

DOI: 10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.598-611

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2530>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 598-611



Experiencias de mujeres durante atención de salud a causa de aborto

Women's experiences during abortion health care

Experiências das mulheres durante a assistência ao aborto

Fiorella Angeline Tigse Elizalde¹; María Elena Olaya Pincay²; Milka María Lozano Domínguez³; María Daniela Apolo Aguirre⁴

RECIBIDO: 26/11/2024 **ACEPTADO:** 30/12/2024 **PUBLICADO:** 18/02/2025

1. Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; fiorella.tigsee@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0007-6336-3801>
2. Magíster en Diseño Curricular; Licenciada en Enfermería; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; maria.olayap@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-4459-6657>
3. Magíster en Gerencia de Servicios de Salud; Licenciada en Enfermería; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; milka.lozanod@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-8241-3612>
4. Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; daniela.apoloa@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0008-0766-296X>

CORRESPONDENCIA

Fiorella Angeline Tigse Elizalde
fiorella.tigsee@ug.edu.ec

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El estudio se centra en las experiencias emocionales, físicas y sociales de las mujeres que se someten a servicios de aborto en el hospital e intentará explicar cómo se produce la interacción de los desequilibrios dentro de sus sistemas de comportamiento, basándose en la teoría de Dorothy Johnson. El objetivo fue describir las experiencias de las mujeres en el aborto, atendidas en un hospital de Guayaquil. La metodología fue cualitativa, fenomenológica, interpretativa, aplicando una entrevista semiestructurada de 6 preguntas abiertas a 10 informantes clave. En los resultados, la primera categoría identificada fue "Subsistemas conductuales vulnerados durante el aborto en mujeres atendidas en una unidad de salud", mostraron desequilibrios en los subsistemas de afiliación, dependencia y eliminación, manifestando aislamiento emocional, falta de validación de sus necesidades insatisfechas y malestar corporal. Mientras que la segunda categoría "Factores estresantes internos y externos que se presentan durante la atención de las mujeres en el aborto", reflejó las influencias del entorno social e institucional en las experiencias emocionales de las mujeres, la recuperación estaba influenciada por el apoyo emocional y las barreras institucionales. Asimismo, se desarrolló un modelo teórico a partir de la teoría de Johnson para explicar cómo los desequilibrios conductuales influyen en la respuesta emocional, social y física de las mujeres en este proceso. En conclusión, se identificaron desequilibrios en los sistemas de comportamiento de las mujeres después del aborto, señalando que existen desequilibrios emocionales, sociales y físicos provocados por el entorno y las relaciones con otras personas.

Palabras clave: Aborto, Atención de enfermería, Ciencias de la conducta, Experiencias, Salud de la mujer.

ABSTRACT

The study focuses on the emotional, physical, and social experiences of women undergoing abortion services in the hospital, aiming to explain how imbalances occur within their behavioral systems based on Dorothy Johnson's theory. The objective was to describe the experiences of women undergoing abortion care at a hospital in Guayaquil. The methodology was qualitative, phenomenological, and interpretative, utilizing a semi-structured interview with six open-ended questions conducted with 10 key informants. The results identified the first category, "Behavioral subsystems disrupted during abortion care in women attended at a health unit," which revealed imbalances in the affiliation, dependency, and eliminative subsystems. These manifested as emotional isolation, unmet needs without validation, and physical discomfort. The second category, "Internal and external stressors present during abortion care for women," reflected the influence of social and institutional environments on women's emotional experiences. Recovery was influenced by emotional support and institutional barriers. Additionally, a theoretical model was developed based on Johnson's theory to explain how behavioral imbalances impact women's emotional, social, and physical responses during this process. In conclusion, imbalances in women's behavioral systems after abortion were identified, highlighting emotional, social, and physical disruptions caused by environmental and interpersonal factors.

Keywords: Abortion, Nursing care, Behavioral sciences, Experiences, Women's health.

RESUMO

O estudo centra-se nas experiências emocionais, físicas e sociais das mulheres que se submetem a serviços de aborto no hospital, com o objetivo de explicar como ocorrem os desequilíbrios nos seus sistemas comportamentais, com base na teoria de Dorothy Johnson. O objetivo foi descrever as experiências de mulheres que se submetem a cuidados de aborto num hospital de Guayaquil. A metodologia foi qualitativa, fenomenológica e interpretativa, utilizando uma entrevista semi-estruturada com seis perguntas abertas, realizada com 10 informantes-chave. Os resultados identificaram a primeira categoria, "Subsistemas comportamentais perturbados durante a atenção ao aborto em mulheres atendidas em uma unidade de saúde", que revelou desequilíbrios nos subsistemas de afiliação, dependência e eliminação. Estes se manifestaram como isolamento emocional, necessidades não atendidas e sem validação e desconforto físico. A segunda categoria, "Estressores internos e externos presentes durante a atenção ao aborto para as mulheres", refletia a influência dos ambientes sociais e institucionais nas experiências emocionais das mulheres. A recuperação foi influenciada pelo apoio emocional e pelas barreiras institucionais. Além disso, foi desenvolvido um modelo teórico baseado na teoria de Johnson para explicar como os desequilíbrios comportamentais afetam as respostas emocionais, sociais e físicas das mulheres durante esse processo. Em conclusão, foram identificados desequilíbrios nos sistemas comportamentais das mulheres após o aborto, destacando-se as perturbações emocionais, sociais e físicas causadas por factores ambientais e interpessoais.

Palavras-chave: Aborto, Cuidados de enfermagem, Ciências comportamentais, Experiências, Saúde da mulher.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) el aborto es un procedimiento realizado por un médico o profesional del área de obstetricia - ginecología, se toma en cuenta el tiempo del embarazo y los conocimientos que tiene una persona al realizarlo. Además, la salud mental es un aspecto que se tiene en consideración en la persona para desarrollar este procedimiento, dado que perder a un bebé puede tener un impacto importante para la mujer, siendo mayor en las que esperaban ansiosamente este momento, como primerizas o personas que estaban buscando la oportunidad de ser padres, madres jóvenes, sin distinguir de las multíparas, la afectación emocional es igual (Singh, 2022).

