



## ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS Y EMOCIONES DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA

Zuleika del Carmen González Ramos

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

# Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de las mujeres en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo por causa médica

---

ZULEIKA DEL CARMEN GONZÁLEZ RAMOS



TESIS DOCTORAL

2023



**ZULEIKA DEL CARMEN GONZÁLEZ RAMOS**

**ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS Y  
EMOCIONES DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE  
INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR  
CAUSA MÉDICA**

**TESIS DOCTORAL**

Dirigida por la Dra. Lina Casadó Marín, la Dra. Esperanza Zuriguel Pérez  
y la Dra. Núria Albacar Riobóo

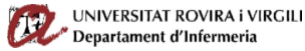
Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona, 2023





HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS EXPERIENCIAS Y EMOCIONES DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA", que presenta la Sra. Zuleika del Carmen González Ramos para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

Tarragona, 10 de enero de 2023

Lina Cristina  
Casadó Marín -  
DNI 77835975L  
(SIG)

Firmado digitalmente  
por Lina Cristina  
Casadó Marín - DNI  
77835975L (SIG)  
Fecha: 2023.01.10  
11:03:03 +01'00'

Dra. Lina Casadó Marín

MARIA  
ESPERANZA  
ZURIGUEL PEREZ  
- DNI 38074286V

Signat digitalment per  
MARIA ESPERANZA  
ZURIGUEL PEREZ - DNI  
38074286V  
Data: 2023.01.10  
10:19:10 +01'00'

Dra. Esperanza Zuriguel Pérez

Núria Maria  
Albacar  
Riobóo - DNI  
40929945L  
(TCAT)

Firmado  
digitalmente por  
Núria Maria Albacar  
Riobóo - DNI  
40929945L (TCAT)  
Fecha: 2023.01.10  
10:10:05 +01'00'

Dra. Núria Albacar Riobóo

Directoras de la tesis doctoral



## **Dedicatoria**

*A mi madre Lucía y a mi hermano Josua*





## Agradecimientos

A todas las mujeres que decidieron de forma generosa y desinteresada participar en este estudio, confiando en mí y compartiendo aspectos muy íntimos de sus vidas. Espero haber sabido plasmar en papel su realidad y que nuestro trabajo juntas sirva para mejorar la de futuras mujeres en la misma situación.

A mis directoras de tesis: Lina, tu pasión y sensibilidad por la investigación cualitativa fueron las causantes de que decidiera empezar la tesis doctoral; Esperanza, siempre tan determinada y resolutiva a cualquier hora, sin ti este proyecto nunca hubiese podido llevarse a cabo; Núria, por estar dispuesta a ayudarme y llamarme siempre que ha hecho falta. Gracias por la confianza, el apoyo y por las enseñanzas. Son un ejemplo a seguir.

A mi familia. En especial a mi madre y a mi hermano porque somos un gran equipo. A mi tío Juan, por seguir apostando por mi formación.

A Nabel, que ha sufrido esta tesis casi tanto como yo. Gracias por ser mi técnico informático y mi coach emocional.

A mis amigas, por celebrar conmigo cada paso y cada publicación. Sobre todo a Pino y Saskia, que forman parte de quién soy hoy.

Al Hospital Universitario Vall d'Hebron, a mis compañeros de la sexta pares por el apoyo moral, al personal de la biblioteca por su ayuda con los artículos completos, a Anna Collado y a María Ramos por tomarse su tiempo y colaborar en este proyecto y a Lola Cabrera, por su buena predisposición.

A la URV y a las personas que me he encontrado por el camino, por inspirarme a seguir creciendo personal y profesionalmente.

A la enfermería y a las Irena Sendler del mundo, por todo lo que me ha ofrecido y por todo lo que brinda cada día a millones de personas. Ojalá algún día la profesión encuentre el reconocimiento que merece.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTADO DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS</b> .....	<b>14</b>
<b>LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b>15</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>17</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>19</b>
<b>APUNTES SOBRE EL LENGUAJE</b> .....	<b>21</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>28</b>
2.1 <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA</b> .....	<b>29</b>
2.1.1 <i>Marco legislativo</i> .....	<b>31</b>
2.1.2 <i>Datos epidemiológicos</i> .....	<b>36</b>
2.1.3 <i>Métodos de interrupción y recorrido asistencial ante la interrupción voluntaria del embarazo</i> .....	<b>40</b>
2.2 <b>LA TEORÍA DE LAS TRANSICIONES DE MELEIS APLICADA AL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA</b> .....	<b>46</b>
2.3 <b>SALUD MENTAL POSITIVA EN MUJERES QUE HAN REALIZADO UNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA</b> .....	<b>49</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>58</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>61</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>73</b>
5.1 <b>ARTÍCULO 1</b> .....	<b>75</b>
5.2 <b>ARTÍCULO 2</b> .....	<b>85</b>
5.3 <b>ARTÍCULO 3</b> .....	<b>94</b>
5.4 <b>ARTÍCULO 4</b> .....	<b>110</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	<b>117</b>
<b>7. FORTALEZAS, LIMITACIONES, IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>126</b>
7.1 <b>PRINCIPALES FORTALEZAS DEL ESTUDIO</b> .....	<b>127</b>
7.2 <b>PRINCIPALES LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	<b>128</b>
7.3 <b>IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA, DOCENCIA Y GESTIÓN</b> .....	<b>129</b>
7.4 <b>FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>130</b>

<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>133</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>138</b>
<b>DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>157</b>
ANEXO 1. CUESTIONARIO DE NOTIFICACIÓN IVE. ....	157
ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DRA. LLUCH-CANUT. ....	158
ANEXO 3. GUIÓN ENTREVISTAS.....	159
ANEXO 4. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS EMERGENTES. ....	162
ANEXO 5. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON. ....	163
ANEXO 6. TÉRMINOS IVE.....	168

## Listado de acrónimos y abreviaturas

CEIm	Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
GAPD	Global Abortion Policies Database
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAE	Real Academia Española
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SISCAT	Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña
SMP	Salud Mental Positiva
SNS	Sistema Nacional de Salud
TFMR	Termination For Medical Reasons
TOP	Termination of Pregnancy

## Listado de tablas y figuras

Tabla 1. Legislación del aborto en el mundo.

Tabla 2. Datos motivos de la interrupción del embarazo.

Tabla 3. Semanas de gestación en el momento de la IVE.

Tabla 4. Decálogo de Salud Mental Positiva.

Tabla 5. Términos IVE.

Figura 1. Requisitos legales IVE.

Figura 2. Ejemplo de caja de recuerdos.

Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes





## RESUMEN

En España, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) puede llevarse a cabo a petición expresa de la mujer o por causas médicas, bien por riesgo para la salud de la embarazada, por grave anomalía fetal, anomalía fetal incompatible con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable. El hecho de recibir un diagnóstico inesperado, el proceso de la toma de la decisión de interrumpir un embarazo deseado por causas médicas y el afrontamiento emocional del procedimiento, supone un periodo estresante y de vulnerabilidad para la mujer que conlleva un ajuste de las expectativas sobre la maternidad y paternidad, así como los planes de vida. En el marco en el que hemos trabajado, la IVE por causa médica se considera una práctica médica similar al tratamiento de una patología. Sin embargo, no se puede desvincular este proceso del contexto de salud, social y cultural en el que sucede.

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo principal de indagar en la experiencia de las mujeres durante el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica. Para ello, se realizó un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico desde la perspectiva de mujeres que realizaron una IVE por causa médica en un hospital público terciario de Barcelona. Para la recogida de datos se llevaron a cabo quince entrevistas semiestructuradas y dos grupos de discusión. La teoría de las transiciones de Afaf Meleis ha proporcionado un marco teórico para explorar la experiencia de las mujeres que han realizado una IVE por causa médica. Del mismo modo, el constructo de salud mental positiva ha enriquecido la comprensión de dicha experiencia.

Los resultados de la investigación muestran que existen diferentes formas de vivir el proceso de la IVE y que las respuestas emocionales que dan las mujeres vienen determinadas por diversos factores, principalmente personales, como los imaginarios

relativos a la maternidad y la experiencia con la atención sanitaria recibida. No obstante, por un lado, parece que hay ciertas tendencias en respuestas afectivo-emocionales que se repiten a lo largo de los discursos y que tienen diferentes connotaciones dependiendo de la etapa del proceso en la que se encuentran. Por otro lado, los resultados sugieren que la satisfacción con la atención sanitaria está relacionada con la comprensión y compasión, información, participación en la toma de decisiones y el ofrecimiento de orientación para afrontar la situación.

Por todo lo anterior, se dibujan las figuras de la enfermera y la matrona como las idóneas para acompañar a los progenitores a lo largo del proceso, incentivando la autonomía y la toma de decisiones informadas que, posteriormente, les ayudará a gestionar emocionalmente la transición de una forma saludable.

Palabras clave: aborto inducido, transiciones, salud mental, mujeres, cuidados de enfermería.

## ABSTRACT

In Spain, the Termination of Pregnancy (TOP) can be carried out at the express request of the woman or for medical reasons, either due to risk to the health of the pregnant woman, serious fetal anomaly, fetal anomaly incompatible with life or extremely serious and incurable disease. Receiving an unexpected diagnosis, the process of making the decision to terminate a desired pregnancy for medical reasons and the emotional coping with the procedure, is a stressful and vulnerable period for the woman, which leads to an adjustment of expectations about motherhood and parenthood, as well as life plans. In the framework in which we have worked, Termination For Medical Reasons (TFMR) is considered a medical practice similar to the treatment of a pathology. However, this process cannot be separated from the health, social and cultural context in which it takes place.

This research was carried out with the main objective of exploring the experience of women during the process of TFMR. For this purpose, a qualitative study was carried out with a phenomenological approach from the perspective of women who underwent a TFMR in a tertiary public hospital in Barcelona. Fifteen semi-structured interviews and two discussion groups were carried out for data collection. Afaf Meleis' theory of transitions provided a theoretical framework for exploring the experience of women who have undergone a TFMR. Similarly, the construct of positive mental health has enriched the understanding of that experience.

The results of the research show that there are different ways of experiencing the process of abortion and that the emotional responses of women are determined by various factors, mainly personal, such as imaginaries of motherhood and the experience with the health care received. However, on the one hand, it seems that there are certain trends in affective-

emotional responses that are repeated throughout the discourses and that have different connotations depending on the stage of the process in which they find themselves. On the other hand, the results suggest that satisfaction with health care is related to understanding and compassion, information, participation in decision making and the offer of guidance for coping with the situation.

For all these reasons, the nurse and the midwife are seen as ideal for accompanying the parents throughout the process, encouraging autonomy and informed decision making that will help them to manage the transition emotionally in a healthy way.

Key words: induced abortion, mental health, women, nursing care, qualitative research.

## Apuntes sobre el lenguaje

En la redacción de la tesis se ha incorporado el lenguaje inclusivo, con el uso de fórmulas neutras siempre que ha sido posible. No obstante, cabe enfatizar el empleo de algunos términos.

**Bebé:** Según la Real Academia Española (RAE, s.f.), se define como “niño o niña recién nacido o de muy corta edad”. A lo largo de este documento, siempre que sea posible por el contexto, se empleará este término en lugar de “feto” o “embrión” como sustantivo epiceno y como muestra de sensibilidad hacia las participantes en el estudio. Las mujeres manifestaron a lo largo del trabajo de campo rechazo y dolor hacia esos términos por ser percibidos de alguna forma como deshumanizantes.

**Enfermera y matrona:** Se emplearán como términos genéricos para referirnos al colectivo en lugar de “profesionales de enfermería”, “enfermeros y enfermeras” o “matrones y matronas”. Las razones son varias: para facilitar la lectura, por tradición e historia, puesto que han sido y son un colectivo muy feminizado, son los términos empleados por instituciones como el Consejo Internacional de Enfermeras o la Organización Mundial de la Salud en sus informes y, por último, como forma de visibilizar a la mujer desde el uso del lenguaje.

**Interrupción voluntaria del embarazo por causa médica:** Se empleará este término en lugar de “interrupción legal del embarazo”, como es conocido entre profesionales del área de conocimiento, ya que es el término oficial que utiliza el Ministerio de Sanidad.

**Mujeres, madres:** Se utilizarán de forma casi indistinta para hacer referencia a las participantes, ya que el total de la muestra son mujeres que se autodenominan madres (tengan otros hijos aparte del bebé de la interrupción voluntaria del embarazo, o no).



# 1. INTRODUCCIÓN



## 1. Introducción

El presente documento es una tesis doctoral por compendio de publicaciones, que busca profundizar en la experiencia de las mujeres que interrumpen voluntariamente el embarazo por causa médica.

La curiosidad sobre la interrupción voluntaria del embarazo y sus efectos sobre la salud mental nace, de forma personal, a finales de 2015. Estaba en cuarto de carrera y era la primera vez que se convocaban elecciones generales en las que yo podía ejercer mi derecho a voto. Quería hacer un uso responsable de ese derecho y decidí leerme la propaganda electoral de los principales partidos políticos en España en ese momento. Una de las cuestiones que se trataban en algunos de los programas era el aborto y su efecto sobre la salud mental. En ese momento me cuestioné ese binomio y me percaté de que, como futura enfermera, desconocía por completo cuál era la afectación del aborto sobre la salud mental y cómo se relacionaba todo esto con la enfermería. Entonces, comenzó mi relación con la IVE y ha ido madurando conmigo de forma paralela: primero, en forma de trabajo de final de grado, después, como trabajo de final de máster y, hasta ahora, con la presente tesis doctoral.

Según los datos del Ministerio de Sanidad (2022), en 2021 se notificaron en España 90.189 IVE, de las cuales aproximadamente el 9% se realizaron por causas médicas. La decisión “voluntaria” de interrumpir un embarazo por causa médica responde a una condición médica, a un diagnóstico y, muchas veces, a un riesgo mortal o a una estimación de supervivencia nula, o de pocas horas o días. Por tanto, la decisión se ve fuertemente supeditada a aspectos que se escapan de la voluntad humana. La interrupción conlleva a la pérdida de un ideal de futuro con un bebé y, en consecuencia, tiene un impacto en diferentes ámbitos: emocional, social, la vida en pareja o vínculos sociales

inmediatos (Llavoré et al., 2019). Es por ello por lo que en estos casos se plantea la necesidad de unos cuidados de enfermería expertos y completos, más allá del concepto de salud entendido como ausencia de la enfermedad, presentándose como una respuesta humana.

A nivel global, en los últimos años se observa un aumento del interés de estudio sobre el tema. Algunas intervenciones (González-Ramos, Zuriguel-Pérez, Albacar-Riobóo et al., 2021) se han llevado a cabo para ayudar a mitigar los efectos del evento sobre la salud mental de la mujer. Sin embargo, algunos expertos alertan de la falta de evidencia sobre el abordaje de la salud mental de las mujeres que han sufrido una IVE (Lafarge et al., 2014). Por ello, exponen la importancia de seguir realizando más estudios de investigación que faciliten la elaboración e implementación de guías en los hospitales.

Para contribuir a dar respuesta a esta necesidad surge esta tesis doctoral, que tiene como objetivo principal indagar en las experiencias de las mujeres durante el proceso de la IVE por causa médica. Con ese fin, se describirá y evaluará el estado actual del conocimiento sobre el tema de investigación. Se profundizará y analizarán, desde la perspectiva enfermera, las principales respuestas emocionales durante el proceso de la IVE por causa médica y la percepción de las mujeres sobre la atención sanitaria recibida.

Este documento está dividido en ocho capítulos. El primer capítulo es en el que nos encontramos: la introducción. Busca ubicar al lector en el tema de estudio, justificando el interés por el mismo y dando unas pinceladas sobre lo que va a encontrar a lo largo de la tesis.

El segundo capítulo hace referencia al marco teórico. En él encontraremos, por un lado, un apartado dedicado a la IVE en el que se explican aspectos teóricos claves para una mejor comprensión de los resultados y de diversas situaciones y terminología a las que se

aluden en los mismos. Por otro lado, esta investigación se orienta con los supuestos de la teoría de las transiciones de Meleis. Las personas que pasan por transiciones son más vulnerables a riesgos que afectan la salud, por lo que este encuadre teórico basado en la teoría de transiciones comprende la naturaleza, las condiciones y los patrones de respuesta de la transición, los cuales guían la terapéutica enfermera. Por último, se dedica un apartado a explicar el constructo de salud mental positiva en mujeres que han realizado una IVE, haciendo especial énfasis en el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva de la Dra. Lluch-Canut (1999).

El tercer y cuarto capítulo recogen, respectivamente, los objetivos planteados y los aspectos metodológicos del estudio: diseño, captación de participantes, técnicas de recogida de datos, criterios de rigor y aspectos éticos. En el cuarto capítulo, se especifican también las adaptaciones metodológicas que se tuvieron que aplicar para poder llevar a cabo el estudio en el contexto de restricciones, provocadas por la pandemia global de la COVID-19.

El quinto capítulo presenta, ordenadas con relación a los objetivos del estudio, las cuatro publicaciones que conforman los resultados. En cada una de las publicaciones se ilustran y se analizan en profundidad diferentes dimensiones de la experiencia de la IVE que contribuyen de forma independiente a la comprensión total del fenómeno.

El sexto, séptimo y octavo capítulo hacen referencia a la discusión, fortalezas, limitaciones, implicaciones para la práctica clínica, futuras líneas de investigación y conclusiones. Dado que se trata de una tesis por compendio en cuyas publicaciones ya se ha trabajado de forma individual cada uno de los apartados mencionados, estos capítulos se han enfocado de forma transversal para tratar de ofrecer una visión global de la investigación.



## 2. MARCO TEÓRICO

## 2. Marco teórico

En este capítulo se procederá a recorrer, en primer lugar, algunos aspectos clave de la IVE por causa médica (definiciones, marco legislativo, epidemiología, métodos de IVE y circuitos), en segundo lugar, detallaremos los aportes desde la teoría de las transiciones de Meleis en el contexto de mujeres que han realizado una IVE por causa médica y, por último, hablaremos del constructo de salud mental positiva y sus posibilidades en este ámbito de estudio.

### 2.1 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define aborto como:

La expulsión o extracción de su madre de un embrión de menos de 500g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional, pero que sea absolutamente no viable (p. ej., huevos no embrionados, mola hidatiforme, etc.) independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado. (Cabero, 2009, p. 67)

Se pueden distinguir dos modos de clasificar el aborto. Por una parte, según la semana de gestación se puede diferenciar entre aborto precoz, que es aquel que ocurre antes de las 12 semanas de embarazo (embrión) y el aborto tardío que es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación (feto) (SEGO, 2017).

Por otra parte, según la causalidad podemos distinguir entre aborto espontáneo y aborto voluntario o IVE, término que se empleará a lo largo de la tesis. Se entiende por aborto espontáneo a la terminación natural del embarazo antes de que el feto sea viable (semana 22), que en la mayoría de los casos ocurre antes de las 12 semanas de gestación, mientras

que la IVE es la terminación del embarazo por voluntad propia. Más concretamente, la IVE hace referencia a la finalización de la gestación por decisión de la mujer, ya sea por causa médica o no, de acuerdo con la normativa vigente (Servei Català de la Salut, 2018).

Esta normativa, explicada con más detalle en el capítulo 2.1.1, contempla la IVE 1) a petición de la propia mujer y 2) por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, riesgo de graves anomalías fetales, enfermedad extremadamente grave e incurable, o cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida. Según la SEGO (Cabero et al., 2011):

Anomalías fetales incompatibles con la vida: se entiende por tales “aquellas anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el período neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor”. (p.97)

Enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico: se entiende por tal “aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el período fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocien con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal”. (p.97)

### 2.1.1 Marco legislativo

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, fue la primera que apareció en España para despenalizar el aborto. Antes de este año, los abortos se producían de manera clandestina o en otros países donde sí se realizaba la práctica de manera legal. La primera ley en el artículo 417 bis del Código Penal requería que se cumpliera alguno de estos tres supuestos, siendo el primero el más utilizado.

1. Cuando fuera necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así constara en un dictamen emitido por un médico.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podría prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2. Que el embarazo fuera producto de una violación, siempre que se produjera dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el hecho fuera denunciado.
3. Que se presumiera que el feto iba a nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practicase dentro de las veintidós primeras semanas de gestación. Para ello se exigía el dictamen de dos médicos distintos al que practicase el aborto.

Estos supuestos ponían en riesgo y suponía inseguridad jurídica para las mujeres y profesionales de la salud que intervenían en la IVE.

Actualmente se encuentra vigente la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva. En relación a la IVE, se recogen las condiciones en base a dos supuestos: a petición de la mujer y por causas médicas (Figura 1). En base al tiempo de gestación en el momento de la petición de interrupción, los procedimientos y actuaciones varían.



1. Interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras 14 semanas de gestación, cuyos supuestos se recogen en el artículo 14.

2. Interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas, cuyos supuestos se recogen en el artículo 15.

A) Cuando no se superen las veintidós semanas de gestación por causa médica materna (grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada) o fetal (riesgo de graves anomalías en el feto).

B) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista, diferente del que practica la intervención, cuando se detecta en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

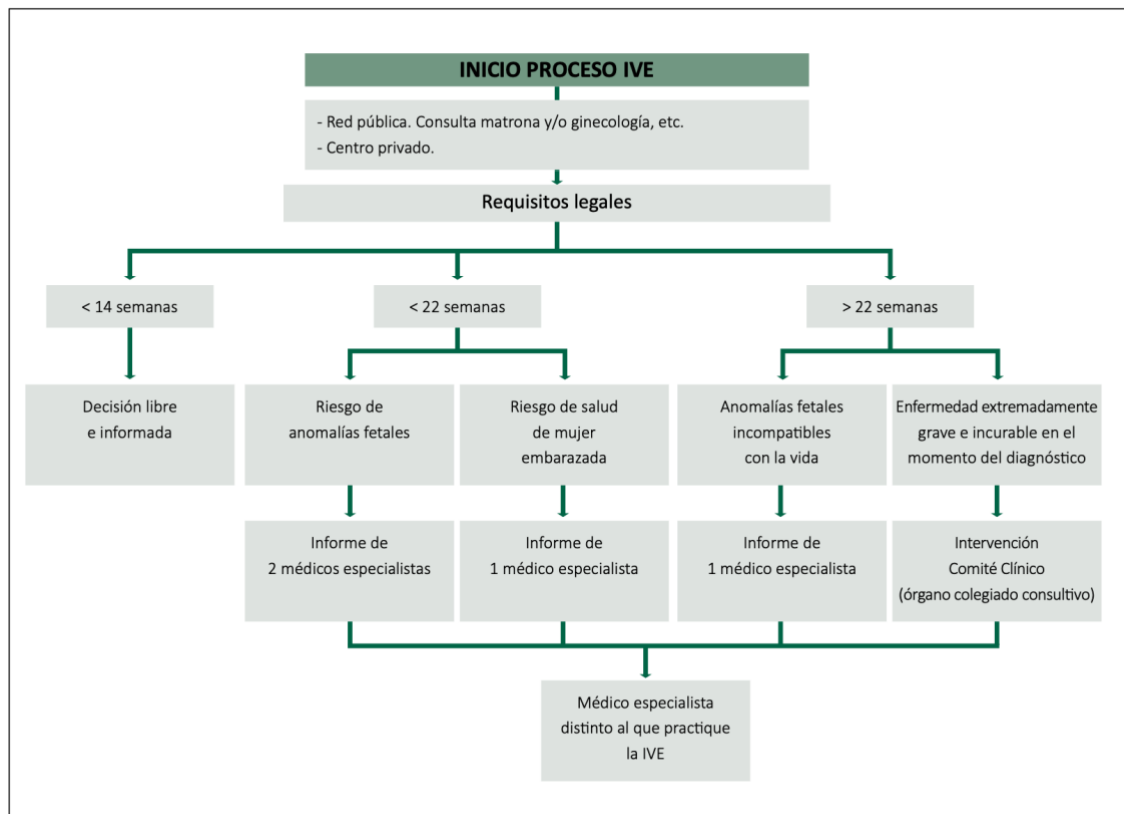


Figura 1. Requisitos legales IVE. Fuente: SEGO (2019)

La ley dictamina que son requisitos necesarios:

1. Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
2. Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.
3. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En este contexto, esta ley también garantiza la financiación de la prestación a todas las mujeres con derecho a la atención sanitaria pública que cumplan las condiciones establecidas, ya que la IVE está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Además de los requisitos anteriormente nombrados, en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva había un cuarto supuesto en relación con las menores de edad que deseaban someterse a una IVE:

4. En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la IVE, este supuesto quedó sin contenido tal y como se recoge en la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, siendo, por tanto, necesario para la interrupción del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada

judicialmente, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales.

Asimismo, la ley actual recoge la obligatoriedad de entregar información previa al consentimiento de la IVE. Todas las mujeres deben recibir información sobre los distintos métodos de interrupción, las condiciones para la interrupción previstas en esta ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente, así como información acerca de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de proseguir con la interrupción. Del mismo modo, deben recibir información específica atendiendo a la causa de la interrupción. En las causas médicas sólo afecta a los supuestos mencionados en el artículo 15 letra b (anomalía fetal incompatible con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable). En ese caso, las mujeres deberán recibir información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con diversidad funcional, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas. Se establece también un periodo de reflexión de al menos tres días.

Sin embargo, a fecha de entrega de esta tesis, el Consejo de ministros del Gobierno de España ha aprobado una reforma, que aún no ha entrado en vigor, de esta ley. En consecuencia, se recuperaría lo establecido por la ley aprobada en 2010 en cuanto a menores de edad y mujeres con capacidad modificada judicialmente. También quedaría eliminado el periodo de reflexión y la información obligatoria.

En cuanto a los profesionales sanitarios se refiere, “la objeción de conciencia” está reconocida en la constitución europea y se recoge el derecho a ejercerla a aquellos profesionales sanitarios implicados en el aborto en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de

marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta decisión individual del profesional debe manifestarse de manera anticipada y por escrito, pudiéndose llevar a cabo siempre que esté garantizado el derecho de interrumpir el embarazo de la mujer.

Continuando con la legislación, es natural preguntarse cuál es la situación en otros países. La antigua Unión Soviética fue el primer país en legalizar el aborto en cualquier circunstancia en 1920 y en Europa fue Islandia en 1935. Actualmente, la IVE por causa médica es legal en la mayoría de los países, entendiéndose éstas de diferentes maneras. Sin embargo, permanece prohibido bajo cualquier circunstancia en países como Ciudad del Vaticano, El Salvador, Malta, Nicaragua y Honduras, entre otros.

Desde junio de 2017, la OMS y las Naciones Unidas han puesto a disposición de la ciudadanía una base de datos de políticas del aborto alrededor del mundo, la *Global Abortion Policies Database* (GAPD). Lavelanet et al. (2018) hicieron un análisis descriptivo de datos extraídos de la GAPD sobre 158 países y los resultados se resumen en la siguiente tabla:

<b>CATEGORÍAS LEGALES</b>	<b>PORCENTAJE APROXIMADO DE PAÍSES QUE LO PERMITEN (TOTAL DE PAÍSES=158)</b>
A petición de la mujer	32%
Para salvar la vida de la mujer	82%
Salud física y/o salud mental	64%
Basado en una condición fetal	51%
Embarazo fruto de una violación	46%
Motivo económico o social	10%

**Tabla 1.** Legislación del aborto en el mundo. Fuente: Lavelanet et al. (2018)

### 2.1.2 Datos epidemiológicos

En cuanto a datos epidemiológicos, según Singh et al. (2018) de Guttmacher Institute, cada año se producen 55,9 millones de abortos alrededor del mundo. La mayor tasa de aborto estimada corresponde a América Latina y al Caribe (44 abortos por 1000 mujeres entre 15-44 años), mientras que la menor tasa se encuentra en América del norte (17 por cada 1000 mujeres) y Oceanía (19 por cada 1000 mujeres). En Europa se estima una tasa de 29 abortos por cada 1000 mujeres, produciéndose una amplia variabilidad entre Europa occidental (16 por cada 1000) y Europa del Este (42 por cada 1000) (Singh et al., 2018).

El Ministerio de Sanidad publica anualmente un estudio con la información correspondiente a las interrupciones voluntarias del embarazo en España. El seguimiento se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado. La información se recoge mediante un cuestionario estandarizado de notificación anónima (anexo 1).

Los últimos datos disponibles son los relativos al año 2021. El total nacional de IVE notificadas fue de 90.189, ligeramente superior al año anterior (88.269 en 2020). De ellas, la distribución por el motivo de la interrupción se describe en la tabla 2.

<b>MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN (TOTAL IVE NOTIFICADAS= 90.189)</b>	
A petición de la mujer	82.056
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	5.034
Riesgo de graves anomalías en el feto	2.814
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	259
Varios motivos	26

**Tabla 2.** Datos motivos de la interrupción del embarazo. Fuente: Elaboración propia sobre datos del Ministerio de Sanidad (2022) del Gobierno de España

Las causas médicas suponen el 9,02% del total nacional, una minoría significativa frente a las interrupciones voluntarias a petición de la mujer.

En la tabla 3 se describe el número de IVE notificadas en relación con las semanas de gestación.

<b>SEMANAS DE GESTACIÓN</b> <b>(TOTAL IVE NOTIFICADAS= 90.189)</b>	
8 o menos semanas	65.316
9-14 semanas	20.258
15-22 semanas	4.469
23 o más semanas	146

**Tabla 3.** Semanas de gestación en el momento de la IVE. Fuente: Elaboración propia sobre datos del Ministerio de Sanidad (2022) del Gobierno de España

Se observa que la mayoría de las interrupciones se realizan en las 8 primeras semanas de embarazo, lo que concuerda con que las interrupciones a petición de la mujer sólo se pueden realizar de manera legal hasta las 14 semanas de gestación.

Poniendo el foco de atención en Cataluña, se registraron 18.741 interrupciones: 17.538 a petición de la mujer, 600 por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, 540 por riesgo de graves anomalías en el feto, 40 por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable y 23 por varios motivos. Es la comunidad autónoma que lidera las tasas de IVE en España.

Relativo a datos sociodemográficos, gran parte de las mujeres se encuentran en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 39 años, siendo las franjas de 20-24 años (3.945 IVE) y de 25-29 años (4.018 IVE) las más representativas. Si atendemos a la relación entre motivo de interrupción y edad de la mujer, encontramos que para grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada predomina la franja de 25-29 años, por riesgo de graves anomalías en el feto y por anomalías fetales incompatibles con la vida o

enfermedad extremadamente grave e incurable la franja de 35-39 años y, por último, por varios motivos la franja de 40-44 años.

En cuanto a la nacionalidad, la mayoría de las mujeres son procedentes de Europa (12.439), seguido de América (4.285), África (1.184), Asia (829) y Oceanía (4). Más específicamente, destacan aquellas con nacionalidad de 1) España, 2) América del Sur y 3) América Central y Caribe. Estos datos cobran sentido si se tiene presente que la mayor tasa de aborto estimada se encuentra precisamente en América Latina y el Caribe.

Finalmente, el nivel académico más común de las mujeres que realizan una IVE es el bachillerato y los ciclos de formación profesional. Con relación a la situación laboral, predominan las trabajadoras por cuenta ajena.

Así, encontramos que el perfil que más se repite es el de mujer entre 20-29 años que convive en pareja, sin hijos y sin ninguna IVE anterior. No obstante, en el informe del Ministerio de Sanidad no se relacionan los datos de manera específica con cada tipo de interrupción, por lo que este perfil podría estar fuertemente influenciado por las IVE que se realizan a petición de la mujer. Sería interesante que el Ministerio ofreciera esta información, ya que la situación de las mujeres que realizan una IVE a petición de la mujer y aquellas que la realizan por causa médica podría ser muy diferente y disponer de estos datos enriquecería el análisis de la situación de cada grupo.



### 2.1.3 Métodos de interrupción y recorrido asistencial ante la interrupción voluntaria del embarazo

Con el fin de comprender mejor el contexto de los resultados, a lo largo de este apartado se procederá a explicar brevemente los métodos que se utilizan para llevar a cabo la IVE, así como el circuito interno que dispone el Hospital Universitario Vall d'Hebron, donde se lleva a cabo este estudio.

