

PÉRDIDA PERINATAL Y LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO: VULNERABILIDAD Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA¹

Pèrdua perinatal i interrupció de l'embaràs: vulnerabilitat i violència obstètrica

Perinatal Loss and Pregnancy Termination: Vulnerability and Obstetric Violence

Josefina Goberna-Tricas¹, Sara Fernández-Basanta², Sergio Ramos-Pozón³ y Anna Falcó-Pegueroles⁴

Autora correspondencia: Josefina Goberna Tricas

Correo electrónico: jgoberna@ub.edu

1. Departamento Enfermería Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. ADHUC. Centro de Investigación Teoría, Género, Sexualidad. Universitat de Barcelona. (Barcelona, España) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>

2. Departamento de Ciencias de la Salud. Grupo de investigación GRINCAR. Facultad de Enfermería y Podología, Campus Industrial de Ferrol. Universidad de A Coruña (A Coruña, España) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7542-9667>

3. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Facultad de Enfermería. SGR 353 Bioética, Derecho y Sociedad: Análisis interdisciplinario de los aspectos éticos, jurídicos y sociales de la biomedicina, la biotecnología y las tecnologías emergentes. Universitat de Barcelona. (Barcelona, España) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5772-6676>

4. Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica. Facultad de Enfermería. SGR 353 Bioética, Derecho y Sociedad: Análisis interdisciplinario de los aspectos éticos, jurídicos y sociales de la biomedicina, la biotecnología y las tecnologías emergentes. Universitat de Barcelona. (Barcelona, España) **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3702-3009>.

Recibido: 01/01/2023 / Aceptado: 17/05/2024 / Publicado: 31/05/2024

¹ Este trabajo se inscribe como resultado del proyecto de investigación, «PID2022-140179OB-I00», financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España.



RESUMEN

La pérdida espontánea del embarazo es relativamente común, aunque la prevalencia exacta de estas pérdidas es difícil de estimar. Las mujeres también pueden interrumpir el embarazo por decisión propia. La actual *Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* permite el aborto por decisión libre y voluntaria de la mujer hasta la semana 14 de gestación y, hasta la semana 22, podrá realizarse una interrupción por causas médicas, como malformación del feto o peligro para la vida de la madre. Actualmente, los embarazos son intensamente pensados y planificados antes que se hagan realidad. Por ello, la pérdida espontánea del embarazo adquiere una alta significación para la mujer y su pareja, quienes pueden sentirse vulnerables. Para los profesionales sanitarios mantener un ambiente psicológico y moral adecuado para dar atención a estas mujeres y a sus familias no siempre es fácil. Los profesionales no siempre son capaces de proporcionar la atención necesaria por una variedad de razones, produciéndose casos de violencia obstétrica. Si la vulnerabilidad es considerada junto a otros elementos antropológicos de la propia medicina, como la corresponsabilidad o la solidaridad, entendiéndolo, por tanto, la medicina más allá de la técnica, llegamos a un enfoque bioético en que la ética del cuidado y de la responsabilidad se convierten en la clave para articular una respuesta correcta a la atención sanitaria en estas situaciones.

Palabras clave: muerte fetal, pérdida perinatal, aborto, vulnerabilidad, violencia de género, violencia obstétrica.

RESUM

La pèrdua espontània de l'embaràs és relativament comú, tot i que la prevalença exacta d'aquestes pèrdues és difícil d'estimar. Les dones també poden interrompre l'embaràs per decisió pròpia. L'actual *Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs* permet l'avortament per decisió lliure i voluntària de la dona fins a la setmana 14 de gestació i, fins a la setmana 22, podrà realitzar-se una interrupció per causes mèdiques, com a malformació del fetus o perill per a la vida de la mare. Actualment, els embarassos són intensament pensats i planificats abans que es facin realitat. Per això, la pèrdua espontània de l'embaràs adquireix una alta significació per a la dona i la seva parella, i per consegüentment poden sentir-se vulnerables. Per als professionals sanitaris mantenir un ambient psicològic i moral adequat per a donar atenció a aquestes dones i a les seves famílies no sempre és fàcil. Els professionals, de vegades, no són capaços de proporcionar l'atenció necessària per una varietat de raons, i fins i tot poden produir-se casos de violència obstètrica. Si la vulnerabilitat és considerada conjuntament amb altres elements antropològics de la pròpia medicina, com la corresponsabilitat o la solidaritat, entenent, per tant, la medicina més enllà de la tècnica, arribem a un enfocament bioètic en què l'ètica de la cura i de la responsabilitat es converteixen en la clau per a articular una resposta correcta a l'atenció sanitària en aquestes situacions.