Cada año hay alrededor de 73 millones de interrupciones de embarazos en todo el mundo, donde el 61% de estos embarazos no son deseados y el 29% total de embarazo terminan pacíficamente, el 45% de los abortos realizados en todo el mundo a partir del 2014 fueron inseguros y un tercio de ellos se realizaron en condiciones muy peligrosas, es decir, por cirujanos no capacitados, o personal que no contaba con los insumos apropiados para afrontar alguna emergencia obstétrica como hemorragia, poniendo en peligro a una gran cantidad de mujeres, de esta forma, los abortos arriesgados se presentan en el 97% de los casos en países de tercer mundo, más en Asia, principalmente en las regiones del sur y centro del continente (Cooper, 2022).

Todos los años el fallecimiento materno tiene un porcentaje entre el 4,75 y el 13,2%. En las regiones desarrolladas hay alrededor de 30 muertes por cada 100 mil abortos inseguros, en comparaciones a los países subdesarrollados que son 220 muertos por cada 100 mil abortos inseguros, según estimaciones en el 2012, 7 millones de mujeres hospitalizadas cada año son por complicaciones de abortos inseguros, y estos son en países del tercer mundo (Yorulmaz, 2023). En Estados Unidos, la dirección ha sido de

baja en todos los números absolutos, tasas y estadísticas, donde el 91% de los abortos se realizaron desde la semana 13 de embarazo, en Canadá el 81% se realizaron en el primer trimestre de embarazo, donde el 77% fueron de manera ambulatoria y el 98% no presentaron complicaciones, mientras que en Inglaterra 82% lo realizaron a partir de las diez semanas de embarazo, pero el 0,2% de todos los casos presentaron complicaciones (Kehmová, 2023).

En América latina, 44 mujeres abortan por cada mil mujeres en edad fértil. Sin embargo, este continente es considerado uno de los peores lugares para que las mujeres puedan escoger la interrupción del embarazo, esto muestra que la región lidera el número de embarazos no planificados, estadísticamente son 96 embarazos por cada mil mujeres entre las edades de 15 a 44 años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, 3 de cada 4 embarazos terminan sin métodos seguros (Danet, 2021). En México, durante el 2023 se realizaron 13,677 abortos, donde la mayoría que lo realizaban eran chicas que estaban en la preparatoria de 18 a 24 años con un 45%, la mayoría eran solteras con el 54%, todas ellas realizaban mediante la toma de medicamentos teniendo 7 semanas de gestación (Singh, 2022).

Mientras que, en Brasil, se da un total de dos mil abortos legales por año, más de 150 mil mujeres en Brasil fueron hospitalizadas debido a abortos por emergencia o las distintas complicaciones que se presentan en las interrupciones clandestinas, 165.252 tuvieron complicaciones por aborto (Gueurrón et al., 2023). Entre los meses de enero y julio del 2023 en Colombia, hay un aumento del 36,7% en el número de interrupciones del embarazo respecto al mismo periodo del año pasado. El 75% de los abortos se realizan antes de la novena semana y el 88% lo realiza en las primeras 12 semanas de embarazo. Así como en Perú, en el 2020 se dieron 88 mil abortos incompletos registrados en el sistema de salud, equivalente al 19% a nivel nacional, 58% fueron a don-

de un profesional de la salud, pero solo el 47% presento intervención quirúrgica, pero el 34% de estas mujeres abortaron usando pastillas y el 17% necesitaron estar hospitalizadas (Rodríguez et al., 2021).

En Ecuador, la interrupción del embarazo es permitida cuando este pone en peligro la vida de la madre, o es para una persona con discapacidad, niñas o adolescentes, según el acuerdo 34-19IN de la corte institucional, en el 2020 en los hospitales ingresaron aproximadamente 18 mil mujeres relacionadas con el aborto con un 26,8% menor al año 2019, en el 2021, 12 mujeres tuvieron un aborto de manera legal, en el 2020 presentó 10 muertes por causa del aborto, porque se practican de manera no segura, esto ha permitido que lleguen a los servicios de salud con abortos en curso o incompletos. La tasa promedio de abortos en esta década es de 115 por 1000 nacidos vivos, Guayas fue el estado con mayor número de interrupciones con un 29%, seguido de Pichincha con 21% y en tercer lugar Manabí con un 7% (Siguencia, 2021).

En Guayaquil, una cantidad considerable de las mujeres que ingresan a casas hospitalarias, son abortos inducidos. De esta manera las estadísticas que nos dan como resultado la magnitud de las complicaciones que se pueden presentar durante el aborto inducido, espontaneo o posterior al mismo, es la muertes maternas, también hay otro ámbito de investigar que es manejar la salud mental de las madres que han perdido su producto, puesto que no son tratados sus síntomas o trastornos psicosociales, pudiendo llegar a formar parte de las cifras de suicidios, si está involucrada la familia se debe verificar la presencia de un síndrome o trastorno post aborto (Sucuzhañay et al., 2020)

Como internos de enfermería de la Universidad de Guayaquil, durante las prácticas preprofesionales en un hospital de esta ciudad, se han testificado múltiples casos de mujeres que enfrentan un aborto y se ha observado de cerca la atención que reciben. El

interés por esta temática surge de la constatación de que, en muchas ocasiones, estas mujeres se sienten abandonadas o incomprendidas por el sistema de salud, agravando su estado emocional. Las barreras institucionales, políticas, el estigma social y la falta de un acompañamiento emocional del personal de enfermería adecuado son algunas de las causas inherentes al problema, estas situaciones afectan la salud física de las mujeres y su bienestar psicológico.

Objetivo general

Describir las experiencias de las mujeres durante el aborto atendidas en una unidad de salud de guayaquil. Objetivos Específicos: Explorar las vivencias durante el aborto en las mujeres que reciben atención en una unidad de salud. Conocer los sistemas de apoyo durante la atención de las mujeres en el aborto. Diseñar un modelo teórico sobre experiencias de las mujeres en el aborto, atendidas en una unidad de salud.

