesta de reducir los tiempos de espera el día de la intervención. Las mujeres que experimentan el aborto como una situación emocionalmente difícil refieren necesidades no cubiertas de mayor apoyo emocional y privacidad, y critican el ritmo rutinario del proceso</p>

Tabla 2 (continuación)

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Heller et al. (2016) ^a	Reino Unido	Explorar las barreras de acceso a la IVE en mujeres del ámbito rural	16 mujeres 18-41 años 5 semanas-6 meses Centros sanitarios	Análisis de contenido	<p>El tiempo dedicado al desplazamiento hasta el centro sanitario (hasta 10 h) es fuente de estrés, cansancio y frustración, pone en peligro la confidencialidad y la privacidad, y expone a consecuencias físicas del dolor <i>in itinere</i></p> <p>El tiempo de espera previo a la IVE (10 días a 3 semanas) es percibido como «la peor parte del proceso», genera ansiedad, preocupación y efectos secundarios del embarazo (náuseas, cambio corporal y anímico)</p> <p>La derivación por parte del personal sanitario es inmediata solo para la mitad de las participantes; el resto informan de pruebas adicionales, errores administrativos o realizar la gestión personalmente, lo que genera estrés, enfado o frustración. Las actitudes percibidas del personal sanitario se enmarcan dentro del contexto sociocultural local</p> <p>La IVE se asume como una experiencia traumática, pero en relación con otras mujeres, jóvenes, sin apoyo social y emocional, y sin capacidad de negociación laboral. La interpretación de la vivencia propia tiende a minimizar las barreras identificadas</p>
Hoggart (2017) ^a	Reino Unido	Analizar estrategias de resistencia contra el estigma internalizado relacionado con el aborto	46 mujeres 16-24 años - Centros sanitarios	Análisis de contenido temático Método inductivo	<p>Los discursos de resistencia ante el estigma internalizado o los sentimientos de culpa, vergüenza y autocritica son:</p> <p>Relacionar la decisión de abortar con circunstancias familiares (tener otros hijos, no tener una relación estable) y económicas adversas, que les impiden aspirar a vivir la «maternidad ideal» (basado en normas de género como «buena mujer» o «buena madre»)</p> <p>Apelar a la sexualidad responsable</p> <p>Rechazar la culpa o vergüenza, considerando el embarazo como una «situación desafortunada» (no «su error») y normalizando el aborto, en especial cuando existe apoyo emocional y social en el entorno</p>
Hulme-Chambers et al. (2018) ^c	Australia	Conocer las experiencias de la IVE en atención primaria de ámbito rural	18 mujeres 16-36 años - Centros sanitarios	Análisis de contenido	<p>El proceso asistencial incluye tres visitas: a atención primaria, para la ecografía y en clínica especializada para recibir la medicación</p> <p>Acceso: las mujeres desconocen la clínica y son referidas por su médico/a de familia. Algunas se interesan por el procedimiento quirúrgico, pero optan por el farmacológico, por considerarlo menos invasivo y por razones de flexibilidad y cercanía de la clínica</p> <p>Interacción con el personal sanitario: un tercio de las mujeres describen situaciones incómodas en la comunicación con su médico/a de familia y la mitad durante la realización de la ecografía. El personal enfermero y farmacéutico de la clínica es cercano, amable y sin prejuicios</p>
Kimport et al. (2012) ^{a,d}	EE.UU.	Explorar el impacto que tiene ver la ecografía antes de la IVE	20 mujeres 18-43 años < 1 mes Centros sanitarios	Teoría fundamentada	<p>Las experiencias emocionales son heterogéneas. En algunos casos aparece el trauma emocional, pero solo una mujer decide continuar su embarazo. En otros casos, ver la ecografía representa un momento de estrés y dificultad emocional, pero tiene un impacto positivo en la vivencia, en cuanto que confiere una dimensión «real» al embarazo, crea un marco para la normalización y refuerza la participación activa y responsable de las pacientes</p>

Tabla 2 (continuación)