Paraules clau: mort fetal, pèrdua perinatal, avortament, vulnerabilitat, violència de gènere, violència obstètrica.

ABSTRACT

Spontaneous pregnancy loss is relatively common, although the exact prevalence of these losses is difficult to estimate. Women may also choose to abort. The current Spanish *Organic Law 1/2023, of February 28, on sexual and reproductive health and voluntary pregnancy termination* allows abortion by the woman's free and voluntary decision up to the 14th week of gestation. Additionally, up to the 22nd week, termination can be performed for medical reasons, such as fetal malformation or danger to the mother's life. Nowadays, pregnancies are intensely thought out and planned before they become a reality. Therefore, spontaneous pregnancy loss has significant meaning for the woman and her partner, who may feel vulnerable. For healthcare professionals, maintaining an appropriate psychological and moral environment to care for these women and their families is not always easy. Sometimes, professionals are not able to provide the necessary care for a variety of reasons, leading to cases of obstetric violence. If vulnerability is considered alongside other anthropological elements of medicine itself, such as co-responsibility or solidarity—thus understanding medicine beyond mere technique—we arrive at a bioethical approach where the ethics of care and responsibility become key to providing proper healthcare in these situations.

Keywords: Stillbirth, Perinatal Loss, abortion, Vulnerability, Gender-Based Violence, Obstetric Violence.

INTRODUCCIÓN

La cuestión referente a la muerte es un área que cobra cada vez más importancia en contextos sociales, antropológicos, filosóficos, etc. Pese a ello, en la actualidad aún existe un tabú al respecto, el cual es aún más acentuado cuando se trata de una pérdida perinatal (aborto voluntario o involuntario, muerte espontánea del embrión o del feto, etc.). El silencio y el secretismo que rodean a la pérdida perinatal y a la interrupción del embarazo tienen que ver, entre otras cosas, con la intimidad. «*Intimus*», cuya raíz latina es «*inti*» (interior) y «*mus*» (muy íntimo) indica precisamente aquella parte del ser humano más reservada. La intimidad hace alusión a los sentimientos, a las creencias, a la manera de pensar, a las cuestiones personales sobre el propio cuerpo, la salud, relaciones interpersonales, etc. El respeto por la intimidad, esto es, los tempos de las personas para mostrar aspectos muy personales, las decisiones que se puedan derivar, etc. se traduce también en un respeto por la dignidad de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (2006) estableció que la muerte perinatal incluye el período comprendido entre las 22 semanas de gestación y los primeros 28 días después del nacimiento. Algunos autores, sin embargo, extienden la definición de pérdida perinatal a la que ocurre en cualquier momento durante la gestación y hasta el primer mes de vida, comprendiendo tanto las pérdidas espontáneas como al aborto inducido, la reducción selectiva, la muerte de un gemelo, la muerte de un bebé prematuro y el duelo cuando se da en adopción a un recién nacido, entre otros (López García, 2011).

La pérdida del embarazo es relativamente común, aunque la prevalencia exacta de estas pérdidas es difícil de estimar (Heazell et al., 2019). En España, según el Instituto Nacional de Estadística, la mortalidad perinatal es de 4,03 por 1000 recién nacidos, pero las pérdidas tempranas no están documentadas en esta cifra. La pérdida fetal es un problema de salud pública muy común. Aproximadamente el 50% de las pérdidas tempranas son debido a defectos genéticos (cromosómicos), pero también puede deberse a otros factores o causas (Linnakaari et al., 2019; Stumpf et al., 2021).

Las mujeres también pueden interrumpir el embarazo por decisión propia. La actual *Ley Orgánica 1/2023*, de 28 de febrero, por la que se modifica la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, permite el aborto por decisión libre y voluntaria de la mujer hasta la semana 14 de gestación y, a partir de ahí y hasta la semana 22, podrá realizarse lo que se conoce

como un aborto terapéutico, es decir, una interrupción por causas médicas, como malformación del feto o peligro para la vida de la madre.