Metodología

Investigación cualitativa, método fenomenológico interpretativo porque se busca articular las experiencias acerca del aborto durante su atención en el sistema sanitario, en esta población vulnerable. Sujeto de estudio fueron elegidos 10 pacientes que transcurrieron por este estado de salud, con disposición para ser parte de este trabajo investigativo, estos también se los considero como criterios de inclusión. Se les explico las consideraciones éticas necesarias para realizar el estudio, el que se firmó un consentimiento informado. Recolección de Datos se realizaron entrevistas abiertas, donde expresaron con sus propias palabras. Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado y garantizando la confiabilidad de los sujetos. Para la Interpretación de los datos, los hallazgos fueron organizados para su análisis e interpretación en un proceso de categorización extrayendo los códigos directamente de los datos en las entrevistas con la finalidad de realizar la construcción de conclusiones.

Cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería corresponde a las actividades y medidas que aplican los profesionales de la salud para atender las condiciones físicas, mentales y sociales de las personas, ya sea promoviendo, manteniendo o restaurando su salud. No sólo atiende sus necesidades clínicas, sino que también incluye la comunicación, el apoyo emocional y la enseñanza de la salud. El cuidado de enfermería debe, guiado por principios de ética y ciencia, estar esencialmente dirigido a ofrecer un tratamiento integral y personalizado adaptado a las condiciones y circunstancias de la paciente de manera que la intervención respete la dignidad y autonomía del individuo (Yáñez et al., 2021).

En el escenario de la atención al aborto, la enfermería adquiere una dimensión vital en el abordaje físico y emocional de la mujer. Como cuidado inmediato, destaca el papel de las enfermeras en dar apoyo físico antes y después del aborto, monitorear los signos vitales, verificar el dolor y garantizar la seguridad en el proceso de recuperación. El cuidado humanizado hace que la mujer se sienta acompañada y comprendida en un momento de alta vulnerabilidad, donde podrá provocar un ambiente seguro y respetuoso para canalizar sus emociones (Moreno et al., 2023).

El cuidado de enfermería implica intervenciones para abordar los aspectos emocionales resultantes del aborto. Se trata de proporcionar un entorno de escucha en el que las pacientes sean libres de expresar sus sentimientos, validando sus reacciones emocionales, seguido de un apoyo psicológico básico. En ocasiones, las mujeres son calumniadas y juzgadas en la sociedad, empeorando así mucho su experiencia emocional. Esto, por tanto, puede ayudar a romper el sentimiento de aislamiento, siendo estas acciones pertenecientes al subsistema afiliativo según Johnson para ayudar a la mujer a recuperar su equilibrio a nivel conductual y emocional (Criollo y Almeida, 2022).

Las enfermeras tendrán que desempeñar un rol educativo en la información clara y accesible sobre los cuidados tras el aborto, sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el apoyo disponible. De esta forma, se dará autonomía a las mujeres y les permitirá tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Unir la ayuda mental y educativa a los cuidados físicos en los cuidados de enfermería será para la recuperación de la salud del cuerpo y la mente de las mujeres en una experiencia de este tipo.

Tabla 1. Síntomas y signos SAHOS infantil

Tema	Categorías	Subcategorías	Códigos
En las experiencias de las mujeres en el aborto	Vivencias percibidas por las mujeres que reciben atención	Emociones percibidas posterior al aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Confusión • Devastación emocional • Pérdida inesperada • Pérdida de expectativa • Tristeza profunda • Sensación de culpa • Vacío emocional • Dificultad para procesar • Ansiedad • Empatía • Alivio parcial • Temor por procedimiento • Sensación de vulnerabilidad • Estado de shock • Pérdida de concentración • Desconexión emocional

<p>atendidas en una unidad de salud, se hace hincapié en las dimensiones físicas, emocionales, espirituales y sociales involucradas. El elemento es importante dado el alto impacto emocional y psicológico que tiene la pérdida del embarazo, frente al estigma social y ante la presencia de barreras para un apoyo adecuado. Las mujeres se ven desequilibradas por el dolor físico, los sentimientos de culpa, soledad e incompreensión, un área que requiere una cobertura de calidad. En un contexto donde el respaldo emocional y las ayudas psicológicas son mínimas, esta comprensión ayuda a identificar áreas para mejorar la calidad de la atención de la salud reproductiva en un entorno hospitalario, que debe ser empático e inclusivo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Resignación • Percepción de menosprecio • Aceptar no tener el control
	<p>Manifestaciones físicas y espirituales posterior al aborto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de dolor físico • Dolor moderado • Dolor severo • Agotamiento físico • Confusión espiritual • Búsqueda de consuelo • Cuestionamiento • Conexión espiritual
	<p>Sistemas de apoyo</p>	<p>Actitud de la pareja ante la experiencia de aborto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso solitario • Apoyo positivo de pareja • Tristeza compartida • Comprensión de pareja • Apoyo emocional • Poca comunicación • Temor compartido • Consuelo • Actitud distante • Incomodidad percibida • Falta de empatía • Rechazo desde inicio de embarazo <p>Reacción de las personas más cercanas como la familia, al enterarse del aborto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreto personal • Condolencias expresadas • Solidaridad familiar • Preocupación por bienestar • Comprensión mutua • Incomodidad percibida • Sensación de aislamiento • Evadir el tema/perjuicio • Distanciamiento familiar/estigma • Apoyo limitado • Atención constante <p>Expectativas de la atención de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de apoyo • Necesidad de compañía • Fortaleza percibida • Manejo del proceso de duelo • Apoyo para disminuir el impacto psicoafectivo • Necesidad de orientación a mujeres • Poca atención al estado emocional de la paciente

Vivencias percibidas por las mujeres que reciben atención en una unidad de salud

Se identificó la primera subcategoría “Emociones percibidas posterior al aborto”, que explora las emociones inmediatas al recibir la noticia de que el embarazo no podría continuar. Los principales códigos, como **impotencia**, **devastación emocional** y **conflicto interno**, describen una profunda lucha psicológica y emocional en las mujeres, quienes se enfrentan a una **pérdida** abrupta de sus **expectativas**; aparece la desconexión entre el subsistema afiliativo, que estaría orientado al apoyo normal en tales situaciones, y las condiciones traumáticas que se están dando. También el vacío emocional

y la tristeza profunda reflejarían la pérdida que sienten estas mujeres, en cuanto a la internalización de dicha pérdida, ya que las hace sentir más vulnerables e indefensas.