#### Métodos de interrupción

Para llevar a cabo la IVE, se emplean dos métodos: el quirúrgico y el farmacológico. La IVE quirúrgica en el primer trimestre del embarazo (hasta 14 semanas) se realiza mediante una técnica de aspiración con cánulas específicas previa dilatación cervical. Es una técnica de cirugía menor ambulatoria que se puede realizar por profesionales acreditados en centros públicos o privados autorizados. Es muy eficaz y con una tasa mínima de complicaciones importantes. La recuperación es rápida y permite abandonar el centro en menos de una hora (Serrano-Navarro et al., 2019).

A partir de las 14 semanas de embarazo, se precisa la preparación del cuello uterino y cánulas de mayor tamaño o incluso pinzas. La preparación del cérvix resulta muy importante para la prevención de complicaciones y su duración puede ser variable (de dos horas a dos días). Se puede realizar de forma ambulatoria y la duración no suele superar los treinta minutos (Serrano-Navarro et al., 2019). El tratamiento quirúrgico frente al farmacológico presenta beneficios tales como la posibilidad de programación, período más corto de tiempo y el hecho de que la expulsión completa se realice bajo supervisión sanitaria (Servicio Canario de Salud, 2012).

El método médico o farmacológico consiste en la expulsión completa del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica (Departament de Salut, 2014). En el contexto europeo actual, lo más habitual es el uso de la pauta combinada de mifepristona o RU 486, antiprogéstágeno que impide la progresión del embarazo y de misoprostol, análogo sintético de prostaglandina que favorece la expulsión, estimulando las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Concretamente, se recomienda una dosis de mifepristona de 200mg por vía oral, seguida de misoprostol 24-48h más tarde. La dosis de ésta último varía según si se administra por vía vaginal o bucal. El efecto abortivo se suele producir entre 4-6h posteriores a la toma del misoprostol. En este tiempo de expulsión es habitual que se produzca sangrado abundante y dolor abdominal, cuya intensidad varía dependiendo de cada mujer. De esta manera, se consigue una interrupción eficaz y segura hasta una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo, con buena tolerancia en la mayoría de los casos.

A partir de las 9 semanas (63 días; segundo trimestre), la aspiración, dilatación y evacuación presentan mayor eficacia frente a métodos farmacológicos, siempre que se realice bajo la supervisión de profesionales con la experiencia suficiente. De lo contrario, es más seguro el aborto médico en el segundo trimestre (Serrano-Navarro et al., 2019).

En gestaciones superiores a las 19 semanas, se recomienda valorar el manejo concomitante de otras técnicas: sedación, oxitocina (provocar contracciones uterinas), etc. (Serrano-Navarro et al., 2019).

En gestaciones superiores a las 22 semanas usualmente se realiza feticidio, momento en el cual se induce la muerte del feto. Para ello, los métodos más utilizados son la inyección de digoxina intraamniótica o inyección de cloruro potásico (CLK) mediante cordocentesis o cardiocentesis (Rodríguez et al., 2013).

Dependiendo del tiempo de gestación y de la causa de la IVE, la atención y la toma de decisiones varía. En Cataluña, donde se lleva a cabo esta investigación, los procedimientos y actuaciones vienen determinados como se describen a continuación.

Atendiendo a las causas médicas, podemos encontrar tres posibilidades. Por un lado, en caso de IVE por causa médica fetal, cuando no se superen las 22 semanas de gestación, se ha de informar a la mujer, darle un sobre con la información previa y derivarla a un hospital del sistema integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT) preferentemente.

Por otro lado, en caso de atención de IVE por causa médica materna, cuando no se superen las 22 semanas de gestación, el servicio sanitario que detecta la causa debe atender a la mujer y derivarla a un hospital del SISCAT preferentemente. En ambos supuestos se puede emplear método quirúrgico o farmacológico.

Por último, se encuentra el caso de IVE cuando se detectan anomalías fetales incompatibles con la vida y así consta en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista diferente al que practica la intervención, o cuando se detecta en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirma un comité clínico. El servicio sanitario que detecta la causa fetal debe atender a la mujer y derivarla al hospital preferente. Si el caso lo requiere, se activa el comité clínico para que emita el dictamen correspondiente en función de aspectos médicos (diagnóstico, posibilidades de tratamiento, análisis de las consecuencias de cada alternativa), análisis de los valores, calidad de vida y otros factores (consecuencias para la madre, familia y factores sociales). En este último caso, se realiza la interrupción con método quirúrgico.

### Recorrido asistencial ante la IVE

El estudio se lleva a cabo en el Hospital de la Mujer del Hospital Universitario Vall d'Hebron, que es el centro de referencia de tercer nivel más grande de Cataluña. Las mujeres son recibidas para la realización de controles rutinarios en la unidad de diagnóstico prenatal, en la que se trabaja para detectar lo más precozmente posible la existencia de situaciones de riesgo, defectos congénitos, alteraciones o malformaciones. Por un lado, si se tiene constancia de la existencia de consanguinidad entre los progenitores, antecedentes en la familia de alguna enfermedad hereditaria, antecedente de un embarazo complicado con una malformación, isoimmunización (anticuerpos de la madre que puede provocar anemia en el feto) o exposición a agentes externos como la radiación, la infección o el consumo de fármacos o sustancias nocivas, se realiza un seguimiento más detallado del embarazo. Por otro lado, llegan también mujeres derivadas de otros centros y de las otras provincias catalanas cuando existe la sospecha de anomalía fetal o en el caso de que exista riesgo para la vida o la salud de la embarazada. En el caso de sospecha de anomalía fetal, se realizan pruebas confirmatorias entre las que pueden incluirse la ecografía obstétrica, pruebas de cribado de cromosopatías, biopsia corial, amniocentesis o cordocentesis.

Una vez se confirma el diagnóstico, se facilita a los progenitores toda la información relativa al mismo y las opciones disponibles. Es la mujer, normalmente en conjunto con su pareja y con asesoramiento médico, la que toma la decisión de interrumpir el embarazo e informa al centro. En el caso de que la semana de gestación sea superior a la 22, se procede a solicitar al comité clínico que estudie el caso y acepte la intervención.

Como se ha comentado previamente, en el primer trimestre se puede finalizar la gestación mediante el método quirúrgico o farmacológico. A partir del segundo trimestre, hay que inducir el parto. En algunos casos, en función de la enfermedad y de las semanas de embarazo (a partir de las 20 semanas aproximadamente está formado el sistema nervioso), se realiza el feticidio con los métodos previamente mencionados (Llavoré et al., 2019).

La inducción al parto se realiza en la sala de partos. Siempre que es posible, se ubica a la mujer en el paritorio más alejado con el fin de cuidar la dimensión emocional, ya que los paritorios no se encuentran insonorizados. La mujer puede estar acompañada de quién ella decida (normalmente la pareja). Se les da opciones relacionadas con la anestesia, aunque en general se usa anestesia epidural. Una vez han realizado la IVE y el bebé ha nacido, se les ofrece la posibilidad de despedirse durante el tiempo que consideren, así como de crear una caja de recuerdos con las huellas del bebé, ecografías, la pulsera identificativa, etc. (figura 2). También se da opción a las madres de dispensarles medicación para inhibir la lactancia, o si lo prefieren donar al banco de leche o dejar que se retire de forma natural.



**Figura 2.** Ejemplo de caja de recuerdos.

Una vez finalizado este proceso, el cuerpo se traslada a anatomía patológica y se brinda la posibilidad de realizar la autopsia. Tras esto, se les da la posibilidad a los progenitores de hacerse cargo del cuerpo del bebé, o en su defecto, de que el cuerpo se deposite en los nichos de los que dispone en el Cementerio de Montjuic y se les informe de la ubicación.

En cuanto al seguimiento, por un lado, se cita a los progenitores para una visita con una psicóloga experta en duelo perinatal a los 15 días y, en conjunto, deciden si consideran necesario seguir con el seguimiento. Una vez al mes, también se organiza un grupo sobre pérdidas gestacionales llamado *Espai de paraula*, que consiste en un grupo de reflexión para progenitores en proceso de duelo perinatal donde pueden compartir vivencias y dolor.

Por otro lado, a los tres meses, se programa una cita con la unidad de diagnóstico prenatal para tratar aspectos como la obtención de los resultados, riesgo de recurrencia y hablar de nuevos embarazos futuros.

## 2.2 LA TEORÍA DE LAS TRANSICIONES DE MELEIS APLICADA AL PROCESO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA

Como se ha mencionado, el proceso de IVE anteriormente descrito no sólo supone un cambio fisiológico de estar embarazada a no estarlo, sino que conlleva un periodo transicional entre la expectativa de la maternidad y la nueva realidad sin el bebé. A pesar de la evolución del concepto de maternidad en los últimos años, su esencia clásica sigue presente (Palomar, 2005), siendo sinónimo de proyectos y actividades relacionadas con el nacimiento del bebé (Montes, 2007). Habrá quién tome la decisión de realizar la IVE y tenga preparada la habitación del bebé, la cuna, ropa, etc. Esta concepción de la maternidad junto a la idea instaurada en la población general de que el riesgo del embarazo se encuentra exclusivamente en el primer trimestre, conduce a un estado de relajación pasado este período y de mala preparación para recibir malas noticias (Bijma et al., 2008; Guy, 2018).

La teoría de las transiciones de Meleis hace referencia a un enfoque de investigación en salud que se centra en cómo las personas y las comunidades experimentan y gestionan el cambio en su salud y en su bienestar. Esta teoría considera que el cambio en la salud y el bienestar se produce a través de distintas etapas o fases, que se denominan “transiciones”.

Las transiciones son, por tanto, un periodo de vulnerabilidad que, siguiendo con la descripción que hace Meleis et al. (2000), se descubre a través de la comprensión de las experiencias y las respuestas de las personas durante los momentos de transición. Las personas que pasan por transiciones son más vulnerables a riesgos que afectan la salud. Schumacher y Meleis (1994) han descrito distrés emocional, inseguridad, ansiedad y depresión durante el periodo de transición. El modelo conceptual basado en la teoría de transiciones se basa en la naturaleza (tipo, patrones y propiedades), las condiciones y los

patrones de respuesta (indicadores de proceso y de resultados) de la transición, como guía para el cuidado enfermero. Se presentan los cuidados de enfermería como una forma de aliviar los síntomas descritos, acompañar y dar soporte a las mujeres y sus parejas. Otra de las características que ocurre en las transiciones es que en las personas se presentan cambios en identidades, roles, relaciones entre los miembros, habilidades y conductas.

Atendiendo a la naturaleza de la transición, en la IVE podemos encontrar mujeres con casos que respondan a los cuatro tipos de transiciones sugeridas por Meleis. En primer lugar, transiciones de desarrollo, que hacen referencia a eventos importantes en la vida de una persona como un embarazo. En segundo lugar, de salud y enfermedad, como el recibimiento de un diagnóstico y la muerte del bebé. En tercer lugar, situacionales como el parto en sí mismo. Por último, organizacionales, que son aquellas transiciones que aluden a los cambios en las condiciones del entorno que afectan las vidas y que en el caso de la IVE por causa médica podría ser la baja postparto, por ejemplo.

Relacionado con la propia experiencia de la IVE, las mujeres atribuyen distintos significados al motivo de la interrupción (enfermedad o anomalía) que van más allá de la explicación científica, si la hubiera. Por ello, para entender su experiencia es necesario entender las condiciones personales y ambientales que facilitan u obstaculizan el proceso de transición, así como los patrones de respuesta que permiten valorar si la transición es saludable o no.

Respecto a las condiciones personales, hacen alusión a los significados que atribuyen las mujeres a los motivos que precipitan la situación de transición y a la transición en sí misma, creencias culturales y actitudes. En este sentido, juega un papel fundamental el subconsciente de la propia mujer influenciado por la cultura del nacimiento, que hemos visto anteriormente, y el tabú del aborto que aún sigue estando presente en la sociedad



actual, que acentúa el malestar emocional y que puede inhibir la transición. Del mismo modo, también pueden formar parte de estas condiciones personales el estado socioeconómico (a nivel general, las personas con un bajo estado socioeconómico padecen más síntomas psicológicos) y la preparación y el conocimiento. En relación a este último aspecto, aunque sea también una experiencia dolorosa para las mujeres que ya han pasado por algún tipo de IVE por causa médica o de pérdida gestacional, podrían tener cierta preparación previa sobre qué esperar durante la transición y qué aspectos ayudan, lo que facilita la experiencia de transición.

Por otro lado, aparecen las condiciones comunitarias. El apoyo de la pareja y de la familia en la decisión de interrumpir, así como la información recibida de fuentes fiables como los profesionales de la salud y de alguna persona de referencia (*role model*) que haya pasado por el mismo proceso son recursos que facilitan la transición. Por el contrario, la obtención de información contradictoria (por ejemplo, entre profesionales) y recibir consejos no solicitados o soporte equivocado (“*eres muy joven, ya tendrás otro*”) inhiben la transición.

Por último, también son importantes las condiciones sociales. La legislación sobre la IVE por causa médica y el acceso a servicios de salud de calidad pueden ser factores condicionantes de la transición. En este contexto, en cuanto al entorno cultural, la estigmatización y el silencio asociados a la IVE, y al aborto en general, son un inhibidor social.

Se hace necesaria, por tanto, la intervención de la enfermera y matrona para valorar las condiciones individuales de las mujeres e identificar factores que las muevan (indicadores de proceso) hacia una situación de vulnerabilidad o de salud mental positiva (indicador de resultado). La teoría de las transiciones de Meleis resulta útil, no sólo para comprender

los factores que influyen en la transición, sino también para ahondar en las consecuencias que esto tiene en su vida.

### 2.3 SALUD MENTAL POSITIVA EN MUJERES QUE HAN REALIZADO UNA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR CAUSA MÉDICA

De la misma manera que la teoría de las transiciones de Meleis puede utilizarse para analizar cómo diferentes factores pueden afectar al bienestar psicológico de las mujeres, el desarrollo de la salud mental positiva puede estar influenciado por las transiciones y los cambios que experimentan estas mujeres. En este sentido, la teoría de las transiciones de Meleis y la salud mental positiva podrían complementarse y enriquecerse mutuamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a) define salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Constituye un derecho humano fundamental. Consiste en un proceso continuo que abarca desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional. Asimismo, al igual que una transición, puede verse alterada por diversos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales (OMS, 2022b).

En un informe reciente sobre la salud mental mundial (OMS, 2022b), se pone de manifiesto que, a pesar de que en los últimos veinte años ha habido un aumento del interés y de la comprensión sobre la salud mental, los avances han sido lentos y los servicios de salud continúan mal equipados para satisfacer las necesidades de las personas. Por ello,

la OMS propone reestructurar los servicios a través de la promoción y la protección de la salud mental, así como a través de la prestación de servicios comunitarios.

Los datos del informe cobran importancia con relación a la IVE por causa médica. En primer lugar, se pone de manifiesto que la pandemia de la COVID-19 ha desencadenado una crisis mundial de salud mental, que también puede haber afectado la experiencia de la IVE. En segundo lugar, se expone que los países dedican menos del 2% de su presupuesto en sanidad a la salud mental y de ese 2%, el 70% va destinado a hospitales de agudos, con lo cual son pocos los recursos que se destinan a la promoción de la salud mental. Estos datos también afectan los esfuerzos en la promoción de la salud mental de las mujeres que realizan una IVE por causa médica. Si de forma general los presupuestos destinados a la salud mental son ínfimos, en el caso concreto de la IVE por causa médica, cuyo abordaje principal sigue siendo el biomédico, es natural deducir que la mayoría de los recursos económicos también toman esta inclinación.

En cuanto al propio campo de la Salud Mental Positiva (SMP), es un constructo dinámico y variable que incluye pensamientos y sentimientos. La promoción de la salud mental incluye a individuos, familiares, comunidades, organizaciones y profesionales de la salud (OMS, 2004) y es “un espacio reservado a potenciar, fortalecer y mantener niveles mentales de salud” (Lluch-Canut, 2015). Lluch-Canut (2005) postula que “la promoción de la salud mental está implícita en los cuidados de enfermería y constituye la intervención psicosocial de enfermería”. Además, añade como premisas:

- 1) Asumir la promoción de la salud mental como un apartado dedicado a las personas, mentalmente sanas, trabajando con el objetivo de potenciar sus recursos personales de afrontamiento y adaptación, reforzar su estructura psicológica y, en

definitiva, incrementar su estado de bienestar; y 2) Aceptar la concepción integral del cuidar (bio-psico-social-espiritual).

Hay varios autores que han contribuido con diversos modelos y conceptos (Diener, 1994; Jahoda, 1958; Lluch-Canut, 1999; Ryff y Keyes, 1995; Seligman et al., 2004). Jahoda (1958) realizó un trabajo teórico en el que habló de seis criterios generales que contribuyen a la concepción multidimensional de la SMP. Cuarenta y un años más tarde, Lluch-Canut (1999) decidió operativizar este modelo y, además, construir una escala para evaluar la SMP. Los factores que estructuran el Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva (Lluch-Canut, 1999) son:

Factor 1: Satisfacción personal. Si la persona considera que tiene una vida interesante y una buena estima de sí misma, probablemente tendrá un nivel de satisfacción personal elevado. La satisfacción es el componente afectivo de la calidad de vida.

- Autoconcepto.
- Satisfacción con la vida personal.
- Satisfacción con las perspectivas de futuro.

Trabajar la satisfacción personal podría ser un factor determinante para ayudar a aceptar y afrontar la IVE, especialmente en aquellas mujeres que experimentan sentimiento de culpabilidad. Ayudaría a la mujer a encontrar un propósito y a darle significado al proceso de IVE.

Factor 2: Actitud prosocial. La buena predisposición hacia los demás y a las diferencias sociales pueden hacer que el entorno considere a la persona de confianza y que ella se perciba a sí misma del mismo modo.

- Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad.
- Actitud social de ayuda-apoyo hacia los demás.
- Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales.

Esta actitud prosocial puede tener un impacto positivo en la IVE por causa médica, ya que puede ayudar a la mujer a enfrentarse a la situación con compasión y comprensión hacia sí misma y hacia los demás involucrados, lo que puede contribuir a un proceso más saludable y equilibrado emocionalmente. La idea sería que la promoción de la actitud prosocial también podría favorecer el apoyo y la ayuda de otros individuos, lo que puede ser beneficioso para la persona en cuestión.

Factor 3: Autocontrol. Hace referencia a la capacidad para afrontar situaciones conflictivas y el mantenimiento del equilibrio emocional.

- Capacidad para el afrontamiento del estrés o situaciones conflictivas.
- Equilibrio/control emocional.
- Tolerancia a la ansiedad y al estrés.

Potenciar esta habilidad puede ser útil en la IVE por causa médica, puesto que puede ayudar a la persona a mantener la calma y la claridad en una situación difícil, facilitando el afrontamiento de la situación de manera efectiva. Además, el autocontrol también puede contribuir a reducir el estrés y la ansiedad relacionados con la situación, lo que puede ser beneficioso para la salud mental y emocional de la persona.

Factor 4: Autonomía. La independencia funcional y de pensamiento crítico de la persona aumenta la seguridad en sí misma y la capacidad de regular la conducta.

- Capacidad para tener criterios propios.
- Independencia.
- Autorregulación de la propia conducta.
- Seguridad personal/ Confianza en sí mismo.

Esta habilidad puede tener un impacto positivo en la IVE por causa médica. Puede permitir a la persona considerar diferentes opciones sobre su propio cuerpo y salud, de manera libre y consciente, y elegir la que mejor se adapte a sus necesidades y deseos. Además, la autonomía también puede ayudar a la persona a sentirse segura de sí misma y confiada en su capacidad de enfrentar la situación de manera efectiva, lo que puede contribuir a un proceso más saludable.

Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización. Referente a la habilidad de la persona para afrontar activamente problemas y la búsqueda del crecimiento personal.

- Capacidad de análisis.
- Habilidad para tomar decisiones.
- Flexibilidad/capacidad para adaptarse a los cambios.
- Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo.

Puede ayudar a la mujer que realiza la IVE a encontrar soluciones y alternativas para superar la situación y a aprender y crecer a partir de ella. También pueden contribuir a una mayor resiliencia y capacidad de adaptación, beneficiando así la salud mental y el bienestar personal en general.

Factor 6: Habilidades de relación interpersonal. La capacidad para la comunicación y mostrar y recibir afecto.

- Habilidad para establecer relaciones interpersonales.
- Empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás.
- Habilidad para dar apoyo emocional.
- Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas.

Este factor puede ser especialmente relevante en situaciones difíciles como la IVE por causa médica, ya que permite a la persona afectada contar con el apoyo emocional de su entorno en un momento tan delicado, así como puede facilitar la comunicación y el diálogo.

La misma autora (Lluch-Canut, 2011) elaboró un decálogo de recomendaciones generales y estrategias para potenciar la SMP, que se describen en la tabla 4.

<b>SMP aplicada a la vida cotidiana</b>
1. Valorar positivamente las cosas que tenemos en nuestra vida
2. Poner cariño a las actividades del día a día
3. No ser muy severo con nosotros mismos, ni con los demás
4. No dejar que las emociones negativas bloqueen nuestra vida
5. Tomar conciencia de los buenos momentos cuando están ocurriendo
6. No temer a sentir y expresar los sentimientos
7. Buscar espacios/actividades para relajarnos mentalmente
8. Intentar resolver los problemas cuando vayan surgiendo
9. Cuidar las relaciones interpersonales
10. Pintar la vida con humor para que esta tenga más color

**Tabla 4.** Decálogo de Salud Mental Positiva. Fuente: Lluch-Canut, M<sup>a</sup> T. (2011)

Se han realizado diferentes investigaciones para valorar la SMP siguiendo el modelo de Lluch-Canut en pacientes diversos con problemas de salud física crónicos (Lluch-Canut et al., 2013), con estudiantes de grado (Roldán-Merino et al., 2017; Sequeira et al., 2014; Sequeira et al., 2019), con profesionales de la salud (Mantas et al., 2015), con profesores de universidad (Hurtado-Pardos et al., 2017) y con cuidadores de atención primaria (Ferré-Grau et al., 2019) entre otros. Del mismo modo, ha servido de eje para la realización de varias tesis doctorales y para el diseño de diferentes intervenciones en salud mental positiva (Albacar-Riobóo, 2014; Sánchez, 2015; Sanromá, 2016; Soares de Cavalho, 2018).



Hay evidencia que indica que los programas de SMP aplicados a adultos pueden tener un impacto positivo importante en su salud mental (Teixeira et al., 2019). Así pues, algunas situaciones, como la IVE por causa médica podrían afrontarse de forma mentalmente saludable, a pesar de las emociones angustiosas que puede conllevar y que trataremos a lo largo de la tesis. Para conocer estas respuestas emocionales y cómo son vividas, es esencial indagar en las experiencias de las mujeres durante el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica.



### 3. OBJETIVOS

### 3. Objetivos

A través de esta investigación se pretende indagar en la experiencia y el recorrido emocional de las mujeres durante el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica. Existe un acuerdo general en que, de manera coherente con las bases epistemológicas de los estudios cualitativos, no se puede hablar de hipótesis en el sentido estricto del término, por lo que se ha prescindido de formular una proposición hipotética. Se plantean, entonces, los siguientes objetivos:

**Objetivo general:** Indagar en las experiencias de las mujeres durante el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica.

**Objetivos específicos:**

1. Analizar la evidencia científica existente relativa a la dimensión afectivo-emocional de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica.
2. Explorar las respuestas emocionales que dan las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica.
3. Explorar las necesidades emocionales de las mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo por causa médica.
4. Identificar las percepciones de las mujeres sobre la atención afectivo-emocional recibida durante el proceso.



## 4. METODOLOGÍA

## 4. Metodología

La metodología utilizada para este estudio está redactada en detalle en cada uno de los artículos que podemos encontrar en los resultados. Sin embargo, este capítulo se enfocará más específicamente en el trabajo de campo y en los matices de la investigación cualitativa. Aspectos que determinan la calidad del dato, también los resultados y que sin duda influyen en el proceso mismo de investigación. Estos procesos muchas veces quedan difuminados por la estructura misma de los artículos, de ahí la necesidad de profundizar más en este capítulo.

### 1. Diseño del estudio

Para la realización de este estudio cuyo objetivo principal era indagar en las experiencias de las mujeres durante el proceso de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica, se utilizó investigación cualitativa desde un paradigma fenomenológico. Se escogió este enfoque, ya que la fenomenología busca captar los significados que los sujetos dan de los procesos y sus percepciones tal y como se presentan en la consciencia (Husserl, 1913/1962). Se basa en nociones relevantes para el objetivo de estudio: en primer lugar, que no existe una única realidad, puesto que ésta consta de percepciones para cada persona y cambia con el tiempo y, en segundo lugar, que la cultura influye en la forma de relacionarse la persona con el entorno y entenderlo (Husserl, 1913/1962).

### 2. Selección de las participantes

El estudio se llevó a cabo en el hospital de la mujer del complejo hospitalario universitario Vall d'Hebron (Barcelona). Se trata de un hospital de tercer nivel de referencia para las IVE por causa médica donde cada año se registran de media doscientas IVE por causa médica. Dispone de los servicios necesarios para dar atención sanitaria a las mujeres

desde el momento del diagnóstico hasta el seguimiento genético y psicológico posterior a la interrupción.

Se accedió a las participantes mediante una matrona del servicio de diagnóstico prenatal que colaboraba en el proyecto. Atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, la matrona elaboraba un listado con las participantes susceptibles de participar en el estudio.

Los criterios de inclusión aplicados fueron los siguientes:

- Tener 18 años o más.
- Hablar español o catalán.
- Haber realizado una IVE por causa médica en los últimos dos años.

El último criterio hace referencia al periodo que habitualmente se usa para trabajar la experiencia de duelo (Prigerson et al., 2009).

Posteriormente, por las restricciones provocadas por la COVID-19 y la necesidad de trasladar la recogida de datos al mundo virtual (artículo 2), se añadió otro criterio de inclusión:

- Tener un nivel de informática apto para realizar videoconferencias.

El criterio de exclusión fue:

- Diagnóstico de trastorno de salud mental severo para el que pueda resultar contraproducente su participación en el estudio.



Posteriormente, yo como investigadora principal, establecía un primer contacto telefónico con las mujeres que cumplían los criterios. Partía del prejuicio de que, al ser un tema tan sensible, iba a ser difícil que las mujeres aceptaran seguir adelante con su participación y contar su realidad a una persona desconocida. Me presentaba y les explicaba en profundidad el objetivo del estudio, así como en qué consistiría su participación y que podían retirarse del estudio cuando quisieran. Después, se comprobaba que cumplían el criterio relativo al nivel de informática y, por último, si así lo deseaban, se les ofrecía participar junto a sus parejas. Algunas de esas llamadas, en las que ya afloraron muchas emociones, duraron diez minutos, otras duraron una hora, compartiendo conmigo reflexiones sobre la IVE. En dos de los casos, me pidieron que les hiciera una segunda llamada para consultar su participación, principalmente, con su pareja. Cuando consentían su participación, se les enviaba la hoja de información y consentimiento informado por correo electrónico y se convocaba la reunión por Microsoft Teams con la fecha y hora acordadas.

De forma contraria al prejuicio del que partía, las mujeres se mostraron dispuestas a participar con el convencimiento de que, al final, ayudarían a otras mujeres que pasaran por el mismo proceso. Solo cuatro mujeres desestimaron finalmente su participación en el estudio: una de ellas refirió encontrarse en un mal momento de salud mental para el cual consideraba que el estudio no le iba a ser beneficioso, otra mujer porque le habían diagnosticado recientemente un melanoma y las otras dos mujeres por causa desconocida (una dijo directamente que no y la otra solicitó que la volviera a llamar y, tras algunos intentos, no lo cogió).

En definitiva, se reclutaron un total de 15 mujeres hasta que se produjo la saturación de datos y se dejó de obtener nueva información relevante para el objetivo del estudio, por lo que ya se disponía de los discursos necesarios para interpretar el fenómeno.

### 3. Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de datos se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión por videoconferencia entre agosto y noviembre de 2020. También se utilizó un diario de campo para tomar notas durante y después de las entrevistas y los grupos.

Por su parte, antes de comenzar las otras entrevistas, se realizó una entrevista exploratoria con una matrona que prestaba atención sanitaria a mujeres durante la IVE por causa médica en la sala de partos del Hospital Universitario Vall d'Hebron. La matrona tenía 34 años de experiencia en el hospital, dedicando la mayor parte de su vida laboral a la sala de partos. La entrevista, de índole informativa, se realizó en un paritorio del hospital con el objetivo de profundizar en el proceso de las mujeres durante la interrupción y comprender mejor su itinerario el día de la IVE.

#### Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada fue seleccionada como técnica de recogida de datos porque permitía obtener información acerca de cómo la mujer interpretaba y daba sentido a la IVE. Se diseñó un guion orientativo de entrevista tomando como referencia la literatura disponible y el modelo de SMP de la Dra. Lluçh Canut, ya que hemos visto cómo enriquece la comprensión de los procesos que conllevan transiciones (anexos 2 y 3). Se pretendía usar la primera entrevista para terminar de ajustar el guion. En esta entrevista, el guion permanecía flexible y dinámico, de manera que de la formulación de una pregunta surgían discursos que daban respuesta también a otras preguntas. Se llevaron a cabo 15 entrevistas con una duración aproximada de 60-120 minutos. No se tuvo que repetir ninguna. En tres de ellas, por decisión de las participantes, estuvieron presentes sus parejas para dar soporte emocional. Uno de ellos participó puntualmente

para hacer aportaciones a lo que iba diciendo su pareja, por lo que se le solicitó que diera consentimiento oral para grabar su audio y transcribirlo.

Al inicio de las entrevistas, antes de comenzar con la grabación de audio, explicaba a las mujeres cómo se estructuraba el guion. Posteriormente, una vez consentían la grabación de voz y ésta iniciaba, les volvía a solicitar que reiteraran el consentimiento para la grabación de audio, les solicitaba su consentimiento oral y les informaba de aspectos relacionados con la protección de datos de Microsoft Teams Institucional que se describen de manera literal a continuación:

- Empiezo informándote de que estamos usando Microsoft Teams y que los datos se alojan en un servidor de EEUU y la protección de datos que ofrece no son las mismas garantías legales que en Europa.
- En cuanto al estudio “interrupciones del embarazo por causa médica: Valoración de las necesidades afectivo-emocionales de las mujeres y promoción de la Salud Mental Positiva”, necesito que consientas oralmente conforme has leído la hoja de información que se te ha entrado, has podido hacer preguntas sobre el estudio, has podido hablar con Zuleika del Carmen González Ramos, que soy yo, comprendes que tu participación es voluntaria y que puedes retirarte del estudio cuando quieras, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta a tus cuidados médicos. ¿Prestas libremente tu conformidad para participar en el estudio?
- ¿Prestas tu consentimiento para grabarte la voz para poder hacer una transcripción fidedigna?

Tras informarlas, empezaba preguntando algunos datos sociodemográficos y obstétricos que incluían la edad, lugar de nacimiento -si era migrante, ruta migratoria-, lugar de residencia, estado civil, estudios, trabajo, religión u otras creencias y si tenían otros hijos, así como la edad y si nacieron antes o después de la IVE por causa médica. También preguntaba si previamente había tenido algún otro tipo de IVE o pérdida gestacional, el motivo por el que les interrumpieron el embarazo (quería asegurarme de que tenían la misma información que yo), la edad gestacional en el momento de la IVE y si les realizaban algún tipo de seguimiento tras la IVE por causa médica y, en caso afirmativo, en qué consistía. Posteriormente, exploraba aspectos relacionados con la maternidad, la IVE por causa médica, la salud mental y la atención sanitaria.

La mayoría de las mujeres realizaban la entrevista desde su casa. Buscaban una habitación privada donde estuvieran solas y, en algunos casos en los que no estaban solas, utilizaban auriculares. Dentro de estos últimos casos en los que no estaban solas en casa y podía haber alguien más escuchando, dos de las participantes me solicitaron más tarde en la misma entrevista retomar algún aspecto para el que no habían sido totalmente sinceras por estar acompañadas.

Uno de los grandes beneficios de realizar el trabajo de campo por videoconferencia fue la entrada en el campo fenomenológico de la mujer. Durante las entrevistas, añadieron a sus discursos varios objetos de valor como la caja de recuerdos, ecografías o tatuajes conmemorativos del bebé de la IVE. Añadían también a su relato otro tipo de recursos que ayudaban a la comprensión de su vivencia del proceso como, por ejemplo, me presentaban a sus otros hijos, me enseñaban a sus mascotas o las vistas a la naturaleza que tenían desde sus casas.