Las causas por las que las mujeres deciden interrumpir una gestación suelen ser múltiples, pero las más comunes son: motivos sociales, económicos o de embarazo no deseado. El aborto que se produce por decisión de la mujer es conocido bajo el término de aborto inducido, provocado, o interrupción voluntaria de la gestación o del embarazo (IVE). Como se ha comentado, la decisión de interrumpir la gestación puede deberse también a resultados de pruebas prenatales que revelan anomalías en el feto que comprometerán seriamente la calidad de vida del potencial niño, la capacidad de los futuros padres para cuidar con éxito a ese niño, o ambas. En relación al aborto terapéutico, los datos de la red europea de registros poblacionales para la vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas (EUROCAT) mostraron que los abortos voluntarios inducidos debido a anomalías fetales son en promedio cuatro veces más frecuentes que las muertes infantiles, y casi tres veces más frecuentes que las muertes fetales e infantiles combinadas (Boyle et al., 2018). Los protocolos de seguimiento del embarazo incluyen la oferta sistemática de pruebas de cribado de anomalías congénitas a todas las mujeres gestantes.

IMAGINARIO SOCIAL FRENTE A LA PÉRDIDA PERINATAL

Cabe tener en cuenta que la natalidad ha disminuido considerablemente en los países occidentales en los últimos años. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el caso de España, las mujeres tenían una media de 3,15 hijos en 1900, mientras que actualmente es de 1,34, la edad de la maternidad se ha retrasado considerablemente. Además, entre un 25 y un 30% de las mujeres no serán madres. Los motivos de la infertilidad social son variados: mayores dificultades biológicas por el retardo en el embarazo, falta de acuerdo y correspondencia en el mercado matrimonial entre las expectativas de mujeres y hombres, dificultades en la conciliación, trabajo precario, paro, dificultades en el acceso a la vivienda... A ello se suma que los modelos sociales de maternidad adecuada exigen actualmente una maternidad intensiva, en la que se establece que la criatura está por encima del resto de intereses de la mujer.

El conjunto de todos estos elementos hace que los embarazos sean intensamente pensados y planificados antes que se hagan realidad. Por ello, la pérdida espontánea del embarazo adquiere una alta significación para la mujer y su pareja. A pesar de ello, es

frecuente observar cómo se intenta ocultar dicho suceso. Las pérdidas y muertes fetales tienden a silenciarse, dando la sensación de que los padres deban reprimirse y ocultar el sentimiento que se pueda generar. En los padres, las pérdidas del embarazo generan una respuesta variada, dinámica y altamente individualizada (Dias et al., 2017). Es difícil predecir el significado de la pérdida de un embarazo o la muerte de un bebé para cualquier padre. Algunos pueden sentirse culpables y avergonzados, otros pueden manifestar alivio y esperanza sobre el futuro, y otros incluso pueden sentirse ambivalentes sobre el embarazo y la pérdida (Hutti et al., 2013 y 2017). Las mujeres y sus parejas están, pues, en una situación de vulnerabilidad.

POSTURAS ÉTICAS, MORALES Y LEGALES EN LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Las posturas éticas, morales y legales frente a la interrupción voluntaria de la gestación van desde el rechazo absoluto de dicha opción hasta la aceptación bajo cualquier circunstancia, existiendo a su vez posiciones intermedias en las que solo se acepta dicha elección bajo ciertos supuestos. Desde una perspectiva ética secular (Engelhardt, 1995), el embrión y feto humano ocupan una posición moral porque su vida tiene importancia para la mujer que lo ha concebido, para otras personas de su entorno a las que puede interesar y para la futura persona que resultará de él. Siguiendo con la argumentación desarrollada por Engelhardt, el feto de una mujer que desea tener un hijo adquiere considerable significación: la madre, el padre, los abuelos y abuelas... pueden conferir un gran valor al embrión o al feto, pero también puede ocurrir lo contrario, debido a circunstancias de la concepción, a las previsibles circunstancias del nacimiento o bien porque el feto sea deficiente o deforme, puede que se le considere con un valor negativo. Se considera en este caso como amenazador o dañino. Sorprende, sin embargo, la poca literatura (Kristeva, 1980; Young, 1984; Lundquist, 2008) que desde una mirada bioética-filosófica se ocupe del significado del embarazo y de su interrupción desde la mirada de las mujeres o de los profesionales sanitarios que lo atienden.

VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO DE LA PÉRDIDA PERINATAL

En los últimos cuarenta años, la palabra «vulnerabilidad» se ha ido convirtiendo en un término técnico propio de diversas disciplinas. Tanto las ciencias de la salud como las

ciencias sociales incorporan y diseñan constructos teóricos cada vez más elaborados en torno a esta palabra. El problema radica no solo en que en cada disciplina difieren los significados que se le atribuyen, sino que dentro de cada especialidad no hay consenso para determinar a qué se alude cuando se usa el término «vulnerabilidad». El número de publicaciones en revistas científicas que usan «vulnerabilidad» como concepto clave ha crecido exponencialmente (Montero et al., 2017). La vulnerabilidad tiene una connotación ontológica, siendo pues una característica común, inherente y universal de todos los seres humanos. Pero también tiene un aspecto circunstancial en la que puede haber mayor o menor vulnerabilidad debido a factores económicos, culturales, físicos, psicológicos, emocionales, etc. (Mergen y Akpınar, 2021).

Desde una perspectiva bioética «vulnerabilidad» aparece ya en el Informe Belmont (1979), dando comienzo a lo que será la trayectoria de un concepto que se ha ido volviendo clave en el campo de la bioética. Desde su acepción inicial, en relación con sujetos y grupos vulnerables en la investigación biomédica, ha evolucionado ampliamente hasta transformarse en una parte fundamental de la alternativa europea al principialismo norteamericano. A raíz del trabajo de Rendtorff y Kemp (2000), se presentó un principialismo más acorde a la cultura y los valores europeos continentales. Así, el llamado «principialismo europeo» propone considerar junto a la autonomía, los principios de dignidad, integridad y vulnerabilidad. Este esfuerzo culmina en la llamada *Declaración de Barcelona*. A partir de entonces, y principalmente por la inclusión del principio de la vulnerabilidad en la *Declaración de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), se ha abierto profusamente el ámbito de investigación al respecto.

Subcategorías del término vulnerabilidad en bioética y en el campo de la obstetricia han hecho aparecer clasificaciones tales como «embarazo vulnerable» (Centro de Estudios Comunidad y Justicia, 2015), el cual pretende establecer los principales factores de vulnerabilidad que pueden inducir a la mujer a tomar la decisión de abortar. Sin embargo, para Florencia Luna (2008) en su conocido texto «Vulnerabilidad: la metáfora de las capas», señala que en caso de países donde el aborto no está permitido, una mujer que se encuentre en la misma situación socioeconómica que aquella considerada con «embarazo vulnerable» puede adquirir una nueva capa de vulnerabilidad, siendo en este caso «el no poder abortar» lo que la hace vulnerable.

Montero y Valenzuela (2017), conscientes de la confusión generada por el término, proponen como un aporte a la perspectiva médica que la vulnerabilidad se comprenda considerándola junto a otros elementos antropológicos de la propia medicina, como la corresponsabilidad o la solidaridad, entendiendo, por tanto la medicina más allá de la técnica y en la que se comprenda la vulnerabilidad en clave de cooperación mutua.

Cuando la pérdida del embarazo es inducida, a la mencionada situación de vulnerabilidad se añade la posibilidad de que los padres (y especialmente la madre) tengan un sufrimiento notorio relacionado con la decisión y el proceso de interrupción del embarazo. Mientras que el dolor está más enfocado al cuerpo, el sufrimiento lo está a la persona que ve amenazada su vida, la continuidad de su existencia y su integridad (Cassell, 2009). Y es ese sufrimiento el que hay que trabajar en el ámbito médico y psicológico, pues en ocasiones se manifiesta en forma de duelo, depresión, etc. Cuando la interrupción del embarazo se produce por decisión de la propia mujer y con pocas semanas de gestación, no significa que conlleve una falta de reacción psicológica posterior; en muchas ocasiones aparecen sentimientos ambivalentes de alivio y culpa que se entremezclan. En los casos en que se acude al aborto terapéutico la vulnerabilidad de las mujeres y sus parejas es máxima, pues deben enfrentarse a la difícil decisión de interrumpir o continuar con una gestación en que el feto sufre una situación de anomalía congénita que le conllevará dificultades a él o a la familia y sociedad o incluso en ocasiones puede ser incompatible con una vida más allá de los primeros días o meses.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL ABORTO Y LA PÉRDIDA PERINATAL