En el testimonio del informante 3: “*Me sentí devastada; todo iba bien y de repente me dicen que no hay latido. Fue como si el mundo se me detuviera*”, se observa cómo la interrupción repentina de un proceso esperado afecta la estabilidad emocional. Por su parte, el informante 4 expresó: “*Este embarazo era muy esperado, y la noticia de que no podía continuar fue como perder un sueño. Me llené de tristeza y vacío*”; de esta manera se refleja la intensidad de las emociones y la dificultad para aceptar la realidad.



En un estudio reciente de Setorwu et al. (2021) se informó de una incidencia del 80% de sentimientos de aislamiento y vulnerabilidad emocional en mujeres que presentaron abortos espontáneos completos. Por tanto, se evidencia que la noticia de los resultados inminentes no está respaldada por ningún tipo de estrategias de apoyo, con potencialidades de agravar los efectos psicológicos negativos, con la necesidad de un apoyo adecuado y empático desde el principio.

En síntesis, la noticia de no poder continuar con el embarazo provoca una crisis conductual y emocional que debe resolverse lo antes posible. Entre las formas está construir relaciones amistosas y brindar oportunidades de escuchar para disminuir la vulnerabilidad emocional.

En la segunda subcategoría “Manifestaciones físicas y espirituales posterior al aborto”, la experiencia integral tras el aborto implica un impacto significativo en las dimensiones física, emocional y espiritual de las mujeres que lo enfrentan. Entre los elementos destacados se encuentran el **dolor moderado**, la **tristeza profunda** y la **confusión espiritual**, reflejando cómo este evento afecta su bienestar general. Aunque el dolor físico puede controlarse con intervención médica, las emociones negativas, como la **búsqueda continua de consuelo** y las **reflexiones espirituales**, tienden a persistir más y ser más difíciles de controlar, resaltando la necesidad de intervenciones que intervengan los aspectos fisiológicos, emocionales y espirituales, ayudando a garantizar la curación.

El informante 10 relató: *“Físicamente tenía mucho dolor en el vientre bajo y deseaba que ya todo terminara; emocionalmente me sentía destruida y espiritualmente perdida, no entendía por qué me estaba pasando esto”*. Por otro lado, el informante 7 expresó: *“Físicamente me sentí débil y algo adolorida, pero el malestar era manejable. Espiritualmente, fue un momento de cuestionamiento y búsqueda de consuelo”*. Los testimonios ilustran la complejidad de las emociones

que enfrentan las mujeres y refuerzan la importancia de un cuidado integral.

Además, Govule et al. (2022) encontraron que las mujeres de su estudio generalmente carecían de un espacio adecuado para la expresión de emociones y preocupaciones después del aborto, lo que aumentaba los sentimientos de aislamiento. Por tanto, se evidencia la necesidad de un enfoque integral que incluya un entorno seguro que permita a las mujeres procesar sus emociones, recibiendo apoyo psicológico y espiritual.

En síntesis, la atención postaborto no debe verse solo en términos del proceso de rehabilitación física, resultando necesario idear estrategias integrales que tengan en cuenta las intervenciones psicológicas y espirituales para brindar recursos a las mujeres para lograr un equilibrio emocional y conductual, para que puedan enfrentar el resultado con más resiliencia, disminuyendo el bagaje emocional que conlleva la experiencia.

Sistemas de apoyo durante la atención de las mujeres en el aborto

Se identificó la primera subcategoría “Actitud de la pareja ante la experiencia de aborto”, considerándose trascendental en la experiencia de las mujeres, influyendo en su capacidad para afrontar el proceso. Los códigos destacados, como **apoyo positivo de pareja**, **tristeza compartida** y **falta de empatía** reflejan un espectro amplio de respuestas que pueden ser fuentes de apoyo o, por el contrario, intensificar el malestar emocional. Además, el **temor compartido** y la **poca comunicación** retrata las barreras en algunas parejas y que dificultan la construcción de un vínculo profundo en momentos clave, la pareja es clave en la forma en que las mujeres ven y afrontan su dolor.

El testimonio del informante 6 ilustra un ejemplo positivo: *“Mi pareja estaba asustado, pero fue mi mayor apoyo. Él decía que yo era importante y que luego podríamos tener otro bebé. No dejó de acompañarme ni un solo momento”*. Por otro lado, el infor-

mante 8 describe una situación opuesta: *“Mi pareja tuvo una actitud distante durante esta experiencia. Parecía incómodo al hablar del tema y evitaba involucrarse en las decisiones o en el proceso”*. Las experiencias ponen de manifiesto la importancia del nivel de implicación emocional y su impacto en el bienestar de las mujeres.

En su estudio, Colman y Lamb (2023) afirman que la mayoría de las mujeres identificaron a sus parejas como las principales fuentes de apoyo; mientras que un grupo más pequeño expresó distanciamiento, que intensificó los sentimientos de soledad. Implicando que siempre es necesario desarrollar habilidades de comunicación en las relaciones para que el apoyo sea efectivo, la forma en que se gestiona esta experiencia y el equilibrio emocional de las mujeres afectadas están influenciados por el contexto relacional.

Los hallazgos indican cómo las relaciones personales influyen directamente en la regulación emocional del duelo y en el cambio entre fases, lo que demuestra que las parejas necesitan habilidades de expresión y comprensión para ayudar a lograr el equilibrio emocional de las mujeres involucradas. En síntesis, la actitud de la pareja puede hacer mucho para influir en la experiencia emocional de las mujeres hacia el aborto, con estrategias que faciliten la comunicación abierta y la unión para la mejora de la capacidad de la pareja en la gestión del evento, reduciendo así el impacto emocional en ambas partes.