Al finalizar las entrevistas, se les ofrecía a las mujeres más información acerca de los grupos de discusión por si estaban interesadas en participar en ellos.

### Grupos de discusión

De las 15 mujeres que participaron en las entrevistas, 11 decidieron también participar en los grupos de discusión. Las 4 mujeres restantes argumentaron falta de disponibilidad horaria o que consideraban que su contribución con las entrevistas era suficiente.

Se pretendía utilizar este método como instrumento para explorar cómo se construía colectivamente el significado de la pérdida, así como para identificar qué aspectos de la atención sanitaria durante todo el proceso de la IVE se ajustaron a las necesidades de las mujeres y cuáles debían mejorarse. Además, había evidencia que indicaba que suponía una técnica terapéutica (Kamranpour et al., 2019). Se realizaron dos grupos de discusión que no atendieron a ningún criterio especial de formación, sino a disponibilidad horaria. Aquellas mujeres con mayor flexibilidad horaria, se reubicaron en el grupo más pequeño. El primer grupo estaba previsto para 5 mujeres y, finalmente, una de ellas no se conectó, por lo que no hubo posibilidad de reprogramarlo y se decidió seguir adelante con el grupo con las otras 4 mujeres. El segundo grupo, lo conformaron 6 mujeres. La duración del primero fue de 2h y el segundo 1h y media aproximadamente.

Para los grupos de discusión se solicitó permiso para grabación de audio y video, de manera que se pudiera analizar también el lenguaje no verbal y las reacciones entre las opiniones expuestas, así como reconectar con detalles que se pudieron haber omitido por ser yo la única moderadora y observadora. Como investigadora, durante los grupos se percibía una escena más relajada y menos reservada con respecto a las entrevistas, ya que aunque no estuvo presente ninguna pareja, fue común ver de fondo a sus hijos.

No se utilizó ningún guion específico, sino que se explicaba el objetivo de explorar las percepciones con respecto a la atención sanitaria recibida durante el proceso de la IVE por causa médica.

Al inicio del primer grupo, cada mujer se presentó brevemente con los datos que ella consideraba. Decidieron presentarse con nombre, motivo y semana de gestación de la IVE. En el grupo se encontraba una mujer embarazada que manifestó su malestar por recibir en ese estado información sobre otras posibles enfermedades fetales que desconocía. Debido a ello, en el segundo grupo, donde también había una mujer embarazada, se le explicó a ésta la situación que había sucedido en el grupo 1 y dio su consentimiento para proceder con las presentaciones como cada una de las otras mujeres considerara.

Tras el trabajo de campo, las entrevistas y los grupos fueron transcritos manualmente y, posteriormente, los datos se categorizaron (anexo 4) y analizaron con ayuda del programa Atlas.ti 2.

#### 4. Criterios de rigor y calidad

Se aplicaron los criterios propuestos por Lincoln y Guba (1985) para garantizar los criterios de rigor. La credibilidad se garantizó mediante la triangulación metodológica con la evidencia disponible y la verificación del proceso de transcripción (cotejando la transcripción con la grabación) y análisis por parte del resto del equipo investigador. Para la transferibilidad, se describió en profundidad el contexto y las características de las participantes. Por último, la fiabilidad y la confirmabilidad se garantizaron mediante la descripción detallada del proceso de investigación y la presentación de evidencias en los resultados (por ejemplo, verbatim).

## 5. Dimensiones éticas

El estudio se desarrolló respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, así como en el cumplimiento de los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética. El proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Vall d'Hebron (anexo 5). Posteriormente, debido al estado de alarma y a las restricciones provocadas por la COVID-19 fue necesario realizar una enmienda por la cual se permitiera la realización de las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión en línea. El comité aprobó, por un lado, el uso de Microsoft Teams Institucional para minimizar el riesgo de contacto y transmisión de la COVID-19 y, por otro lado, el otorgamiento del consentimiento informado oral y su posterior anotación en la historia clínica de la paciente.

No es el objetivo de la entrevista como técnica de recogida de datos de una investigación cualitativa el resultado terapéutico, pero se planteaba un problema ético al tratarse un tema de especial sensibilidad. La participación en el estudio implicaba revivir situaciones difíciles que estaban asociadas a una carga emocional. Por ello, se contactó con la psicóloga experta en duelo perinatal del hospital, quien dio su consentimiento para ofrecer atención a aquellas mujeres que, por causas relacionadas con su participación o no, consideraban que necesitaban el soporte de un profesional de la salud mental para gestionar las emociones tras las entrevistas y grupos. Se detectaron dos casos:

Una de las participantes verbalizó en uno de los grupos de discusión que la entrevista semiestructurada le había resultado terapéutica y que le había hecho darse cuenta de que necesitaba ayuda para abordar el tema de la IVE. Con el consentimiento de la participante, se brindaron sus datos a la psicóloga de duelo perinatal para un posterior contacto.

Otra de las participantes me llamó una semana tras la entrevista. Me informó de que se había encontrado mal anímicamente y quería compartirlo conmigo porque consideraba que podía ayudar en la investigación. Refirió que no necesitaba la ayuda psicológica que ofrecíamos porque ya disponía de otra psicóloga. Le devolví la llamada pasada una semana para comprobar que no necesitaba soporte extra y ya se encontraba anímicamente mejor.





## 5. RESULTADOS

## **5. Resultados**

En este capítulo se recogen los artículos que han sido publicados con relación a los objetivos de la presente tesis doctoral por compendio. Cada uno de los artículos aborda aspectos diferentes de la dimensión emocional de la IVE por causa médica que, en conjunto, ayudan a indagar en las experiencias de las mujeres durante el proceso.

Para que resulte más estructurado y facilite la lectura, se han ordenado los artículos en relación con los objetivos, en lugar de por fecha de publicación. Asimismo, se ha añadido la métrica de cada revista según los principales índices bibliométricos.

## 5.1 ARTÍCULO 1

Este artículo tenía como objetivo explorar qué había publicado con respecto a las respuestas emocionales de las mujeres cuando realizan una IVE por causa médica. Está relacionado de forma concreta con el primer objetivo específico: “Analizar la evidencia científica existente relativa a la dimensión afectivo-emocional de la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica”. Está disponible en Open Access.

González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Albacar-Riobóo, N., & Casadó-Marín, L. (2021). The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103095>

- Journal Impact Factor 2021: 2.640

ISI Journal Citation Reports: 31/125, Q1, 75.60 (Nursing-SCIE); 29/123, Q1, 78.83 (Nursing SSCI)

Journal Citation Indicator (JCI): 1.23, 22/182, Q1, Percentile 88.19

- Scimago Journal and Country Rank (SJR) 2021: 0.764 (Q1)

Impact Score: 2.80. H-index: 72. Rank: 6123

- SNIP Source-Normalized Impact for Paper 2021: 1.310

- CiteScore 2021: 4.3

- Google Scholar Metrics. Índice h5: 45; mediana h5: 58



Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/midw](http://www.elsevier.com/locate/midw)



## The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review



Zuleika González-Ramos<sup>a,b,\*</sup>, Esperanza Zuriguel-Pérez<sup>a,b</sup>, Núria Albacar-Riobóo<sup>a</sup>,  
Lina Casadó-Marín<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Nursing, University Rovira i Virgili, Avinguda Catalunya, 35, Postal Code 43002, Tarragona, Spain

<sup>b</sup> Hospital Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129, Postal Code 08035 Barcelona, Spain

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Emotional  
prenatal diagnosis  
termination of pregnancy  
medical reasons  
abortion care  
scoping review

### ABSTRACT

**Background:** In most countries of the world the only basis for considering a termination of pregnancy is for medical reasons. Depending on the circumstances and determinants of each case, the emotional responses to this event vary greatly. The aim of this study is to map the emotional responses of women when their pregnancy is terminated for medical reasons.

**Methods:** A scoping review was carried out. This covered all types of qualitative and quantitative studies published in English or Spanish since 2014 which included first-person accounts of women's emotional responses when they had a termination. A bibliographic search was made of four databases (CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO and Pubmed) along with an additional manual search and backward and forward citation chaining of the studies included. The data were reported in narrative form and the results grouped according to the descriptive characteristics of the study and the emotions involved.

**Findings:** The review process resulted in the inclusion of thirty-four studies. nineteen of these followed a qualitative approach and fifteen used quantitative methodology, with six of them being intervention studies. The emotions found ranged from anxiety and depression to guilt and thankfulness, so various authors stressed the need to improve training for health professionals to provide information, advice and support to the women during the entire process of the termination of pregnancy for medical reasons.

**Conclusions:** The available studies cannot be compared given the variety of designs. The predominant emotions underlying the termination for medical reasons were stress, anxiety and depression. Future research should be carried out using samples of participants covering all causes of termination for medical reasons in a particular context so that an intervention can be designed to help lessen the impact of the process on women's mental health.

### 1. Introduction

Every year worldwide around 55.9 million termination of pregnancy (TOP) are carried out. The highest rate is for Latin America and the Caribbean (44 per 1000 women between 15-44 years), while the lowest are in North America (17 per 1000) and Oceania (19 per 1000). The rate in Europe is estimated to be 29 per 1000 women, although there is a considerable difference between Western Europe (16 per 1000) and Eastern Europe (42 per 1000) (Singh et al., 2017)

The International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) defines induced abortion as "the termination of pregnancy using drugs or surgical intervention after implantation and before the conceptus has become independently viable (WHO definition of a birth: 22 weeks' menstrual age or more)" (FIGO, 1999). In many countries, including

those in which it is most difficult, the only condition under which TOP is permitted is for medical reasons. In countries where termination is regulated by legislation, it is allowed as long as it is performed within the legal limits established by the law. Situations considered as constituting medical grounds include those where the pregnant woman's life is at risk (almost 90% of countries worldwide), exceptions for general health or therapeutic reasons (some laws specify that this applies only when the woman's physical health is endangered) or when there are concerns about fetal viability or abnormalities (Center for Reproductive Rights, 2019); (WHO; United Nations; Human Reproduction Program, 2020)

These situations can affect women in different aspects of their lives (emotional, social, conjugal), giving rise to feelings such as sadness, anx-

\* Corresponding author

iety, depression and guilt (Llavoré et al., 2016; Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ); Stillbirth 2018).

Various factors can influence how a woman responds to experiencing a termination, such as how important the pregnancy was to her, her ability to cope with the event and her capacity to deal with events subsequent to the actual termination. It all depends on her social support network, her personal characteristics and the gestational age of the fetus at the time of the termination, since the emotional experience tends to be less negative the earlier this takes place (Rondón, 2009; Lafarge et al., 2014).

There is a need for people to be present to provide quality emotional support during the process and after the loss. The lack of emotional support leads women to seek help from other disciplines in the area of health, even some time after the termination (Andersson et al., 2014; Ramdane et al., 2015).

Numerous reviews have been carried out in recent years exploring various issues in connection with all aspects of TOP (Altshuler et al., 2016; Daugirdatė et al., 2015; Alam et al., 2020; Mainey et al., 2020). However, only the meta-ethnographic review conducted by Lafarge et al., (2014) focused on the experiences of women who had a TOP because of fetal abnormalities. Bearing in mind that at the time of the review most studies followed a quantitative approach, the authors analysed 14 qualitative studies and found that there was 1) a dearth of relevant studies on the subject and little research into the healthcare provided for these women and whether this care covered their needs, and 2) a lack of follow-up care after termination due to fetal abnormalities and a need to carry out interventions to help women both during and after the process.

Since then various qualitative, quantitative and mixed-methodology studies have been published, some of which assess interventions. It would therefore seem appropriate to explore the evidence available worldwide regarding women's emotional responses after a TOP for medical reasons (and not just due to fetal abnormalities). As the permitted medical reasons vary from country to country, it should be noted that for the purposes of this study, medical reasons are understood as those terminations that are performed due to risk to the health (physical or mental) or life of the pregnant woman, risk of severe foetal anomalies, foetal anomalies incompatible with life, or severe and incurable foetal disease.

This review is part of a larger doctoral study by determining the support resources women are interested in, with the aim of designing a therapeutic response to help lessen the impact it has on their lives.

## 2. Methods

A scoping review was conducted following PRISMA-ScR recommendations (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses - extension for scoping reviews) (Tricco et al., 2018). The methodological framework chosen was the model designed by Arksey and O'Malley (2005) and extended by Levac et al., (2010). This involved a six step process: (i) identifying the research question, (ii) identifying relevant studies, (iii) selecting study, (iv) charting the data, and (v) collating, summarising, and communicating the results and (vi) consultations (this an voluntary step and not used in this scoping review).

### 2.1. Formulating the research question

The research question used to explore the literature was: What are the emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons?

### 2.2. Inclusion and exclusion criteria

The inclusion criteria were (a) full text published between 2014 and 2020, (b) published in a peer-reviewed scientific journal, (c) articles

written in English or Spanish, and (d) content related to the subject identified in the search terms. The exclusion criteria were (a) opinion articles, and (b) teenage sample.

As this review is part of a larger doctoral study, we selected articles from 2014 because we were interested in finding out what research had been done in the current context and we noted that there was an increase in publications from this year to the present.

It was decided not to include the teenage sample, since the TOP in this group is associated with different repercussions on mental health. Therefore, given its specificity, it may constitute a subject for review on its own.

### 2.3. Information sources and search procedure

The information search was carried out during the period November 2019 to May 2020 inclusive. A bibliographic review was performed in various databases: CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO and Pubmed.

In order to identify the greatest possible number of articles, various combinations of the following MeSH terms (MeSH-Browser (U.S. National Library of Medicine, 2018) were used: "abortion, therapeutic", "nursing care", "nursing", "emotions", "abortion, induced", "psychology", "adaptation, psychological". Detailed information on the search equation can be found in Table 1.

A second search was then carried out of the references from the reviewed articles so as to identify other articles that had not been found during the initial search but met the inclusion criteria. This took into account review articles and meta-analyses with the aim of recovering possible studies that were not identified in the first search. None of these were included in this review either because they had already been selected or were published before 2014, which was one of the exclusion criteria.

The studies imported using Mendeley bibliography software were stored systematically in groups linked to the databases from which they came.

### 2.4. Selection process

The main author (ZG) reviewed the titles, abstracts and full texts for inclusion. When doubts arose regarding whether or not to include a particular article, this was discussed with LC (co-author), EZ (co-author) or NA (co-author).

### 2.5. Charting the data

In order to guarantee a general description of the articles included, data were extracted regarding the characteristics of the study (reference, country), main objective, methods (design, participants), main findings and conclusions. In line with PRISMA recommendations, no assessment was made of the quality of the included articles using critical appraisal tools.

### 2.6. Analysis

The authors then carried out a content analysis to identify subject areas from the data extracted. For the mapping process all the systematically selected studies were narratively reviewed and summarized and the results grouped together.

Some studies included the views of the women's partners and health professionals. In these cases, we excluded the views of the women's partners and health professionals, as long as it was expressed by specific groups in the findings. If they were not, it was not possible to exclude the views of the partners or health professionals.

**Table 1**  
Search criteria and terminology

Inclusion criteria:
Research published within the last 6 years (2014-2020)
Peer-reviewed
Written in English or Spanish
Content related to the topic identified in the search term
Exclusion criteria:
Opinion article
Sample of teenagers
Search terms:
"Nursing care", "abortion, induced", "emotions", "psychology", "nursing", "abortion, therapeutic", "adaptation, psychological"
Boolean operators:
AND, OR

### 3. Findings

#### 3.1. Search and selection process

243 references were identified, of which 41 were excluded as duplicates. A sifting process then took place by analysing the title and abstract of the 202 remaining references. 109 were eliminated as they dealt with areas not directly connected to the subject of this review. The full texts of 93 references were analysed in order to determine their eligibility. This led to the exclusion of 59 full texts, since it was believed they did not contribute to the aim of the study for a variety of reasons: subject of termination initially broached by the woman, emotional impact on health professionals, focus exclusively on the father, and legislative and political aspects. The review process finally approved 34 publications for inclusion. [Figure 1](#) shows the article selection process in detail.

#### 3.2. Study characteristics

[Table 2](#) gives an overview of the study characteristics, main results and authors' conclusions of the publications included in this review. As regards the descriptive characteristics, the subject under study was of concern to various countries, in particular the United States (n=7), China (n=5), England and Iran (n=3 each), Australia, Sweden, Turkey and Spain (n=2 each), followed by all the others from which we selected just one article: Canada, Denmark, France, Israel, Portugal, South Africa, Thailand and Brazil. The studies conducted in Asian countries (Leichtentritt and Mahat-Shamir, 2017; Sriarporn et al., 2017; Sun et al., 2017; [Aghakhani et al., 2018](#); Qin et al., 2018; Weng et al., 2018; Akdag Topal and Terzioğlu, 2019; Aktürk and Erci, 2019; Irani et al., 2019; Kamranpour et al., 2019; Qin et al., 2019) were all published from 2017 onwards.

The sample covered by the studies included women who had their pregnancy terminated for an unspecified reason, for medical reasons, because of fetal abnormalities or a prenatal diagnosis of Down syndrome ([Lou et al., 2018](#)) and women who had been diagnosed with breast cancer and were considering a termination ([Kirkman et al., 2017](#)). In papers with a comparative design (versus the emotional responses of women who have experienced a termination for medical reasons), post-childbirth women ([Steinberg et al., 2014](#); [Weng et al., 2018](#)) and women who had suffered some kind of perinatal loss ([Ridaura et al., 2017](#); [Weng et al., 2018](#)) are also included in the sample. In other studies the sample included the partner of the woman undergoing the TOP ([Carlsson et al., 2016](#); [Gaille, 2016](#); [Hodgson et al., 2016](#); [Lotto et al., 2016](#)) or the health professionals involved in the termination process ([Kamranpour et al., 2019](#)). Sample size ranged from 5 ([Kirkman et al., 2017](#)) to 1623 participants ([Carlsson et al., 2016](#)).

In order to examine the emotional responses of women after a termination for medical reasons, most studies (n=19) took a qualitative approach. [Qin et al. \(2019\)](#) carried out in-depth interviews to enable them to develop a theoretical model based on the emotions and behavior of women who had a TOP for medical reasons. Of the studies that followed

a quantitative approach, n=8 used surveys (physical or online) ([Curley et al., 2014](#); [Fisher and Lafarge, 2015](#); [Ramdaney et al., 2015](#); [Lafarge et al., 2017](#); [Ridaura et al., 2017](#); [Aghakhani et al., 2018](#); [Kerns et al., 2018b](#); [Akdag Topal and Terzioğlu, 2019](#)), n=6 involved randomized clinical trials ([Constant et al., 2014](#); [Sriarporn et al., 2017](#); [Sun et al., 2017](#); [Rocha et al., 2018](#); [Weng et al., 2018](#); [Aktürk and Erci, 2019](#)), and [Steinberg et al., \(2014\)](#) conducted a cohort study.

There were six studies that assessed the impact of some type of emotional support intervention ([Constant et al., 2014](#); [Sriarporn et al., 2017](#); [Sun et al., 2017](#); [Rocha et al., 2018](#); [Aktürk and Erci, 2019](#); [Qian et al., 2019](#)). [Aktürk and Erci \(2019\)](#) measured the effect of Watson's theory of human caring on reducing levels of stress, anxiety and depression in women who had a termination for medical reasons; [Constant et al., \(2014\)](#) assessed the impact of standardized health messages on the anxiety levels of women who had a pharmacological TOP at home; [Rocha et al., \(2018\)](#) focused on the effect of a narrative intervention aimed at preventing depression and anxiety after a termination due to fetal abnormality; [Sriarporn et al., \(2017\)](#) described the effects of a program providing information and emotional support to women after a termination of pregnancy; [Sun et al., \(2017\)](#) assessed the impact of a family mental health support program; and finally, [Qian et al., \(2019\)](#) asked participants to write narratives before, during and after their pregnancies were terminated in order to evaluate the effectiveness of written expression on women's mental health.

#### 3.3. Emotional responses of women who have a termination of pregnancy for medical reasons

The emotions underlying the process of pregnancy termination for medical reasons were many and varied. The most frequent terms referred to by authors were emotional distress, anxiety, depression and shock ([Constant et al., 2014](#); [Ramdaney et al., 2015](#); [Carlsson et al., 2016](#); [Ridaura et al., 2017](#); [Sun et al., 2017](#); [Guy, 2018](#); [Rocha et al., 2018](#); [Akdag Topal and Terzioğlu, 2019](#); [Aktürk and Erci, 2019](#); [Irani et al., 2019](#); [Atienza-Carrasco et al., 2020](#)). Many studies also associated the emotions that emerge during the process with pain and grief ([Ramdaney et al., 2015](#); [Ridaura et al., 2017](#); [Sriarporn et al., 2017](#); [Qin et al., 2018](#); [Irani et al., 2019](#));. We also found feelings of guilt and shame ([Curley et al., 2014](#); [Maguire et al., 2015](#); [Carlsson et al., 2016](#); [Kirkman et al., 2017](#); [Irani et al., 2019](#)) and fear that it might happen again ([Carlsson et al., 2016](#); [Irani et al., 2019](#)). Finally, some of the participants in the study by [Guy \(2018\)](#) described being thankful that the process was over and for having had the opportunity to choose termination.

Given that all women are different, the emotional needs that emerge after a termination for medical reasons can vary greatly ([Kirkman et al., 2017](#)). However, there are certain things that do seem to lessen its impact on mental health, such as giving each woman all the information she needs beforehand and providing good counselling ([Carlsson et al., 2016](#); [Hodgson et al., 2016](#); [Kerns et al., 2018a](#)), letting her decide which type of termination to have (pharmacological or surgical) whenever pos-

**Table 2**  
 Results of the scoping review

Reference Country	Main aim	Design Participants	Main findings	Conclusions
Atienza-Carrasco et al. (2020) Spain	To explore the experience of women who had a TOPFA <sup>1</sup> .	Qualitative study Women who underwent a TOPFA (n=27)	Psycho-emotional support and follow-up after discharge are important for patients.	The interpersonal communication skills of the health professionals involved in the TOPFA process should be improved.
Akdag Topal and Terzioglu (2019) Turkey	To determine anxiety and depression levels after TFMR <sup>2</sup> .	Cross-sectional descriptive study Women who underwent a TFMR (n=60)	Anxiety scores were very high and most of the women suffered from depression.	Emotional and social support are needed to decrease levels of anxiety and depression.
Patricio et al. (2019) Brazil	To find out maternal concerns related to TOPFA.	Qualitative method Women who underwent a TOPFA (n=8)	The decision to terminate was based on personal factors such as information on pathology and religion, giving rise to various feelings.	Good communication between the woman, family and team is necessary.
Qian et al. (2019) China	To assess the effectiveness of the written expression of experiences of women who have a TOPFA.	Qualitative method Women who underwent a TOPFA (n=14)	The intervention helped in the expression of women's emotions.	The use of expressive writing can have a positive impact on women's mental health.
Aktürk and Erci (2019) Turkey	To assess the effect of Watson's model of human care on women who undergo a medical TOP <sup>3</sup> .	Case-control Women undergoing a medical TOP (n=110)	Levels of depression and anxiety decreased after Watson's model was applied.	Watson's model is effective in reducing levels of depression, stress and anxiety in women after medical TOP.
Kamranpour et al. (2019) Iran	To explore the emotional needs of women who have a TOPFA.	Qualitative study Women, men and health providers involved in the TOPFA (n=42)	The main emotional needs were affected by the empathy and understanding of the husband, while the logistical support of family and friends reduced stress, as did interaction with other women with similar experiences.	Participation of the women's main support network in the process should be increased to facilitate a return to normal life.
Irani et al. (2019) Iran	To look into the personal experiences of women after the diagnosis of foetal abnormalities.	Qualitative interviews Parents who underwent a TOPFA (n=25)	Four categories emerged: 1) Grief reactions during the time of diagnosis: shock and panic, distress and disbelief. 2) Perinatal loss: guilt and shame, loss of their expected child, suffering and emotional distress process, and unmet need by health professionals. 3) Fears of recurrence in future: worried about inadequate prenatal care and abnormal foetus. 4) Dilemma between hope and worry.	In order to monitor the emotional reactions of women to the diagnosis, it is necessary to use trained health professionals to give a suitable response.
Kerns et al. (2018a) USA	To detail the satisfaction of women with the chosen method of pregnancy termination.	Qualitative interviews Women who underwent a TFMR (n=36)	Good advice should include adequate information, favour autonomous decision-making and lead to choice of method that facilitates coping.	To favour decision satisfaction, the option of choosing between surgical and medical termination should be offered.
Qin et al. (2019) China	To develop a theoretical model based on the emotions and behaviour of women who have had a termination of pregnancy due to foetal abnormality.	A grounded theory study: in-depth interviews Women who underwent a TOPFA (n=41)	The study develops a cognitive-behavioural experience framework for these women. The model includes 4 phases: denial, confirmation, decision-making and recovery.	The framework provides information for developing interventions that can help women respond effectively to their emotional process.
Lou et al. (2018) Denmark	To explore the factors that influence the decision to terminate a pregnancy due to a diagnosis of Down syndrome.	Qualitative interview Couples undergoing a TOPFA (Down syndrome) (n=21)	The decision to terminate is mostly influenced by how a child with Down syndrome affects the future of a family.	It is useful to know the couple's initial decision in order to provide care based on their real needs.
Rocha et al. (2018) Portugal	To assess the impact of a narrative intervention to prevent depression and anxiety after a TOPFA.	Controlled trial. Women undergoing a TOPFA with intervention (n=24) v. women undergoing a TOPFA without intervention (n=67)	6 months after the TOPFA, anxiety and depression decreased compared to the control group.	The intervention had positive effects on women's health.

(continued on next page)



Table 2 (continued)

Reference Country	Main aim	Design Participants	Main findings	Conclusions
Hodgson et al. (2016) Australia	To determine the social and professional supports required during diagnosis and in the months and years thereafter.	Qualitative semi-structured interviews 75 women and 27 male partners who had a diagnosis of fetal anomaly.	Some aspects that can improve shock after diagnosis were identified: accurate and respectful communication of procedures and information, seamless interactions with administration processes, empathy, support and discussion of the feelings underlying the diagnosis. The care received did not meet the couples' needs.	The importance of providing accurate information and non-judgmental support to couples is stressed.
Lotto et al. (2016) England	To explore the experiences of parents after a termination due to congenital anomalies.	Qualitative interviews Women who underwent a TOPFA (n=20 women and 18 partners)	Decisions were mainly based on two reasons for choosing or rejecting a termination: personal/ family stability and the possible quality of life of the baby.	Because termination is a traumatic event and strong emotions are to be expected, the parents need specialized care. Despite the varied population, the responses given were similar.
Gaille (2016) France	To find out the parents' reasons for a TOPFA.	Semi-directive interviews 23 couples and 5 women who decide whether or not to terminate the pregnancy (n=28)	The women were not prepared for the psychological effects, so they might not know what their future needs will be.	Flexible, anonymous and easily accessible support resources are needed.
Ramdaney et al. (2015) USA	To find out what kind of support women need after a TOPFA.	Surveys Women who underwent a TOPFA (n=519)	Factors that increased pain: feeling guilty about diagnosis and termination, social isolation and pain caused by pregnancy reminders. Social support and time helped to alleviate the pain.	Termination of pregnancy is a significant loss that is related to the actual stigma and the stigma perceived by women who terminate.
Maguire et al. (2015) USA	To assess the factors that contribute to pain after termination due to foetal abnormality.	Longitudinal qualitative study Women who underwent a TOPFA (n=19)	They reported having emotional problems for at least three months after the termination.	What they defined as important in their healthcare: continuing care, communication, understanding and compassion.
Asplin et al. (2014) Sweden	To describe what women perceived to be important to their health and well-being after termination of pregnancy due to foetal abnormality.	Semi-structured interviews Women TOPFA (n=11)	What women consider important for good care: a good environment and good level of care, the role of health professionals and support groups, knowledge of women's individual situations and allowing decision-making (termination method).	They perceived their healthcare as lacking in some way, so suitable professional training is needed.
Fisher and Lafarge ., (2015) England	To investigate women's experience of care when undergoing a TOPFA.	Cross-sectional retrospective online survey Women TOPFA (n=379)	Anxiety decreased, there was less emotional stress and the women felt better prepared for the adverse effects in the case group.	Receiving text messages can help in managing the symptoms of medical TOP.
Constant et al. (2014) South Africa	To assess the impact that automated messages have on women's anxiety and emotional distress after a medical TOP at home.	A multi-site randomized controlled trial Women undergoing early medical TOP with standard care (n = 235) or standard care + messaging intervention (n = 234)	The types of service desired by participants included support for guilt, spiritual suffering, coping, and education to better understand the TOP experience.	Professional interventions are necessary to treat women with psychological effects after TOP.
Curley and Johnston (2014) Canada	To find out women's preferences for psychological treatment after TOP.	Questionnaire University students who wanted psychological treatment after TOP (n = 45)	Only the relationship between TOP and substance abuse disorder was significant.	TOP had no statistically significant relationship with anxiety, mood, impulse control, eating disorders or suicidal ideation.
Steinberg et al. (2014) USA	To investigate if a first TOP increases the risk of mental health problems.	Cohort study Women post-termination (n=259) v. women post-childbirth (n=677)		

<sup>1</sup> TOPFA: Termination of pregnancy for foetal anomaly

<sup>2</sup> TFMR: Termination for medical reasons

<sup>3</sup> TOP: Termination of pregnancy

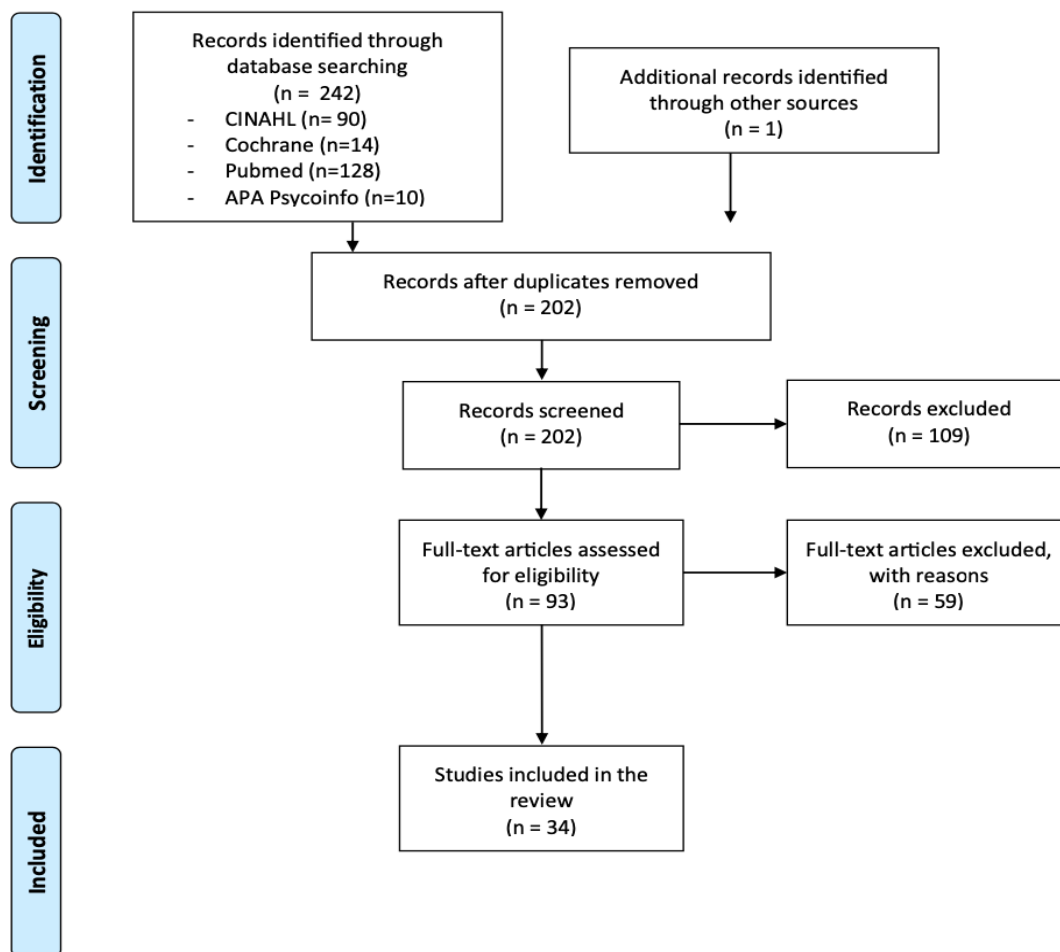


Fig. 1. PRISMA 2009 Flow Diagram.

sible (Fisher and Lafarge, 2015; Kerns et al., 2018a), respecting the decision she makes (Hodgson et al., 2016; Gawron and Watson, 2017), and more closely involving the person of reference, normally the woman's partner, to give her support (Maguire et al., 2015; Aghakhani et al., 2018; Kamranpour et al., 2019).