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Kimport et al. (2012) ^{a,d}	EE.UU.	Analizar experiencias negativas de IVE y relacionarlas con los mitos sociales construidos en torno a las clínicas que practican IVE	41 mujeres 18-47 años 1 semana-2 años Centros sanitarios/línea telefónica de información y apoyo	Análisis de contenido	Los principales aspectos negativos de la experiencia son: Presencia de manifestantes antiaborto en el entorno de la clínica. Genera experiencias en algunos casos traumáticas, incrementa la sensación de estigma, secretismo y vergüenza, y la desconfianza hacia el personal sanitario Medidas de seguridad y protección de la confidencialidad. Incrementan la percepción del estigma y del impacto emocional, e impiden el apoyo y la compañía por parte de terceros Falta de comunicación y trato impersonal del personal sanitario. Produce sensación de soledad, tristeza, sentirse juzgada o apremiada. Los relatos reflejan la perpetuación del mito social negativo como profecía autocumplida. La interacción con el personal sanitario puede mitigar o aliviar las experiencias emocionales negativas Las dificultades emocionales se concentran en torno a:
Kimport et al. (2011) ^{a,d}	EE.UU.	Explorar las dificultades emocionales experimentadas por las mujeres e identificar los factores relacionales, familiares y sociales que las condicionan	21 mujeres - 3 meses-2 años Centros sanitarios/línea telefónica de información y apoyo	Teoría fundamentada	Toma de decisiones. No sentirse agente principal, con plena autoridad en la toma de decisión, se experimenta en diferentes grados (rechazo o amenaza de abandono por parte de la pareja o de familiares, presión, falta de aprobación, comprensión y apoyo, o apoyo insuficiente, incongruente o no manifiesto) y muestra las desigualdades de género en torno a la responsabilidad del embarazo, el aborto y la maternidad/paternidad Apoyo social después de la IVE. El temor al rechazo, la incompreensión o el juicio lleva a mantener el silencio, reduce las opciones de apoyo emocional y fractura la relación con el entorno. Las dificultades emocionales se pueden abordar desde el proceso de toma de decisiones, la asunción y el reparto de responsabilidades en torno a la vida sexual y reproductiva entre mujeres y hombres, y la gestión del apoyo social y emocional
MacFarlane et al. (2017) ^b	Turquía	Explorar las experiencias de IVE en Turquía, en el contexto político-discursivo antiabortista manifestado en 2012 por el primer ministro turco	14 mujeres 21-44 años < 3 años Anuncios en redes sociales, organizaciones de salud sexual y reproductiva y bola de nieve	Análisis de contenido	En el ámbito privado, el acceso es rápido y directo, y el trato y la atención son adecuados. Del ámbito público se critica la falta de información y privacidad, la mala gestión farmacológica del dolor y las actitudes prejuiciosas del personal sanitario, empeoradas por el contexto político Las mujeres sin pareja refieren mayor estigma social, lo interpretan en el marco normo-ético tradicional que desapruueba el sexo premarital en Turquía Los debates antiaborto legitiman las posturas más radicales y endurecen el estigma social relacionado con el aborto, limitan el acceso a la IVE en el ámbito público y tienen un impacto emocional negativo en la experiencia de las mujeres
Purcell et al. (2017) ^c	Reino Unido	Explorar las experiencias de autogestión y autocuidados domiciliarios tras una IVE con procedimiento farmacológico	44 mujeres 18-43 años < 18 meses Centros sanitarios	Análisis de contenido temático	La autogestión domiciliaria es una opción aceptable o preferible, en especial ante la toma de decisiones compartida. Se valoran la privacidad, la seguridad y la comodidad domiciliaria, y se destaca el uso responsable de recursos sanitarios. Surge la preocupación por la correcta administración de la medicación vaginal. La información del personal sanitario, incluido el asesoramiento telefónico, ayuda a mantener la percepción de «normalidad» de la IVE en casa. La experiencia del dolor es difícil cuando surge en el trayecto hacia el domicilio y cuando su intensidad supera lo subjetivamente esperado. El sangrado se interpreta como éxito del procedimiento, pero genera preocupación y desconcierto. La expulsión de tejidos se vive con incomodidad y miedo, y en algunos casos con alivio El acompañamiento y el apoyo familiar lo agradecen muchas mujeres; otras sienten vergüenza e incomodidad, y prefieren estar solas

Tabla 2 (continuación)

Autores (año)	País	Objetivo	Participantes (N) Edad (intervalo/media) Tiempo desde IVE Captación	Marco teórico- conceptual/ enfoque epistemológico/ análisis	Principales resultados y conclusiones
Summit et al. (2016) ^a	EE.UU.	Comprender los factores condicionantes de las elecciones y experiencias de IVE en atención primaria	15 mujeres 16-39 años < 1 mes Centros sanitarios de atención primaria	Análisis de contenido Método inductivo de inmersión/ cristalización	La posibilidad de realizar la IVE en atención primaria genera sorpresa (las mujeres no conocen la cartera de servicios), tranquilidad y alivio por mantenerse en un espacio conocido, seguro, confortable y de confianza. Dos casos describen el impacto emocional que les genera tener que volver al lugar del aborto Se valoran la comunicación, el trato y el apoyo emocional del personal sanitario, sobre todo en situaciones emocionales intensas (llanto, preocupación, miedo) Realizar la IVE en atención primaria se considera adecuado por el acceso y la localización del centro, la privacidad (el centro atiende diversos problemas de salud y se minimiza el estigma social) y la continuidad de los cuidados
Weitz y Kimport (2012) ^{a,d}	EE.UU.	Conocer y comparar las experiencias repetidas de IVE e identificar sus factores explicativos	10 mujeres 21-47 años 3 meses-2 años Centros sanitarios/línea telefónica de información y apoyo	Análisis de contenido	Las experiencias repetidas de IVE son diferentes y algunas son «difíciles». Los factores condicionantes son: edad (a menor edad, menos problematización), autoridad en la toma de decisión, relación de pareja (mayor tiempo e intensidad, mayor impacto emocional de la IVE), momento vital (número de embarazos previos, experiencias negativas de embarazo y parto, número de hijos/as, perspectivas de maternidad en el futuro, situación económica) Las mujeres experimentan los abortos como eventos distintos y sus necesidades emocionales difieren en función de las circunstancias personales Más que considerar que algunas mujeres pueden tener experiencias difíciles del aborto, hay que tener en cuenta que algunos abortos pueden ser más difíciles que otros para las mujeres

