

**PERCEPCIÓN SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO:
VOCES DE MUJERES QUE SE HAN SOMETIDO A LA PRÁCTICA**

Presentado por

Vanessa Janeth Salas Vargas

Trabajo de grado para optar por el título en

Psicología

Tutores

Isabel Cristina Ruiz Buitrago

Susana Cristina Barradas Pataco Zezere

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
ÁREA DEMOGRAFÍA Y ESTUDIOS DE POBLACIÓN
BOGOTÁ D.C**

2020

Agradecimientos

A todas y cada una de las mujeres que me permitieron conocer de cerca sus experiencias, por mostrar su valentía y alzar su voz.

A mis padres y hermanos, mi familia, por apoyarme en todo momento y creer en mí y en mis capacidades.

Abuelita, también para usted, porque uno de sus grandes anhelos era ver a sus nietas graduadas. ¡Ya casi lo logro!

A mis tutoras, Isabel Cristina y Susana, por todo el acompañamiento y apoyo brindado en más de dos años que abarcó este proceso.

A todos aquellos que de una u otra forma fueron partícipes y aportaron en esta investigación.

¡Gracias!

Tabla de contenido

Resumen.....	6
Introducción	7
Capítulo 1. Hablando del aborto inducido	9
Contexto	9
Marco legal	11
Planteamiento del problema.....	14
Pregunta de investigación.....	15
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos.....	16
Justificación.....	17
Capítulo 2. Fundamentos teóricos y conceptuales.....	18
Antecedentes del problema	18
La percepción de la mujer	18
El punto de vista medico	26
El papel del hombre en la decisión de interrumpir el embarazo	28
El debate moral: La iglesia y el Estado	29
Marco teórico	32
Aborto como alternativa en la continuación del proyecto de vida	32
Cambio de visión de la maternidad	35
Consecuencias del sometimiento a la práctica de IVE.....	37
Vivencia y experiencia del aborto inducido	39
Sentimientos y pensamientos.....	41
Marco conceptual	45
Percepción	45
Aborto inducido.....	46
Interrupción Voluntaria del Embarazo.	46
Proceso de atención para la IVE.....	47
Capítulo 3. Metodología	51
Tipo de investigación	51

Población.....	51
Criterios de inclusión.....	51
Técnica e instrumento de recolección	52
Procedimiento.....	53
Análisis de la información.....	54
Capítulo 4. ¿Y las mujeres?	56
Descripción de la población	56
Entrevista 1 (E1DL_2018).....	56
Entrevista 2 (E2LB_2018).....	57
Entrevista 3 (E3JR_2018).....	57
Entrevista 4 (E4MD_2018).	57
Entrevista 5 (E5AA_2018).	58
Entrevista 6 (E6MM_2018).....	58
Entrevista 7 (E7IC_2018).....	58
Entrevista 8 (E8VA_2018)	58
Entrevista 9 (E9KR_2018)	59
Entrevista 10 (E10ST_2018)	59
Análisis de resultados.....	61
Conocimiento sobre IVE	61
Antecedentes de la práctica abortiva	62
Práctica de la IVE	65
Percepción de la IVE	68
Referencia de experiencias conocidas de IVE.....	71
Redes de apoyo en la experiencia de IVE	71
Concepción de la maternidad	72
Capítulo 5. Entre el delito y el derecho.....	74
Discusión de resultados	74
Conclusiones	85
Implicaciones	88
Limitaciones y recomendaciones	90
¿Qué me pasó a mí como investigadora?	92

Fuentes bibliográficas	93
Anexos	98
Anexo 1. Operacionalización de variables	98
Anexo 2. Guion de entrevista semiestructurada	102
Anexo 3. Consentimiento informado	104
Anexo 4. Categorización de resultados	105
Anexo 4.1. Categorías deductivas	105
Anexo 4.2. Categorías emergentes	117

Índice de tablas y figuras

Figura 1: Árbol de decisiones frente a un embarazo no deseado	34
Figura 2: Proceso de atención de IVE.....	50
Tabla 1	54
Tabla 2	55
Tabla 3	60
Tabla 4	98
Tabla 5	105
Tabla 6	117