Emphasis was also placed on the importance of monitoring by healthcare professionals after the termination is carried out (Asplin et al., 2014; Curley et al., 2014; Ramdaney et al., 2015; Ridaura et al., 2017). Various studies therefore recommended that health professionals should be better trained in the emotional impact of TOP to enable them to provide quality care adapted to women's real needs: information, advice and support ((Fisher and Lafarge, 2015) Lotto et al., 2016; Sriarporn et al., 2017; Guy, 2018; Irani et al., 2019).

#### 4. Discussion

The aim of this study was to carry out a review of the research into the emotional responses of women after a termination of pregnancy for medical reasons. The results show the characteristics of the available studies on the subject and provide an overview of the current state of the art of the research. This scoping review reveals that the emotional responses of women when having a termination for medical reasons is an area of interest worldwide, and not only for nurses and midwives but also for other professionals in the healthcare team.

Given the private and personal nature of the subject, most of the studies (Asplin et al., 2014; Maguire et al., 2015; Carlsson et al., 2016; Gaille, 2016; Hodgson et al., 2016; Lotto et al., 2016; Gawron and Watson, 2017; Kirkman et al., 2017; Leichtentritt and Mahat-Shamir, 2017; Guy, 2018; Kerns et al., 2018a; Lou et al., 2018; Qin et al., 2018; Irani et al., 2019; Kamranpour et al., 2019; Patrício et al., 2019; Qian et al., 2019; Qin et al., 2019; Atienza-Carrasco et al., 2020) took the form of a qualitative investigation in order to explore the experiences of women who had undergone a termination for medical reasons.

In addition, they looked at the psycho-emotional effect of TOP for medical reasons as the central focus of their investigation. The women described a series of stressful situations from initial diagnosis to post-termination. These situations trigger emotional problems (Asplin et al., 2014; Carlsson et al., 2016; Guy, 2018) and even mourning processes following the loss of the fetus (Ridaura et al., 2017; Sriarporn et al., 2017). The study by Leichtentritt and Mahat-Shamir (2017) reported that the mourning process is exacerbated by women's dual experience of connecting then disconnecting with the baby, contributing to the continuation of a link with the dead child.

The main factors influencing the decision to terminate a pregnancy are those that involve individual and family stability and the baby's possible quality of life (Gaille, 2016), plus the impact that a child with some kind of disability would have on the family dynamic (Lou et al., 2018). One of the most basic emotional needs is for a woman to re-

ceive the support and empathy of those closest to her, especially her partner, in order to facilitate a return to normal life (Maguire et al., 2015; Aghakhani et al., 2018; Akdag and Terzioglu, 2019; Kamranpuor et al., 2019). When the termination for medical reasons is the result of a shared decision, this tends to be associated with greater satisfaction and a positive psychological impact after the event (Kerns et al., 2018b).

It is noteworthy that in the vast majority of the articles selected in our search the reason for termination was fetal abnormalities. Only two (Aghakhani et al., 2018; Aktürk and Erci, 2019) focused specifically on termination due to the risk to the mother's health. It would be interesting to carry out more studies on this group, since women's post-termination emotional responses and needs might vary in cases where the mother's health is the reason for terminating the pregnancy.

The results of this review indicate that efforts have been made to understand the impact that a termination of pregnancy for medical reasons has on a woman's emotional health and how it affects her life and the lives of those closest to her. However, bearing in mind that human beings are unique and individual, it is difficult to supply a series of one-size-fits-all answers. Qin et al., (2019) developed a theoretical model to help provide information on women who have a TOP due to fetal abnormalities, but we have not come across any later studies that have applied the model and carried out new assessments.

A number of interventions with different aims have been conducted (Constant et al., 2014; Sriarporn et al., 2017; Sun et al., 2017; Rocha et al., 2018; Aktürk and Erci, 2019; Qian et al., 2019) in an attempt to meet the needs of women who undergo this process. Aktürk and Erci (2019) formed a control group and an experimental group to which they applied Watson's model of human caring, the result being a reduction in depression and anxiety levels; Constant et al., (2014) assessed the impact of sending automated messages aimed at reducing anxiety after a medical termination carried out at home; Sriarporn et al., (2017) designed a support program for women after they had a pregnancy terminated; Sun et al., (2017) looked at the impact on mental health of a family support program and obtained results that showed it was effective; and Rocha et al., (2018) carried out a narrative intervention that had positive effects insofar as it reduced anxiety and depression after a TOP for medical reasons. Similarly, Qian et al., (2019) demonstrated that the written expression of the personal experiences of women who had undergone a termination due to foetal abnormalities had a positive impact on their mental health.

It is clear that health professionals need to monitor the entire process from the moment of diagnosis – providing sufficient information and performing a thorough initial assessment – through to post-termination. This can be done by keeping a close check on psycho-emotional responses for as long as each woman needs. In connection with this aspect, some of the investigations highlighted the role of midwives and nurses in the caring process (Atienza-Carrasco et al., 2020; Akdag and Terzioglu, 2019; Aktürk and Erci, 2019) and Sriarporn et al., (2017) pointed out the importance of including specific training in the area of nursing.

When it comes to providing the women with healthcare, this should take place somewhere quiet and private (Fisher and Lafarge, 2015) () where the necessary assistance can be given, such as helping to deal with feelings of guilt (Curley et al., 2014). Along similar lines, Lafarge et al., (2017) reported that cognitive behavioral therapies can be of use in these cases. It is also recommended that enough time should be dedicated to providing the necessary care and that non-individualized visits that follow a strict interview template should be avoided because they contribute to creating a bad experience (Qin et al., 2018)

One of the strengths of this review is the methodology used in the exhaustive search of the literature, which included additional components such as a manual search and the trawling of previous reviews. In the end no new references were found that met the inclusion criteria, but it is possible that we did not identify all the articles published in this area.

Despite the fact that we could consider as a limitation of this review that it was not carried out by peers, we believe that it has not affected

the included studies because independent cross-checking of complete texts were carried out. It was agreed as part of our protocol only to include nurses who were experts in review methodology. Possible bias may also have arisen due to the fact that some articles did not specify which type of voluntary termination of pregnancy was involved in the sample (Constant et al., 2014; Curley et al., 2014; Steinberg et al., 2014; Kirkman et al., 2017). In these cases the decision was made to include them on the basis that they could involve termination for medical reasons.

## 5. Conclusion

Our review presents a synthesis of the evidence relating to the emotional responses of women after a voluntary termination of pregnancy. The emotions that predominate in the studies are emotional distress, anxiety, depression and shock, followed by feelings of grief and pain, guilt and shame, fear that the same thing may happen again and, in one of the studies, thankfulness for being given a choice.

A systematic approach to analysing the available studies would not be appropriate because so far they have not been comparable. As well as strengthening the existing evidence base, we have identified some key areas for future investigations. Rigorous research should be carried out on samples covering all the reasons for TOP for medical reasons to enable mental health interventions to be designed to help mitigate the impact for all groups (risk to the pregnant woman's health, risk of fetal abnormalities, serious illnesses that may be incurable or incompatible with life) in a particular context.

## CRedit Author Statement

Zuleika González-Ramos. Conceptualization, methodology, investigation, writing-original draft, visualization

Esperanza Zuriguel-Pérez. Conceptualization, methodology, validation, resources, writing- review & editing, project administration

Núria Albacar-Riobóo. Conceptualization, methodology, validation, writing- review & editing

Lina Casadó-Marín. Conceptualization, methodology, validation, writing- review & editing, project administration

## Ethical approval

This study has been approved by the Ethics Committee for Clinical Research of the Hospital Universitari Vall d'Hebron (reference 457/19).

## Funding source

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

## Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

## Acknowledgements

The authors are grateful to the support staff at the Vall d'Hebron University Hospital Library for their help in the search for information and complete articles.

## References

- Aghakhani, N., Cleary, M., Zarei, A., Lopez, V., 2018. Women's attitudes to safe induced abortion in Iran: Findings from a pilot survey. *J. Adv. Nurs.* 74, 61–64. doi:10.1111/jan.13393.
- Akdag Topal, C., Terzioglu, F., 2019. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect. Psychiatr. Care* 55, 618–623. doi:10.1111/ppc.12380.

- Aktürk, Ü., Erci, B., 2019. The effect of Watson's care model on anxiety, depression, and stress in Turkish women. *Nurs. Sci. Q.* 32, 127–134. doi:10.1177/0894318419826257.
- Alam, B., Kaler, A., Mumtaz, Z., 2020. Women's voices and medical abortions: A review of the literature. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 249, 21–31. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.04.003.
- Altshuler, A.L., Nguyen, B.T., Riley, H.E.M., Tinsley, M.L., Tuncalp, Ö., 2016. Male Partners' involvement in abortion care: a mixed-methods systematic review. *Perspect. Sex. Reprod. Heal.* 48, 209–219. doi:10.1363/psrh.12000.
- Andersson, I.-M., Christensson, K., Gemzell-Danielsson, K., 2014. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One* 9, e115957. doi:10.1371/journal.pone.0115957.
- Arksey, H., O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 8 (1), 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616.
- Asplin, N., Wessel, H., Mariens, L., Ohman, S.G., 2014. Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery* 30, 620–627. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013
- Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., Morales-Gil, I.M., 2020. Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical termination of pregnancy: a phenomenological study. *J. Clin. Nurs.* 29, 1220–1237. doi:10.1111/jocn.15162.
- Carlsson, T., Bergman, G., Karlsson, A.-M., Wadensten, B., Mattsson, E., 2016. Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly: a qualitative study of virtual community messages. *Midwifery* 41, 54–60. doi:10.1016/j.midw.2016.08.001.
- Constant, D., de Tolly, K., Harries, J., Myer, L., 2014. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception* 90, 226–233. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.009.
- Curley, M., Johnston, C., 2014. Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students. *J. Reprod. Infant Psychol.* 32, 304–320. doi:10.1080/02646838.2013.879566.
- Daugirdaitė, V., van den Akker, O., Purewal, S., 2015. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J. Pregnancy* 646345. doi:10.1155/2015/646345, 2015.
- Fisher, J., Lafarge, C., 2015. Women's experience of care when undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly in England. *J. Reprod. Infant Psychol.* 33, 69–87. doi:10.1080/02646838.2014.970149.
1999. FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and Women's Health, 1999. *Gynecol. Obstetric Invest.* 48, 73–77.
- Gaille, M., 2016. On prenatal diagnosis and the decision to continue or terminate a pregnancy in France: a clinical ethics study of unknown moral territories. *Med. Heal. Care Philos.* 19, 381–391. doi:10.1007/s11019-016-9689-2.
- Gawron, L.M., Watson, K., 2017. Documenting moral agency: a qualitative analysis of abortion decision making for fetal indications. *Contraception* 95, 175–180. doi:10.1016/j.contraception.2016.08.020.
- Guy, B., 2018. I poems on abortion: Women's experiences with terminating their pregnancies for medical reasons. *Women's Reprod. Heal.* 5, 262–276. doi:10.1080/23293691.2018.1523115.
- Hodgson, J., Pitt, P., Metcalfe, S., Halliday, J., Menezes, M., Fisher, J., Hickerton, C., Petersen, K., McClaren, B., 2016. Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: a qualitative study. *Aust. New Zeal. J. Obstet. Gynaecol.* 56, 605–613. doi:10.1111/ajo.12501.
- Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S.M.A., Ebrahimpour, H., Tara, F., 2019. Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: a qualitative study in Iran. *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery* 7, 22–31. doi:10.30476/IJCBNM.2019.40843.
- Kamranpour, B., Noroozi, M., Bahrami, M., 2019. Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health* 19, 507. doi:10.1186/s12889-019-6851-9.
- Kerns, J.L., Mengesha, B., McNamara, B.C., Cassidy, A., Pearson, G., Kuppermann, M., 2018. Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contraception* 97, 520–523. doi:10.1016/j.contraception.2018.02.007.
- Kerns, J.L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., Kuppermann, M., 2018. Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: a qualitative study. *Patient Educ. Couns.* 101, 1859–1864. doi:10.1016/j.pec.2018.06.012.
- Kirkman, M., Apicella, C., Graham, J., Hickey, M., Hopper, J.L., Keogh, L., Winship, I., Fisher, J., 2017. Meanings of abortion in context: accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer. *BMC Womens Health* 17, 1–10. doi:10.1186/s12905-017-0383-1.
- Lafarge, C., Mitchell, K., Fox, P., 2014. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod. Health Matters* 22, 191–201. doi:10.1016/S0968-8080(14)44799-2.
- Lafarge, C., Mitchell, K., Fox, P., 2017. Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress Coping* 30, 536–550. doi:10.1080/10615806.2016.1278433.
- Leichtentritt, R.D., Mahat-Shamir, M., 2017. Mothers' continuing bond with the baby: the case of feticide. *Qual. Health Res.* 27, 665–676. doi:10.1177/1049732315616626.
- Levac, D., Colquhoun, H., O'Brien, K.K., 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. Sci.* 5, 69. doi:10.1186/1748-5908-5-69.
- Lou, S., Carstensen, K., Petersen, O.B., Nielsen, C.P., Hvidman, L., Lanther, M.R., Vogel, I., 2018. Termination of pregnancy following a prenatal diagnosis of Down syndrome: A qualitative study of the decision-making process of pregnant couples. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 97, 1228–1236. doi:10.1111/aogs.13386.
- Lotto, R., Armstrong, N., Smith, L.K., 2016. Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly – A qualitative study of what is important to parents. *Midwifery* 43, 14–20. doi:10.1016/j.midw.2016.10.003.
- Llavoré, M., López, S., Guasch, M., Ancel, A.M., Pi-Sunyer, T., Rueda, C., Valls, E., 2016. Guia d'acompanyament en el dol perinatal. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona [https://www.tscat.cat/download/web/2018/Gener/dol\\_perinatal.pdf](https://www.tscat.cat/download/web/2018/Gener/dol_perinatal.pdf).
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V.K., Steinauer, J.E., Kerns, J.L., 2015. Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception* 91, 234–239. doi:10.1016/j.contraception.2014.11.015.
- Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A., Baird, K., 2020. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: a scoping review. *J. Clin. Nurs.* 29, 1513–1526. doi:10.1111/jocn.15218.
- Patrício, S., de, S., Gregório, V.R.P., Pereira, S.M., Costa, R., 2019. Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. *Rev. Bras. Enferm.* 72, 125–131. doi:10.1590/0034-7167-2018-0234.
- Center for Reproductive Rights, 2019. The World's Abortion Laws [WWW Document]. URL <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
- Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ); Stillbirth, 2018. Clinical practice guideline for care around stillbirth and neonatal death. <https://www.stillbirthcre.org.au/assets/Uploads/Section-3-Full-bereavement-care-guideline2.pdf>
- Qin, C., Chen, W.-T., Deng, Y., Li, Y., Mi, C., Sun, L., Tang, S., 2019. Cognition, emotion, and behaviour in women undergoing pregnancy termination for foetal anomaly: A grounded theory analysis. *Midwifery* 68, 84–90. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.006
- Qin, C., Chen, W.-T., Deng, Y., Liu, X., Wu, X., Sun, M., Gong, N., Tang, S., 2018. Factors in healthcare violence in care of pregnancy termination cases: A case study. *PLoS One* 13, e0206083. doi:10.1371/journal.pone.0206083.
- Qian, J., Yu, X., Sun, S., Zhou, X., Wu, M., Yang, M., 2019. Expressive writing for Chinese women with foetal abnormalities undergoing pregnancy termination: An interview study of women's perceptions. *Midwifery* 79. doi:10.1016/j.midw.2019.102548.
- Ramdane, A., Hashmi, S.S., Monga, M., Carter, R., Czerwinski, J., 2015. Support desired by women following termination of pregnancy for a fetal anomaly. *J. Genet. Couns.* 24, 952–960. doi:10.1007/s10897-015-9832-x.
- Ridaura, I., Penelo, E., Raich, R.M., 2017. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema* 29, 43–48. doi:10.7334/psicothema2016.151.
- Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M.J., Fernandes, M., Patú, M.C., Almeida, V., 2018. Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: randomized controlled trial. *Arch. Womens Ment. Health* 21, 453–459. doi:10.1007/s00737-018-0822-5.
- Rondón, M.B., 2009. Consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Lima. <https://promex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>.
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., Onda, T., 2017. Abortion worldwide. Uneven Progress and Unequal Access. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)
- Sriarporn, P., Turale, S., Lordee, N., Liamtrirat, S., Hanpra, W., Kanthino, A., 2017. Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: a pilot study. *Nurs. Health Sci.* 19, 75–80. doi:10.1111/nhs.12307.
- Steinberg, J.R., McCulloch, C.E., Adler, N.E., 2014. Abortion and mental health: findings from the national comorbidity survey-replication. *Obstet. Gynecol.* 123, 263–270. doi:10.1097/AOG.0000000000000092.
- Sun, S., Li, J., Ma, Y., Bu, H., Luo, Q., Yu, X., 2018. Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities requiring pregnancy termination: a randomized controlled trial in China. *Int. J. Nurs. Pract.* 24. doi:10.1111/ijn.12614.
- ... Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., Straus, S.E., 2018. PRISMA extension for scoping review (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann. Intern. Med.* 169 (7), 467–473. doi:10.7326/M18-0850.
- Weng, S., Chang, J., Yeh, M., Wang, S., Lee, C., Chen, Y., Weng, S.-C., Chang, J.-C., Yeh, M.-K., Wang, S.-M., Lee, C.-S., Chen, Y.-H., 2018. Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study. *BJOG An. Int. J. Obstet. Gynaecol.* 125, 983–990. doi:10.1111/1471-0528.15105.
- WHO; United Nations; Human Reproduction Program., n.d. Global abortion policies database [WWW Document]. URL <https://abortion-policies.srhr.org/?mapq=1e>



## 5.2 ARTÍCULO 2

El presente artículo emerge como respuesta a las restricciones provocadas por la COVID-19. Su objetivo principal era describir la adaptación metodológica que realizamos en nuestra investigación cualitativa. Aunque el artículo no está enfocado en conocer las necesidades o respuestas emocionales en sí, contribuye a comprender el campo fenomenológico de la mujer y ofrece detalles relevantes que ayudan a dar respuesta a los objetivos específicos 2 y 3 del estudio: “explorar las respuestas emocionales que dan las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica” y “explorar las necesidades emocionales de las mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo por causa médica”.

González-Ramos Z, Zuriguel-Pérez E, y Casadó-Marín L. (2021). Investigación cualitativa en tiempos de covid-19: una experiencia de adaptación metodológica. *Revista Rol de enfermería*, 44(11-12): 753-759.

- Journal Citation Indicator (JCI): 0.02, 182/182, Q4, 0.27 (Nursing)
- Indexada en Emerging Sources Citation Index (ESCI)
- Scimago Journal and Country Rank (SJR) 2021. H-index:10
- Google Scholar Metrics. Índice h5: 7; mediana h5: 11

## INVESTIGACIÓN



### ZULEIKA GONZÁLEZ RAMOS

Estudiante de doctorado de la Universidad Rovira y Virgili. Departamento de enfermería. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Grupo de investigación multidisciplinaria en enfermería. Instituto de Investigación de la Vall d'Hebron (VHIR), Barcelona. Orcid: 0000-0003-2359-4086.

✉ [zuleika.gonzalez@estudiants.urv.cat](mailto:zuleika.gonzalez@estudiants.urv.cat)

### ESPERANZA ZURIGUEL PÉREZ

PhD. Departamento de enfermería. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Grupo de investigación multidisciplinaria en enfermería. Instituto de Investigación de la Vall d'Hebron (VHIR), Barcelona. Orcid: 0000-0002-0622-8423.

### LINA CASADÓ MARÍN

PhD. Departamento de enfermería. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Medical Anthropology Research Centre (MARC), Universidad Rovira y Virgili, Tarragona. Orcid: 0000-0002-8078-1673



### MANUSCRITO



Fecha recepción:  
**30/05/2021**



Fecha aceptación:  
**01/07/2021**

# Investigación cualitativa en tiempos de covid-19: una experiencia de adaptación metodológica

## Qualitative investigation in times of covid-19: an experience of methodological adaptation

### Resumen

**Introducción:** La situación de crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha supuesto un hándicap en diferentes ámbitos, entre los que se incluye la investigación. La adaptación a las nuevas circunstancias ha desencadenado la necesidad de repensar el campo de investigación y trasladar la recogida de datos al mundo virtual. El objetivo de este artículo es describir la adaptación metodológica de una investigación cualitativa que exploró las necesidades emocionales de mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causa médica.

**Métodos:** Como técnicas de recogida de datos se llevaron a cabo, mediante la plataforma Microsoft Teams Institucional, 15 entrevistas semiestructuradas, 2 grupos de discusión y el uso del diario de campo.

**Resultados:** Las entrevistas y los grupos se llevaron a cabo con los mínimos inconvenientes técnicos. El uso de videoconferencias supuso mayor flexibilidad de horarios, ahorro del tiempo de desplazamiento, el transporte y otra logística. Además, se entró en el campo fenomenológico de cada mujer, aplicando recursos que supusieron información complementaria relevante para el tema de estudio.

**Conclusiones:** La situación de pandemia nos ha llevado a realizar una adaptación metodológica en línea, con la cual hemos visto que la calidad del dato recogido es buena y que, además, aporta matices de proximidad interesantes para el análisis posterior.

**PALABRAS CLAVE:** investigación cualitativa, tecnología de la información, videoconferencia, covid-19, pandemia.

## INVESTIGACIÓN

### Summary

**Background:** The health crisis situation caused by COVID-19 has been a handicap in different areas, including research. Adapting to new circumstances has triggered the need to rethink the field of research and transfer data collection to the virtual world. The aim of this article is to describe the methodological adaptation of a qualitative research that explored the emotional needs of women who underwent voluntary termination of pregnancy (TOP) for medical reasons.

**Methods:** As data collection techniques, 15 semi-structured interviews, 2 discussion groups and the use of the field diary were carried out using the Microsoft Teams Institutional platform.

**Findings:** Interviews and groups were carried out with minimal technical inconveniences. The use of videoconferences meant greater flexibility in schedules, savings in travel time, transportation and other logistics. In addition, the phenomenological field of each woman was entered, applying resources that provided complementary information relevant to the subject of study.

**Conclusions:** The pandemic situation has led us to carry out an online methodological adaptation, with which we have seen that the quality of the data collected is good and that, in addition, it provides interesting proximity nuances for subsequent analysis.

**KEYWORDS:** qualitative research, information technology, videoconferencing, covid-19, pandemics.

### Introducción

La situación de crisis sanitaria provocada por el SARS-CoV-2 trajo un cambio a la vida tal y como la conocíamos, provocando un gran impacto en diferentes ámbitos sociales, económicos y educativos, entre otros<sup>1</sup>. En el campo de la investigación, los estudios que no están enfocados en la COVID-19 y en su investigación clínica, se han visto afectados o suspendidos debido principalmente a problemas logísticos<sup>2,3</sup>. En particular, el efecto

de la pandemia ha sido mayor sobre la investigación social, ya que se ha visto perjudicada por las medidas de distanciamiento social y el estado de confinamiento.

Si bien en la investigación cualitativa, la interacción personal para la recopilación de datos es sumamente relevante, como señalan Denzin y Lincoln<sup>4</sup>, el contexto actual provocado por la COVID-19, precisa de reorientar el acceso y el análisis de la información.

La adaptación a las nuevas circuns-

tancias, pasa por la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como alternativa a la investigación cualitativa tradicional. En el uso de técnicas como la entrevista y los grupos de discusión, la problemática viene dada por restricciones en el desplazamiento y por el límite de aforo, por lo que el desarrollo de las reuniones deberá realizarse, dentro de lo posible, mediante recursos virtuales<sup>5</sup>. Esto, a su vez, supone un reto añadido, ya que nos encontramos ante un campo "desterritorializado", no vinculado a un espacio físico específico como podría ser un hospital<sup>6</sup>.

A pesar del poco tiempo de preparación para los nuevos roles que implican, son múltiples los beneficios que las TIC pueden ofrecer en época de pandemia: bajo coste, dado el ahorro en transporte y mantenimiento de infraestructuras, mayor flexibilidad







Si bien en la **investigación cualitativa**, la interacción personal para la recopilación de datos es sumamente relevante, **el contexto actual provocado por la COVID-19**, precisa de reorientar el acceso y el análisis de la información

horaria y el fomento de la creatividad<sup>7,8</sup>.

Ya hace años que autores como Christine Hine y su "etnografía virtual" abordaron el cambio de perspectiva que supone la investigación cualitativa mediante internet<sup>9</sup>. Ahora, la comunidad de investigadores ha trabajado intensamente para poder ofrecer un recurso de acceso abierto para hacer trabajo de campo durante la pandemia<sup>10,11</sup>. Así, diversos autores han contribuido con sus experiencias a construir una cuenta

colectiva. Por ejemplo, Hernán-García et al. propusieron diez reglas que deberían seguirse para reorientar el diseño de una investigación cualitativa online en la etapa de la pandemia<sup>12</sup>.

El objetivo de este artículo es describir la adaptación metodológica online de una investigación cualitativa que exploró las necesidades emocionales de mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causa médica. Dada la naturaleza del tema a estudio y

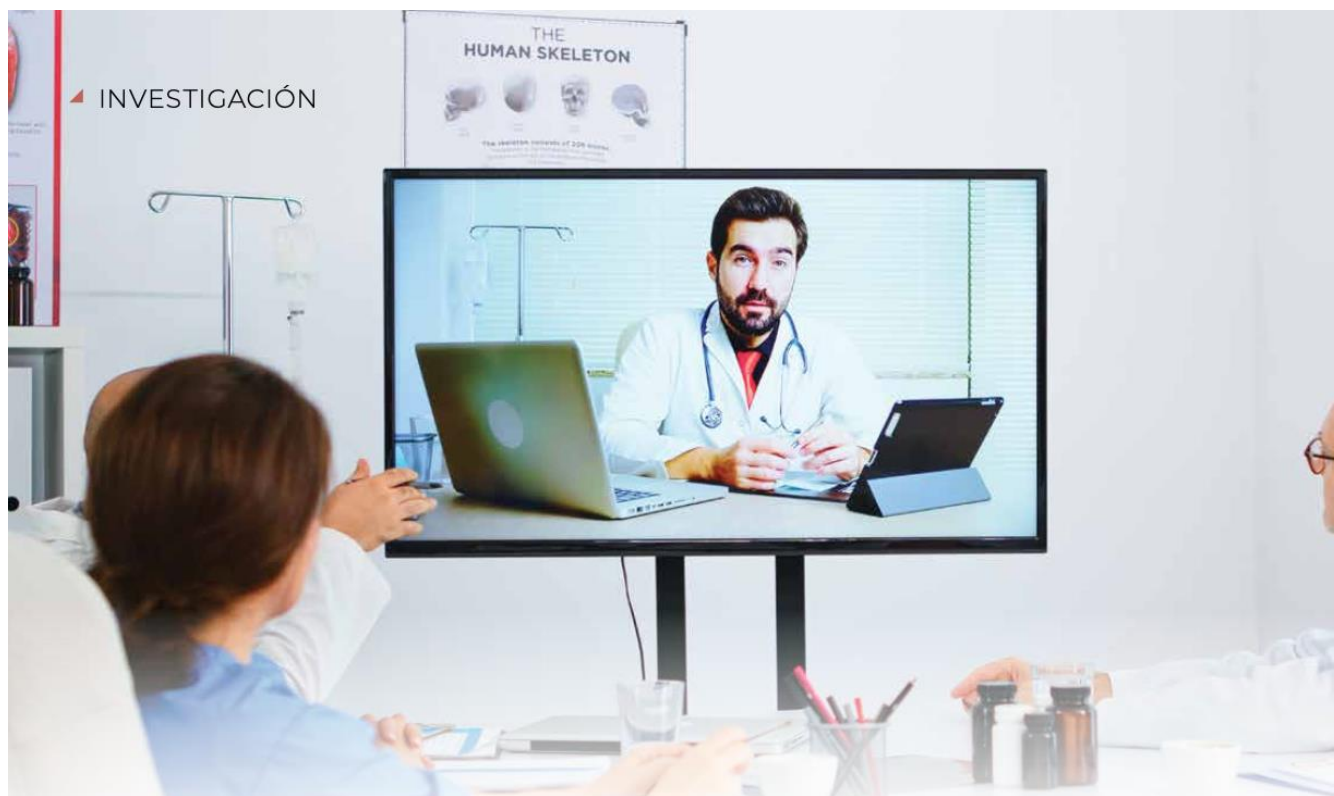
puesto que lo que se buscaba era recuperar el relato de estas mujeres, se consideraba necesario el abordaje desde la dimensión comprensiva de la investigación cualitativa<sup>13</sup>. El trabajo de campo estaba previsto para iniciarse en marzo de 2020, por lo que fue necesaria la adecuación al contexto impuesto por la COVID-19.

### Material y métodos

El estudio, que se llevó a cabo en el Hospital Universitario Vall d'Hebron, aplicó un enfoque fenomenológico para interpretar percepciones y emociones. Las técnicas de investigación cualitativa que se utilizaron fueron las entrevistas semiestructuradas, los grupos de discusión y el diario de campo.

Dada la situación de emergencia de salud pública de interés internacional y al estar el proyecto vinculado a una temporalidad académica, puesto que forma parte de una tesis doctoral, se solicitó al comité de ética una modificación que consistía en la realización de las técnicas de recogida de datos de manera virtual, y que fue aprobada en fecha 19/06/2020. Tal y como señala la guía ética para la investigación mediante internet, los avances tecnológicos amplían las oportunidades para la investigación psicológica y emocional<sup>14</sup> y, por tanto, también para los cuidados por parte de las enfermeras y su seguimiento.

Para la utilización de las plataformas de videoconferencia para la investigación, es conveniente realizar un análisis previo de la normativa de protección de datos que cada una de ellas ofrece<sup>15</sup>, así como se debe tener en cuenta el Reglamento General de Protección de Datos (RGDP)<sup>16</sup>. En este estudio, el comité de ética autorizó la utilización de Microsoft Teams institucional, puesto que se considera que cumple con la normativa europea en materia de protección de datos. >



## INVESTIGACIÓN

La aplicación de la e-investigación supone la adaptación de los instrumentos y las herramientas cualitativas al entorno virtual. La alfabetización digital y los requerimientos mínimos de acceso a las TICs pasan a formar parte de los criterios de inclusión, lo que en algunas poblaciones diana puede causar un sesgo de selección importante. En este caso, se contactaba por teléfono con las mujeres que cumplían los criterios de inclusión del estudio en sí, por lo que se aprovechaban estas llamadas para confirmar con las mujeres que éstas tenían un nivel de informática apto para la realización de videoconferencias. Todas las mujeres afirmaron tenerlo, por lo cual no supuso ningún tipo de sesgo de selección. Si accedían a participar, se les enviaba un e-mail con la hoja de información aprobada por el comité de ética, minimizando así el riesgo de contagio producido por el contacto físico. Tras responder dudas y si seguían interesadas en formar parte del estudio, se les mandaba un segundo e-mail explicativo sobre el uso de Microsoft Teams junto a la hora y día acordadas. Puesto que algunas de las mujeres realizaron la interrupción justo antes del inicio del estado de alarma o

durante el mismo, se adaptó el guion al contexto de pandemia, ya que las necesidades emocionales podían verse condicionadas por el agravante de la situación epidemiológica.