Los profesionales sanitarios del ámbito de la obstetricia (fundamentalmente obstetras, ginecólogos y matronas) son los responsables de dar atención sanitaria tanto a las pérdidas espontáneas de embarazo como a las voluntarias, así como a los embarazos a término y a los partos. Los profesionales deben atender a mujeres que acuden a la consulta, o al hospital, por razones muy diferentes. Algunas de las mujeres atendidas se sienten felices de tener bebés, mientras que otras se sienten tristes, o incluso con sentimientos de culpa, con moderados o altos niveles de sufrimiento moral por haber perdido o interrumpido sus embarazos. Para los profesionales mantener un ambiente psicológico y de bienestar ético adecuado para dar atención a todas las mujeres y a sus familias puede resultar altamente complejo. Los profesionales no siempre son capaces de proporcionar toda la atención

necesaria por una variedad de razones (por ejemplo, baja tasa de personal, situación del cuidado y personal poco capacitado). Por lo tanto, quedan expuestos a situaciones de conflicto ético, que supone estados de angustia o distrés moral que los sitúa también en una situación de vulnerabilidad y en riesgo de ejercer una atención despersonalizada y deshumanizada.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La atención sanitaria durante el embarazo no ha estado exenta de debate con relación a los modelos de atención. Son numerosos los estudios que hablan de maltrato, falta de respeto o incluso de violencia obstétrica. La expresión «violencia obstétrica» tiene connotaciones significativas muy fuertes hasta el punto de que sorprende a muchas personas, incomoda profundamente a bastantes obstetras y matronas y provoca rechazo en profesionales de distintos sectores (Goberna et al., 2018).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2019) ha reconocido que falta consenso en entornos de atención de la salud sobre cómo definir y medir la violencia contra las mujeres tanto durante el embarazo como en el parto en el ámbito sanitario. Existen diversas definiciones de violencia obstétrica. Una de las primeras se encuentra en Venezuela en la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (2007), que la define como «la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, lo que se expresa en un trato deshumanizante, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos, trayendo consigo una pérdida de autonomía y de la capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y la sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres». En Europa, durante los últimos años, el debate en torno a la violencia obstétrica se ha hecho cada vez más evidente, promovido principalmente por organizaciones y movimientos sociales para la defensa de los derechos humanos (Mena-Tudela et al., 2022). Recientemente, en España, la legislación catalana ha sido pionera en Europa en definir e incluir la violencia obstétrica en su legislación, definiendo «Violencia obstétrica y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos» como impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones

sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo. (Generalitat de Catalunya, 2020).

La violencia obstétrica suele implicar una práctica sanitaria o una relación asistencial que daña (a la persona y a su dignidad) y denigra el acto sanitario (MacLellan, 2014). En el campo de la procreación, el principio de autonomía es frecuentemente desplazado a un rango inferior, imperando en su lugar modelos beneficentistas y paternalistas (Newnham y Kirkham, 2019) e incluso patriarcales. Muchas veces se establecen controversias que buscan un equilibrio entre los principios de autonomía con los de beneficencia y no maleficencia, que provocan la emergencia de dilemas éticos sobre qué es lo correcto. Surge, pues, un conflicto entre valores, así como entre derechos y obligaciones por parte de los profesionales sanitarios y de los pacientes.

Hasta ahora las investigaciones en el ámbito de la violencia obstétrica se han dirigido fundamentalmente a la atención al parto, pero la pérdida o la interrupción del embarazo y las situaciones de vulnerabilidad que implica puede desencadenar una atención que las mujeres pueden percibir como deshumanizada, poco adecuada o incluso violenta ante la cual los profesionales muchas veces carecen de suficientes herramientas éticas o actitudinales para dar una adecuada respuesta. Por tanto, tanto las mujeres y sus parejas como los profesionales que les dan atención pueden sentirse vulnerables y violentados en estas situaciones.