Se identificó la segunda subcategoría “Reacción de las personas más cercanas como la familia, al enterarse del aborto”, que sugiere que la reacción familiar ante el aborto puede variar ampliamente, desde **solidaridad familiar** y **preocupación por el bienestar**, hasta actitudes de **distanciamiento familiar** o **falta de comunicación**. Estas respuestas hacen una gran diferencia en si el entorno puede ser una ayuda o simplemente otra fuente de estrés para las

mujeres. En algunas situaciones, la ayuda cariñosa puede hacer que sea más fácil manejar la tristeza; pero no recibirla y sentirse lejos puede hacer que una persona se sienta aún más sola y expuesta.

El testimonio del informante 10 resalta un caso positivo: *“Mis papás y hermanos estaban tristes por la noticia, trataron en lo posible de estar pendientes y dándome fuerzas en todo momento. También cuidaron de mí”*. Por otro lado, el informante 9 expresó: *“Algunos en mi familia reaccionaron con sorpresa y preocupación, pero otros se distanciaron un poco. No entendieron completamente mi decisión y eso me hizo sentir aislada”*. Los testimonios evidencian cómo la diversidad de respuestas familiares puede impactar en el proceso de recuperación emocional de las mujeres.

En el estudio de Ramos et al. (2022), se indicó que la mayoría de las mujeres consideró que el apoyo de la familia es fundamental para afrontar el mismo, mientras que un grupo más reducido consideraron que hubo ausencia de apoyo y comprensión, que magnificó su carga emocional. Evidenciándose de esta forma, necesario que es que el impacto emocional sea puesto en conocimiento de las familias para que pueda actuar positiva o negativamente en el proceso de duelo y recuperación de la mujer.

De este modo se enfatiza la implicación de las familias en las estrategias de apoyo, que puede hacer que el entorno emocional sea más o menos favorable para el manejo adaptativo de la pérdida. En suma, lo que la familia haga o deje de hacer es relevante en la recuperación emocional de una mujer después de un aborto, hay que considerar los patrones de interacción familiar resalta por la empatía y el diálogo para convertir una experiencia dolorosa en una oportunidad para fortalecer los vínculos emocionales y brindar ayuda real.

En la última categoría “Expectativas de la atención de salud”, los códigos asociados fueron **solicitud de apoyo**, **impacto emocional y mental**, y **necesidad de orienta-**

ción a mujeres, que evidencian la necesidad de considerar el aborto como una experiencia multidimensional. Las víctimas se enfrentan tanto al estigma social como a la falta de recursos para satisfacer sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales; además, las barreras en la disponibilidad de los recursos que las víctimas necesitan para ayudarlas en su recuperación aumentan el sufrimiento que podría estar asociado con el evento.

El testimonio del informante 8 destaca esta necesidad: *“La falta de apoyo emocional y la sensación de que no podía hablar abiertamente con quienes me rodeaban, aprendí lo crucial que es tener acceso a un entorno médico empático y a recursos de salud mental”*. Asimismo, el informante 7 expresó: *“Fue un proceso que no solo afectó mi cuerpo, sino también mi mente. Creo que tener acceso a recursos de salud mental hubiera hecho una gran diferencia”*. Los relatos dejan de manifiesto la importancia de intervenciones integrales que consideren tanto el bienestar emocional como la orientación adecuada para las mujeres.

En el caso de un estudio realizado por Govule et al. (2023), se encontró que la mayoría de las mujeres percibían como inadecuada la disponibilidad de recursos y consejería postaborto, factor que intensificaba los efectos emocionales. Indicando que existe una necesidad imperiosa de desarrollar programas de intervención que incorporen apoyo psicológico con recursos educativos, que ayuden a las mujeres a comprender y gestionar adecuadamente sus experiencias.

En definitiva, las múltiples facetas del aborto requieren intervención desde una perspectiva integral para disminuir sentimientos negativos importantes y su peso social. Las herramientas de apoyo que combinan ayuda mental, terapia de conversación y conocimiento comunitario pueden cambiar esta situación, reduciendo sus efectos negativos y fortaleciendo a las mujeres heridas.

Aproximación teórica

En la aproximación teórica tenemos dos grandes componentes las vivencias expresadas por el grupo de pacientes investigados y el sistema de apoyo premiando estos dos grandes componentes vemos el tránsito emocional del duelo que va desde la negación hacia la incertidumbre y como final proceso la huella emocional expresada por ellas en sus entrevistas. En las vivencias se marcan tres áreas las emociones las percepciones espirituales y físicas, este proceso que no solo afecta físicamente sino que deja una huella emocional y mental que puede ser difícil de expresar. Como principales emociones transmitidas fueron búsqueda de consuelo, tristeza profunda, resignación, aceptar no tener el control e incluso percepción de menosprecio.

En el área física es muy notorio por parte de las entrevistadas la expresión de haber vivido un agotamiento físico dolor durante el procedimiento y vulnerabilidad física. En el área espiritual expresaron confusión espiritual, cuestionamientos y requerimientos de conexión espiritual tratando de utilizar este componente como un mecanismo para sobrellevar las circunstancias.

En el componente sistemas de apoyo el más cercano es la pareja donde marca de manera muy positiva su apoyo, comprensión, su consuelo. Pero al mismo tiempo expresaron situaciones donde percibieron que le dejaron sola, que hubo un rechazo desde el inicio de la gestación e incluso falta de empatía.

Del sistema de apoyo de familia se identifica expresiones de condolencias, solidaridad, preocupación, comprensión, pero en muchas ocasiones se transforma en una incomodidad percibida desde sus familiares en relación al proceso de aborto o se transforman un secreto que no desea ser divulgado, con un apoyo limitado e incluso evasión y generación de prejuicios, distanciamiento familiar y estigma

El grupo investigado expresó los requerimientos hacia el sistema de salud donde hay una profunda solicitud de apoyo de necesidad de compañía de transmisión de fortaleza y orientación durante la vivencia de este estado de salud, además de la necesidad de apoyo para disminuir el impacto psicoafectivo y tener un manejo adecuado del proceso de duelo ya que a su criterio está muy marcada la poca atención al estado emocional de las pacientes. La expresión no sabe lo triste que uno se siente en ese momento uno solo quiere ser escuchado y consolado, demuestra la gran

necesidad de una atención integral en las unidades Gineco-obstétricas.