Resumen

El presente trabajo de grado se enfocó en conocer las percepciones de diez (10) mujeres que se han sometido a la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en condiciones legales (Sentencia C-355-2006) en la ciudad de Bogotá entre 2006 y 2016, esto a partir del acercamiento a ellas y la realización de entrevistas semiestructuradas que pretendían conocer dicha percepción. El interés por estudiar este fenómeno parte de reconocer que el aborto inducido ha sido un fenómeno abordado desde la perspectiva de distintos grupos y gremios, sin embargo, específicamente en Colombia, no se hallaron investigaciones que trabajaran con la población directamente implicada, por lo que justamente surgió la pregunta sobre las mujeres y su percepción siendo ellas quienes se someten voluntariamente a un procedimiento de este tipo y experimentan el proceso en carne propia, por tanto, se tuvieron en cuenta aspectos tales como sus conocimientos frente a la práctica, el proceso de toma de decisión, sus experiencias, la atención recibida y los sentimientos y pensamientos asociados a la intervención y encontrando que la percepción también se relaciona con el conocimiento a otras experiencias conocidas, las redes de apoyo de las mujeres y la concepción de maternidad existente en la población.

Palabras clave: Percepción, interrupción voluntaria del embarazo, mujeres, experiencias.

Introducción

El aborto se define en primera estancia como un determinante próximo o inmediato de la fecundidad, esto al ser una variable que explica cambios en las tasas de una fecundidad natural de una población dado en ausencia de la regulación de la misma y a través de fenómenos tales como la relación entre una mujer y un hombre, la concepción y los nacimientos vivos (Salazar, 2003).

El aborto inducido en Colombia se despenaliza parcialmente en mayo del 2006 mediante la Sentencia C-355 expedida por la Corte Constitucional del país y en la que se definen tres situaciones críticas llamadas causales desde las cuales las mujeres pueden acceder a la práctica de una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y que atienden a los derechos sexuales y reproductivos de la misma mujer como personalidad jurídica: *1) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un profesional de medicina o de psicología; 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un profesional de medicina; y 3) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto* (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Sí bien, la despenalización de manera parcial del aborto inducido en Colombia se dio tras la interposición de demandas ciudadanas y movimientos que, según la Corte Constitucional de Colombia (2006), reclamaban por el reconocimiento de la libertad de decisión sobre el cuerpo y sexualidad de la mujer, su figura –la de la mujer- ha sido dejada de lado en la toma de decisiones que atañen a caracteres tales como la definición de las causales, la atención brindada en las intervenciones y la regulación de la práctica en condiciones inseguras.

Por lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de grado buscó conocer distintas percepciones de mujeres que han logrado acceder y se han sometido a un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con alguna de las tres causales enmarcadas en la Sentencia C-355 de 2006, que despenaliza parcialmente el aborto inducido en Colombia, planteando así la relevancia de conocer esta percepción de la población que experimenta de primera mano una IVE y siendo este un problema que no había sido estudiado en Colombia hasta el momento de plantearse la investigación, pero que encuentra sus bases en estudios de otros países

que apuntan al recogimiento de estas percepciones entorno a decisiones de legalización y despenalización del aborto inducido y que reconocen la esencialidad de la mujer dentro del ámbito jurídico y político en el que emerge la consideración de la práctica.

La percepción se define en este marco desde la interpretación y comprensión del entorno por medio de los sentidos, el ambiente y las vivencias dadas en un determinado contexto social e histórico y que permiten la construcción de significados de acuerdo con la ubicación espacio-temporal (Merleau Ponty, 1945), sabiendo que esta se presenta de manera individual, pues, la mujer que se somete a un aborto puede hacerlo aduciendo a distintas razones y esta decisión se ve inmersa en una serie de dinámicas relacionales que comprenden también las definiciones en otros ámbitos y el involucramiento de sentimientos, pensamientos y conductas alrededor de la práctica.

El documento a continuación expuesto se presenta como una revisión teórica, conceptual y bibliográfica del fenómeno del aborto inducido en Colombia y la investigación realizada en torno a la percepción de mujeres que han interrumpido sus embarazos voluntariamente en el marco legal en Colombia durante el periodo 2006, año en el que se despenaliza parcialmente el aborto, hasta 2016, a 10 años del cumplimiento de la Sentencia.