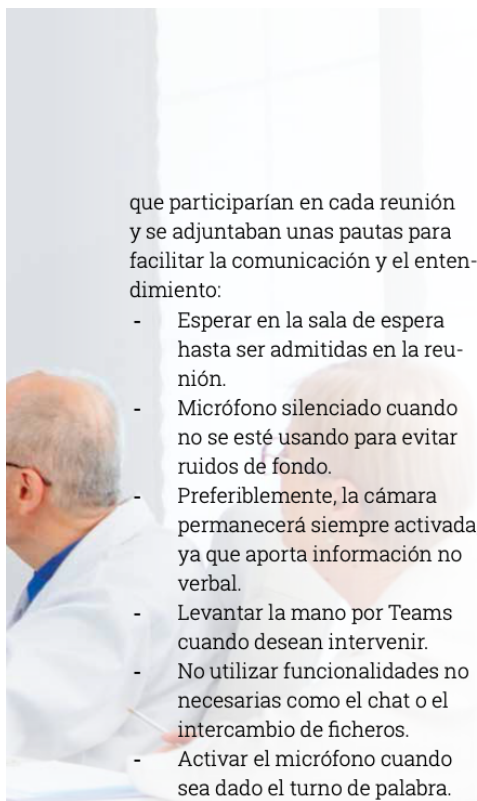
### Entrevistas semiestructuradas

Se seleccionó esta técnica porque permite obtener información acerca de cómo una mujer que ha realizado una IVE la interpreta y le da sentido. La persona entrevistada ofrece su versión sobre la realidad que le rodea y se realiza una construcción basada en su interpretación y en la vivencia de los hechos<sup>17</sup>. Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal. Una hora antes de la cita acordada, se enviaba un recordatorio a las informantes por medio de mensajería telefónica. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos. En cuanto al consentimiento informado y a la autorización de la grabación de voz, fue aprobada la obtención de los mismos de forma oral para minimizar el contacto físico, con registro posterior en la historia clínica de la paciente. A continuación se explicaba la dinámica de la entrevista y las categorías principales en que se dividía el

guion. Al finalizar las entrevistas, se les explicaba en qué consistían los grupos de discusión para aquellas que desearan participar en ellos.

### Grupos de discusión

Su objetivo principal es el estudio de las representaciones sociales que surgen a partir de la confrontación discursiva de sus miembros. Aunque contribuye en menor profundidad y detalle al tema de estudio, puesto que cada persona dispone de menos tiempo que en la entrevista, ha sido seleccionada porque aporta información de carácter más consensuado que permite eliminar el posible sesgo subjetivista y complementa los datos obtenidos en las entrevistas<sup>17</sup>. En este caso, se utilizó este método como instrumento para explorar cómo se construye colectivamente el significado de la pérdida, así como la percepción de estas mujeres con respecto a la atención recibida y al seguimiento realizado. Basándonos en el número de mujeres que habían aceptado participar también en esta técnica, se realizaron dos grupos de discusión. Una vez realizados los grupos, se enviaba un correo con el enlace de Microsoft Teams a los contactos concretos



que participarían en cada reunión y se adjuntaban unas pautas para facilitar la comunicación y el entendimiento:

- Esperar en la sala de espera hasta ser admitidas en la reunión.
- Micrófono silenciado cuando no se esté usando para evitar ruidos de fondo.
- Preferiblemente, la cámara permanecerá siempre activada, ya que aporta información no verbal.
- Levantar la mano por Teams cuando desean intervenir.
- No utilizar funcionalidades no necesarias como el chat o el intercambio de ficheros.
- Activar el micrófono cuando sea dado el turno de palabra.

Todas aceptaron que se hiciera grabación también de vídeo para poder analizar la dinámica de grupo con más detalle. Se solicitaba que se presentaran brevemente y, a continuación, se continuaba con el grupo de discusión de forma habitual.

#### **Diario de campo**

Se utilizó esta técnica en cada entrevista y en los grupos para aportar información complementaria mediante las anotaciones subjetivas del investigador principal, que variaban desde sensaciones hasta curiosidades, relaciones conceptuales o temas emergentes del trabajo de campo que deseaba rescatar más adelante.

En relación a la credibilidad y el rigor, se daba por válida la información recogida en las entrevistas y los grupos a través de los discursos de las mujeres.

#### **Resultados**

Se llevaron a cabo un total de 15 entrevistas y dos grupos de discusión en Microsoft Teams institucional. Todas las mujeres que aceptaron participar en el estudio tenían edades comprendidas entre los 26 y los 42 años, disponían de un dispositivo

para conectarse a internet y refirieron tener un manejo medio de las TIC.

#### *Aspectos técnicos*

En cuanto a los aspectos técnicos, nos encontramos con algunos inconvenientes. Durante la realización de dos entrevistas, se escucharon ruidos de interferencia que dificultaban la comprensión durante la conversación, así como su transcripción posterior. También se dieron fallos puntuales de pérdida de voz y congelación de la pantalla. Para solucionarlos, fue necesario pausar la grabación y reanudarla al cabo de unos minutos cuando el problema cesaba, por lo que no se requirió ayuda técnica avanzada.

#### *Entrevista por videoconferencia: particularidades*

La mayor particularidad con la que nos encontramos es la referente a una mayor flexibilidad de horarios. Sólo dos de las informantes eran de Barcelona ciudad. El resto eran de pueblos de alrededor o incluso de otras provincias. Todas ellas mencionaron disponer de mayor flexibilidad de horario al hacer las entrevistas por videoconferencia ya que se omitía el tiempo de desplazamiento (1h-2h en algunos casos), el transporte y la logística que conlleva: disponer de coche, depender del horario del transporte público, mayor gasto económico, etc. Además, algunas de ellas teletrabajaban, por lo que pudieron compaginar la entrevista con su tiempo de descanso. Entrevistada y entrevistadora se encontraban en la misma posición, tras una pantalla de ordenador en su casa, perdiéndose la jerarquía que a veces se desprende de la autoridad y la vulnerabilidad que se ejerce sobre la persona entrevistada. Al estar las participantes en su casa, se entró de lleno en su campo fenomenológico. Dependiendo del momento de la entrevista, iban introduciendo otro tipo de recursos que les ayudaba a expresarse y a enriquecer su relato.

Mostraron cosas importantes para ellas y que estaban íntimamente relacionadas con el tema de estudio: la caja de recuerdos que se les da en el hospital, las huellas de los pies de los bebés cuyo embarazo tuvieron que interrumpir, ecografías, fotos, tatuajes, etc. Presentaron a otros miembros de la familia como sus parejas o sus hijos e hijas, así como a sus mascotas o lugares de su casa que para ellas guardaban algún tipo de relación con la experiencia de la interrupción.

#### *Grupos de discusión virtuales*

Se realizaron dos grupos: uno de cinco mujeres y otro de seis. Un grupo duró 2h y el otro de 1h y 30 minutos. Previamente se habían enviado por correo las pautas a seguir para facilitar la comunicación. En el primer grupo, el de menos miembros, no fue necesario silenciar los micrófonos porque no había ruido de fondo y se respetaban los turnos de palabra. Se pidió el consentimiento oral a las participantes para hacer grabación de voz y video, con tal de facilitar el análisis verbal y no verbal. Se programó la vista en galería de Microsoft Teams para poder ver la cámara de todos los asistentes. Como hándicap cabe mencionar que el vídeo resultante de la grabación de la reunión sólo se mantiene la cámara de cuatro de las participantes de forma aleatoria, por lo que se pierde la información no verbal del resto de miembros del grupo. Por eso y de forma complementaria, fue útil el uso de anotaciones sobre sensaciones y otro contenido de la discusión en el diario de campo.

El esquema de distribución de la "sala" que posteriormente ayudó al análisis, se basó en el orden de aparición de las cámaras de las participantes. La estrategia que se siguió con los miembros menos participantes fue la misma que en grupos presenciales: se dirigía la pregunta a aquellas mujeres que estaban participando menos.

>

## Discusión

La adaptación metodológica a las restricciones provocadas por la COVID-19, hizo que emergieran nuevas preocupaciones relacionadas con el trabajo de campo. Algunas de ellas más técnicas y otras de una índole más humana. Ante un tema de estudio tan sensible y la respuesta emocional que se espera que se produzca, el contacto físico investigador-informante, enfermera-paciente, persona-persona, es más confortable que aquél que se pueda dar con palabras de consuelo delante de una pantalla. Sin embargo, al encontrarse las mujeres en su casa en el momento de las entrevistas, la investigadora entra de lleno en el campo fenomenológico de la persona, que expresa sus sentimientos subjetivos desde su entorno natural.

Tal y como recogen otros autores, durante las videoconferencias se crea una atmósfera confesional donde las participantes se sienten más cómodas al exponer su vida íntima<sup>18,19</sup>. A pesar de que no conocían previamente a la investigadora que las entrevistó, se creó una experiencia mucho más próxima y se estableció un vínculo de confianza suficiente como para añadir a la narrativa elementos personales humanos (hijos, familiares y parejas), mascotas, espacios íntimos de su casa y objetos (caja de recuerdos,

fotos, tatuajes), complementando así la entrevista<sup>20</sup>.

Parece que ciertos grupos de edad se sienten más cómodos utilizando tecnologías de comunicación en línea<sup>21</sup>. Las participantes del estudio tenían edades comprendidas entre los 26 y los 42 años e internet les resultaba un medio natural en el que desenvolverse. Para otros rangos de edad más avanzados, este tipo de metodología podría suponer un sesgo importante.

En otra investigación que se llevó a cabo, encontraron que en los grupos de discusión en línea relacionados con algún tema sensible, se debate más en profundidad y con mayor franqueza con respecto a los grupos en persona. Esto podría ser debido a que el grupo se produce en un entorno más anónimo donde se crea mayor seguridad para compartir sus vivencias<sup>22,23</sup>. También resultan más beneficiosos para aquellos grupos con personas vulnerables, ya que lo encuentran menos intimidante<sup>23</sup>. Además, aportan mayor flexibilidad geográfica y horaria, permitiendo participantes que en otras circunstancias no sería posible<sup>24</sup>.

Esta es la reflexión final que hacía una participante del grupo: "Es un poco caótico, sí, pero yo me quedo con que hoy en día no se pueden hacer reuniones como nos gustaría, con lo cual, la vía que tenemos es

esta. Estoy segura que si no lo haces, no vas a ayudar a nadie y si lo haces, vas a ayudar a muchas personas. A mi me tocó y digo: si yo lo he pasado así, el hecho de compartirlo estoy segura de que puede ayudar a alguien" – M2

En cuanto a los dilemas éticos, dependiendo de cómo se conceptualiza el estudio, varían las consideraciones<sup>25</sup>. Uno de los dilemas más importantes en la investigación en línea viene dado por la complejidad para distinguir lo público de lo privado<sup>26</sup>; ¿qué se considera un espacio público y qué se considera un espacio privado en internet? En el caso de este estudio, el dilema no tuvo cabida, puesto que no se empleó netnografía u otros tipos de metodología que requiriesen un trabajo de campo con un observador no-participante o un participante observador que no se presente como investigador. Las participantes fueron informadas de que la información se usaría para una investigación y prestaron su consentimiento.

Como limitaciones de este estudio derivadas de la adaptación metodológica, cabe mencionar que hay un vacío en la captación de las participantes que no realizan por decisión propia controles post interrupción y, por tanto, la única forma de invitarlas a participar en el estudio hubiera sido *in situ*. ▲

## CONCLUSIONES

La evidencia indica que es posible realizar una investigación cualitativa mediante videoconferencia sin que la calidad del estudio se vea alterada. Dada la situación epidemiológica y tras haber realizado la adaptación metodológica, la calidad del dato sigue siendo buena y con matices de proximidad, ya que entramos en las casas de las participantes y han aportado elementos sumamente interesantes para el análisis. Por un lado, el participante siente mayor comodidad y confianza, ya que la entrevista tiene lugar en su entorno natural. Por otro lado, se trata de un entorno más anónimo que en persona, lo que crea una atmósfera confesional ideal. Por todo esto, si bien la investigación cualitativa en línea supone un cambio de perspectiva en cuanto al entendimiento de proximidad de la cualitativa clásica, parece que ofrece un gran potencial para profundizar en temas sensibles de investigación.

participar en el estudio tenían edades comprendidas entre los 26 y los 42 años, disponían de un dispositivo

entrevista, iban introduciendo otro tipo de recursos que les ayudaba a expresarse y a enriquecer su relato.

aquellas mujeres que estaban participando menos.



## Bibliografía

1. Fontana L. Pandemia y rearticulación de las redes sociales. *Perifèria*, revista de recerca i formació en antropologia [Internet]. 2020 Jun [Citado 21 Feb 2021]; 25(2), 101-114. Disponible en: <https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/v25-n2-fontana>
2. Singh JA, Bandewar SVS, Bukusi EA. The impact of the COVID-19 pandemic response on other health research. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2020 Sep [citado 21 Mar 21];98(9):625–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33012862/>
3. Subramanya SH, Lama B, Acharya KP. Impact of COVID-19 pandemic on the scientific community. *Qatar Med J* [Internet]. 2020 [citado 23 Abr 2021];21. Disponible en: <https://www.qscience.com/content/journals/10.5339/qmj.2020.21>
4. Denzin NM, Lincoln YS. *The Sage Handbook of qualitative research*. Londres: SAGE; 2011. 766p.
5. Ortega-Rubio A, Murillo-Amador B, Díaz-Castro SC, Beltrán-Morales LF, Gómez-Anduro GA, Castro-Iglesias C, et al. COVID-19: Los reajustes en el trabajo de investigación científica en México. *Rev Terra Latinoam* [Internet]. 2020 [Citado 23 Feb 2021];38(4):917–30. Disponible en: <https://www.terralatinoamericana.org.mx/index.php/terra/article/view/864>
6. Casadó-Marín L. Trabajo de campo en comunidades virtuales pro sef-harm. En: Romani O. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona. Publicacions URV; 2013. p. 113-41.
7. Pastran Chirinos M, Gil Olivera NA, Cervantes Cerra D. En tiempos de coronavirus: las TIC S son una buena alternativa para la educación remota. *bol.redipe* [Internet]. 1 de agosto de 2020 [citado 21 de mayo de 2021];9(8):158-65. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1048>
8. Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, Lawless M. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2019 Jun [Citado 23 Feb 2021];18:1-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406919874596>
9. Hine, C. *Etnografía virtual*. 1ª ed. Barcelona: Editorial UOC. Colección nuevas tecnologías y sociedad; 2004. 214p.
10. Lupton D.: *Doing fieldwork in a pandemic (crowd-sourced document)*. 2020; (Consultado el 11 Ene 2021). Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbd uTgfqribHmog9B6P0NvMgVuiHZCl8/edit?ts=5e88ae0a>
11. Garcia-Garcia S, Barclay K. *Adapting Research Methodologies in the COVID-19 Pandemic*. Resources for researchers [Internet]. 2020 [Citado 13 Feb 2021]. Disponible en: <https://earthlab.uw.edu/wp-content/uploads/sites/26/2020/07/uts-adapting-research-methodologies-covid-19-pandemic-resources-researchers.pdf>
12. Hernán-García M, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 May-Jun. [Citado 23 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301412?via%3Dihub>
13. Teti, M., Schatz, E., Liebenberg, L. Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2020 [Citado 23 Mar 2021]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406920920962>
14. Hewson C, Buchanan T, Brown I, Coulson N, Hagger-Johnson G, Joinson A, et al. *Ethics Guidelines for Internet-Mediated Research*. Leicester: The British Psychological Society [Internet]; 2017 Abr [Citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/files/ethics-guidelines-internet-mediated-research-2017pdf>
15. Lobe B, Morgan D, Hoffman KA. *Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing*. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2020 [Citado 14 Ene 2021];19:1-8. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406920937875>
16. Reglamento (UE) 216/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
17. Verd JM, Lozares C. *Introducción a la investigación cualitativa*. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 2016. 372p.
18. Halo Etnografic Bureau [Página Web]. 2020. *Pasteur de Faria L. Doing research in a Pandemic: Shared experiences from the fieldwork*. [Citado 21 Ene 2021]. Disponible en: <https://medium.com/halobureau/doing-research-in-a-pandemic-shared-experiences-from-the-fieldwork-fa1a00fc86fc>
19. Janghorban R, Roudsari RL, Taghipour A. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2014 [citado 10 Ene 2021];9(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v9.24152>
20. Dowling R, Lloyd K, Suchet-Pearson S. *Qualitative methods 1*. *Progress in Human Geography* [Internet]. 2016 Oct [citado 28 Ene 2021];40(5):679–86. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0309132515596880>
21. Shapka JD, Domene JF, Khan S, Yang LM. Online versus in-person interviews with adolescents: An exploration of data equivalence. *Comput Human Behav* [Internet]. 2016 [Citado 28 Ene 2021];58:361–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216300164?via%3Dihub>
22. Woodyatt CR, Finneran CA, Stephenson R. *In-Person Versus Online Focus Group Discussions: A Comparative Analysis of Data Quality*. *Qual Health Res* [Internet]. 2016 [Citado 23 Ene 2021];26(6):741–9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732316631510>
23. Dodds S, Hess AC. *Adapting research methodology during COVID-19: lessons for transformative service research*. *J Serv Manag* [Internet]. 2020 [Citado 13 Abr 2021];32(2):203–17. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JOSM-05-2020-0153/full/html>
24. Daniels N, Gillen P, Casson K, Wilson I. *STEER: Factors to Consider When Designing Online Focus Groups Using Audiovisual Technology in Health Research*. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2019 [Citado 15 Mar 2021];18:1–11. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406919885786>
25. Markham A, Buchanan E. *Ethical Decision-Making and Internet Research: Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee (Version 2.0)* [Internet]. 2012 [Consultado el 11 Ene 2021]. Disponible en: <https://aoir.org/reports/ethics2.pdf>
26. Germain J, Harris J, Mackay S, Maxwell C. *Why Should We Use Online Research Methods? Four Doctoral Health Student Perspectives*. *Qual Health Res* [Internet]. 2018 [Citado 15 Mar 2021];28(10):1650–7. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732317721698>



### 5.3 ARTÍCULO 3

Este artículo nace del trabajo de campo con la intención de dar respuesta al objetivo específico número 2 “explorar las respuestas emocionales que dan las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo por causa médica”. Ayuda a profundizar en las principales emociones que aparecen en las diferentes etapas de la IVE por causa médica, desde el recibimiento de las noticias sobre el diagnóstico hasta tiempo posterior, así como se analiza el impacto que tuvo la COVID-19 en la experiencia de las mujeres que realizaron la IVE justo antes o durante el estado de alarma. Está disponible en Open Access.

González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Collado-Pallarés, A., & Casadó-Marín, L. (2022). “My biggest fear is that people will forget about him”: Mothers’ emotional transitions after terminating their pregnancy for medical reasons. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16504>

- Journal Impact Factor 2021: 4.423

ISI Journal Citation Reports 2021: 4/125, Q1, 97.20 (Nursing-SCIE); 4/123, Q1, 97.15 (Nursing SSCI)

Journal Citation Indicator (JCI); 8/182 /, Q1, Percentile 95.8

- Scimago Journal and Country Rank (SJR) 2021: 0.831 (Q1)

Impact Score: 4.28. H-index: 109. Rank: 5432

- SNIP Source-Normalized Impact for Paper 2021: 1.532

- CiteScore 2021: 5.3

- Google Scholar Metrics. Índice h5: 74; mediana h5: 107



Received: 28 April 2022 | Revised: 1 August 2022 | Accepted: 9 August 2022

DOI: 10.1111/jocn.16504

EMPIRICAL RESEARCH QUALITATIVE

Journal of  
Clinical Nursing WILEY

# 'My biggest fear is that people will forget about him': Mothers' emotional transitions after terminating their pregnancy for medical reasons

Zuleika González-Ramos PhD, Nurse<sup>1,2</sup> | Esperanza Zuriguel-Pérez PhD, Research Coordinator<sup>2</sup> | Anna Collado-Palomares RN, Midwife<sup>2</sup> | Lina Casadó-Marín PhD, Professor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Infermeria, Avinguda Catalunya, Tarragona, Spain

<sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron, Passeig de la Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

## Correspondence

Zuleika González-Ramos. University Rovira i Virgili, Avinguda Catalunya, 35, C.P 43002, Tarragona, Spain.  
Email: [zuleika.gonzalez@estudiants.urv.cat](mailto:zuleika.gonzalez@estudiants.urv.cat)

## Abstract

**Aims and objectives:** To explore women's emotional responses throughout the process of terminating a pregnancy for medical reasons.

**Background:** Making the choice to terminate a desired pregnancy for medical reasons has a negative impact on women's health, as it is a distressing process that involves making hard decisions and readjusting one's expectations of an idealised pregnancy.

**Methods:** A qualitative phenomenological study was conducted following the COREQ checklist. Fifteen semi-structured interviews and two focus groups were conducted with women who had terminated their pregnancies for medical reasons, previous to and during the COVID-19 lockdown. Subsequently, we analysed the content.

**Results:** One main category, emotional journey during the process of terminating the pregnancy, and six subcategories were identified: (I) representation and desire to become a mother, (II) main concerns, (III) impact of the news, (IV) decision-making, (V) emotional responses before termination for medical reasons and (VI) emotional responses after termination for medical reasons. All contributed to understanding the specificities of the different phases that make up the emotional journey of terminating a pregnancy for medical reasons.

**Conclusions:** The findings of this study suggest that there are a number of predominant emotions that professionals need to be aware of in order to help women work through them and lessen the impact of pregnancy termination on their mental health. COVID-19 had different connotations depending on the women's experiences.

**Relevance to clinical practice:** Our results highlight how important the role of health-care staff is in caring for these women and their partners, which involves recognising their emotions throughout the process. Our results also underline how useful it is to conduct qualitative studies in this context, since they constitute a set of activities and interventions that result in the administration of nursing care in itself.

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Journal of Clinical Nursing* published by John Wiley & Sons Ltd.



**Patient or Public Contribution:** The ultimate goal of the action research study is to design a positive mental health intervention. Participants will contribute to the design and final approval of the intervention.

**KEYWORDS**

congenital abnormalities, COVID-19, decision-making, eugenic abortion, pregnancy, Prenatal diagnosis, qualitative research

## 1 | INTRODUCTION

According to the Center of Reproductive Rights (2022), 14% of women of reproductive age live in countries where the law allows termination of pregnancy for health or therapeutic reasons, and 22% live in countries where it is also allowed when the woman's life is at risk. One day they are happily pregnant and the next day, they are coping with uncertain results and an unexpected possible diagnosis which will lead them to make a choice. To interrupt a desired pregnancy due to foetal anomalies, sometimes incompatible with life, or because the mother's health is at risk, entails a transitional period in which women suffer from emotional distress, anxiety, depression and shock, as reported by other authors who have explored women's emotional responses during the process of terminating a pregnancy for medical reasons (TFMR) (Akdag Topal & Terzioglu, 2019; Aktürk & Erci, 2019; Atienza-Carrasco et al., 2020; Irani et al., 2019).

## 2 | BACKGROUND

Despite the evolution of the concept of motherhood in recent years, its essence and its classic ideals are still present in our history and culture (Montes Muñoz, 2007; Palomar Vereá, 2005), with the gestation period being synonymous with projects, discussions and activities related to the birth of the baby (Montes Muñoz, 2007). This feeling of expectation overcomes fear of the possible risks (Vidal Estruel, 2013) and couples gain an understanding of techniques such as ultrasound as a method for viewing the baby, rather than for detecting foetal anomalies. As such, they are poorly prepared to receive bad news (Bijma et al., 2008; Guy, 2018).

Receiving uncertain or abnormal results is a distressing process for couples and accelerates the need to readjust pregnancy expectations and make decisions (Werner-Lin et al., 2016). Women describe stressful situations from the time of diagnosis until sometime after the termination, triggering emotional distress and grieving processes (González-Ramos, Zuriguel-Pérez, Albarca-Riobóo, & Casadó-Marín, 2021).

Based on the theory of Meleis et al. (2000), the termination of pregnancy for medical reasons is understood as the transitional period between the expectation of what motherhood and fatherhood was meant to be, and the new reality without a baby. In her theory, Meleis refers to the continuities and discontinuities of human beings' life processes, to the exchanges between the person and

### What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- This study helps to underline the usefulness of understanding the termination for medical reasons' process as a whole, as well as the specificities of the emotional experience of each phase and its impact on the other phases.
- It provides evidence of the impact of COVID-19 on the experience of termination of pregnancy for medical reasons.
- It highlights the important role healthcare staff play in caring for these women and their partners, which involves recognising their emotions, helping to ease their suffering, accompanying them during moments of vulnerability and supporting them during the transition.

her environment and to the interactions between nurses and the couples who are undergoing this transition (Mora-López, 2016). Achieving a healthy transition involves different personal, community or social factors. Personal conditions include cultural meanings, beliefs and attitudes linked to the transition experience (e.g. abortion stigma), socioeconomic status, anticipatory preparation and knowledge.

Schumacher and Meleis (1994) have described emotional distress, insecurity, anxiety and depression during the transition process. Following a successful transition, distress gives way to well-being. Therefore, transition is a process of vulnerability in which nursing intervention is necessary to alleviate distress and accompany and support mothers and couples.

In Spain, a total of 5055 pregnancy terminations were registered in 2020 due to a risk to the health of the pregnant woman; 2733 were due to a risk of serious foetal anomalies and 271 were due to foetal anomalies incompatible with life or that would have led to extremely serious and incurable conditions (Ministry of Health, 2021). Despite these figures, there are few studies on the subject.

For all the reasons described above, the aim of this study is to investigate women's emotional responses throughout the process of voluntary termination of pregnancy for medical reasons (from the moment they find out they are pregnant until after the termination). This study is part of a broader doctoral thesis that aims to design a

mental health intervention to help reduce the impact of terminating pregnancy for medical reasons on mental health.

To this end, the use of qualitative and, especially, focus group discussion as a data collection technique is considered interesting as it could also provide women with a therapy in itself by helping them to learn about and identify with the experiences of others who have gone through the same process (Kamranpour et al., 2019).

In addition, several recent studies suggest that the COVID-19 pandemic also had an impact on women's physical and emotional health and care (Diamond & Colaianni, 2021; Rice & Williams, 2021). As such, the authors consider it important to understand the impact that the lockdown had on how they experienced the process.

### 3 | METHODOLOGY

#### 3.1 | Design

This study applies a phenomenological qualitative approach, following the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (Tong et al., 2007; Supplementary File S1). It is based on the understanding of each woman as a human being who lives, feels and perceives in a unique way and the need to understand how the phenomenon of TFMR affects her emotions in order to better understand the woman and provide appropriate care. Therefore, this phenomenological approach allowed us, from a scientifically rigorous perspective, to delve into the experiences and emotions of women who have undergone a TFMR process from a comprehensive and experiential perspective. It uses semi-structured interviews, focus groups and the field diary as data collection techniques.

#### 3.2 | Participants and recruitment

The study was conducted entirely in the women's hospital in Vall d'Hebron, Barcelona (Spain). The principal investigator is a female doctoral student who is part of the hospital's nursing research group and works as a nurse in the hospital. The PhD addresses women's emotional needs and the promotion of positive mental health in women who terminate pregnancy for medical reasons. The research group also included Dr LC, nurse and anthropologist, expert in qualitative methodology and gender and lecturer at the URV; Dr EZ, nursing research coordinator at the hospital and methodology specialist; and AC, a specialist midwife working in the prenatal diagnosis service. None have direct experiences of TFMR.

Participants were recruited on an intentional, non-probabilistic basis, with the collaboration of AC, who was the link between the principal investigator and the women who had undergone the termination process. The principal investigator was not part of the women's care team.

Participants were selected based on the following criteria: women over the age of 18 who spoke Spanish or Catalan and who had terminated their pregnancy for any medical reason allowed in Spain (risk to the health of the pregnant woman, risk of serious foetal anomalies and serious or incurable illness of the foetus), and who had terminated their pregnancy in the last 2 years, the period during which the bereavement process takes place. There was no gestational age limit for the time of termination. Women who were diagnosed with a severe mental health disorder prior to termination and for whom participation in the study would have been counter-productive, were not included.

Subsequently, the principal investigator (ZG) telephoned the women who met the inclusion criteria, provided them with detailed information about the study and explained what their participation would involve. During these phone calls, the principal investigator confirmed that the women were computer literate for the purposes of video conferencing. All the women said they were computer literate and they had an electronic device with Internet access, so there was no bias.

If the participants so desired, their partners were also able to participate in the fieldwork. A total of 15 women were recruited until data saturation occurred. Three of them chose to be accompanied by their partners for emotional support, but only one partner actively participated in the interview. Four women declined to participate in the study. Two did not offer reasons and the other two for health reasons (melanoma and anxiety).

#### 3.3 | Data collection

The data collection methods used for the study were semi-structured interviews, focus groups and a field diary. It was decided to combine these methods of data collection because, although the groups contribute less depth to the topic of study as each person has less time to express themselves, they provide information of a more consensual nature and complement the data obtained in the interviews. The data obtained were worked on together.

Semi-structured interviews were selected as a method as they allow the interviewee to offer their version of reality and a construction is made based on their interpretation and experience of the facts (Verd & Lozares, 2016). All interviews were conducted by the principal investigator, who followed a script that contained key points (motherhood, termination of pregnancy, emotional health, health care) but remained dynamic and flexible. Questions were devised on the basis of the authors' previous scoping review (González-Ramos, Zuriguel-Pérez, Albarca-Riobóo, & Casadó-Marín, 2021; González-Ramos, Zuriguel-Pérez, & Casadó-Marín, 2021). Example questions included: 'how do you find out about X (reason for the termination of pregnancy)?', 'did you ask someone close to you for advice on what decision to make?' and 'what was your main concern about the termination of pregnancy?' The first interview was used as a pilot test to finalise the script, and no changes were necessary. The interviews lasted approximately 60 to 120 minutes. None needed to be postponed or repeated.

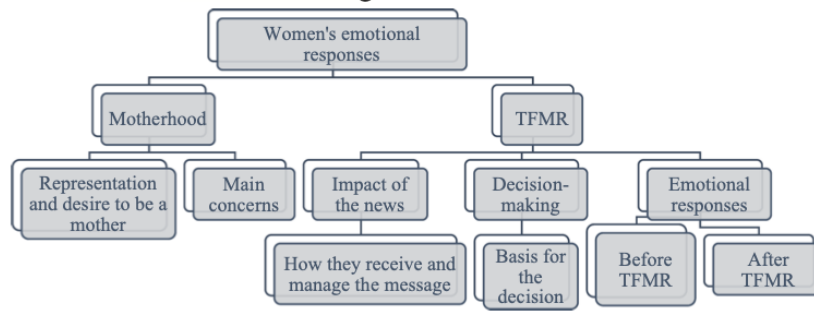


FIGURE 1 Coding tree

TABLE 1 Examples of categories and subcategories

Meaning units from interview, focus groups and field notes	Name of meaning units/codes	Subcategories
The moment you are positive, the connection is there, even if it is just a few cells, even if it is an embryo. The connection is there and you are aware that something is already growing inside you, not to mention when you feel it, don't you? you notice that it moves and that is already for life (focus group 1. Woman, 38 years of age).	Describing how she felt when she found out she was pregnant.	Maternity
When you have the illusion of getting pregnant, but, above all, when you stay and live it, for you it already exists (focus group 1. Woman, 35 years of age).	The significance of pregnancy in her life.	
But the feeling of being pregnant is super cool. I mean, I recommend it to everyone. If not, do it. I mean, it's super nice. And then what goes with it is even more beautiful, right, it's joy (interview. Woman, 40 years of age).	The experience of being pregnant.	
I went over every day, every day, what I had done. And I couldn't find anything. I, well, I don't know. I blamed my work, my day-to-day stress. I blamed myself a lot. (interview. Woman, 29 years of age)	The mother looks for the cause in her actions (after).	Emotional responses
I felt like a bad mother for having taken the decision to take his life, didn't I, because I could feel it and I said: 'He's alive, poor baby!' (interview. Woman, 29 years of age).	She feels like a bad mother for deciding to terminate the pregnancy (before).	
There were times when. I went through the stage of guilt: 'I must have done something wrong in the pregnancy, what have I done that has affected the baby?' I started to analyse myself (interview. Woman, 38 years old).	The mother feels guilty and looks for the cause within herself (after).	

Focus groups were selected as a technique to explore how the meaning of loss is collectively constructed and because of their potential value as a therapeutic technique (Kamranpour et al., 2019). Of the 15 women who took part in the interviews, 11 chose to participate in the focus groups as well. The other four declined to participate because of time constraints or because they did not wish to interact with other women. Two focus groups were held, one with five women and one with six women. The groups were not formed according to any specific criteria, but according to time availability. The groups were homogenised, relocating those women who did not have a preference regarding the proposed days. No script was used. The participants gave a brief presentation of their story and marked the content of the groups through the experiences they shared about the whole process of TFMR. At the beginning of the video conference, they were given guidelines to facilitate communication as an online group. They all agreed the meeting should be recorded in order to analyse the group dynamics in more detail. The groups lasted for 2h.