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

^a No discrimina o estudia conjuntamente procedimiento quirúrgico y farmacológico.

^b Solo incluye procedimiento quirúrgico.

^c Solo incluye procedimiento farmacológico.

^d Resultados basados en estudios que comparten (parte de) la muestra de participantes.

realizaron análisis de contenido o del discurso, y algunas partieron del diseño de investigación cualitativa de la Teoría Fundamentada (tabla 2).

El análisis narrativo identificó tres temas principales en torno a las experiencias emocionales: el acceso a la IVE, el impacto emocional durante la asistencia sanitaria y los aspectos individuales, relacionales y socioculturales condicionantes de la vivencia. La figura 2 sintetiza los factores condicionantes de la experiencia emocional de la IVE, ordenando la confluencia de determinantes de ámbito individual, social, organizativo y sociocultural en la trayectoria temporal (antes, durante y después de la intervención).

El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

Las mujeres describieron la variabilidad de las vías de acceso y los recorridos asistenciales según el ámbito geográfico y sanitario^{44,49,50,52,56,58}. La primera consulta (en atención primaria, ginecología/obstetricia o servicios de planificación familiar) y el conjunto de visitas médicas antes de la intervención generaron experiencias emocionales positivas cuando el proceso se consideró rápido y fácil⁴⁹. Por el contrario, cuando el acceso fue largo, complicado y poco transparente, con visitas médicas repetidas, las mujeres percibieron estrés, cansancio y angustia por la falta de información, las esperas prolongadas y la dificultad de conciliar tareas laborales y familiares⁴⁴.

Entre los estudios realizados en Europa, donde generalmente el acceso se facilita desde atención primaria, Heller et al.⁵⁰ encontraron que la mitad de las participantes recibieron derivación directa hacia las clínicas privadas donde fue realizado el aborto, mientras que el resto tuvieron que pasar pruebas clínicas adicionales que consideraron inoportunas e innecesarias, y que les generaron enfado y frustración. Las dificultades de acceso desde la sanidad pública también se documentaron en Turquía⁵⁶, lo que se relacionó con la decisión de las mujeres de acudir directamente a clínicas privadas para evitar situaciones emocionales negativas.

En los Estados Unidos, el acceso supeditado a un seguro médico generó dificultades económicas para las mujeres con menos recursos⁴⁹, mientras que otras prefirieron no hacer uso del seguro y priorizar la necesidad de confidencialidad.

En las investigaciones específicamente centradas en la realización de IVE en atención primaria^{52,58}, las mujeres de los Estados Unidos y Australia señalan la facilidad del acceso y muestran su tranquilidad y alivio por permanecer en un espacio asistencial cercano⁵², familiar, seguro y de confianza⁵⁸.

Impacto emocional de la asistencia sanitaria

El procedimiento representó un determinante fundamental de la experiencia emocional del aborto y todas las participantes mostraron la necesidad y el deseo de información sobre los aspectos