Las dos etapas de duelo más marcadas tal vez por el poco tiempo transcurrido hasta el momento de las entrevistas tenemos negación y la incertidumbre vivida por ellas sin lugar a dudas las expresiones que marcan el final de sus procesos físico emocionales como sentí que era mi culpa por la pérdida de mi bebé fue como si el mundo se me detuviera y el dolor de la pérdida no se quitará nunca es a la final algo con lo que se aprende a vivir van a notar la huella emocional que estas madres mantendrán en su vida.

Propuesta teórica de las experiencias de las mujeres durante el aborto atendidas en una unidad de salud de Guayaquil

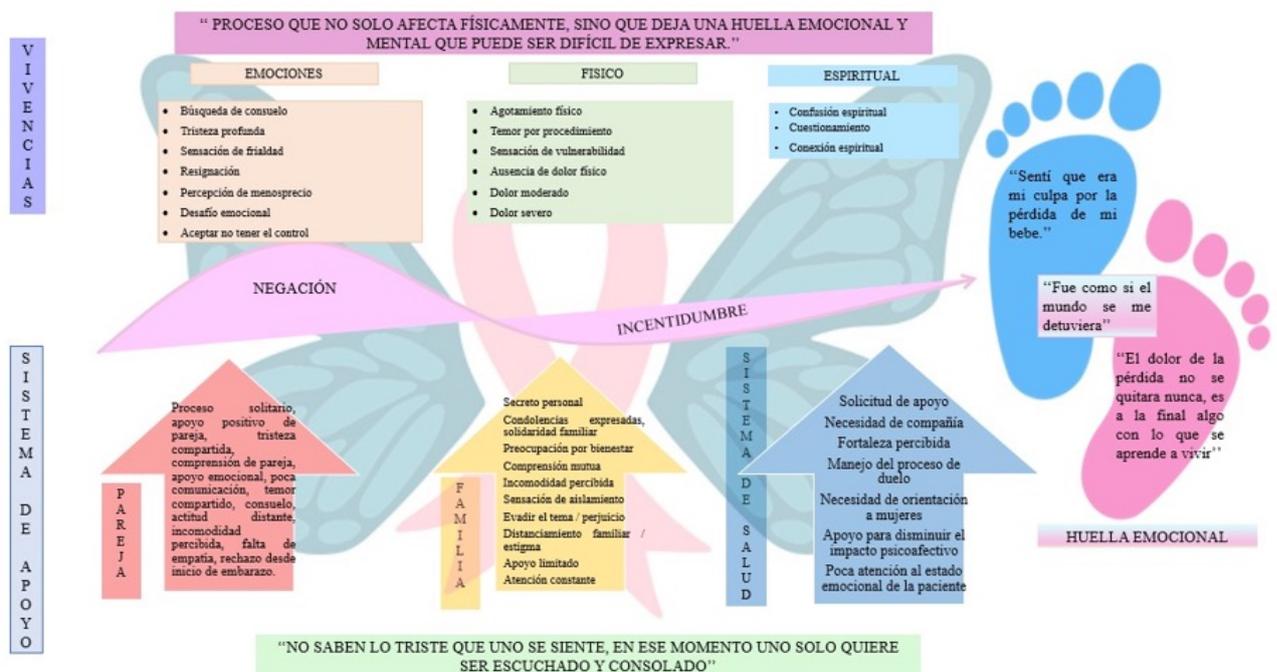


Figura 1

Conclusiones

En relación con la exploración de las vivencias durante el aborto en las mujeres que reciben atención en una unidad de salud, se identificó que las experiencias están marcadas por una carga emocional significativa, caracterizada por sentimientos de ansiedad, miedo y vulnerabilidad. Las mujeres expresaron la necesidad de un trato humanizado y empático por parte del per-

sonal de salud, así como la importancia del acompañamiento emocional durante el proceso de atención.

En cuanto al conocimiento de los sistemas de apoyo durante la atención de las mujeres en el aborto, se evidenció que el acceso a redes de apoyo, tanto familiares como institucionales, influye en la percepción de la atención recibida. La presencia de personal de salud sensibilizado, junto con la

disponibilidad de servicios de orientación y contención emocional, facilita una recuperación más efectiva y reduce el impacto negativo de la experiencia.

Respecto al diseño de un modelo teórico sobre las experiencias de las mujeres en el aborto atendidas en una unidad de salud, se estableció que las interacciones con el entorno hospitalario y el personal de salud desempeñan un papel clave en la vivencia del proceso. La comunicación efectiva, la atención integral y el respeto por las decisiones de las mujeres constituyen elementos fundamentales en la optimización de la calidad del cuidado.

Finalmente, en función del objetivo general, se concluye que las experiencias de las mujeres durante el aborto reflejan una combinación de factores emocionales, sociales y sanitarios que impactan su bienestar. La mejora de la atención en salud reproductiva debe centrarse en estrategias que garanticen el acceso a servicios oportunos, la reducción del estigma y el fortalecimiento del acompañamiento profesional y familiar.

Recomendaciones

Se recomienda la implementación de programas de formación continua para el personal de salud sobre la importancia de una atención empática y humanizada en los servicios postaborto, la capacitación debe incluir estrategias de comunicación efectiva, manejo de emociones y sensibilización sobre las experiencias de las mujeres en esta situación. Es fundamental fomentar el respeto a la autonomía y la dignidad de las pacientes, evitando actitudes estigmatizantes. La implementación de protocolos basados en evidencia permitirá una atención integral y un enfoque interdisciplinario con médicos, enfermeras y psicólogos, garantizando una respuesta coordinada que favorezca la recuperación emocional y física de las pacientes.

Es necesario garantizar la presencia de profesionales en salud mental dentro de los servicios de atención postaborto para brin-

dar acompañamiento emocional a las mujeres. La integración de psicólogos y trabajadores sociales facilitará la gestión del estrés postraumático y la ansiedad, esta atención debe ser accesible y brindar un espacio seguro para que las pacientes expresen sus emociones sin temor a ser juzgadas.