LAS RESPUESTAS ÉTICAS EN EL CONTEXTO DE LA PÉRDIDA PERINATAL Y EL ABORTO

Es probable que enfoques teóricos basados en las éticas del cuidado, en que se busque un equilibrio entre vulnerabilidad y autonomía relacional, puedan reducir dichas tensiones y conflictos (Buchanan et al., 2022a y 2022b). En todo caso, es recomendable que converjan, a su vez, otras teorías y principios éticos para articular una fundamentación ética más robusta. Así mismo, es obvio que el concepto de dignidad tiene una fuerte tradición filosófica y legal, muchas veces enfocada al ámbito más teórico (Atienza, 2022). No obstante, no queremos anclarnos en lo meramente especulativo, sino también en su aplicabilidad y consecuencias prácticas que conlleva para el ámbito de la salud (Franco et al., 2021). Tanto el enfoque más teórico como el orientado a la praxis debería servirnos como guía referente para humanizar todo el contexto en el que se inserta la atención sanitaria que acompaña al proceso de atención a la interrupción o la pérdida del embarazo.

Ese reconocimiento de la mujer y su pareja, de su intimidad, de sus necesidades y deseos, de su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y a ser escuchados y cuidados, exige una mirada ética que se enfoque a una atención sanitaria respetuosa, pero que sea capaz de detectar la vulnerabilidad de las personas atendidas. Son muchas las voces que se han alzado en los últimos años para denunciar lo que consideran una mala atención por parte de los servicios de salud cuando la mujer sufre un aborto o pérdida fetal. En definitiva, se reclama un derecho (ético) a ser cuidados.

Las éticas del cuidado han enfatizado la idea cuidar como la responsabilidad de dar respuesta frente al sufrimiento y demandas del otro (Gilligan, 1982). Muchas veces aquellas que están en una extrema vulnerabilidad requieren, aún más, ser cuidadas y, para ello, se exigen profesionales sanitarios que cuiden a las personas.

Las interrupciones voluntarias del embarazo suelen provocar disputas morales. Por un lado, las mujeres quieren abortar de manera libre, siendo pues una traducción de los principios éticos de autonomía y dignidad, entendido esto como el respeto por un proyecto de vida elegido libremente. Pese a ello, a las mujeres que toman la decisión de abortar se les plantea un conflicto moral que está influenciado por razones personales y el estigma social que rodea al aborto. Así, encontramos una disparidad emocional que conduce a una experiencia basada en la vulnerabilidad y la soledad durante el proceso del aborto. (Fernández-Basanta et al., 2022).

Por otro, los profesionales pueden tener concepciones diferentes en los casos de interrupción voluntaria del embarazo ya que pueden tener incorporadas concepciones diferentes sobre el estatuto del embrión (Abel et al., 2009) e incluso sobre cuándo habría que considerar al feto como un paciente (Chervenak y McCullough, 2017).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Las diferencias en el significado de lo que supone una pérdida temprana del embarazo, pueden producir interpretaciones y simbologías distintas entre las mujeres y sus parejas y los profesionales que las atienden.

Muchos profesionales de la salud pueden sentir que ciertas decisiones clínicas entran en conflicto con sus propios valores y principios, razón por la cual pueden declararse objetores de conciencia.

Los enfoques teóricos basados en las éticas del cuidado que busquen un equilibrio entre vulnerabilidad y autonomía pueden ayudar a elaborar marcos de relación asistencial que disminuyan tensiones y conflictos.