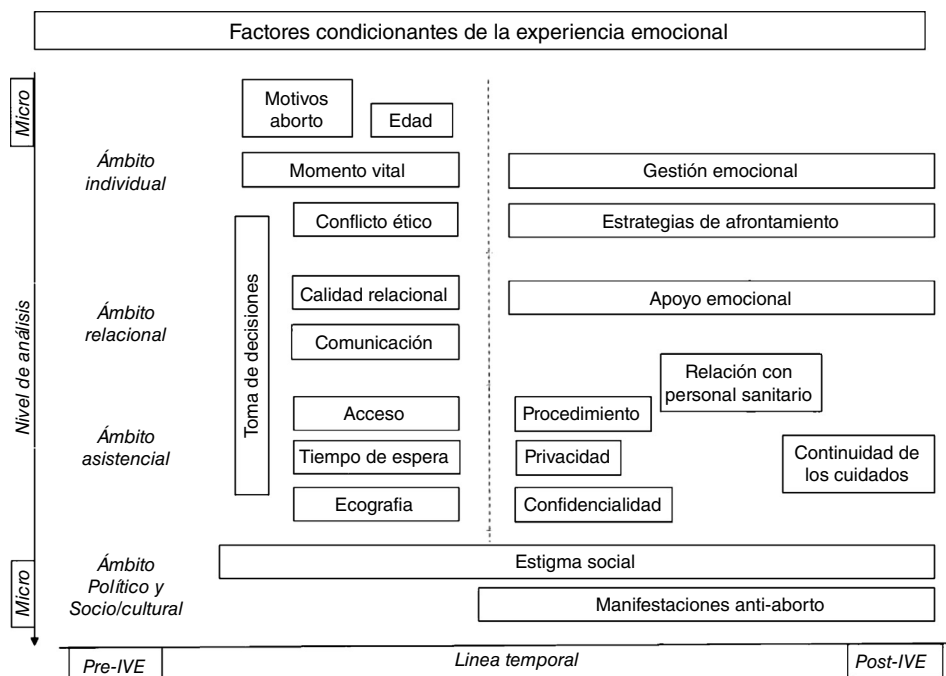


Figura 2. Factores condicionantes de la experiencia emocional.

técnicos y el curso de las intervenciones⁴⁴. Algunas mujeres consideraron el aborto farmacológico más «natural», menos doloroso, invasivo y traumático, y más cómodo, flexible, privado y confidencial, mientras que a otras les surgieron más dudas, preocupación y temor con respecto al curso clínico del aborto^{45,52,57}, en especial cuando realizaron autocuidados a domicilio⁵⁷. Por otra parte, se valoró el procedimiento quirúrgico porque permitió elegir el grado de presencia y conciencia de la mujer, y confirmar inmediatamente la finalización del embarazo⁴¹.

Los tiempos de espera antes de la intervención fueron considerados «la peor parte del proceso»⁵⁰, fuente de ansiedad, preocupación y estrés^{44,50}, y el principal ámbito que debería mejorarse⁴⁹.

La relación con el personal sanitario condicionó en gran medida la vivencia del aborto⁴², por su labor informativa^{47,57}, de apoyo emocional^{47,57,58} y en la toma de decisiones compartida^{41,55,57}. Por un lado, surgieron opiniones positivas sobre el trato y la calidad de la relación, especialmente con la doula⁴⁷, con efectos emocionales benéficos para las pacientes: reducción de la tristeza y del sentimiento de pérdida⁴¹, del llanto, de la preocupación y del miedo⁵⁸. Otros estudios documentaron la falta de comunicación, el trato impersonal, distante y frío^{52,54}, o la percepción de actitudes negativas y desconsideradas del personal sanitario⁴⁴ que, pese a explicarse desde el marco sociocultural local⁵⁰, provocaron mayor sensación de soledad, tristeza o apremio⁵⁴.

Las experiencias descritas en relación con la ecografía preaborto variaron desde el trauma emocional, la dificultad y el estrés hasta la vivencia positiva^{46,53}. Al permitir tener más información y control sobre el proceso, el acceso a la ecografía se consideró como un derecho y las mujeres valoraron positivamente poder elegir entre verla o no⁵³.

Con respecto a la privacidad asistencial, las participantes apreciaron la intimidad y la discreción en el proceso^{41,49}, pero otras priorizaron el apoyo entre iguales⁴¹ y observaron que las medidas de seguridad y protección de la confidencialidad podían tener consecuencias emocionales negativas, reduciendo la posibilidad de acompañamiento y apoyo familiar durante el proceso asistencial⁵⁴.

Aspectos individuales, relacionales y socioculturales

Las principales dificultades emocionales se relacionaron con el conflicto ético, el proceso de toma de decisiones, la relación con el entorno y la experiencia del estigma. Cuando las propias actitudes y creencias en torno al aborto fueron negativas, las mujeres experimentaron el estigma internalizado, sentimientos de culpa, vergüenza y autocrítica, y todo el proceso como «su error»⁵¹. Al contrario, cuando el aborto se vivió como un «evento desafortunado», las mujeres experimentaron menos estrés⁵¹, aunque sí anticiparon con temor las posibles consecuencias del estigma social^{42,43} y algunas vivieron con tristeza⁵¹ y preocupación el rechazo por parte de su entorno social⁵⁹ y el mito social negativo del aborto⁵⁴, en especial en los casos considerados «difíciles», condicionados por la edad, el momento vital o la situación de pareja o familiar^{50,56,59}.

En el proceso de gestión emocional, sentirse como agente principal en la toma de decisiones^{41,55,59} y percibir el apoyo familiar durante todo el proceso^{55,57,59} fueron identificados como principales factores facilitadores, mientras que las manifestaciones de rechazo social y los mensajes negativos por parte del entorno político y sociocultural representaron las principales barreras^{43,54}.