Se debe reforzar la calidad de la información brindada a las mujeres antes, durante y después del procedimiento, la entrega de información clara y comprensible sobre el proceso, los cuidados postabortos y las opciones de planificación familiar permitirá a las pacientes tomar decisiones informadas y sentirse seguras con la atención recibida. Es necesario que el personal de salud utilice un lenguaje accesible y adecuado, sin embargo, la distribución de materiales informativos y la creación de espacios de orientación facilitarán la comprensión y favorecerán una recuperación más segura.

Es fundamental promover una cultura institucional de respeto y libre de prejuicios en la atención de mujeres que han pasado por un aborto. Esto implica establecer normativas que sancionen la discriminación, capacitar al personal en derechos reproductivos y garantizar que las pacientes sean atendidas con ética y profesionalismo, la creación de espacios de sensibilización contribuirá a generar un ambiente hospitalario acogedor, es recomendable incluir en la formación del personal temas sobre equidad de género y salud sexual y reproductiva, promoviendo un trato humano y comprensivo.

Bibliografía

- Alonso, Lacomba, y Pérez. (2022). Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Medicas UIS*, 34(3). <https://doi.org/10.18273/rev-med.v34n3-2021009>
- Alonso, y Arias. (2022). ¿Qué se preguntan las enfermeras/os sobre el aborto? Una revisión panorámica. *Revista Ciencia y Cuidad UFPS*, 19(3).
- Altamira, R., y De la Cruz, M. (2023). Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Temperamentvm*, 18. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20224971>

- Arruda, y Manchola. (2021). Bioética, cuidados paliativos y liberación: una contribución al "buen morir". *Rev. Bioét.*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/1983-80422021292464>
- Betancur, H., Montoya, I., y Alexandra, L. (2020). Estrategias deliberadas y emergentes y su relación con el proceso de duelo psicológico: Resultados de un taller en gestión estratégica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(61). <https://doi.org/10.35575/rvucn.n61a16>
- Bjerkholt, Dahl, y Sommerseth. (2021). Women's experiences with information before medication abortion at home, support during the process and follow-up procedures – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582>
- Castañeda. (2022). La científicidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. <https://doi.org/10.19083/ridu.2022.1555>
- Cepeda, Gómez, y Pardo. (2020). Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá. Colombia. *Rev Colomb Enferm*, 19(3). <https://doi.org/10.18270/rce.v19i3.3055>
- Cooper, S. (Enero de 2022). Análisis de género en la salud. La política del sexo y la reproducción (Vol. 01). Palgrave Studies in Public Health Policy Research (PSPHPR). <https://doi.org/10.1007/978-3-031-08728-8>
- Cortez, y Hernández. (2022). Ideas equivocadas sobre el manejo del duelo: una revisión bibliográfica. *Rev Med Vozandes*, 33(2), 93-99. <https://doi.org/10.48018/rmv.v33.i2.11>
- Criollo, y Almeida. (2022). El profesional de enfermería y el manejo del duelo en pacientes oncológicos en fase terminal. *Sapienza*, 3(5). <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.450>
- Danet. (2021). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 35(4).
- Espinosa, C., y Trujillo, M. (2022). Ideas Equivocadas sobre el manejo del duelo. *Revista Médica Vozandes*, 33(2). <https://doi.org/10.48018/rmv.v33.i2>
- Ezgi, y Ovayolu. (2022). Cuidados de enfermería basados en el modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson en la enfermedad de las arterias coronarias: informe de un caso. *Ciencia médica y descubrimiento*, 9(2). <https://doi.org/10.36472/msd.v9i2.671>
- Footman. (2024). The illusion of treatment choice in abortion care: A qualitative study of comparative care experiences in England and Wales. *Social Science & Medicine*, 348. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116873>
- García, Rodríguez, Brito, Fernández, Martínez, y Marrero. (2021). Duelo adaptativo, no adaptativo y continuidad de vínculos. *Ene*, 15(1).
- Godoy, O. (2023). Recopilación y adaptación del libro: "Teorías y Modelos de Enfermería" - Martha Raile Alligood. Facultad de Ciencias Médicas UNR. Escuela de Posgrado.
- Gómez, S. (2020). El doloroso camino del duelo, (y, sin embargo, hay luz). *Enfermería Nefrológica*, 23. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020033>
- Gonzalo. (30 de Abril de 2024). Dorothy Johnson: Modelo de Sistema de Comportamiento. Nurseslabs: https://nurseslabs.com/dorothy-e-johnsons-behavioral-system-model/#google_vignette
- Govule, Baumann, Dossou, Calvert, Goufodji, Mehrdash, . . . Filippi. (2022). Experiences of women seeking care for abortion complications in health facilities: Secondary analysis of the WHO Multi-Country Survey on Abortion in 11 African countries. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 156(1), 44-52. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13987>
- Gracelin, Lucas, y Gracina. (2023). Nursing Care and Management of Patients with Ommaya Reservoir: A Case Report. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 13(12), 1234. <https://doi.org/10.21275/SR241217133250>
- Guerrón, X., Imbaquingo, R., y Aveiga, M. (Diciembre de 2023). Factores de riesgo asociados al embarazo adolescentes durante la pandemia por COVID-19. *Revista Información Científica*, 102. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100061
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Hernández, J., Montoya, I., y Montoya, L. (2020). Estrategias deliberadas y emergentes y su relación con el proceso de duelo psicológico: Resultados de un taller en gestión estratégica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. <https://www.redalyc.org/journal/1942/194264514018/194264514018.pdf>