Capítulo 1. Hablando del aborto inducido

Contexto

El aborto inducido se concibe como un fenómeno complejo en tanto que se enmarca no sólo en el contexto médico, sino que también presenta elementos en el ámbito de discusión política, social, jurídica, demográfica y hasta religiosa, suscitando el debate en torno a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y los derechos de la vida que se gesta, creando así distintas percepciones de la práctica, su aceptación y regulación. El aborto inducido se reconoce también como un asunto de salud pública ante la persistente desigualdad social, las falencias en el acceso y la presencia de estigmas, elementos que pueden incidir en la recurrencia a abortos ilegales y clandestinos que vulneran a la vez los derechos de la mujer al obstaculizar el acceso al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones adecuadas y que desembocan en problemas de mortalidad y morbilidad materna para la población (Lamus & Rocha, 2005), que, de acuerdo con Prada, Singh, Remez y Villareal (2011), en 2008 ocurrieron 780 muertes maternas a causa de un aborto inducido en condiciones inseguras.

Lo anteriormente mencionado ocurre mayormente en mujeres de estrato socioeconómico bajo que no cuentan con la información de las condiciones para que se realice un ejercicio efectivo del derecho; además, es esta misma práctica clandestina la que dificulta la determinación de las cifras e incidencia del aborto inducido en algunos países ya que son pocos los abortos que se llevan a cabo de manera legal. (Prada, et al, 2011). Aun frente a esto, se encuentran estudios que muestran las cifras con relación a estimaciones y fenómenos como el embarazo no deseado y el uso de anticonceptivos.

En el mundo entre 2010 y 2014 se estima que ocurrieron aproximadamente 56 millones de abortos por año, con una tasa anual de 35 abortos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y 44 años). En América Latina, esta tasa para el mismo periodo fue de 48 abortos por cada 1.000 mujeres (6.5 millones de procedimientos), encontrando en este contexto que en la mayoría de los países latinoamericanos el aborto inducido está legalizado de manera parcial atendiendo a situaciones de preservación de la salud de la mujer, embarazo por actos ilícitos y casos de malformación del feto. En contraste, en lugares como América del Norte y Europa se presentan las tasas más bajas de aborto inducido (17 abortos por cada 1.000 mujeres), encontrando que por lo general “las leyes de aborto altamente restrictivas no están asociadas con tasas de aborto

más bajas” (Instituto Guttmacher, 2017) dado que se encuentra que en ciertos países donde se despenaliza el aborto por diferentes causales la tasa es de 37 procedimientos por cada 1.000 mujeres, mientras que en países donde la práctica está prohibida completamente o se aboga únicamente a la causal de protección de salud de la mujer se halla una tasa de 34 abortos por cada 1.000 mujeres, lo que permite evidenciar una diferencia no tan significativa.

De acuerdo con Prada, et al (2011), “el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto” (p. 4), lo que se explicaría en un total de 400.400 abortos inducidos por año, de los cuales, para 2008, solo menos del 1% (322 procedimientos) fueron atendidos en instituciones prestadoras de salud (IPS) bajo los criterios establecidos por la ley. Frente a estas cifras, se reconoce que los abortos llevados a cabo en condiciones inseguras amenazan la salud de las mujeres en cuanto a los problemas de morbilidad y mortalidad anteriormente enunciados, por lo que se evidencia una necesidad de fortalecer el acceso a los métodos anticonceptivos, la prestación del servicio de IVE, la implementación de la Sentencia C-355 y la atención postaborto.

Por otra parte, se tiene la Encuesta Nacional en Demografía y Salud (ENDS), que es una encuesta realizada cada cinco años desde 1990 para obtener información sobre conocimientos, actitudes y prácticas en Salud sexual y reproductiva de población en edad fértil. Para el periodo entre 2005 y 2010, se revela que se produjeron aproximadamente 100 mil abortos, ya que mientras el 72% de los embarazos resultan en nacidos vivos, 16% terminan en pérdidas, 8% interrupciones inducidas y 4% son embarazos extrauterinos que derivan en muertes fetales intrauterinas, aduciendo además que el porcentaje de embarazos no deseados es del 46% (Profamilia, 2011). Cabe anotar que como en el periodo comprendido hasta 2010 ya se hallaba legalizado el aborto de manera parcial, se incluyó en la encuesta la pregunta sobre el conocimiento de la mujer acerca de la Sentencia, teniendo pues que entre el 76 y 79% conocían las causales y que, tras la decisión en 2006, el 28% de los embarazos terminaron en interrupciones, siendo que una cuarta parte de los abortos ocurrió entonces después del mes de mayo del año 2006 (Profamilia, 2011). Las razones por las cuales se solicita una IVE aducen en primer lugar a que la mayoría la pidió por considerar que su vida estaba en peligro, seguido por una malformación del feto y, en último lugar, por haber sido víctima de una violación.