Las estrategias de afrontamiento se orientaron hacia la legitimidad de la decisión^{42,43,48,51}, la gestión de la autoestima^{43,48} y la ocultación^{43,48}. El silencio en torno al aborto, interpretado como un acto «obvio» más que como una «decisión personal»⁴³, tuvo sus propias consecuencias negativas: sensación de aislamiento y soledad, represión emocional e inadecuación del apoyo emocional recibido^{42,43}.

Discusión

Esta revisión refleja la heterogeneidad de las vivencias emocionales expresadas por mujeres de ámbitos geográficos y asistenciales diversos, y muestra el consenso en torno a la identificación de las principales barreras y facilitadores de la experiencia de la IVE. Se evidencia la complejidad de la experiencia emocional,

condicionada tanto por factores de tipo individual y relacional como por las características y el funcionamiento del sistema sanitario y del contexto político y sociocultural. Por último, la revisión permite identificar aspectos que pueden mejorarse a lo largo de todo el proceso asistencial, favoreciendo la utilidad y la aplicabilidad de los resultados.

Entre las limitaciones del estudio, hay un sesgo de selección asociado a la aplicación del filtro idiomático. Por el diseño metodológico, quedaron excluidos los estudios mixtos, que combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas, y los realizados con otros actores sociales (en especial profesionales de la salud). El sesgo geográfico y la variedad de los sistemas asistenciales dificultaron el análisis interpretativo y la evaluación de los resultados.

En general, los artículos abordan los aspectos emocionales en el marco de experiencias, necesidades, preferencias, expectativas u opiniones de las participantes, y varios estudios fueron realizados por los mismos equipos de investigación. Esto confirmaría la necesidad de consolidar la investigación sociosanitaria sobre el impacto emocional y sus consecuencias en las mujeres y su entorno familiar, laboral o social.

Las fuentes revisadas notificaron la variabilidad y la ambivalencia de las sensaciones y de los sentimientos descritos antes, durante y después de la intervención^{23,27,60}, confirmando que la IVE es un proceso complejo, multifactorial y no lineal⁴. No se registraron vivencias totalmente polarizadas que segregaran las experiencias difíciles de las completamente «desproblematizadas», lo que ayudó a interpretar el impacto emocional más allá de la lógica del pensamiento binario^{33,61}. El estrés emocional identificado en la revisión apareció como una constante también en otras narraciones⁶², aunque las principales dificultades se relacionaron con el proceso de toma de decisiones sobre la finalización del embarazo y con las relaciones con el entorno²⁷. La gestión emocional no siguió pautas homogéneas, sino que se fueron perfilando estrategias de afrontamiento diversas, dependientes, al igual que se recogió en otros estudios, del momento vital, la fase del proceso o las características individuales y socioculturales^{17,30}.

La diversidad de las vivencias emocionales gira en torno a la negociación y la construcción de diferentes significados otorgados al embarazo no deseado y su interrupción dentro de tres dimensiones: la esfera íntima y personal, el ámbito familiar y relacional, y el espacio sociocultural y público. La interrelación de estos niveles muestra que las experiencias emocionales están mediadas por actitudes, comportamientos y decisiones individuales; en segundo lugar, por pautas reguladoras de la sexualidad, la anticoncepción o la maternidad, consensuadas e internalizadas en el entorno social; y en tercer lugar, por las políticas y los discursos públicos en torno a los derechos de salud sexual y reproductiva⁶³.

Desde la perspectiva feminista, los resultados evidencian desigualdades de género antes, durante y después de la IVE. El estilo atribucional interno, la dificultad para internalizar la legitimidad en la toma de decisiones (sumada a las presiones sociales promaternidad)¹⁰ o la gestión silenciada del conflicto ético, que además contribuye a perpetuar la estigmatización social del aborto^{6,64}, demuestran el reparto desigual de responsabilidades sobre salud sexual y reproductiva entre mujeres y hombres⁶, así como la tendencia coercitiva, de control y «castigo» social existente alrededor de la salud sexual y reproductiva de las mujeres^{26,65}.

Por otra parte, la revisión identificó la persistencia de sesgos de género, entendidos como asunciones erróneas sobre la salud de las mujeres³⁵, manifestados en la asistencia sanitaria a partir de una excesiva generalización y homogeneización de la atención y una escasa sensibilidad a las necesidades y las expectativas individuales en torno a la IVE.