The field diary was selected as a technique to provide complementary information to the other two techniques, based on the

principal investigator's notes during and after the interviews and focus groups.

Data saturation was discussed among the authors when it was considered that the information obtained in the interviews did not provide new elements relevant to the objective of the study.

The interviews and groups were held between August and November 2020.

Given the sensitivity of the subject under the study, a possible limitation of the online data collection was the lack of physical contact between researcher–informant, nurse–patient that might have provided comfort. However, as the women were at home at the time of the interviews, the researcher was able to enter fully into the phenomenological field of the individual, who expressed her subjective feelings from her natural environment. During the videoconferences, an informal atmosphere was generated which allowed participants to feel comfortable enough to describe their private lives and to add other elements and objects (tattoos, photographs) to what they had to say. This was an additional bonus that could not have been obtained had the data been collected face-to-face.

### 3.4 | Ethics considerations

The study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of the University Hospital Vall d'Hebron, Barcelona (reference 457/19), and a subsequent amendment was approved to conduct the fieldwork by videoconference in order to adapt to the restrictions imposed due to the COVID-19 pandemic (González-Ramos, Zuriguel-Pérez, & Casadó-Marín, 2021).

The women who agreed to participate received an e-mail with the information sheet approved by the ethics committee, thus minimising the risk of spreading COVID-19 through physical contact. After answering their questions, if they were still interested in taking part in the study, they were sent a second e-mail explaining how to use institutional Microsoft Teams (the platform approved by the ethics committee) together with the agreed time and day.

At the beginning of the videoconference, participants were informed about the Microsoft Teams data protection policy. Oral informed consent was requested for participation in the study and for the voice recording, which is stored by the principal investigator in encrypted form to ensure participants' anonymity.

Due to the sensitivity of the subject and if after the fieldwork it became evident that it was necessary, patients had the option of receiving treatment from the hospital's perinatal bereavement psychologist.

### 3.5 | Data analysis

The principal investigator manually transcribed all voice recordings and completed the initial coding which was cross-checked by the other authors. The content was analysed by the qualitative software Atlas.ti 2 (version 9.0.7). Themes were identified derived from de data. We chose content analysis as the data analysis technique as it is a context-sensitive, neutral technique based on unstructured information that is then coded using researcher-generated units of analysis (Tinto Arandes, 2013).

We organised the information in order to establish relationships, to interpret it and to draw meanings and conclusions (Figure 1). In order to provide more details on the data analysis process and at the request of the reviewer, a small number of verbatims from the meaning units were selected (Table 1). The coding process was undertaken as follows: (1) reading the texts, (2) fragmentation, (3) assigning textual fragments to categories, (4) defining categories and subcategories, and (5) data analysis. The analysis process was verified by the rest of the research team, who exhaustively reviewed each phase. In addition, to guarantee the criteria of rigour (reliability, validity, credibility, consistency and confirmability, and applicability), we worked with different data collection methods until the discourse was saturated (semi-structured interviews and focus groups), carried out methodological triangulation with the available evidence, and checked the ability of the qualitative phenomenological methodology to

respond to the research objective (which was to explore women's emotional responses throughout the process of TFMR) in relation to the characteristics and sensitivity of the research context and the participants.

One of the researchers checked the transcript against the recording in order to correct any transcription errors or omissions. If necessary, the researcher could contact participants with specific questions about their transcripts, rather than sending full transcripts to all interviewees for them to review. This joint researcher review and targeted revision can improve the quality of transcripts without requiring interviewees to review their full transcript (Hagens et al., 2009). The final phase of the project focused on designing a positive mental health intervention, which would have a direct impact on the follow-up provided to the women.

## 4 | RESULTS

### 4.1 | Participants' sociodemographic and obstetric characteristics

Data provided by the participants were collected in order to gain an in-depth understanding of the sociodemographic and obstetric characteristics of the participants (Table 2).

The participants in the study were aged between 25 and 45 years. Most of them were from Spain, although one Moroccan and two Latin American women were also interviewed. All of them lived in the autonomous community of Catalonia: 12 women lived in the province of Barcelona, two lived in the province of Tarragona and one in Girona. Nine of them were married, and six were single women living with a partner.

As for their level of education, ten of them had university education in different fields (tourism, engineering, economics, etc.), three had vocational training (hairdresser, nursing assistant), and two had completed secondary education. All of them are actively working, some as employees of companies and others are self-employed. With regard to religion, the majority consider themselves atheists or non-believers, two are non-practising Catholics, one is a practising Muslim and another is a Protestant Adventist.

In relation to obstetric characteristics (Table 3), the participants had terminated their pregnancy between 3 months and 2 years before the interview. Ten of the participants have other children in addition to the pregnancy they terminated for medical reasons and, of this group, three were pregnant at the time of the interview. Of the medical terminations performed, nine were due to risk of foetal anomalies, while six were due to foetal anomalies incompatible with life or extremely serious and incurable disease. These terminations were performed at gestational ages ranging from the 9-week group to the 23-week or more group. More specifically, they occurred between 13 and 36 weeks' gestation. In addition, six of the participants had some other type of termination, either miscarriage, termination for medical reasons or at the woman's request.

**TABLE 2** Socio-demographic characteristics of the participants. Prepared by the authors

Socio-demographic characteristics of the participants	
Variable	Cases (n = 15 women)
<b>Age</b>	
25–29 years old:	5
30–34 years old:	1
35–39 years old:	5
40–45 years old:	4
<b>Country of birth</b>	
Argentina	1
Brazil	1
Spain	12
Morocco	1
<b>Marital status</b>	
Single	6
Married	9
<b>Level of education</b>	
Secondary education	2
Vocational training	3
University degree	10
<b>Employment status</b>	
Self-employed	5
Employed	10
<b>Religion</b>	
Atheist	11
Non-Protestant Catholic	2
Muslim	1
Protestant	1

## 4.2 | Qualitative findings

In order to gain an in-depth understanding of the emotional journey experienced by the women during the disruption process, and given the amount of relevant data identified in this category, we decided to focus the present study on this category and its six emerging sub-categories (Table 4). The subcategories are presented chronologically to better illustrate the process: the desire to become a mother, the principle fears regarding pregnancy, the news of the diagnosis, the decision to undergo TFMR and the emotional response in the days before and after the termination.

### 4.2.1 | Representation and desire to be a mother

It was considered important to investigate what motherhood meant to the participants in order to gain a better understanding of their emotional response to terminating their pregnancy.

**TABLE 3** Obstetric characteristics of the participants. Prepared by the authors

Obstetric characteristics	
Variable	Cases (n = 15 women)
<b>Other children</b>	
No	5
One child	7
Two children	3
<b>Other pregnancy terminations</b>	
Yes	6
No	9
<b>Reason for termination</b>	
Risk of foetal anomalies	9
Foetal anomalies incompatible with life/severe and incurable disease	6
<b>Gestational age</b>	
9–14 weeks	4
15–22 weeks	7
23 or more weeks	4

Note: Three of the 15 women were pregnant at the time of the interview.

The first question was 'What did you feel when you were told you were pregnant?' The most frequently repeated expressions in response to this question were 'joy' and 'happiness', either by itself or accompanied by 'fear'. All said that the pregnancies were desired and, for the majority, sought either in the traditional way or through in vitro fertilisation. The reasons that led them to seek pregnancy were varied, including because motherhood had an important place in their lives, because they wanted to experience it for the first time, because they wanted to expand their family, or because they were close to 40 and saw it as their last chance to conceive. Their responses were more linked to emotional and affective reasoning and they expressed they had had a meditated and, for some, intrinsic desire from a very young age.

'The moment you are positive, the connection is there, even if it is just a few cells, even if it is an embryo. The connection is there and you are aware that something is already growing inside you, not to mention when you feel it, don't you? You notice that it moves and that is already... for life'.

(CBV, second daughter, 21 weeks gestation)

Most of the women understood motherhood as the act of giving unconditional love to their son or daughter.

'It's like you stop living for yourself because you start living for someone else, isn't it?'

(LVC, first child, 22 weeks gestation)

TABLE 4 Emerging subcategories. Own elaboration

Category	Subcategories
Emotional journey during the process of terminating the pregnancy	I. Representation and desire to be a mother
	II. Main concerns
	III. Impact of the news
	IV. Decision-making
	V. Emotional responses before TFMR
	VI. Emotional responses after TFMR

Participants who had previously terminated a pregnancy reported a change in their understanding of motherhood. Thus, if before the abortion they experienced it as a beautiful process full of optimism, after the abortion, there was a 'loss of innocence' in terms of the risks it could entail, especially in terms of pregnancy.

'We did carry a very strong emotional burden and it was very draining. (...) I mean, it was a very wanted, very desired and very difficult pregnancy'.  
 (LSM, second child, 19 weeks gestation)

However, at the time of the interviews and focus groups, most of them shared their desire to experience motherhood again and three of them were already pregnant.

#### 4.2.2 | Main concerns

During the interviews and focus groups, the most common worries raised were related to viability, health and the absence of genetic problems or miscarriages. In order to try to have more control over these factors, some of the women underwent check-ups, analyses and additional tests for diseases in private clinics, in addition to the check-ups offered by the public health system. It was noted that while health was the women's main concern, the intensity of concern varied for those with a history of loss. They felt a sense of loss and found it difficult to feel confident that their pregnancy would go smoothly.

'My case is a bit difficult because after three losses, the child I have is adopted and this was through in vitro with egg donation. So I was happy, but I always had doubts. It's very hard for me to be confident about it. It's that 'happy, but let's see' feeling'.  
 (MBS, three miscarriages, 19 weeks gestation)

'I didn't imagine it would be so strong, but I was thinking, "is it all right, does he not have any kind of syndrome or anything?"'  
 (EK, first child, 22 weeks gestation)

In fact, in the dynamics of the groups, each woman introduced herself. Usually, they would introduce themselves by giving their name and the reason that they had decided to opt for a termination. One of the participants in group 1, who was pregnant at the time, described her discomfort at learning about other illnesses during the introductions.

#### 4.2.3 | Impact of the news

When we asked the women how they found out about the foetal anomaly, all of them mentioned the routine 12-week, 20-week or later ultrasound scan. Depending on their past experiences, some were more nervous at the appointment or, on the other hand, they were happy and positive, unprepared for possible bad news.

'When I got the news... well, you can imagine. Horrible. Horrible because, I tell you, it was a shock because it was like, what are you telling me? I mean, my mind couldn't conceive what they were telling me because it was like, it can't be what they are telling me'  
 (LAS, first daughter, 29 weeks gestation).

NEG, who had a child prior to the termination, says that the moment she saw the ultrasound she knew something was wrong:

'Just by looking at the ultrasound I saw that it was wrong. The moment the ultrasound started and the baby was located, I saw that it was wrong, they told me that there was a lot of fluid in the head and I saw that it looked very different to how it should' (NEG, second child, 13 weeks gestation. Pregnant at the time of the interview).

Another aspect that alarmed the women was the non-verbal language of the professional who was performing the ultrasound, as well as them calling other colleagues to assess the test.

'When you look at a doctor and they are more or less fine, and then all of a sudden they become serious. In other words, what he is going to say is not right. You are all aware of this, aren't you? You give everything away with your face. When you see the face, you're like, "OK, kill me"  
 (VDA, one living child and one previous termination, 13 weeks gestation).

In this context, a period of uncertainty begins from the moment the doctors detect the possible anomaly, until they verify it and inform the woman about the possibilities available. For this reason, some of the interviewees and their partners took anxiolytic medication during the waiting period.

'It's a real nightmare for a mother because you feel your baby inside, you just have to wait and you don't

know what's going on. You don't know if your baby is well and you don't know what you're facing'

(ADG, first child, 23 weeks gestation).

For participants who went through this process during the COVID-19 pandemic, some were told the results when they were alone in the consultation room, and in other cases, by telephone, which meant a perception of greater distance in the delivery of the message.

'We were in lockdown, I couldn't leave the house and go to see anyone. They called me, they told me, they didn't even ask me if I was alone or if I had... you know? Someone to be with. They called me, they told me the news and that's it, and they hung up, you know?'

(COF, first daughter, 26 weeks gestation)

#### 4.2.4 | Decision-making

The decision-making process is influenced by the diagnosis the parents are facing. According to the interviewees, the expected quality of life of the baby is the most important factor.

'In fact, I told the doctor, "if you don't guarantee me 100% that this child will not depend on me, nor on a doctor, nor on a hospital, it doesn't make any sense"

(LVC, first child, 22 weeks gestation, Wolf-Hirschhorn Syndrome).

There are also other factors that have a significant influence, such as the impact on family dynamics and on the lives of the other children they already have, dependency and the need for special care, as well as the economic impact of care and the time spent on care. Finally, they also highlight society's attitude towards a person with a certain disease.

'I have the feeling that the world is already complicated enough without having to come into it with an additional problem, because, in the end, a person who has a certain dependency is always dependent on someone. It may be on me, but the day that I am not there, or I can no longer be there, it will be on their sister or on someone else' (GAO, second daughter, 13 weeks gestation. Trisomy 21).

As for the people involved in making the decision, most couples made the decision together, although some consulted with health professionals, foundations, family and close friends. In some cases, religion was a factor, so they also consulted with religious experts.

'We also asked in the mosque. Well, people who have studied that more, who know more, and they told us that yes, there is also a clause, as in all religions, that if the foetus is not 120 days old, that we can terminate. (...) I also want to have peace of mind, don't I?' (FEB,

two children and one miscarriage, 17 weeks gestation. Trisomy 21. Muslim)

#### 4.2.5 | Emotional responses before TFMR

'Why me?'

The predominant emotion expressed by the interviewees was sadness associated, above all, with the shock of the news and the paradigm shift it implied with respect to what they had planned with their partners. The interviewees reported that they spent the days prior to the termination in isolation in order to avoid giving explanations to others and to be able to shed tears in private.

'I couldn't stop crying. Anxiety and stress. Basically, I was asking myself, why me? Why me? And what had happened to him. I would go over every day, every day, what had I done. And I couldn't find anything'

(ADG, first child, 23 weeks gestation).

The guilt for interrupting the baby's development was also very present among women, especially those who were at an advanced stage of gestation:

'The intuition I had is that I take that and my daughter is going to die. I'm going to take that and my daughter is going to die. And indeed (...) because I, inwardly, was also saying goodbye to her. Asking her for forgiveness'

(CBV, second daughter, 21 weeks gestation).

Other fears the women experienced before the termination were childbirth (or caesarean section), especially in the case of first-time mothers, and the moment of foeticide—time of induced foetal death—since one of their greatest concerns was that the baby would not suffer. To a lesser extent, some women feared seeing the dead baby, as the situation did not fit in with the expectations that the mothers had created in their minds before establishing physical contact, or going to the hospital during the pandemic because of the insecurity it generated.

On the day of the termination, the doctors tried to place the couples in the delivery rooms furthest away from the others. However, from the delivery rooms, it is still possible to hear everything going on in the other delivery rooms, the joy of the parents and the crying of their newborns. The women were understanding of the infrastructure and appreciated the efforts of the midwives, but pointed out that it was an added difficulty.

'It's very nice, the light and the dark at the same time and such, but (...) it's a bit... bizarre that you're in the same place having both things going on'

(KMF, first daughter, 22 weeks gestation).

'Listening to the mums screaming, well, but listening to the baby cry? It's really hard'

(LVC, first child, 22 weeks gestation).

For one of the interviewees, during the state of alarm declared by the Spanish government because of the pandemic, her termination was performed by curettage. She was not in a delivery room, and given the limited number of visitors in the hospital, no one could come in to accompany her. She was alone for the twelve-hour process.

#### 4.2.6 | Emotional responses after TFMR

'You learn to live with it'.

In the weeks following the termination, the sadness and pain are compounded by a sense of emptiness and loss.

'We have lived through a nightmare because, as I said, it has been very hard because she was very advanced. It was a birth, we had her in our arms. It's something that leaves you with an emptiness and a... you feel very sad, very lost'

(LAS, first daughter, 29 weeks gestation).

Anger and rage also appeared as signs of protest against what they consider an unjust death.

'I mean, you go home alone. You are fat and alone. You produce milk but you don't have a baby, right? There's someone who's prepared the room and that room is empty, right? There are a lot of things that you're left with, like 'argh', the after, right?' (MBA, third child, 36 weeks pregnant. Pregnant at the time of the interview)

Two of the interviewees stated that they had been suffering from anxiety since the termination and that the disorder was accompanied by physical responses such as insomnia or tachycardia, as well as constant worry and suffering for their loved ones. This suffering was also present for four other interviewees when they saw pregnant women and assumed that they might be in danger.

'Then also what happened a lot at the beginning was like... I saw someone pregnant and thought "ouch!", my mind already turned on a warning chip to say, danger!'

(LAS, first daughter, 29 weeks gestation)

'For example, Instagram, right, when someone has announced that they are pregnant, I think, "well, don't let anything happen to you", you know?'

(LVC, first child, 22 weeks gestation)

Grief at the loss was, in turn, accentuated on significant dates: the due date, the anniversary of the termination date or during the holidays such as Christmas. Seeing pregnant women, especially if the pregnant women were part of their family or close circle of friends, proved very stressful. It led them to compare the situation with what they had experienced or what they were going through, and made them ask themselves the same question: why did it go well for them and not for me?

'Yes, I am happy for them, obviously I am happy for them, but you have... I mean, your brain is very happy for those people, but your heart isn't, it has that side that well, it feels it, it reminds you that you're not'

(GAO, second daughter, 13 weeks gestation).

Social isolation contributed to the bereavement experience. They were apathetic and avoided facing social situations that put them under emotional strain as they had to relive the experience of the termination and give explanations.

'At first you don't know what to say to people. And you don't know what you want to say to them, do you? Not because of the people themselves, but it is true that people have their opinion, don't they?'

(FEB, two children and a miscarriage, 17 weeks gestation)

Speaking of the state of alarm, several of the interviewees reported that the lockdown had a positive impact. It helped them to confront the situation and to talk to their partners about a subject that had been taboo for some time. It also helped them to avoid talking about it in social contexts such as at work. Other respondents regretted having so much free time to be alone and think about the termination, as they were unable to see their loved ones and their partners were working.

Some respondents saw a new pregnancy as a key factor in resolving the grief, but the failure to achieve it caused them anxiety. For others, although they still wanted to become mothers, they felt that not enough time had elapsed and they did not feel ready, or preferred to wait because of the state of uncertainty caused by COVID-19. Thus, in their subsequent pregnancies, they feared that history would repeat itself.

'Especially during the pregnancy of my youngest daughter, I had a very bad pregnancy, I was constantly touching my belly if I didn't feel her move: 'Hey! Move!'. At every ultrasound scan I was thinking "tell me that she is fine, that nothing is wrong, that she doesn't have any organs out of place"' (NPS).

On the one hand, they had to learn to differentiate the two pregnancies as individual processes, but on the other hand, they wanted to connect the two experiences.

'I have to find a way that I can fit her (pregnancy termination baby) in so she will be with me from now on,



for the rest of my life, whatever I go through, right, and this baby is part of what I am going through in the present' (MBA, third child, 36 weeks gestation. Pregnant at the time of the interview).

Another important manifestation of fear was that they or their loved ones would forget about the baby, as they associated it with a lack of recognition or suffering from them in the eyes of the rest of their close circle.

'What I felt, and still feel, is that people will forget about him. This is my biggest fear (she gets emotional), but anyway. It's fear and it's a feeling of pity, like I'm betraying him, or... you know? It's like not feeling bad in front of people (...) it's like I don't care enough' (LVC, first child, 22 weeks gestation).

In Spain, after a termination of pregnancy due to foetal anomaly or disease, women are referred for genetic analysis to determine the possible causes of the anomaly/disease that led to the termination. However, it is not always possible to establish a causal relationship.

'I don't know why it is wrong either. So, since I don't have an explanation, what do you do? It was me, was it? I don't know'  
(VDA, one living child and one previous termination, 13 weeks' gestation).

'In the end, when you carry a baby inside you, you feel responsible for everything that happens to your baby. (...) I would have blamed myself just as much for thinking or saying: "Jeez, it's inside you, it's up to you"  
(ADG, first child, 23 weeks gestation).

Some women also felt guilty for deciding to terminate the pregnancy.

'On the one hand, yes, I feel bad that I didn't want that person to come into this world and be part of my life. It's a person that will never exist, isn't it?'  
(GAO, second daughter, 13 weeks gestation)

Finally, some of the women referred to the process of personal growth they had experienced.

'It changes the point of view from which you see many things, doesn't it? It's one of those situations that make you grow up a bit, even if it's because of something bad'  
(KMF, first daughter, 22 weeks gestation).

'It's more a question of learning, isn't it, of understanding the magnitude of being pregnant in order to pay attention to the moment you are living in, because they are not moments that are eternal, or that last' (MBA, third child, 36 weeks' gestation. Pregnant at the time of the interview).

## 5 | DISCUSSION

The aim of this study was to use phenomenology to investigate the emotional journey experienced by women throughout the process of terminating their pregnancy for medical reasons, from the importance that each woman places on the fact of being a mother, to coping with the termination after the fact. Healthcare professionals play a critical role in the experience of termination and childbirth and, therefore, must be prepared to give accurate and respectful information and be able to provide compassionate care (Asplin et al., 2014; Irani et al., 2019).

Palomar (2005) argues that the experience of motherhood is automatic, without a conscious reflective process and that it is linked, on the one hand, to emotions, affections and desires and, on the other hand, to social mandates linked to traditions, customs, norms and beliefs. However, the interviewees reported that their pregnancy was the result of a considered decision. Moreover, they referred to a maternal-filial bond since they were aware that they were pregnant, which led to a mutual emotional dependence (Imaz Martínez, 2007). Based on the discourses and different experiences and García de Diego (2019), it became clear that there is no single narrative on motherhood, although for all of them it played an important role in their lives.

As a result of technological advances, there are more and more prenatal tests available to couples and health professionals who wish to carry them out, in order to obtain information that informs them of a possible abnormality (Hodgson et al., 2016; Werner-Lin et al., 2016). In this regard, Guy (2018) and Bijma et al. (2008) refer to women being ill-prepared to receive bad news because they regard ultrasound as a technique for visualising the baby, not as a method for detecting foetal anomalies. According to our study, women with a previous history of some kind of abortion (spontaneous, medical) experienced greater anxiety and mistrust about the likelihood that the pregnancy would go well. However, women with no experience of abortion did not expect that anything would go wrong with the pregnancy or that their baby might have a syndrome or disease. In line with Meleis' theory, our findings confirmed that this poor pre-transition preparation could prevent a healthy transition, adaptation to the situation and a realignment of roles.

Receiving uncertain or abnormal results is distressing and accelerates the need to understand complex medical information, meet with specialists, readjust expectations about the pregnancy and make decisions (Werner-Lin et al., 2016). In this context, a period of uncertainty begins from the moment doctors detect a possible anomaly, until they verify it and inform the couple of the possibilities available. The interviewees report that while waiting, they searched the Internet for information and photographs to try to better understand what was happening and why, as described by Lalor et al. (2007) and Irani et al. (2019).

According to Lou et al. (2018), many couples are at some point, even before pregnancy, faced with the prospect of becoming pregnant with a baby with an abnormality and the possible choice they

would make. Even though for some this conversation helps to consolidate the decision, our findings indicate that the reality of being faced with the decision produced a dilemma influenced by different factors (de Souza Patrício et al., 2019). Most couples made the decision between themselves (Gaille, 2016; Lou et al., 2018).

As indicated by results obtained in previous studies (Gaille, 2016; Hodgson et al., 2016; Lou et al., 2018), some factors that influence decision-making are repeated. For example, the fact that their children cannot do the same as other children and the need for lifelong support for special needs, as well as possible bullying; the fact of not being able to pay as much attention to current or future siblings and the indirect assignment of a lifelong responsibility, and the impact it would have on the couple's own life (constant worry, increased workload, lack of social support, less freedom to develop professionally and personally). In addition, the respondents in our study added the economic impact of having a child in need of special care as a factor to be considered.

As for religion, although it is a factor to be taken into account (Choi et al., 2012; Consonni & Petean, 2013; de Souza Patrício et al., 2019; Gesser-Edelsburg & Shahbari, 2017), it seems to have a significant but not decisive influence (Gaille, 2016).

The available evidence shows that the most prevalent emotions during the process are emotional distress, anxiety, depression and shock (Akdag Topal & Terzioglu, 2019; Aktürk & Erci, 2019; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Guy, 2018; Irani et al., 2019; Ramdaney et al., 2015; Ridaura et al., 2017; Rocha et al., 2018; Sun et al., 2018), as well as grief and bereavement (Irani et al., 2019; Qin et al., 2018; Ramdaney et al., 2015; Ridaura et al., 2017; Sriarporn et al., 2017).

In this study, several emotions recurred among participants throughout the process, including sadness and grief, stress, anxiety, guilt and fear, although they had different connotations in the days prior to terminating the pregnancy compared to afterwards.

In accordance with the study by Asplin et al. (2014), the predominant emotion reported by the respondents was sadness. In line with the findings of Irani et al. (2019), women also experienced stress and anxiety due to not knowing the cause of the abnormality. Generally, from 16 weeks onwards, there is more physical experience and they feel the foetal movements, and from 20 weeks onwards, more morphological details can be seen in the ultrasound (Ridaura Pastor, 2015). This leads to the sensation that something inside has autonomy with respect to the rest of the body (Imaz Martínez, 2007). Thus, in more advanced gestations, women felt pain and a strong sense of guilt for interrupting the development of the foetus (Baena-Antequera & Jurado-García, 2015).

Guilt is also very present in the later stage (Carlsson et al., 2016; Curley & Johnston, 2014; Irani et al., 2019; Kirkman et al., 2017; Maguire et al., 2015; Ridaura et al., 2017). Following termination of the pregnancy, couples begin to search for the cause of the foetal abnormality (Consonni & Petean, 2013). However, it is not always possible to establish a causal relationship. It is in these cases, although not exceptionally, that the mother, who has historically been blamed for the causes of her children's health problems (Palomar

Verea, 2005), begins to look for the blame within herself: what did I do wrong?

Consistent with studies by Maguire et al. (2015) and Consonni and Petean (2013), social isolation contributed to the bereavement experience. Triggers for grief, as reported by Maguire et al. (2015), included reminders of pregnancy such as baby clothes, which depict the silhouette of the child and have great power to evoke and make it feel present and palpable (Imaz Martínez, 2007), or seeing pregnant women.

Thus, in their own subsequent pregnancies, the fear of recurrence was very present (Carlsson et al., 2016; Irani et al., 2019) and they were distressed, especially every time they had a check-up such as an ultrasound scan. Therefore, according to Rillstone and Hutchinson (2001), parents put an emotional armour mechanism in place, delaying attachment to the baby and attaching to health professionals and selected individuals.

The results are therefore consistent with Meleis et al. (2000), who illustrated the connection between transitional conditions related to personal circumstances, meanings and beliefs, and activity to decrease vulnerability. For all interviewees, their pregnancy was intentional and the termination was an important moment in their lives for which they were unprepared. As in other fields of nursing (Donsel & Missel, 2021; Emond et al., 2019; Mora-López, 2016), it would be useful to use this theory as a reference to help couples during the experience of loss; that is, by creating preparation and management strategies beforehand (which facilitate the transition); by creating optimal conditions for the transition and by accompanying them during the process.

Finally, in terms of the study's limitations, although pregnancy terminations due to the mother's health were part of the inclusion criteria, it was not possible to include any women from this group, because the cases we had available were due to social dystocia or psychiatric causes, meaning participation in the study could be counterproductive for their mental health. For future research, it would be useful to tailor the project's design and resources to the needs of this particular group. As for the specific influence of religion on decision-making, it cannot be said that there was data saturation, since most of the participants were atheists, except for four, who were believers of different religions. Furthermore, no conclusive results can be drawn on the influence of sociodemographic or obstetric characteristics, as the sample was not equally representative for all parties.

## 6 | CONCLUSIONS

In this study, we wanted to explore women's emotional journeys during the process of terminating a pregnancy for medical reasons by delving into their emotions in each phase of the process in order to understand it as a whole. It is an individual and complex process in which there is no single emotional response and which is influenced by different factors, such as the desire to become a mother or knowing the exact aetiology of the diagnosis. However, the results

suggest that there are a number of emotions that recur in most of the stories that could be worked on to help reduce the negative impact of the termination on mental health, namely fear, uncertainty, shock, anger, sadness, anxiety and apathy. There is also no single experience of the impact of the COVID-19 pandemic, given that it offered an escape for some, but served as a constant reminder for others.

## 7 | RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE

This study highlights the important role healthcare staff play in caring for these women and their partners, which involves recognising their emotions, helping to ease their suffering, accompanying them during moments of vulnerability and supporting them during the transition. The Meleis model can serve as a reference. Similarly, the study also underlines the usefulness of conducting qualitative studies in this context, since, ultimately, they constitute a set of activities and interventions that result in the administration of nursing care in itself.

### AUTHOR CONTRIBUTION

Study idea and investigation: Zuleika González-Ramos; and data analysis and interpretation, drafting, writing and revising the manuscript; and approval of the version of publication: all authors.

### ACKNOWLEDGEMENTS

The authors are grateful to the women and their partners who voluntarily chose to participate in this study in order to improve health care for others going through similar experiences.

### FUNDING INFORMATION

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

### CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they have no conflict of interest.

### CLINICAL TRIAL REGISTRATION NUMBER AND NAME OF TRIAL REGISTER

This study has been approved by the Ethics Committee for Clinical Research of the Hospital Universitari Vall d'Hebron (reference 457/19).

### DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request from the authors.

### ORCID

Zuleika González-Ramos  <https://orcid.org/0000-0003-2359-4086>

Esperanza Zuriguel-Pérez  <https://orcid.org/0000-0002-0622-8423>

Anna Collado-Palomares  <https://orcid.org/0000-0001-6606-9113>

Lina Casadó-Marin  <https://orcid.org/0000-0002-8078-1673>

### REFERENCES

- Akdag Topal, C., & Terzioğlu, F. (2019). Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 618–623. <https://doi.org/10.1111/ppc.12380>
- Aktürk, Ü., & Erci, B. (2019). The Effect of Watson's Care Model on Anxiety, Depression, and Stress in Turkish Women. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 127–134. [doi:10.1177/0894318419826257](https://doi.org/10.1177/0894318419826257)
- Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., & Öhman, S. G. (2014). Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. *Midwifery*, 30(6), 620–627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.013>
- Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., & Morales-Gil, I. M. (2020). Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical termination of pregnancy: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1220–1237. <https://doi.org/10.1111/jocn.15162>
- Baena-Antequera, F., & Jurado-García, E. (2015). La mujer ante la finalización de la gestación por anomalías fetales: Caso clínico. *Enfermería Clínica*, 25(5), 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.003>
- Bijma, H. H., van der Heide, A., & Wildschut, H. I. J. (2008). Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reproductive Health Matters*, 16, 82–89. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105564340&site=ehost-live>
- Carlsson, T., Bergman, G., Karlsson, A.-M., Wadensten, B., & Mattsson, E. (2016). Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly: A qualitative study of virtual community messages. *Midwifery*, 41, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.001>
- Center for Reproductive Rights. (1 de enero de 2022). The world's abortion laws. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws>
- Choi, H., van Riper, M., & Thoyre, S. (2012). Decision Making Following a Prenatal Diagnosis of Down Syndrome: An Integrative Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(2), 156–164. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00109.x>
- Consonni, E. B., & Petean, E. B. (2013). Loss and grieving: The experiences of women who terminate a pregnancy due to lethal fetal malformations. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2663–2670. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900021>
- Curley, M., & Johnston, C. (2014). Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 32(3), 304–320. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.879566>
- de Souza Patrício, S., Gregório, V. R. P., Pereira, S. M., & Costa, R. (2019). Fetal abnormality with possibility of legal termination: maternal dilemmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 125–131. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0234>
- Diamond, R. M., & Colaianni, A. (2021). The impact of perinatal healthcare changes on birth trauma during COVID-19. *Women and Birth*, August, 35, 503–510. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.003>
- Donsel, P. O., & Missel, M. (2021). What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1694–1705. <https://doi.org/10.1111/jocn.15724>
- Emond, T., de Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department:

- A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1952–1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>
- Gaille, M. (2016). On prenatal diagnosis and the decision to continue or terminate a pregnancy in France: a clinical ethics study of unknown moral territories. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 19(3), 381–391. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9689-2>
- García de Diego, J. M. (2019). Discursos sociales sobre la maternidad en torno al parto. *Encrucijadas*, 18. <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79208>
- Gesser-Edelsburg, A., & Shahbari, N. A. E. (2017). Decision-making on terminating pregnancy for Muslim Arab women pregnant with fetuses with congenital anomalies: maternal affect and doctor-patient communication. *Reproductive Health*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0312-7>
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Albacar-Riobóo, N., & Casadó-Marín, L. (2021). The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery*, 103, 103095. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103095>
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., & Casadó-Marín, L. (2021). Investigación cualitativa en tiempos de COVID-19: una experiencia de adaptación metodológica. *Revista Rol de enfermería*, 44(11–12), 753–759.
- Guy, B. (2018). I Poems on Abortion: Women's Experiences With Terminating Their Pregnancies for Medical Reasons. *Women's Reproductive Health*, 5(4), 262–276. <https://doi.org/10.1080/23293691.2018.1523115>
- Hagens, V., Dobrow, M. J., & Chafe, R. (2009). Interviewee Transcript Review: assessing the impact on qualitative research. *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-47>
- Hodgson, J., Pitt, P., Metcalfe, S., Halliday, J., Menezes, M., Fisher, J., Hickerton, C., Petersen, K., & McClaren, B. (2016). Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56(6), 605–613. <https://doi.org/10.1111/ajo.12501>
- Imaz Martínez, M.E. (2007). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. [Doctoral dissertation, Universidad del País Vasco]. Tesis en red. <http://hdl.handle.net/10803/399228>
- Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S. M. A., Ebrahimipour, H., & Tara, F. (2019). Emotional and Cognitive Experiences of Pregnant Women Following Prenatal Diagnosis of Fetal Anomalies: A Qualitative Study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(1), 22–31. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.40843>
- Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2019). Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health*, 19(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6851-9>
- Kirkman, M., Apicella, C., Graham, J., Hickey, M., Hopper, J. L., Keogh, L., Winship, I., & Fisher, J. (2017). Meanings of abortion in context: accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer. *BMC Women's Health*, 17, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0383-1>
- Lalor, J. G., Devane, D., & Begley, C. M. (2007). Unexpected diagnosis of fetal abnormality: Women's encounters with caregivers. *Birth*, 34(1), 80–88. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00148.x>
- Lou, S., Carstensen, K., Petersen, O. B., Nielsen, C. P., Hvidman, L., Lanther, M. R., & Vogel, I. (2018). Termination of pregnancy following a prenatal diagnosis of Down syndrome: A qualitative study of the decision-making process of pregnant couples. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(10), 1228–1236. <https://doi.org/10.1111/aogs.13386>
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234–239. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015> <http://hdl.handle.net/10803/8421>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Ministry of health (2021). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año, 2021. [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf)
- Montes Muñoz, M.J. (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [Doctoral dissertation, Universidad Rovira y Virgili]. Tesis en red. <http://hdl.handle.net/10803/8421>
- Mora-López, G. (2016). *Postcuidados familiares. Estudi qualitatiu sobre la reconstrucció de la vida cotidiana* [Doctoral dissertation, Universidad Rovira y Virgili]. Tesis en red. <http://hdl.handle.net/10803/399228> <http://hdl.handle.net/10803/8421>
- Palomar Vereas, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 22, 35–67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>
- Qin, C., Chen, W. T., Deng, Y., Liu, X., Wu, X., Sun, M., Gong, N., & Tang, S. (2018). Factors in healthcare violence in care of pregnancy termination cases: A case study. *PLoS One*, 13(11), e0206083. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206083>
- Ramdaney, A., Hashmi, S. S., Monga, M., Carter, R., & Czerwinski, J. (2015). Support Desired by Women Following Termination of Pregnancy for a Fetal Anomaly. *Journal of Genetic Counseling*, 24(6), 952–960. <https://doi.org/10.1007/s10897-015-9832-x>
- Rice, K. F., & Williams, S. A. (2021). Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth*, 35, 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.008>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43–48. <https://doi.org/10.7334/psicothema.2016.151>
- Ridaura Pastor, I. (2015). Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales. In [Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Barcelona]. Tesis en red <http://hdl.handle.net/10803/295973>
- Rillstone, P., & Hutchinson, S. A. (2001). Pregnancy After a Loss Due to Anomalies. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 30(3), 291–298. <https://doi.org/10.1177/088421701129004139>
- Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M. J., Fernandes, M., Paúl, M. C., & Almeida, V. (2018). Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 21(4), 453–459. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0822-5>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image the journal of nursing scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Sriarporn, P., Turale, S., Lordee, N., Liamtrirat, S., Hanpra, W., & Kanthino, A. (2017). Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 75–80. <https://doi.org/10.1111/nhs.12307>
- Sun, S., Li, J., Ma, Y., Bu, H., Luo, Q., & Yu, X. (2018). Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities requiring pregnancy termination: a randomized controlled trial in China. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (1 CC-Fertility Regulation CC-Pregnancy and Childbirth), 24, e12614. <https://doi.org/10.1111/ijn.12614>

- Tinto Arandes, J. A. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *PRO*, 29, 135–173 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Verd, J. M., & Lozares, C. (2016). Flick, U. (2015). El diseño de la investigación cualitativa. In *Introducción a la investigación cualitativa* (1st ed.). Síntesis.
- Vidal Estruel, C. (2013). En La Revuelta De La Maternidad. *DUODA: Estudis De La diferència Sexual*, 45(1), 76–93 <https://raco.cat/index.php/DUODA/article/view/273564>
- Werner-Lin, A., Barg, F. K., Kellom, K. S., Stumm, K. J., Pilchman, L., Tomlinson, A. N., & Bernhardt, B. A. (2016). Couple's Narratives of Communion and Isolation Following Abnormal Prenatal Microarray Testing Results. *Qualitative Health Research*, 26(14), 1975–1987. <https://doi.org/10.1177/1049732315603367>

#### SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information can be found online in the Supporting Information section at the end of this article.

**How to cite this article:** González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Collado-Palomares, A., & Casadó-Marín, L. (2022). 'My biggest fear is that people will forget about him': Mothers' emotional transitions after terminating their pregnancy for medical reasons. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–14. <https://doi.org/10.1111/jocn.16504>



#### 5.4 ARTÍCULO 4

Con este artículo cuya finalidad es conocer las percepciones de las mujeres sobre el cuidado afectivo-emocional recibido durante el proceso de interrumpir el embarazo por causa médica, se pretende dar respuesta a los objetivos específicos 3 y 4 que son, respectivamente, “explorar las necesidades emocionales de las mujeres que han realizado una interrupción voluntaria del embarazo por causa médica” e “identificar las percepciones de las mujeres sobre la atención afectivo-emocional recibida durante el proceso”. Se ha decidido presentar un resumen de los principales resultados en lugar de la versión actual completa, ya que este artículo está pendiente de publicación.

González-Ramos, Z., Casadó-Marín, L., Albacar-Riobóo, N., & Zuriguel-Pérez, E. (202X). Emotional care in termination of pregnancy for medical reasons: a phenomenological approach from the woman's perspective.

“Emotional care in termination of pregnancy for medical reasons: a phenomenological approach from the women’s perspective”

Objetivo principal: Conocer las percepciones de las mujeres sobre el cuidado afectivo-emocional recibido durante el proceso de interrumpir el embarazo por causa médica

Métodos: Se realizaron quince entrevistas semiestructuradas y dos grupos de discusión con mujeres que interrumpieron su embarazo por causas médicas. Los datos se recogieron entre agosto y noviembre de 2020 y se analizaron durante 2021 con Atlas.ti 2. Se utilizó el análisis de contenido como técnica para análisis de datos y se organizó la información para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones. Se consultó el SRQR y se siguió la guía COREQ.

Resultados: Los resultados arrojaron una categoría, la atención afectivo-emocional durante el proceso de interrumpir el embarazo por causa médica, y cuatro subcategorías: (I) información, (II) cuidado emocional, (III) aspectos facilitadores y (IV) puntos débiles.

Conclusión: Se identificaron una serie de aspectos que parece que ayudan a gestionar mejor el duelo. De este estudio también emergen demandas específicas de las mujeres sobre el cuidado afectivo-emocional. Se pone de manifiesto la importancia de la figura de las matronas y enfermeras para disminuir el impacto de la interrupción del embarazo sobre la salud mental.



## Principales resultados

Con el objetivo de valorar si la atención asistencial se ajustaba a las necesidades reales, se consideró importante profundizar en la experiencia de las participantes con la atención sanitaria, cómo fue percibida y la valoración que hacen de la misma. Del mismo modo, se indagó en los elementos que consideraron beneficiosos para su salud emocional y aquellos que, por el contrario, creyeron que debían mejorarse.

### (I) Información

La falta de preparación para el momento de realizar la IVE conlleva la necesidad de recibir suficiente información que facilite la gestión emocional del procedimiento.

Se valoró positivamente el recibimiento de información de forma gradual, así como disponer de un recurso (teléfono, correo electrónico...) al que recurrir en caso de dudas o necesitar más aclaraciones. También se percibió como un aspecto positivo disponer en un mismo hospital de diferentes servicios que den respuesta al motivo de la IVE (genética, diagnóstico prenatal, anatomía patológica, etc.).

Por su parte, se percibieron negativamente aspectos como el recibimiento de información con poca asertividad, así como recibir más información de la solicitada (por ejemplo, el sexo del bebé) u obtener información contradictoria entre diferentes profesionales.

### (II) Cuidado emocional

Algunas de las mujeres percibieron un soporte emocional insuficiente en el momento del diagnóstico, entrando en ese momento en un periodo de shock donde tenían que tomar decisiones de forma rápida, sobre todo si se encontraban en una semana de gestación cercana al límite de la legalidad.

En cuanto al parto, agradecieron las muestras de humanidad y empatía percibidas, especialmente al dejarlas pasar tanto tiempo como necesitasen con el bebé. También valoraron positivamente el recibimiento de objetos simbólicos con gran carga emocional, como la caja de recuerdos. Del mismo modo, algunos aspectos relacionados con el no cumplimiento de las expectativas de las mujeres sobre el parto parece que complicaron más el manejo emocional de la IVE (por ejemplo, la elección o no de anestesia).

Tras la IVE por causa médica, el seguimiento emocional fue percibido como insuficiente. Esta percepción la tenían, sobre todo, aquellas mujeres que recibieron este seguimiento por teléfono debido al estado de alarma provocado por la COVID-19. Se les ofrecía volver a terapia cuando quisieran, sin embargo, muchas de las mujeres estuvieron de acuerdo en que se sentían bloqueadas y con dificultad para manifestar la necesidad de ayuda.

### (III) Aspectos facilitadores

Las mujeres hicieron referencia a algunos aspectos que las ayudó a gestionar el proceso de la IVE:

Por un lado, el apoyo directo de la pareja, familia y profesionales, así como la vuelta a la rutina y al trabajo como mecanismo de distracción. En aquellas mujeres que ya eran madres de otros hijos, les ayudó volcarse en ese hijo. En cuanto a las mujeres que tuvieron otro embarazo tras la IVE, también lo señalaron como un aspecto facilitador de la gestión emocional.

Por otro lado, también ayudaron algunas decisiones tomadas en el paritorio como despedirse del bebé, habiendo comprobado la malformación física en aquellos que las tenían, sacar fotos y disponer de objetos significativos (pulsera, gorrito...).

Por último, en cuanto a la espiritualidad, aquellas mujeres que eran fieles a alguna religión encontraron consuelo en ella. Sin embargo, aquellas que no eran creyentes, sintieron la necesidad de explorar terapias alternativas como la meditación o el reiki.

#### (IV) Puntos débiles

A continuación, se presentan aquellos elementos de la atención sanitaria que no se adecuaron a las necesidades emocionales de las mujeres y que, por tanto, son susceptibles de mejora.

En primer lugar, como se ha mencionado previamente, disponer de soporte psicológico el día en el que se les informa del diagnóstico. Consideran también que podría ser beneficioso estar en contacto con otros padres que hayan pasado por esa situación, ya que les ayudaría a tomar decisiones informadas.

En segundo lugar, encontramos aspectos relacionadas con el día de la IVE como no conocer el algoritmo exacto del proceso. También reclamaban una mejor atención sanitaria al padre (conocer su nombre, ofrecerle una sábana o que les venga dieta durante su estancia en el hospital).

En tercer lugar, diez de las quince entrevistadas se refirieron a la dureza de tener que compartir espacios con otras embarazadas, ya sea en los paritorios o en las visitas posteriores.

De forma general, la sensación percibida fue que la atención sanitaria estaba condicionada por el profesional que te la prestaba, por tanto, las mujeres manifestaban la necesidad de que se disponga de un estándar de opciones para que todas puedan tener las mismas posibilidades con respecto a aspectos como la despedida del bebé, la lactancia, anestesia, etc.

En resumen, las mujeres se mostraron satisfechas con aquellos aspectos humanos del cuidado. Sin embargo, parecieron percibir el cuidado carente de alguna manera. En este sentido, los aspectos susceptibles de mejora están relacionados con la necesidad de disponer de sistema de apoyo psicoemocional y espiritual durante todo el proceso, un espacio físico específicos para las mujeres que realizan una IVE por causa médica y, por último, el recibimiento de información sobre el parto y las posibilidades con respecto al parto y a la despedida.

La teoría de las transiciones de Meleis se centra en cómo las personas experimentan y gestionan los cambios a lo largo de su vida. Una IVE por causa médica implica un cambio, una transición compleja en el estado de salud y en la situación reproductiva de la mujer. Como se ha visto, la transición de cada mujer es única y puede experimentarla de manera diferente. Por ello, es importante ofrecer unos cuidados compasivos y respetuosos ante una de las grandes necesidades que plantean: tener autonomía y conocimiento para poder tomar decisiones informadas durante todo el proceso.

La IVE por causa médica supone un periodo emocional no necesariamente lineal, sino con fluctuaciones, por lo que es trascendental contar con sistema de recursos psicoemocionales y espirituales durante todo el proceso. En este contexto, desde los cuidados de enfermería se puede promover la salud mental positiva y bienestar de las personas a través de la identificación y el desarrollo de sus fortalezas y recursos internos. El Modelo Multifactorial de Salud Mental Positiva puede ser aplicada para apoyar a la persona a manejar el estrés y las emociones que puedan surgir durante el proceso, así como para promover su capacidad para adaptarse y enfrentar las dificultades que puedan surgir.



## 6. DISCUSIÓN

## 6. Discusión

La presente tesis doctoral aborda desde un enfoque fenomenológico las experiencias de las mujeres durante el proceso de la IVE por causa médica. Se profundiza en la dimensión emocional para comprender mejor las respuestas de las mujeres y sus necesidades, así como también permite analizar cómo podrían los cuidados de enfermería adaptarse a esta realidad. De esta forma se logra aportar nueva evidencia en el contexto español, y más específicamente en el catalán, acerca del proceso de la IVE por causa médica, la transición que desencadena y el impacto emocional que genera en la mujer.

Si bien los hallazgos han sido presentados y discutidos en cada uno de los artículos, en este capítulo se realiza una discusión general de los principales resultados para ofrecer una visión global de la investigación. Del mismo modo, se presentan las fortalezas y limitaciones de la investigación, las implicaciones para la práctica clínica y se sugieren futuras líneas de investigación.

Recuperando la teoría de Meleis et al. (2000), como se ha visto a lo largo del documento, la IVE por causa médica es una transición, un periodo de vulnerabilidad influido por condiciones personales y ambientales en el cual se han descrito distrés emocional, ansiedad, depresión y shock (Akdag y Terzioglu, 2019; Aktürk y Erci, 2019; Atienza-Carrasco et al., 2020; Irani et al., 2019).

Diversos son los factores que pueden inhibir una transición saludable ya desde el momento del diagnóstico. En primer lugar, se encuentran los imaginarios de la maternidad que son influidos culturalmente (Montes, 2007) y se basan en fantasías y expectativas que la madre crea en su mente antes de establecer un contacto físico. En segundo lugar, aparece lo que en la cultura occidental consideramos el orden natural de la vida y con el que se califica de poco probable que un bebé pueda morir, incluso antes

de nacer (Consonni y Petean, 2013). En tercer lugar, la falsa seguridad que atribuye los riesgos, por un lado, al primer trimestre de embarazo y, por otro lado, a acciones poco saludables de quien históricamente ha sido su responsable: la madre (Palomar, 2005). Por último, la idealización de pruebas como la ecografía, que se perciben como una fuente de ilusión que permite visualizar al bebé, en lugar de una técnica avanzada para detectar estas anomalías (Bijma et al., 2008; Guy, 2018). En este sentido, se hace evidente la necesidad de crear estrategias de preparación y gestión para crear condiciones óptimas para la transición y acompañar como enfermeras a las parejas en este proceso.

La revisión de la bibliografía ha permitido constatar que la transición viene acompañada de diversas respuestas emocionales. Las más frecuentes parecen ser la angustia emocional, ansiedad, depresión y shock (Akdag y Terzioglu, 2019; Aktürk y Erci, 2019; Atienza-Carrasco et al., 2020; Carlsson et al., 2016; Constant et al., 2014; Guy, 2018; Irani et al., 2019; Ramdaney et al., 2015; Ridaura et al., 2017; Rocha et al., 2018; Sun et al., 2018). También se encuentran dolor y duelo asociados con el proceso (Irani et al., 2019; Ramdaney et al., 2015; Ridaura et al., 2017; Sriarporn et al., 2017; Qin et al., 2018) y sentimientos de culpa (Carlsson et al., 2016; Curley y Johnston, 2014; Irani et al., 2019; Kirkman et al., 2017; Maguire et al., 2015), vergüenza y miedo a la recurrencia (Carlsson et al., 2016; Irani et al., 2019), así como gratitud (Guy, 2018) por haber tenido la oportunidad de elegir, condicionada por la situación, realizar la IVE.

En esta investigación, la aproximación cualitativa recoge las emociones mencionadas en la bibliografía y, además, ayuda a matizarlas en relación con la fase del proceso de IVE por causa médica en la que se encuentran las mujeres. De este modo, se ha logrado profundizar en las respuestas emocionales más habituales en el momento del diagnóstico, en la toma de la decisión, antes de llevar a cabo la interrupción y después de ésta. Así, por ejemplo, la culpabilidad antes de la IVE parece estar más relacionada con la toma de



la decisión, sobre todo en gestaciones avanzadas en las que aumentan los movimientos fetales y da la sensación de que el bebé tiene autonomía con respecto al resto del cuerpo (Baena-Antequera y Jurado-García, 2015; Imaz, 2007). Posterior a la IVE viene determinada por la búsqueda, usualmente en la propia mujer, del motivo de la anomalía. Asimismo, el miedo previo a la IVE parece estar relacionado con el parto en aquellas mujeres nulíparas y con enfrentarse a ver al bebé. Por su parte, tras la IVE, el miedo es a la recurrencia (Carlsson et al., 2016; Irani et al., 2019;) y al olvido del bebé. La comprensión del estado emocional en cada fase del proceso es una herramienta de valor para que los profesionales podamos dar respuesta a las necesidades específicas que emergen, ya que permite trabajar la potenciación de los recursos personales de afrontamiento y adaptación, fortaleciendo y manteniendo los niveles de SMP (Lluch-Canut, 2015).

Con relación a las participantes en el estudio que realizaron la IVE justo antes o durante el estado de alarma por la COVID-19, si bien se conoce que tuvo un impacto en la salud y en el cuidado físico y emocional de las mujeres (Diamond y Colaianni, 2022; Rice y Williams, 2022), no hubo un único discurso vivencial. Para algunas mujeres, supuso una vía de escape y evitación para retrasar enfrentarse a la sociedad y al hecho de dar explicaciones con respecto a lo ocurrido. Para otras mujeres, al contrario, fue una exacerbación del sufrimiento al tener más tiempo libre para recordar la IVE y no poder buscar compasión cerca físicamente de algunos de sus seres queridos. No obstante, las mujeres percibieron que la pandemia influyó de forma negativa en su experiencia con la atención sanitaria, ya sea por el recibimiento de las malas noticias estando solas por las restricciones o por el recibimiento del diagnóstico y del seguimiento de forma más breve por vía telefónica.

Por su parte, los resultados también ayudaron a profundizar en el entendimiento de las principales estrategias de adaptación empleadas por las mujeres: los recordatorios del bebé a través de objetos y hablarlo con seres queridos, la estrategia de evitación mediante la concentración de la energía hacia otros hijos, el apoyo social, el desvío de la atención o la búsqueda de referencias similares (Lafarge et al., 2013; Obst et al., 2021; Qin et al., 2019).

En cuanto a las necesidades afectivo-emocionales que emergen del proceso, también son diversas en función de cada mujer. Sin embargo, de forma general, parece que las necesidades se pueden englobar tal y como se describen a continuación. Por un lado, surge la necesidad de apoyo e implicación de las personas cercanas en el proceso, sobre todo de la pareja (Aghakhani et al., 2018; Kamranpuor et al., 2019; Maguire et al., 2015). El respeto por la decisión de interrumpir de parte de los profesionales y de las personas cercanas, así como el hecho de que la decisión sea compartida con la pareja están asociados con un impacto psicológico positivo (González-Ramos, Zuriguel-Pérez, Albacar-Riobóo et al., 2021).

Por otro lado, se encuentra la necesidad de recibir un buen asesoramiento con toda la información necesaria para cada mujer (Carlsson et al., 2016; Hodgson et al., 2016; Kerns et al., 2018). Esto fomenta la autonomía con respecto al parto y la despedida, ayudando en la gestión emocional del proceso, ya que cada madre toma decisiones informadas de acuerdo con sus deseos. Las mujeres reclaman ser partícipes y esperan que se les ofrezca todo un abanico de opciones relacionados con el proceso y el parto (anestesia, cuidados post mortem, donar leche, cementerio, etc.).

En este sentido, muchas de las opciones anteriormente relacionadas dependen del hospital o del profesional que da atención a las mujeres. Por tanto, manteniendo el enfoque individual de cada caso, surge la necesidad de estandarizar las diferentes posibilidades que son ofrecidas de acuerdo con la evidencia científica disponible. Gawron y Watson (2017), ya relacionaron la interrupción del embarazo por indicaciones fetales con los principios bioéticos. Con la estandarización de las diferentes posibilidades, se favorecería también que se cumpliera el principio de justicia y todas las mujeres tendrían el mismo derecho a beneficiarse del impacto positivo que puede tener la autonomía en la toma de decisiones con respecto al proceso de la IVE sobre la salud mental. Además, podría tener un impacto positivo en la transición, ya que las mujeres podrían conocer con cierta antelación cuáles son sus opciones y estar preparadas al respecto (vestir, fotografiar, etc.).

Siguiendo con la atención sanitaria, es difícil establecer un patrón de actuación que ayude a dar respuesta a todas estas necesidades emocionales, aunque parece que hay una satisfacción generalizada con los aspectos humanos como el trato recibido y la empatía. No obstante, los resultados de esta investigación sugieren que existen algunas carencias en cuanto a la estructura y organización del sistema sanitario. Estas carencias hacen alusión, en primer lugar, a la idoneidad de un sistema de apoyo psicoemocional profesional que ayude a gestionar las diferentes emociones que surgen en cada fase del proceso y no sólo tras la IVE. En segundo lugar, hay evidencia sobre el entendimiento de la IVE con una finalidad o propósito de Dios en las mujeres que son fieles a una religión (Consonni y Petean, 2013). En nuestro estudio, aquellas mujeres que no son creyentes en ninguna religión refieren un vacío espiritual existencial y la sensación de soledad que experimentan en la búsqueda de recursos que puedan paliar ese vacío, por lo que, como parte del cuidado holístico de las mujeres y atendiendo a la dimensión espiritual, se hacen necesarios recursos espirituales tras la interrupción. Por último, si bien es cierto que no

se puede evitar la confrontación con la realidad social en la cual hay embarazadas y recién nacidos, parece importante, como profesionales de instituciones del cuidado, disponer de un espacio físico específico para las mujeres que interrumpen.

La realización de una investigación cualitativa en línea planteaba un reto al abordar un tema tan sensible y personal mediante videoconferencias. Cabe destacar que se pudo entrar de lleno en el campo fenomenológico de la persona, creándose una atmósfera confesional (Janghorban et al., 2014) y añadiendo a la narrativa elementos personales de los que quizá no hubiesen dispuesto en otro entorno (hijos o tatuajes, mascotas, espacios íntimos, cajas de recuerdos, fotos...). Tal y como recogen otros autores (Dodds y Hess, 2020; Woodyatt et al., 2016), en los grupos de discusión se debatió en profundidad y con franqueza, lo que se podría deber a la creación de un grupo en un entorno más anónimo que genera mayor seguridad para compartir vivencias. Del mismo modo, la investigación en línea resultó positiva porque supuso mayor flexibilidad geográfica y horaria, permitiendo participantes que en otras circunstancias no hubiesen sido posible (Daniels et al., 2019).

A lo largo de la investigación se ha mostrado la consistencia de los resultados con la teoría de Meleis et al., (2000). Para profundizar en la comprensión del periodo transicional, ha sido útil conocer cómo experimentan y gestionan las mujeres el cambio en su salud y bienestar, así como se ha puesto al descubierto el periodo de vulnerabilidad que supone la IVE por causa médica. Se presenta a la enfermera y matrona como figuras idóneas para valorar las condiciones personales, comunitarias y sociales de cada mujer y poder trabajarlas para dirigir las hacia la salud mental positiva, así como para acompañar a la pareja, aliviar los síntomas y dar soporte. En este sentido, se ha demostrado también cómo se enriquecen mutuamente la teoría de las transiciones de Meleis y el Modelo

Multifactorial de SMP de Lluch-Canut. La primera es útil para analizar los diferentes factores que afectan el bienestar psicológico de la mujer y la segunda para potenciar los recursos y habilidades personales para afrontar la IVE por causa médica.



## 7. FORTALEZAS, LIMITACIONES, IMPLICACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

## 7. Fortalezas, limitaciones, implicaciones y futuras líneas de investigación

### 7.1 PRINCIPALES FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Las fortalezas del estudio vienen dadas, sobre todo, por aspectos relacionados con la metodología y la calidad del dato.

Por una parte, se ha podido incluir el discurso de mujeres con características sociodemográficas muy diversas, ya que, de forma no intencional, la muestra ha cubierto varios grupos demográficos. De la misma manera sucede con las causas de realización de la IVE, puesto que la mayoría de las participantes han realizado la IVE por diferentes diagnósticos.

Por otra parte, la recogida de datos en línea ha permitido incluir participantes de fuera del área metropolitana de Barcelona y de otras provincias de Cataluña que, de haberse realizado de forma presencial, quizá no hubiesen dispuesto del tiempo o flexibilidad horaria necesaria. Asimismo, la investigación en línea ha permitido la entrada en el campo fenomenológico de la mujer y ha favorecido la expresión y la introducción de otros recursos que, además, enriquecían el relato. Si bien la vivencia de la IVE coincidiendo con la pandemia pudo condicionar el relato, sirvió para conocer el impacto que tuvo en la vivencia emocional del proceso.

Por último, ante un tema de estudio de especial sensibilidad, se considera una fortaleza por la seguridad que podía generar para las participantes el hecho de disponer de la posibilidad de hablar con una experta en duelo perinatal en caso de que lo requiriesen en cualquier momento de la investigación.



## 7.2 PRINCIPALES LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del estudio están discutidas de forma individual dentro de cada artículo.

No obstante, cabe subrayar brevemente las principales limitaciones de esta investigación.

En primer lugar, con relación al *scoping review*, es necesario mencionar la complejidad en la búsqueda en las diferentes bases de datos, ya que en la literatura, especialmente la anglosajona, se usan acrónimos y terminología muy diversa y con diferentes connotaciones para aludir aspectos relacionados con interrupción del embarazo (anexo 6). Por ello, a pesar de la rigurosidad con la que se llevó a cabo el estudio, es posible que no se detectaran todos los artículos susceptibles de ser incluidos.

En segundo lugar, la principal limitación del estudio fue la imposibilidad de incluir como participantes a mujeres que hubiesen interrumpido por motivo de riesgo para la salud de la embarazada. Bajo este supuesto, la muestra de la que se disponía había realizado la IVE para proteger la salud mental de la madre por causa de algún diagnóstico de trastorno de salud mental severo, lo cual era un criterio de exclusión de nuestro estudio. No parecía indicado éticamente favorecer la rememoración del proceso en personas de especial vulnerabilidad.

En tercer lugar, varias de las participantes realizaron la IVE justo antes o durante la pandemia. Las singularidades propias de la pandemia han podido influir en la percepción de la atención sanitaria y en los cuidados recibidos.

### 7.3 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA, DOCENCIA Y GESTIÓN

A continuación, se indican las principales implicaciones para la práctica asistencial, la docencia y la gestión.

Para una buena atención sanitaria y el ofrecimiento de un cuidado integral, los profesionales que atienden a las mujeres que realizan una IVE necesitan tener conocimientos profundos sobre el impacto que tiene la IVE en las vidas de las mujeres, las principales emociones emergentes y las necesidades que surgen a lo largo del proceso. Para que ello suceda, se considera necesario que a) se amplíe la formación específica acerca de la IVE, el duelo que conlleva y facilitadores de la gestión emocional, en las guías docentes de grado, en la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica y en los centros sanitarios que presten atención a esta población; b) se amplíen y diversifiquen los recursos para el abordaje emocional de las mujeres (y sus parejas) tras la IVE. Además, el proceso expresado por las mujeres y su deseo de ser partícipes en la experiencia y tomar decisiones fundamentadas, convierte a enfermeras y matronas en las profesionales indicadas para guiarlas y empoderarlas en la toma de decisiones que, como hemos visto a lo largo del presente documento, tendrán un impacto en su salud física, mental, social y emocional.

Por otro lado, se considera oportuno que, desde los organismos oficiales del Estado o de las comunidades autónomas, se realicen esfuerzos para dar visibilidad a otras realidades del embarazo como las anomalías fetales o los embarazos de riesgo para la salud de la mujer. Este tipo de campañas sería útil, por un lado, para fomentar el conocimiento en las parejas que esperan un bebé y prepararlas mejor para estos posibles desenlaces y, por otro lado, para disminuir el tabú social que acentúa el malestar de las personas que pasan por una IVE por causa médica.

Por último, desde las instituciones sanitarias se debería promover el diseño de intervenciones enfermeras que ayuden a disminuir el impacto de la IVE por causa médica sobre la salud mental.

#### 7.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las futuras líneas de investigación derivadas de los resultados de esta tesis doctoral y que se proponen con el objetivo de que puedan inspirar futuras investigaciones, son las siguientes:

1. Realizar estudios que se adapten metodológicamente y que cuenten con los recursos necesarios para valorar las necesidades afectivo-emocionales de las mujeres que realizan una IVE por causa médica psiquiátrica, ya que sus necesidades pueden ser significativamente diferentes.
2. Estudiar las necesidades afectivo-emocionales específicas de mujeres que realizan la IVE por una causa médica concreta (feto incompatible con la vida o anomalía fetal, por ejemplo). La afectividad subyacente podría variar en relación con la supervivencia esperada para el feto.
3. Realizar estudios fenomenológicos que aborden las necesidades afectivo-emocionales desde la perspectiva del progenitor no gestante, así como en común de ambos progenitores. De esta forma se podría conocer cómo el sistema de salud puede dar una atención más completa a la familia.

4. Analizar factores predictores de impacto emocional en la IVE para establecer relaciones causales relacionadas con características demográficas y obstétricas. Por ejemplo, relación entre religión y sentimiento de culpabilidad por la IVE, primera experiencia de maternidad y mayor grado de ansiedad tras la IVE, etc.
  
5. Por último, diseñar una intervención enfermera que ayude a disminuir el impacto de la IVE por causa médica sobre la salud mental. En este sentido, cabe destacar que en base a la evidencia disponible y a la obtenida a través de esta investigación, tras la finalización de esta tesis doctoral, se destinarán esfuerzos a diseñar una intervención enfermera de SMP, tomando como referente el modelo de la Dra. Lluch.



## 8. CONCLUSIONES

## 8. Conclusiones

A continuación, se recogen las principales conclusiones de esta tesis doctoral, que dan respuesta a los objetivos planteados inicialmente:

1. La evidencia científica revisada señala que las principales emociones subyacentes a la IVE por causa médica son estrés emocional, ansiedad, depresión y shock, seguido de sentimientos de duelo y dolor, culpa y vergüenza, miedo a la recurrencia y agradecimiento por haber tenido la oportunidad de tomar una decisión.