En cuanto a los datos encontrados en la ENDS del 2015(Profamilia, 2015), se tiene un porcentaje de 6.8% de embarazos terminados en pérdidas, 1.1% de interrupciones voluntarias,

1.3% de embarazos extrauterinos, 0.3% de muertes fetales y un 90.4% de embarazos que resultaron en nacidos vivos. Respecto a la atención tras el aborto inducido, se halla que el 28.5% de los casos se atendieron en hospitales o centros públicos, mientras que un 26.1% no fueron atendidos, el 17.5% fueron atendidas por médicos particulares y el 13.3% restante fueron atendidos en EPS. En este periodo también se indagó sobre el nivel de conocimiento de la despenalización y causales de IVE en el país, teniendo que hay mayor conocimiento en mujeres que en hombres sobre el tema, pero evidenciado una necesidad de informar mayormente a las personas sobre la responsabilidad de las instituciones de prestar servicios en salud seguros y oportunos frente a la IVE.

Marco legal

En el caso de Colombia, el aborto inducido era un delito punible hasta que se adoptó como derecho fundamental por medio de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional, emitida en mayo de 2006 y desde la cual se acoge el término Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE), permitiendo a las mujeres tomar la decisión de abortar de acuerdo con tres causales que abogan al derecho por la salud y la vida de ellas, situaciones que se aceptan tras la interpelación de demandas ciudadanas que reclamaban la inexecutable e inconstitucionalidad de la Ley 599 del 2000 del Código Penal que declaraba al aborto como un delito en el país, aduciendo a que esta consideración normativa violaba los derechos de la mujer a la vida, autonomía sexual, libertad, dignidad, personalidad, privacidad, equidad, a la información y salud tanto física como psicológica y social (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Tras la decisión de la Corte, la mujer se posiciona en el centro de la discusión alrededor del aborto y como sujeto de especial protección constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006), permitiéndosele entonces realizar la petición de una Interrupción Voluntaria del Embarazo en las siguientes situaciones:

1) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, 2) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y, 3) Cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Si bien, como mencionó anteriormente, existe un marco normativo que despenaliza y regula la práctica del aborto inducido en Colombia con relación a las tres causales referidas, se presentan a la vez una serie de barreras u obstáculos de tipo individual y estructural que impiden a la mujer acceder de forma segura y oportuna al servicio y además dificultan la ejecución y aplicación de la Sentencia (Dalén, 2013). Frente a lo anterior es que el Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo rector de la salud en Colombia, junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, diseñó una serie de protocolos y guías técnicas como modelos dirigidos a las entidades de salud públicas y privadas que tienen la obligación de prestar el servicio de IVE teniendo como precedente alguna de las tres causales de despenalización. A su vez, estos protocolos definen caracteres para llevar a cabo el proceso de atención, tales como la consulta, asesoría, elección del método de intervención y orientación postaborto (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

En el país en general, toda mujer gestante que solicite un aborto inducido y se encuentre bajo alguna de las tres causales de penalización parcial debe ser atendida por su Entidad Promotora de Salud (EPS) o Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Entre las fundaciones e instituciones que prestan el servicio de IVE se destacan Oriéntame, Apóyame, Sí Mujer, Profamilia, Red Nacional de Mujeres. El servicio en estos lugares se encuentra organizado de acuerdo con los lineamientos definidos en el *Protocolo Prevención del Aborto inseguro en Colombia* diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en 2014.