Desde la teoría de la política cultural de las emociones³³, las narrativas de resistencia al estigma descritas en los artículos revisados revelan el componente político de las emociones vividas

alrededor de un aborto: la gestión emocional surgió como estrategia corporeizada, a través de la cual las mujeres vertebran y negocian socioculturalmente significados para sus embarazos no deseados y su finalización, estructuran parcelas de poder en la construcción de su subjetividad⁶⁶, dan validez y positivizan sus vivencias emocionales.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, la revisión muestra un consenso unánime en torno al potencial que tiene el sistema sanitario (a través de su carácter, organización y funcionamiento) para condicionar, tanto de manera positiva como negativa, la experiencia emocional del aborto. El estrés, el enfado, la preocupación y la sensación de ser juzgada o discriminada se originan, coincidiendo con los resultados de otros estudios^{3,67,68}, por falta de información y dificultad en el acceso asistencial, dilatación del tiempo de espera antes de la primera cita y de la intervención, falta de transparencia o aplicación no protocolizada de procedimientos, confusión o irregularidades percibidas en el proceso de toma de decisiones compartidas, actitudes negativas del personal sanitario y situaciones de vulneración de la seguridad, la privacidad o la confidencialidad.

En los sistemas sanitarios basados en seguros privados, las mujeres con menos recursos económicos, formativos y sociales, muchas de ellas afroamericanas o latinoamericanas, encuentran importantes dificultades para cubrir los gastos de la intervención, lo que demuestra el peso de la interseccionalidad de género, raza-etnia y clase social en el abordaje de los procesos salud-enfermedad^{3,5,6,26,69}.

Sin embargo, las dificultades de tipo emocional no distan en los sistemas privados de las identificadas en sistemas con sólida infraestructura asistencial pública y universal (el Reino Unido y Australia). En la mayoría de estos casos, el circuito asistencial se inicia en atención primaria y la intervención se realiza en clínicas privadas concertadas, dato que refleja también la realidad del ámbito español, donde en 2018 el 87% de las IVE se realizaron en centros privados⁷⁰. Por otra parte, en la fase posaborto, las participantes no mostraron conocimiento de ningún protocolo claro de oferta sanitaria.

La confusión y la falta de información en relación con los cuidados posteriores a la intervención, junto con la fractura en la continuidad asistencial causada por la obligada migración descrita por las pacientes entre los ámbitos público y privado, pudo generar la vivencia del aborto como un evento disociativo de la salud física y psíquica de las mujeres, agravando el impacto emocional de la IVE⁷¹ e incluso provocando que las mujeres prefirieran realizar el aborto en espacios informales, fuera del ámbito sanitario⁷².

Además, la asistencia continua e integral, así como la transparencia y la claridad de los circuitos asistenciales e informativos, se relacionaron en otras investigaciones con la reducción del estigma social del aborto⁶, la eficacia de los autocuidados y la eficiencia de la asistencia por telemedicina, especialmente relevantes en el procedimiento farmacológico⁷³⁻⁷⁵.

Con respecto a la interacción de pacientes y profesionales, queda patente el rol del personal sanitario como condicionante de las experiencias emocionales y de toma de decisiones informadas^{4,63}. La revisión corrobora la valoración general positiva de las dimensiones clínicas y de los aspectos técnicos de la atención sanitaria^{9,31,32}. Sin embargo, las principales críticas de las pacientes se agrupan alrededor de la falta de sensibilidad, comprensión, empatía y apoyo de profesionales sanitarios cuyas actitudes y actuaciones pueden dificultar no solo la vivencia emocional del aborto, sino también el proceso de toma de decisiones compartidas^{12,32}.

Habiéndose documentado los beneficios emocionales derivados de la buena comunicación y la confianza entre pacientes y profesionales, así como la importancia de ofrecer una asistencia personalizada, adaptada a las necesidades individuales de las pacientes^{32,76}, la (in)formación adecuada del personal sanitario

aparece como principal ámbito de mejora en el abordaje asistencial de la IVE^{9,77,78}.

Editora responsable del artículo

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo.

Contribuciones de autoría

A. Danet es la única autora de este manuscrito: concibió y diseñó el trabajo, realizó el proceso de búsqueda y análisis de las fuentes revisadas, y redactó el artículo.