2. Se identifican diferencias entre las mujeres con historia previa de aborto o pérdida gestacional y las que no:

- Las mujeres con experiencia previa de algún tipo de pérdida gestacional o IVE por causa médica parecen experimentar mayor grado de discomfort emocional y desconfianza en el proceso de gestación.

- Las mujeres sin experiencia previa de pérdidas gestacionales o IVE por causa médica, no estaban preparadas para recibir resultados anormales, presentando una escasa preparación saludable a la transición maternidad-IVE.

3. Las mujeres experimentan discomfort emocional cuando desconocen la causa de la anomalía. Asimismo, aumenta la culpabilidad cuando no es posible establecer una relación causal.

4. Las principales necesidades manifestadas por las mujeres hacen alusión a un sistema que brinde apoyo psicoemocional profesional y recursos psicoespirituales, un espacio físico específico para mujeres que realizan una IVE y el ofrecimiento de información sobre el procedimiento del parto y las posibilidades con respecto al parto y a la despedida.

5. Es necesario favorecer las decisiones informadas: brindar información a las mujeres, explicarles pros y contras según la evidencia científica y ofrecerles las opciones disponibles en cada fase del proceso para que valoren lo que es mejor para ellas, ya que les ayudará a gestionar la transición de forma más saludable.
6. No hay cuidados estándares que cubran todas las necesidades emocionales, pero sí hay aspectos que ayudan a favorecer una transición saludable. La satisfacción con la atención sanitaria parece estar relacionada con aspectos del cuidado, comprensión y compasión, información, participación en la toma de decisiones y el ofrecimiento de orientación para afrontar la situación.
7. La experiencia de las mujeres con los profesionales de salud tiene un gran impacto en la vivencia del proceso de la IVE por causa médica.
8. Desde los cuidados de enfermería se puede promover la SMP y bienestar de las personas a través de la identificación y el desarrollo de sus fortalezas y recursos internos.
9. Se encontraron varias estrategias principales de adaptación tras la interrupción: recordar al bebé a través de objetos o hablando con seres queridos, apoyo social, desviar la atención de la experiencia (vuelo a la rutina o nuevos hobbies) y búsqueda de referencias similares.
10. El confinamiento por COVID-19 fue percibido de forma diferente por las mujeres que interrumpieron justo antes o durante la pandemia. Para algunas mujeres sirvió como mecanismo para evadirse y procesar el duelo, mientras que, para otras, fue un recordatorio constante.



11. La investigación cualitativa en línea ofrece un gran potencial para profundizar en temas sensibles de investigación, manteniendo una buena calidad del dato y aportando matices de proximidad con las participantes.



## Referencias bibliográficas

- Aghakhani, N., Cleary, M., Zarei, A., & Lopez, V. (2018). Women's attitudes to safe-induced abortion in Iran: Findings from a pilot survey. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 61–64. <https://doi.org/10.1111/jan.13393>
- Akdag Topal, C., & Terzioglu, F. (2019). Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 618–623. <https://doi.org/10.1111/ppc.12380>
- Aktürk, Ü., & Erci, B. (2019). The Effect of Watson's Care Model on Anxiety, Depression, and Stress in Turkish Women. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 127–134. <https://doi.org/10.1177/0894318419826257>
- Albacar Riobóo, N. (2014). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb Esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://www.tdx.cat/handle/10803/294732>
- Atienza-Carrasco, J., Linares-Abad, M., Padilla-Ruiz, M., & Morales-Gil, I. M. (2020). Experiences and outcomes following diagnosis of congenital foetal anomaly and medical termination of pregnancy: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7–8), 1220–1237. <https://doi.org/10.1111/jocn.15162>
- Baena-Antequera, F. y Jurado-García, E. (2015). La mujer ante la finalización de la gestación por anomalías fetales: Caso clínico. *Enfermería Clínica*, 25(5), 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.07.003>

- Bijma, H. H., van der Heide, A., & Wildschut, H. I. J. (2008). Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reproductive Health Matters*, 16, 82–89  
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31372-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31372-X)
- Cabero Roura, L. (2009). Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Prog Obstet Ginecol*, 52(1), 67–68. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)70147-5](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)70147-5)
- Cabero Roura, L. y miembros de la Comisión de Bioética de la SEGO (2011). Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Prog Obstet Ginecol*, 54(2), 96–99. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.11.005>
- Carlsson, T., Bergman, G., Karlsson, A.-M., Wadensten, B., & Mattsson, E. (2016). Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly: A qualitative study of virtual community messages. *Midwifery*, 41, 54–60.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.001>
- Consonni, E. B., & Petean, E. B. (2013). Loss and grieving: The experiences of women who terminate a pregnancy due to lethal fetal malformations. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2663–2670. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900021>
- Constant, D., de Tolly, K., Harries, J., & Myer, L. (2014). Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception*, 90(3), 226-233.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.009>

- Curley, M., & Johnston, C. (2014). Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 32(3), 304–320. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.879566>
- Daniels, N., Gillen, P., Casson, K., & Wilson, I. (2019). STEER: Factors to Consider When Designing Online Focus Groups Using Audiovisual Technology in Health Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1609406919885786. <https://doi.org/10.1177/1609406919885786>
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2014). *Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs*. [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1517/protocol\\_ive\\_63\\_dies\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1517/protocol_ive_63_dies_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Diamond, R. M., & Colaianni, A. (2022). The impact of perinatal healthcare changes on birth trauma during COVID-19. *Women and Birth*, 35(5), 503–510. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.003>
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103–157. <https://doi.org/10.1007/BF01207052>
- Dodds, S., & Hess, A. C. (2020). Adapting research methodology during COVID-19: lessons for transformative service research. *Journal of Service Management*, 32(2), 203–217. <https://doi.org/10.1108/JOSM-05-2020-0153>

- Ferré-Grau, C., Raigal-Aran, L., Lorca-Cabrera, J., Ferré-Bergadá, M., Lleixà-Fortuño, M., Lluch-Canut, M. T., Puig-Llobet, M., & Albacar-Riobóo, N. (2019). A multi-centre, randomized, 3-month study to evaluate the efficacy of a smartphone app to increase caregiver's positive mental health. *BMC Public Health*, *19*(1), 888.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7264-5>
- Gawron, L. M., & Watson, K. (2017). Documenting moral agency: a qualitative analysis of abortion decision making for fetal indications. *Contraception*, *95*(2), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.08.020>
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Albacar-Riobóo, N., & Casadó-Marín, L. (2021). The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery*, *103*.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103095>
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E. y Casadó-Marín, L. (2021). Investigación cualitativa en tiempos de COVID-19: una experiencia de adaptación metodológica. *Revista Rol de enfermería*, *44*(11–12), 753–759. <https://e-rol.es/investigacion-cualitativa-en-tiempos-de-covid-19-una-experiencia-de-adaptacion-metodologica/>
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Collado-Palomares, A., & Casadó-Marín, L. (2022). ‘My biggest fear is that people will forget about him’: Mothers’ emotional transitions after terminating their pregnancy for medical reasons. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16504>
- Guy, B. (2018). I Poems on Abortion: Women’s Experiences With Terminating Their Pregnancies for Medical Reasons. *Women’s Reproductive Health*, *5*(4), 262–276.  
<https://doi.org/10.1080/23293691.2018.1523115>

Servicio Canario de Salud. (2012) *Protocolo de actuación aborto inducido*. Comunidad Autónoma de Canarias.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>

Hodgson, J., Pitt, P., Metcalfe, S., Halliday, J., Menezes, M., Fisher, J., Hickerton, C., Petersen, K., & McClaren, B. (2016). Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: A qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56(6), 605–613.

<https://doi.org/10.1111/ajo.12501>

Hurtado-Pardos, B., Moreno-Arroyo, C., Casas, I., Lluch-Canut, T., Lleixà-Fortuño, M., Farrés-Tarafa, M., & Roldán-Merino, J. (2017). Positive Mental Health and Prevalence of Psychological Ill-Being in University Nursing Professors in Catalonia, Spain. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 55(7), 38–48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170619-06>

Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y filosofía fenomenológica* (J. Gaos, Trans.) Universidad nacional autónoma de México (Trabajo original publicado en 1913)

Imaz Martínez, M.E. (2007). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. [Tesis doctoral, Universidad del País Vasco]. Archivo digital. <http://hdl.handle.net/10810/12245>

- Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S. M. A., Ebrahimipour, H., & Tara, F. (2019). Emotional and Cognitive Experiences of Pregnant Women Following Prenatal Diagnosis of Fetal Anomalies: A Qualitative Study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(1), 22–31. <https://doi.org/doi:10.30476/IJCBNM.2019.40843>
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health [conceptos actuales de salud mental positiva]*. Basic Books.
- Janghorban, R., Roudsari, R. L., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>
- Kamranpour, B., Noroozi, M., & Bahrami, M. (2019). Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health*, 19(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6851-9>
- Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., & Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 101(10), 1859–1864. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.012>



- Kirkman, M., Apicella, C., Graham, J., Hickey, M., Hopper, J. L., Keogh, L., Winship, I., & Fisher, J. (2017). Meanings of abortion in context: accounts of abortion in the lives of women diagnosed with breast cancer. *BMC Women's Health*, 17, 1–10.  
<https://doi.org/10.1186/s12905-017-0383-1>
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, 23(7), 924–936. <https://doi.org/10.1177/1049732313484198>
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2014). Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 191–201. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44799-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44799-2)
- Lavelanet, A. F., Schlitt, S., Johnson, B. R., & Ganatra, B. (2018). Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1), 44.  
<https://doi.org/10.1186/s12914-018-0183-1>
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 166, de 12 de julio de 1985.  
<https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010.  
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 227, de 22 de septiembre de 2015.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

*Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry (1st Ed)*. Sage.

Llavoré Fàbregas, M., López García, S., Marí Guasch, M., Martín Ancel, A., Pi-Sunyer Peyri, T., Rueda García, C., Valls Puente, E., (2019). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal (2.ª ed.)*. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.

<http://hdl.handle.net/11351/3323.3>

Lluch Canut, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa.

<http://hdl.handle.net/10803/2366>

Lluch Canut, M.T. (2005). La promoción de la salud mental en los cuidados de enfermería. *Presencia Revista de Enfermería de Salud Mental*. 1(2).

<http://www.index-f.com/presencia/n2/19articulo.php>

Lluch Canut, M.T. (2011). Decálogo de Salud Mental Positiva. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/20062>

- Lluch Canut, M.T. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (1): 23-26. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2015.1.23>
- Lluch Canut, M.T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., & Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio- demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13(928). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234–239. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.015>
- Mantas Jiménez, S., Juvinyà i Canal, D., Bertran i Noguera, C., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. (2015). Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 34-42. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a05.pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12– 28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2021.*

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2021.pdf)

Montes Muñoz, M.J. (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/10803/8421>

Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2021). Men's experiences and need for targeted support after termination of pregnancy for foetal anomaly: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17–18), 2718–2731.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15786>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Invertir en salud mental.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9241562579>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 17 de Junio). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Palomar Verea, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *La Ventana. Revista de Estudios de Género* 3(22), 35–67.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&tlng=es)
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Qin, C., Chen, W.-T., Deng, Y., Li, Y., Mi, C., Sun, L., & Tang, S. (2019). Cognition, emotion, and behaviour in women undergoing pregnancy termination for foetal anomaly: A grounded theory analysis. *Midwifery*, 68, 84–90.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.006>
- Qin, C., Chen, W.-T., Deng, Y., Liu, X., Wu, X., Sun, M., Gong, N., & Tang, S. (2018). Factors in healthcare violence in care of pregnancy termination cases: A case study. *PloS One*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206083>
- Ramdane, A., Hashmi, S. S., Monga, M., Carter, R., & Czerwinski, J. (2015). Support Desired by Women Following Termination of Pregnancy for a Fetal Anomaly. *Journal of Genetic Counseling*, 24(6), 952–960. <https://doi.org/10.1007/s10897-015-9832-x>
- Real Academia Española. (s.f.). Bebé. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 5 de diciembre de 2022, de <https://dle.rae.es/bebé?m=form>

- Rice, K. F., & Williams, S. A. (2022). Making good care essential: The impact of increased obstetric interventions and decreased services during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth*, 35(5), 484–492.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.10.008>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43–48.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Rocha, J., Nunes, C., Leonardo, A., Correia, M. J., Fernandes, M., Paúl, M. C., & Almeida, V. (2018). Women generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis result: randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 21(4), 453-459. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0822-5>
- Rodríguez Pérez, M. Á., Prats Rodríguez, P., Fournier Fisas, S., Ricart Calleja, M., Echevarria Tellería, M., Comas Gabriel, C., y Serra Zantop, B. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico Prenatal*, 24(1), 11–14.  
<https://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>
- Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, M. T., Casas, I., Sanromà-Ortíz, M., Ferré-Grau, C., Sequeira, C., Falcó-Pegueroles, A., Soares, D., & Puig-Llobet, M. (2017). Reliability and validity of the Positive Mental Health Questionnaire in a sample of Spanish university students. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 24(2–3), 123–33.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12358>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719–727.  
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>

- Sánchez Ortega, M. A. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.  
<http://hdl.handle.net/2445/101363>
- Sanromà Ortiz, M. (2016). *Evaluación de un programa de empoderamiento para potenciar y desarrollar conductas promotoras de salud y salud mental positiva en estudiantes de enfermería. “Dinamiza la Salud: Cuidate y Cuida”*. [Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.  
<http://hdl.handle.net/2445/100547>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image the journal of nursing scholarship*, 26(2), 119–127.  
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359(1449), 1379–1381. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1513>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2019). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(5), 483–492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>

- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sa, L., Lluch canut, M. T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*, 11, 45–53.  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/144807/1/650125.pdf>
- Serrano Navarro, J.R., López Arregui, E., Mari Juan, J.M., Rey Novoa, M., Gutiérrez Ales, J. y Lertxundi Barañano, R. (2019) *Guía para la interrupción voluntaria del embarazo*. Sociedad Española de Contracepción.  
[https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR\\_IVE\\_JRamonSerrano\\_FIRM\\_ADO.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_IVE_JRamonSerrano_FIRM_ADO.pdf)
- Servei Català de la Salut. (2018). *Interrupció voluntària de l'embaràs*.  
<https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/interrupcio-voluntaria-embaras/>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. & Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute  
<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Soares de Carvalho, D. (2018). *Efectividad de un programa de Promoción y Prevención en Salud Mental Positiva en estudiantes de Grado de Enfermería. Análisis cuantitativo y cualitativo*. [Tesis Doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/20.500.11797/TDX2793>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO]. (2017). *Aborto espontáneo. Protocolos Asistenciales en Obstetricia*. <http://www.sego.es/>



- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO]. (2019). Guía para para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *Prog Obstet Ginecol* 62(4), 410-420. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n4/14.pdf>
- Sriarporn, P., Turale, S., Lordee, N., Liamtrirat, S., Hanpra, W., & Kanthino, A. (2017). Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study. *Nursing & Health Sciences*, 19(1), 75–80. <https://doi.org/10.1111/nhs.12307>
- Sun, S., Li, J., Ma, Y., Bu, H., Luo, Q., & Yu, X. (2018). Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities requiring pregnancy termination: a randomized controlled trial in China. *International Journal of Nursing Practice*, 24. <https://doi.org/10.1111/ijn.12614>
- Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C. A. da C., Lluch i Canut, M. T., & Ferré- Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health Soc Care Community*, 27(5), 12776. <https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Woodyatt, C. R., Finneran, C. A., & Stephenson, R. (2016). In-Person Versus Online Focus Group Discussions: A Comparative Analysis of Data Quality. *Qualitative Health Research*, 26(6), 741–749. <https://doi.org/10.1177/1049732316631510>



## Difusión de la investigación

### Comunicaciones

- Póster “The emotional needs of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review”. 14ª Jornada Científica Vall d’Hebron Institut de Recerca. Diciembre 2020.
- Póster “Las respuestas emocionales de las mujeres al interrumpir un embarazo por razones médicas”. XXV Encuentro Virtual Internacional de Investigación en Cuidados. Instituto de salud Carlos III. Madrid 2021.

### Seminario

- Webinar: III Jornadas Doctorales. Interrupción del embarazo por causa médica: Valoración de las necesidades afectivo-emocionales y promoción de la Salud Mental Positiva. Universidad Rovira y Virgili (Tarragona). Abril 2021.
- Presentación de parte de los resultados en la asignatura Investigación en Enfermería desde la Perspectiva de Género del Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Octubre 2022.

### Publicaciones científicas


- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Albacar-Riobóo, N., & Casadó-Marín, L. (2021). The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103095>  
ISI Journal Citation Reports 2021: 31/125 (NURSING – SCIE), 29/123 (SSCI)  
Impact Factor: 2.640 Quartile in category: Q1

- González Ramos Z, Zuriguel Pérez E, y Casadó Marín L. (2021). Investigación cualitativa en tiempos de covid-19: una experiencia de adaptación metodológica. *Revista Rol de enfermería*, 44(11-12): 753-759.  
Journal Citation Indicator (JCI) 182/182    Quartile in category: Q4
  
- González-Ramos, Z., Zuriguel-Pérez, E., Collado-Pallarés, A., & Casadó-Marín, L. (2022). “My biggest fear is that people will forget about him”: Mothers’ emotional transitions after terminating their pregnancy for medical reasons. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16504>  
ISI Journal Citation Reports 2021: 4/125 (Nursing-SCIE); 4/123 (Nursing SSCI)  
Impact Factor: 4.423    Quartile in category: Q1
  
- González-Ramos, Z., Casadó-Martín, L., Albacar-Riobóo, N., & Zuriguel-Pérez, E. (202X). Emotional care in termination of pregnancy for medical reasons: a phenomenological approach from the woman's perspective.  
Pendiente de publicación.



Anexos

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE NOTIFICACIÓN IVE.



## NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D 831/2010

**ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO. ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA. NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRÉADOS.**

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: \_\_\_\_\_  
 ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

CÓDIGO DE CENTRO: \_\_\_\_\_

IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE:  SI  NO

**A. DATOS DE LA EMBARAZADA**

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> DIA:   MES:   AÑO:	<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b> PROVINCIA:   MUNICIPIO:   CODIGO POSTAL:
<b>CONVIVENCIA</b> 1 SOLA 2 EN PAREJA 3 CON PADRES/FAMILIARES 4 OTRAS PERSONAS 5 NO CONSTA 1 Con Hijos 2 Sin Hijos	RESIDE FUERA DE ESPAÑA:   PAÍS DE RESIDENCIA:
<b>PAÍS DE NACIMIENTO</b> NACIONALIDAD:   DOBLE NAC.:	<b>AÑO DE LLEGADA</b> AÑO:   MES:
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)</b> 1 ANalfabetA/SIN ESTUDIOS 2 PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES) 3 ESO Y EQUIVALENTES 4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES 5 ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES 6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS 7 NO CONSTA	

¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? SI 1 NO 2

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios):  
 1 PAREJA 2 FAMILIARES 3 OTROS INGRESOS 4 NO CONSTA

<b>SITUACIÓN LABORAL</b> 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA 3 PENSIONISTA 4 ESTUDIANTE 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO 7 OTRAS 8 NO CONSTA	Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD:   FECHA DEL ÚLTIMO PARTO: MES:   AÑO:   Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL:   FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO: MES:   AÑO:
¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SI NO	¿DE QUÉ TIPO? (4) (Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos) 1 NATURALES 2 BARRERA 3 MECÁNICOS 4 HORMONALES 5 MÉTODOS DEFINITIVOS 6 OTROS MÉTODOS

**B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN**

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO? 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO 3 OTROS	1 TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO 2 AMIGOS/FAMILIARES 3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN 4 INTERNET 5 NO CONSTA
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO:	FECHA DE LA INTERVENCIÓN (6): DIA:   MES:   AÑO:

MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO 1 A PETICIÓN DE LA MUJER 2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA 3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE	CAUSA RIESGO PARA LA EMBARAZADA:   RIESGO FETAL:
--	--

MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN MÉTODO QUIRÚRGICO:   MÉTODO FARMACOLÓGICO:   OTROS MÉTODOS, ESPECIFICAR:	1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN 3 MIFEPRISTONA 4 PROSTAGLANDINAS 5
--	--

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.

## ANEXO 2. AUTORIZACIÓN DRA. LLUCH-CANUT.

### **PERMISO DE UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA-SMP**

**(Lluch, 1999)**

En calidad de autora del Cuestionario de Salud Mental Positiva-SMP (Lluch, 1999) manifiesto que he sido informada y doy mi autorización para el uso del cuestionario SMP en un estudio titulado *“Interrupciones del embarazo por causa médica: Valoración de las necesidades afectivo-emocionales de las mujeres y promoción de la Salud Mental Positiva”*, que va a ser realizado por la **Sra. Zuleika C. González Ramos**, en el contexto de una tesis doctoral dirigida por las Dras. Esperanza Zuriguel Pérez y Lina Cristina Casadó Marín, dentro del programa de doctorado Enfermería y Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Se señala que en ningún caso se autoriza cambio alguno en el contenido o en la estructura multifactorial del cuestionario SMP y deberá mantenerse la estructura propuesta por su autora en la versión original. Y, en todo caso, si fuera necesario hacer cambios deberán consultar con la autora del cuestionario.

Atentamente,



Profesora Dra. Mª Teresa Lluch Canut  
Universidad de Barcelona  
DNI: 36965495X

Barcelona (España), 22 de noviembre de 2019.

### ANEXO 3. GUIÓN ENTREVISTAS.

#### Datos sociodemográficos:

- Fecha de nacimiento y edad:
- Lugar de nacimiento. Si es migrante, itinerario migratorio.
- Lugar de residencia:
- Estado civil:
- Estudios:
- ¿Actualmente trabaja? ¿De qué?
- Religión/otras creencias:

#### Datos obstétricos:

¿Cuántos hijos tiene?, ¿de qué edades?

Previamente a la IVE, ¿algún otro aborto? (espontáneo o voluntario)

¿Sabe cuál fue el motivo por el que le interrumpieron el embarazo?

Explorar:

- Motivo de la IVE:
- Edad gestacional:
- ¿Le realizan algún seguimiento tras la IVE? En caso afirmativo, ¿cuál?, servicio.

#### Reproducción y maternidad:

Me gustaría explorar con usted los significados de la maternidad.

¿Qué sintió usted en el momento que le dijeron que estaba embarazada?

A partir de ahí, explorar:

- ¿Fue un embarazo buscado?
- ¿Cómo recibió la noticia del embarazo?
- ¿Cuáles eran sus preocupaciones durante el embarazo?
- ¿Le gustaría volver a quedarse embarazada?



IVE:

- ¿Cómo se enteró de \_\_\_\_ (causa médica de la IVE)?
- Tras conocer \_\_\_\_ (causa médica de la IVE), ¿se planteó no realizar la IVE?
- ¿Pidió consejo a alguien cercano sobre qué decisión tomar?, ¿a quién?
- ¿Cuál era su principal preocupación con respecto a la IVE?

Explorar:

- ¿Tenía algún tipo de trastorno de la salud mental previo a la IVE (ansiedad, depresión...)?
- ¿Desarrolló síntomas de estrés, ansiedad o depresión en los días previos a la IVE?
- ¿Ha desarrollado síntomas de estrés, ansiedad o depresión después de la realización de ésta?
- ¿Habla con naturalidad de la IVE con las personas que le rodean?
- ¿Se ha sentido culpable por la realización de la interrupción?
- ¿Considera que la IVE ha afectado a su salud mental?
- ¿Considera que la IVE ha afectado a su vida personal? ¿Y a su vida social?

Salud Mental Positiva:

- ¿Cómo te sientes contigo misma tras la IVE?
- ¿Cómo te sientes con respecto al futuro?
- ¿Crees que la IVE ha afectado tu manera de ver los problemas de los demás?
- ¿Crees que eres capaz de mantener tu equilibrio personal ante situaciones adversas?
- ¿Te preocupa la opinión que la gente pueda tener de ti?
- ¿Cómo te influye la opinión de los demás a la hora de tomar tus propias decisiones?
- ¿Piensas que la IVE ha afectado a tu capacidad de responder ante problemas?

- ¿Empatizas con las vivencias de otras mujeres que han pasado por una IVE?
- ¿Crees que te puedes relacionar abiertamente con tu equipo sanitario?

Atención sanitaria:

- ¿Considera que recibió suficiente información sobre la situación médica previo a la IVE?
- ¿Considera que recibió un buen asesoramiento para la toma de la decisión?
- ¿Se tuvieron en cuenta sus necesidades emocionales desde el momento del diagnóstico hasta la realización de la IVE?
- ¿Se sintió acompañada por los profesionales de la salud?
- ¿Hay algo que cree que no se tuvo en cuenta y que es importante?
- ¿Cree que es suficiente el seguimiento que se realiza tras la IVE?
- En general, ¿está contenta con la atención recibida por parte de los profesionales de la salud?
- ¿Hay alguna cosa relacionada con los profesionales de la salud que le hubiese gustado que fuese diferente? ¿Cuál?

ANEXO 4. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS EMERGENTES.

Categorías	Subcategorías	Descripción
1. Maternidad	Significado de maternidad	Representación y deseo de la maternidad en sus vidas
	Preocupaciones	Principales miedos relacionados con el embarazo
2. IVE por causa médica	Impacto de la noticia	Recibimiento del mensaje y gestión del mismo
	Toma de decisión	Bases de la decisión que tomaron y existencia (o no) de alternativas
	Respuestas emocionales	Impacto emocional pre-durante-post la interrupción, a la vida personal y social
	Tabú	Naturalidad con la que es tratada la IVE
3. COVID-19	Comunidad	Búsqueda de contacto con otras mujeres que han realizado una IVE
		Afectación de la pandemia a la experiencia de la interrupción
4. Atención sanitaria	Información	Valoración de la información recibida y del asesoramiento
	Cobertura emocional	Valoración del acompañamiento y del seguimiento emocional recibido
	Actividades facilitadoras	Elementos que les han ayudado en el proceso
	Propuestas de mejora	Elementos que no se han adecuado a sus necesidades emocionales

Figura 3. Categorías y subcategorías emergentes

ANEXO 5. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON  
MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL  
D'HEBRON.

## Aprobación proyecto



### **INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON**

Sra. Mireia Navarro Sebastián, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON  
MEDICAMENTOS del Hospital Universitari Vall d'Hebron,

#### **CERTIFICA**

Que el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Vall  
d'Hebron, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se reunió en  
sesión ordinaria nº 407 el pasado 20/12/2019 y evaluó el proyecto de investigación  
PR(AG)457/2019 , titulado *"Interrupciones del embarazo por causa médica: Valoración de las  
necesidades afectivo-emocionales de las mujeres y promoción de la Salud Mental Positiva."*  
que tiene como investigador principal a la Sra. Zuleika del Carmen Gonzalez Ramos del  
Servicio de Enfermería de nuestro Centro.

Versión de documentos :

Memoria de Proyecto	v1 - 30.10.2019
HIP/CI	v1 - 30.10.2019

El resultado de la evaluación fue el siguiente:

#### **Aprobado**

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC  
(CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015, y su composición actual es la siguiente:

**Presidente:**  
- SOLEDAD GALLEGO MELCÓN (Médico)  
**Vicepresidente:**  
- JOAN SEGARRA SARRIES (Abogado)



**Secretario:**

- MIREIA NAVARRO SEBASTIAN (Química)

**Vocales:**

- LLUIS ARMADANS GIL (Médico)
- FERNANDO AZPIROZ VIDAUR (Médico)
- VALENTINA BALASSO (Médico)
- ESTHER CUCURULL FOLGUERA (Médico Farmacólogo)
- INES M DE TORRES RAMÍREZ (Médico)
- ELADIO FERNÁNDEZ LIZ (Farmacéutico de Atención Primaria)
- INMACULADA FUENTES CAMPS (Médico Farmacólogo)
- JAUME GUARDIA MASSÓ (Médico)
- JUAN CARLOS HORTAL IBARRA (Profesor de Universidad)
- MARIA LUJAN IAVECCHIA (Médico Farmacólogo)
- ALEXIS RODRIGUEZ GALLEGO (Médico Farmacólogo)
- JUDITH SANCHEZ RAYA (Médico)
- MARTA SOLÉ ORSOLA (Personal de Enfermería)
- PILAR SUÑÉ MARTÍN (Farmacéutica Hospital)
- VÍCTOR VARGAS BLASCO (Médico)
- GLORIA GÁLVEZ HERNANDO (Enfermería)
- ORIOL ROCA GAS (Médico)
- ESPERANZA ZURIGUEL PEREZ (Enfermería)
- ANA BELÉN ESTÉVEZ RODRÍQUEZ (Abogada experta en protección de datos)

En dicha reunión del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

MIREIA  
NAVARRO  
SEBASTIAN

Firmado digitalmente por  
MIREIA NAVARRO  
SEBASTIAN  
Fecha: 2019.12.27 08:33:21  
+01'00'

Sra. Mireia Navarro  
Secretaria técnica CEIM HUVH

## Aprobación enmienda



### **INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS Y COMISIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON**

Sra. Mireia Navarro Sebastián, Secretaria del COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
CON MEDICAMENTOS del Hospital Universitari Vall d'Hebron,

#### **CERTIFICA**

Que el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario  
Vall d'Hebron, en el cual la Comisión de proyectos de investigación está integrada, se  
reunió en sesión ordinaria nº 441 el pasado 19/06/2020 y evaluó la enmienda relevante  
1 al protocolo e HIP, del proyecto de investigación , titulado  
“

que tiene como  
investigador principal a la Dra. ZULEIKA DEL CARMEN GONZALEZ RAMOS del  
Servicio de Enfermería de nuestro Centro.

Versión de documentos:

Memoria de Proyecto	versión 3 del 23/05/2020
HIP/CI	versión 3 del 23/05/2020

El resultado de la evaluación fue el siguiente: **Aprobado**

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC  
(CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015, y su composición actual es la  
siguiente:



- **Presidente:**  
SOLEDAD GALLEGO MELCÓN - Médico
- **Vicepresidente:**  
JOAN SEGARRA SARRIES - Abogado
- **Secretario:**  
MIREIA NAVARRO SEBASTIAN - Química
- **Vocales:**
  - LLUIS ARMADANS GIL - Médico
  - FERNANDO AZPIROZ VIDAUR - Médico
  - VALENTINA BALASSO - Médico
  - INES M DE TORRES RAMÍREZ - Médico
  - ELADIO FERNÁNDEZ LIZ - Farmacéutico Atención Primaria
  - INMACULADA FUENTES CAMPS - Médico Farmacólogo
  - JAUME GUARDIA MASSÓ - Médico
  - JUAN CARLOS HORTAL IBARRA - Profesor de Universidad
  - MARIA LUJAN IAVECCHIA - Médico Farmacólogo
  - ALEXIS RODRIGUEZ GALLEGO - Médico Farmacólogo
  - JUDITH SANCHEZ RAYA - Médico
  - MARTA SOLÉ ORSOLA - Personal de Enfermería
  - PILAR SUÑÉ MARTÍN - Farmacéutica Hospital
  - VÍCTOR VARGAS BLASCO - Médico
  - ESTHER CUCURULL FOLGUERA - Médico Farmacólogo
  - GLORIA GÁLVEZ HERNANDO - Personal de Enfermería
  - ORIOL ROCA GAS - Médico
  - ESPERANZA ZURIGUEL PEREZ - Personal de Enfermería
  - ANA BELÉN ESTÉVEZ RODRÍGUEZ - Abogada experta en protección de datos

En dicha reunión del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/ colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

**MIREIA**  
**NAVARRO**  
**SEBASTIAN**  
Sra. Mireia Navarro  
Secretaria técnica CEIM HUVH

Firmado digitalmente  
por MIREIA NAVARRO  
SEBASTIAN  
Fecha: 2020.06.19  
14:41:27 +02'00'



ANEXO 6. TÉRMINOS IVE.

<b>TÉRMINOS IVE</b>
Aborto social
Elective Termination of Pregnancy / Elective abortion
Induced abortion
Interrupción Legal del Embarazo (ILE)
Medical Termination of Pregnancy (MTP/MTOP)
Pregnancy Termination due to Fetal Chromosome Abnormality (PTFCA)
Severe Foetal Anomaly (SFA)
Termination for Fetal Abnormality (TFA)
Termination of Pregnancy (TOP)
Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly (TOPFA)
Termination of Pregnancy for Medical Reasons (TFMR)
Voluntary Termination of Pregnancy (VTOP)

**Tabla 5.** Términos IVE. Fuente: Elaboración propia