La profundización en los conceptos de vulnerabilidad, dignidad e intimidad en el ámbito de la asistencia sanitaria en el contexto de la pérdida perinatal puede ayudar a la elaboración de un marco conceptual que permita a los profesionales una atención sensible y humanizada que actúe como preventiva de modelos de atención inadecuados que puedan tacharse de violencia obstétrica en la atención a la pérdida perinatal, tanto si esta se produce de forma espontánea como inducida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATIENZA, M. *Sobre la dignidad humana*. Madrid: Trotta. 2022.
- BOYLE, B., et al. Estimating Global Burden of Disease due to congenital anomaly: an analysis of European data. En: *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2018, vol. 103, núm. 1, pp. 22-28.
- CASSELL, E. *La persona como sujeto de la medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2009.
- CENTRO DE ESTUDIO COMUNIDAD Y JUSTICIA. *Embarazo vulnerable, realidad y propuestas de políticas públicas*. 2015. Disponible en: <https://shorturl.at/4EGQb>
- CHERVENAK, F.; MCCULLOUGH, L. Ethical dimensions of the fetus as a patient. En: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017, vol. 43, pp. 2-9.
- DIAS, N.; DOCHERTY, S.; BRANDON, D. Parental bereavement: Looking beyond grief. En: *Death studies*. 2017, vol. 41, núm. 5, pp. 318-327.
- ENGELHARDT, H.T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2015.
- FERNÁNDEZ-BASANTA, S., et al. Double-Layer Masking of Suffering After Pregnancy Loss: A Grounded Theory Study from a Male Perspective. En: *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2022.
- FRANCO H.; CALDEIRA S.; NUNES L. Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. En: *Nurs Ethics*. 2021, vol. 28, núm. 5, pp. 734-749.
- GILLIGAN, K. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development is a book on gender studies by American professor*. Harvard University Press, 1982.
- GENERALITAT DE CATALUNYA: *Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista*. DOGC n. 8303 de 24/12/2020.
- GOBERNA-TRICAS, J.; BOLADERAS, M. *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos, 2018.
- HEAZELL, A. E., et al. *Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death*. University of Queensland, 2019.
- HUTTI, M. H.; ARMSTRONG, D. S.; MYERS, J. Evaluation of the perinatal grief intensity scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. En: *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2013, vol. 42, núm. 6, pp. 697-706.
- HUTTI, M. H., et al. Predicting grief intensity after recent perinatal loss. En: *Journal of Psychosomatic Research*. 2017, vol. 101, pp. 128-134.
- INFORME BELMONT. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos en investigación. En: *Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, Federal Register USA*. 1979.

- KRISTEVA, J. Motherhood according to Giovanni Bellini. En: *Desire in Language: A Semiotic Approach to Literature and Art*. Nueva York: Columbia University Press, 2001.
- GOBIERNO DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. 23 abril 2007 [reformada en 2014].
- GOBIERNO DE ESPAÑA. *Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. BOE 01/03/2023.
- LINNAKAARI, R., et al. Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage — Nationwide register-study in Finland, 1998–2016. En: *Human Reproduction*. 2018, vol. 34, núm. 11, pp. 2120-2128.
- LUNA, F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. En: *Jurisprudencia argentina*. 2008, vol. 1, pp. 60-67.
- LUNDQUIST, C. Being Torn: Toward a Phenomenology of Unwanted Pregnancy. En: *Hypatia*. 2008, vol. 23, núm. 3, pp. 136–55.
- MENA-TUDELA, D., et al. Breastfeeding and Obstetric Violence during the SARS-CoV-2 Pandemic in Spain: Maternal Perceptions. En: *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022, vol. 19.
- MERGEN, M.; AKPINAR, A. Vulnerability: An integrative bioethics review and a proposed taxonomy. En: *Nursing Ethics*. 2021, vol. 28, núm. 5, pp. 750–765.
- MONTERO, C.; VALENZUELA, S. Embarazo vulnerable ¿Cuál es el aporte de la bioética? En: *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2017, vol. 5, pp. 1-11.
- MACLELLAN, J. Claiming an Ethic of Care for midwifery. En: *Nurs Ethics*. 2014, vol. 21, núm. 7, pp. 803-11.
- NEWNHAM, E.; KIRKHAM, M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. En: *Nurs Ethics*. 2019, vol. 26, pp. 7-8.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* [Artículo n. 8]. 2005.
- RENDTORFF, J. D.; KEMP, P. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. En: *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. 2011, pp. 45-56.
- YOUNG, I. M. Pregnant Embodiment: Subjectivity and Alienation. En: *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1984, vol. 9, pp. 45-62.