Agradecimientos

A Olivia Pérez Corral por compartir tiempo, saberes y pensamientos.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2014. Abortion policies and reproductive health around the world. United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11. (Consultado el 11/12/2019.) Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#sent/CllgCjvmZfWgCxxbqxBhGnWqcdHWfpcdmHZjRvPKLbnschVNmqrtjZVXhJdglpNdtXnHBzkIv?projector=1&messagePartId=0.2>.
- Lowe P. Reproductive health and maternal sacrifice: women, choice and responsibility. London: Palgrave Macmillan; 2016. p. 224.
- Coast E, Norris AH, Moore AM, et al. Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Soc Sci Med.* 2018;200:199–210.
- Ferrer Serret L, Solsona Pairó M. The place of abortion in the pregnancy decision-making process in young adult women in Catalonia, Spain. *Sociol Health Illn.* 2018;40:1087–103.
- Chae S, Desai S, Crowell M, et al. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception.* 2017;96:233–41.
- Gelman A, Rosenfeld EA, Nikolajski C, et al. Abortion stigma among low-income women obtaining abortions in Western Pennsylvania: a qualitative assessment. *Perspect Sex Reprod Health.* 2017;49:29–36.
- Ralph L, Gould H, Baker A, et al. The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *J Adolesc Health.* 2014;54:428–34.
- Ostrach B, Cheyney M. Navigating social and institutional obstacles: low-income women seeking abortion. *Qual Health Res.* 2014;24:1006–17.
- Kanstrup C, Mäkelä M, Hauskov Graungaard A. Women's reasons for choosing abortion method: a systematic literature review. *Scand J Public Health.* 2018;46:835–45.
- Kumar A. Everything is not abortion stigma. *WHI.* 2013;23:e329–31.
- Cowan SK. Secrets and misperceptions: the creation of self-fulfilling illusions. *Sociol Sci.* 2014;1:466–92.
- Kavanaugh ML, Jerman J, Frohworth L. It's not something you talk about really": information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. *Contraception.* 2019;100:79–84.
- Norris A, Bessett D, Steinberg JR, et al. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes and consequences. *Women's Health Issues.* 2011;21:S49–54.
- Sisson G, Kimport K. Telling stories about abortion: abortion-related plots in American film and television, 1926–2013. *Contraception.* 2014;89:413–8.
- Freedman L, Weitz TA. Review: The politics of motherhood meets the politics of poverty. *Contemp Sociol.* 2012;41:36–42.
- Kelly L. Reckoning with narratives of innocent suffering in transnational abortion litigation. En: Cook R, Erdman J, Dickens B, editores. *Abortion law in transnational perspective: cases and controversies.* Philadelphia: University of Philadelphia Press; 2014. p. 303–26.
- Rocca CH, Kimport K, Gould H, et al. Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspect Sex Reprod Health.* 2013;45:122–31.
- Kumar A, Hessini L, Mitchell EM. Conceptualizing abortion stigma. *Cult Health Sex.* 2009;11:625–39.
- Baird B, Millar E. More than stigma: interrogating counter narratives of abortion. *Sexualities.* 2019;22:1110–26.
- Schrage L. From reproductive rights to reproductive Barbie: post-porn modernism and abortion. *Feminist Studies.* 2002;28:61–93.
- Ortiz Millán G. Ética feminista, ética femenina y aborto. *Debate Fem.* 2014;49:70–93.
- Millar E. *Happy abortions: our bodies in the era of choice.* Londres: Zed Books; 2017. p. 348.
- Broen AN, Moum T, Böttker AS, et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Medicine.* 2004;66:265–71.
- Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth- long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med.* 2004;58:2259–69.
- Kimport K. (Mis)understanding abortion regret. *Symb Interaction.* 2012;35:105–22.
- Nikolajski C, Miller E, Borrero S. Race and reproductive coercion: a qualitative assessment. *Womens Health Issues.* 2015;25:216–23.
- Keys J. Running the gauntlet: women's use of emotion management techniques in the abortion experience. *Symbolic Interaction.* 2010;33:41–70.
- Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, et al. Abortion stigma: a systematic review. *Perspect Sex Reprod Health.* 2016;48:169–77.
- Charles V, Polis C, Sridhara S, et al. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception.* 2008;78:436–50.
- Lipp A. Nursing practice termination of pregnancy: a review of psychological effects on women. *Nurs Times.* 2009;105:26–9.
- Lie MLS, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:150–9.
- Petersen MN, Jessen-Winge C, Meinertz Moberg AC. Scandinavian women's experiences with abortions on request: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2018;16:1537–63.
- Ahmed S. La política cultural de las emociones. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. p. 368.
- Mancini F. Lo emocional como político: reseña del libro *La política cultural de las emociones* (2015), de Sara Ahmed, Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. *Debate feminista.* 2016;51:88–91.
- Ruiz Cantero T. Sesgos de género en la atención sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. p. 78.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis: the PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6:1–6.
- Tong A, Flemming K, McInnes E, et al. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol.* 2012;12:181–9.
- Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health.* 1997;20:358–71.
- The Johanna Briggs Institute. Programa de ayuda para la valoración crítica de la evidencia. 2007. (Consultado el 24/01/2020.) Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/pen_JBI/RAPidGuiaUsuario.pdf.
- Finfgeld-Connett D. Use of content analysis to conduct knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Qual Research.* 2014;14:341–52.
- Altshuler AL, Ojanen Goldsmith A, Blumenthal PD, et al. A good abortion experience: a qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Soc Sci Med.* 2017;191:109–16.
- Astbury-Ward E, Parry O, Carnwell R. Stigma, abortion and disclosure: findings from a qualitative study. *J Sex Med.* 2012;9:3137–47.
- Beynon-Jones SM. Untroubling abortion: a discourse analysis of women's accounts. *Fem Psychol.* 2017;27:225–42.
- Cano JK, Foster AM. "They made me go through like weeks of appointments and everything": documenting women's experiences seeking abortion care in Yukon territory, Canada. *Contraception.* 2016;94:489–95.
- Cappiello J, Merrell J, Rentschler D. Women's experiences of decision-making with medication abortion. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014;39:325–30.
- Cappiello J, Merrell J, Rentschler D. A qualitative study of women's decisions to view or not view an ultrasound image before early medication abortion. *WHI.* 2014;24:e413–8.
- Chor J, Lyman P, Tusken M, et al. Women's experiences with doula support during first-trimester surgical abortion: a qualitative study. *Contraception.* 2016;93:244–8.
- Cockrill K, Nake A. "I'm not that type of person": managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behav.* 2013;34:973–90.
- Dennis A, Manski R, Blanchard K. A qualitative exploration of low-income women's experiences accessing abortion in Massachusetts. *Women's Health Issues.* 2015;25:463–9.
- Heller R, Purcell C, Mackay L, et al. Barriers to accessing termination of pregnancy in a remote and rural setting: a qualitative study. *BJOG.* 2016;123:1684–91.
- Hoggart L. Internalised abortion stigma: young women's strategies of resistance and rejection. *Fem Psychol.* 2017;27:186–202.
- Hulme-Chambers A, Temple-Smith M, Davidson A, et al. Australian women's experiences of a rural medical termination of pregnancy service: a qualitative study. *Sex Reprod Health.* 2018;15:23–7.
- Kimport K, Preskill F, Cockrill K, et al. Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context. *Womens' Health Issues.* 2012;22–6:e513–7.
- Kimport K, Cockrill K, Weitz TA. Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: a qualitative analysis of women's negative of abortion clinics. *Contraception.* 2012;85:204–10.

55. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health.* 2011;43:103–9.
56. MacFarlane KA, O'Neil ML, Tekdemir D, et al. "It was as if society didn't want a woman to get an abortion": a qualitative study in Istanbul, Turkey. *Contraception.* 2017;95:154–60.
57. Purcell C, Cameron S, Lawton J, et al. Self-management of first trimester medical termination of pregnancy: a qualitative study of women's experiences. *BJOG.* 2017;124:2001–8.
58. Summit AK, Casey LMJ, Bennett AH, et al. "I don't want to go anywhere else": patient experiences of abortion in family medicine. *Fam Med.* 2016;48:30–4.
59. Weitz TA, Kimport K. "A need to expand our thinking about "repeat" abortions. *Contraception.* 2012;85:408–12.
60. Kero A, Lalos A. Ambivalence — a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21:81–91.
61. Weitz TA, Moore K, Gordon R, et al. You say "regret" and I say "relief": a need to break the polemic about abortion. *Contraception.* 2008;78:87–9.
62. Sperlich M, Gretchen EE, Rouland RS, et al. Reflections of stress in US abortion narratives. *J Soc Work.* 2019, doi:10.1177/1468017319852602.
63. Ferrer L. Logiques socials i decisions individuals de la interrupció voluntària de l'embaràs: Espanya a través d'una perspectiva comparada. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
64. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, et al. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health.* 2011;6:111–25.
65. Makenzius M, Tydén T, Darj E, et al. Autonomy and dependence — experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci.* 2013;27:569–79.
66. Chaneton J, Vacarezza N. La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones. Buenos Aires: Marea; 2011.
67. Goldbeck-Wood S. Reflection is protection in abortion care. An essay by Sandy Goldbeck-Wood. *BMJ.* 2017;359:j5275.
68. Martin LA, Debbink M, Hassinger J, et al. Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception.* 2014;90:581–7.
69. Dehlendorf C, Weitz T. Access to abortion services: a neglected health disparity. *J Health Care Poor Underserved.* 2011;22:415–21.
70. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Datos estadísticos sobre interrupción voluntaria del embarazo. (Consultado el 11/12/2019.) Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla4.
71. Weitz AT, Cockrill K. Abortion clinic patients' opinions about obtaining abortions from general women's health care providers. *Patient Educ Couns.* 2010;81:409–14.
72. Chermal S, Russo G. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. *BMC Women's Health.* 2019;19:55–66.
73. Lohr PA, Wade J, Riley L, et al. Women's opinions on the home management of early medical abortion in the UK. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2010;36:21–5.
74. Wainwright M, Colvin CJ, Swartz A, et al. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health Matters.* 2016;24:155–67.
75. Dawson A, Bateson D, Estoesta J, et al. Towards comprehensive early abortion service delivery in high income countries: insights from improving universal access to abortion in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:612–35.
76. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One.* 2014;9:e115957.
77. Donnelly KZ, Elwyn G, Thompson R. Quantity over quality — findings from a systematic review and environmental scan of patient decision aids on early abortion methods. *Health Expect.* 2018;21:316–26.
78. Schubert FD, Akse S, Bennett AH, et al. A review of contraception and abortion context in family medicine textbooks. *Fam Med.* 2015;47:524–8.