- Hernández, R., y Mendoza, C. (2023). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Kehmová. (Agosto de 2023). ¿Hacia una prohibición total del aborto? Los factores que dan forma a la percepción polaca del derecho al aborto y la injusticia reproductiva en Polonia. *SN Ciencias Sociales*, 3(153).
- Kemppainen, Mentula, Palkama, y Heikinheimo. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99, 1603-1610. <https://doi.org/10.1111/aogs.13920>
- Ledesma, Martens, y Brandão. (2023). Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. *Mundosplurales*, 10(1), 39-57. <https://doi.org/10.17141/mundosplurales.1.2023.5946>
- Ley de derechos y amparo al paciente. (2006). Ley de derechos y amparo al paciente. Lexis.
- Ley Orgánica de Salud. (2015). Ley Orgánica de Salud. Lexis Finder. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información (LOTAIP). (2013). Normas constitucionales constitución de la república del Ecuador. Ministerio de Educación de Ecuador. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/TRANSP-NORMAS_CONSTITUCIONALES.pdf
- Lockett, y Mash. (2024). Lived experiences of women with spontaneous abortion at a district hospital, South Africa. *South African Family Practice*, 66(1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/safp.v66i1.5917>
- Mendieta, G., Joya, N., y Cuevas, J. R. (2023). Herramientas, estrategias y enfoque cualitativo para develar emociones en varones desempleados. ARTIGO. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09482022>
- Miaja, y Moral. (2013). El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41951
- Miranda, S., y Ortiz, J. (2021). Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(11). <https://doi.org/10.23913/ride.v11i21.717>
- Moreno, Gil, y Tarriño. (2023). Cuidados enfermeros en el duelo perinatal. Una revisión sistemática y crítica de las actitudes y los conocimientos en la práctica clínica. *Enfermería Clínica*, 33, 327-337. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.06.004>
- Naranjo, Y. (noviembre de 2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6).
- Navarro, P. (2020). Intervención grupal online para la elaboración del duelo y recuperación del bienestar psicológico tras una ruptura amorosa. *Intec*, 25(4). <https://doi.org/10.22206/cys.2020.v45i4.pp119-132>
- Newman. (2004). Elisabeth Kübler-Ross. *BMJ*, 329(7466), 627.
- Olinda, G. (2023). Recopilación y adaptación del libro: "Teorías y Modelos de Enfermería" - Martha Raile Alligood. Facultad de Ciencias Médicas UNR. Maestría en Administración de Servicios de Enfermería.
- Olondriz, A. (2023). El duelo perinatal tras una Interrupción Voluntaria del Embarazo. Universidad Pública de Navarra. Facultad de Ciencias de la Salud.
- OMS. (2023). Retrieved 15 de Septiembre de 2024, from Aborto: https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1
- Pasquier, Owolabi, Powell, Tamara, Norbert, Lagrou, . . . Degomme. (2024). Evaluación de la atención postaborto utilizando el marco de calidad de la atención de la OMS para la salud materna y neonatal: un estudio transversal en dos hospitales africanos en contextos humanitarios. *Salud reproductiva*, 21(114). <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01835-9>
- Piña, L. (2023). El enfoque cualitativo: Una alternativa compleja dentro del mundo de la investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 8(15). <https://doi.org/10.35381/r.k.v8i15.2440>
- Pizarro, y Albagli. (2019). Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Salud Colectiva*, 15(24). <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2319>
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P., y Hall, A. (2023). *Fundamentos de enfermería*. Edición Premium. Elsevier Health Sciences.
- Raile, M. (2022). Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Health Sciences.

- Rodríguez, D., Zambrano, G., Zambrano, G., y Zambrano, S. (septiembre de 2021). Hablemos del aborto: un enfoque en su legalización en Ecuador. POCAIP. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2251>
- Rodríguez, Y. (2020). Metodología de la investigación. Editorial Klik.
- Røseth, Lyberg, Sommerseth, Sandvik, y Dahl. (2023). "Out of This World": Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S399209>
- Rubio, Caro, Witker, Paredes, y Tona. (2021). Atención a mujeres en situación de aborto en el Hospital San José (2016-2019). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262021000200202>
- Salcido, L., Jiménez, Ó., Ramos, N., y Sánchez, M. (2021). Intervención en duelo y mindfulness. *Diversitas*. <https://doi.org/10.15332/22563067.6537>
- Salomón, Birhanu, Kelkay, Ayanaw, Melesse, Shumye, y Muluye. (2024). Satisfacción de las mujeres con los servicios integrales de atención al aborto y factores asociados en los hospitales primarios públicos de la zona central de Gondar, noroeste de Etiopía, 2023. *Sec. Salud reproductiva y bienestar de los adolescentes*, 6. <https://doi.org/10.3389/frph.2024.1400359>
- Segovia, C. (2021). El doloroso camino del duelo (y, sin embargo, hay luz). *Enfermería Nefrológica*, 23(4). <https://doi.org/10.37551/s2254-28842020033>
- Setorwu, Maafo, y Kumi. (2021). Experiences of women seeking post-abortion care services in a Regional Hospital in Ghana. *PLoS ONE*, 16(4), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248478>
- Sierra, Sosa, Saus, Ruiz, Juárez, y Gea. (2022). Modulación de los elementos de la resiliencia de las enfermeras en la atención a la población durante la pandemia de COVID-19. *Int J Environ Res Salud Pública*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084452>
- Siguencia. (2021). Detección de factores de riesgo en adolescentes embarazadas de 15 a 19 años consumidoras de drogas. Guayaquil-Ecuador. Universidad Politécnica Salesiana.
- Singh, N. (Agosto de 2022). El aborto selectivo por sexo y las mujeres en Haryana: la identidad social importa. Mapeo de la marginación inducida por la identidad en la India, 18.
- Sionek, L., Mineguel, D., y De Lucas, J. (2020). SI SUPIERA, NO ESTARÍA AQUÍ": IMPLICACIONES Y DESAFÍOS DE LA ENTREVISTA CUALITATIVA. ARTIGO. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44987>
- Solarte, Sánchez, y Moreno. (2023). Significados acerca de la muerte construidos por niños y niñas con diagnóstico oncológico. Reflexiones para profesionales en Trabajo Social en equipos de cuidados paliativos. *Prospectiva(35)*. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i35.12220>
- Suczhañay, M., Narváez, C., Trelles, D., y Erazo, J. (2020). Despenalización del aborto en el Ecuador para víctimas de violencia sexual. *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas*. <https://doi.org/10.35381/racji.v5i8.584>

CITAR ESTE ARTICULO:

Tigse Elizalde, F. A., Olaya Pincay, M. E. ., Lozano Domínguez, M. M., & Apolo Aguirre, M. D. (2025). Experiencias de mujeres durante atención de salud a causa de aborto. *RECIMUNDO*, 9(1), 598–611. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.598-611](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.598-611)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.