En el año 2016, la Secretaría Distrital de Salud durante el periodo de Alcaldía de Gustavo Petro, desarrolló el programa *Territorios Saludables* e implementó los llamados Servicios Amigables para la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres (SAM) como estrategias de promoción de la libertad sexual y autonomía de las mujeres en la ciudad, tratando con esto de no dar cabida a la coerción, discriminación y violencia por sus decisiones. Estos centros operan en las localidades de Suba y Rafael Uribe Uribe y cuentan con equipos profesionales e interdisciplinarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros) capacitados en temas de salud sexual y reproductiva y que dictan asesoría en la toma de decisión de las mujeres que desean interrumpir sus embarazos y realizan el procedimiento de inducción del aborto (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

En Oriéntame y Profamilia, entidades prestadoras del servicio de manera legal y segura y que cuentan con amplia presencia en el territorio bogotano en distintas localidades de la capital, se aboga a la protección de la salud de la mujer permitiendo solicitudes de IVE en casos tales afecciones emocionales y físicas como angustia, depresión e insomnio. Estas entidades realizan informes de gestión anuales en los que se retratan los avances, proyectos y programas desarrollados a lo largo del año. De esta forma, de acuerdo con el primer informe publicado por Oriéntame (2012), se encontró que para el año 2011 se realizaron 4.068 procedimientos de IVE, de los cuales 4.054 se realizaron de acuerdo con la causal de riesgo para la salud o vida de la mujer, 13 se hicieron por la causal violación y un solo caso a razón de una malformación, en estos casos “el 19% de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en Oriéntame se realizaron a través de un procedimiento con medicamentos, y el 81% restante, a través del procedimiento quirúrgico” (p. 21). Asimismo, para el año 2015 la cifra total de interrupciones fue de 8.896, siendo 8.893 por la causal salud y solo 3 por violación, en este año no se presenta ningún caso de interrupción del embarazo por malformación Oriéntame (2016).

En contraste, un estudio realizado en Profamilia y en concordancia con las cifras del aborto en el país, demuestra que la causal mayormente ejercida es la de salud mental o emocional, con un porcentaje de 83,3%, seguida de la presentación de riesgos para la vida o la salud de la mujer con un 5,6%, la presencia de malformaciones graves del feto en un 2,6% y abuso sexual con 2,3%. Así, con el fin de caracterizar a la población en el estudio enunciado, se encontró que el 35,1 % de la población realizó la intervención por medio de métodos quirúrgicos y el mismo porcentaje lo hizo mediante medicamentos. El 55% de estas mujeres se encontraban en estado de gestación comprendidos entre las 6 y 11 semanas al momento de realizarse la IVE (Botina, Gómez & Ruiz, s.f, p. 12-13).

Planteamiento del problema

La despenalización parcial del aborto inducido o interrupción voluntaria del embarazo en Colombia define una nueva puesta en escena para el país en donde se visualiza una transición social y política desde la que se pasa de considerar al aborto como un delito punible a ubicarlo en el plano legal bajo ciertas circunstancias, haciéndose importante conocer la percepción que se tiene de este fenómeno social y de su práctica misma. En la revisión bibliográfica para el presente trabajo de grado, se encontró que se han estudiado posiciones frente el aborto inducido desde distintos ámbitos en Colombia y América Latina, indagando sobre la percepción de la práctica por parte distintos grupos como el gremio médico, las consideraciones de la Iglesia, la población en general y hasta el papel del hombre en estos asuntos, más no se encuentra un énfasis realizado en las mujeres y sus experiencias de aborto.

En estos términos, con relación al punto de vista médico, se ha considerado la decisión de la corte constitucional como acertada al dar cabida a una alternativa ante un embarazo no deseado para una mujer, sin embargo, también se instauro el debate con relación a la objeción de conciencia. Por otra parte, se ha indagado acerca del papel del hombre en la decisión de interrumpir un embarazo, resaltando la necesidad de su inclusión en la intervención por la responsabilidad que tienen frente a un embarazo no deseado. Finalmente, se trae a escena el debate instaurado entre el Estado y la Iglesia en torno al aborto inducido, sabiendo que, por un lado, el Estado se posiciona como ente regulador de la práctica considerada como un problema de salud pública y, por otra parte, la Iglesia y organizaciones eclesíásticas reclaman desde la moral que nadie puede decidir sobre la vida de otro.

Asimismo, en ciertos países de América del Sur, tales como Brasil, Chile, Perú y Uruguay, se han realizado estudios para comprender la percepción de las mujeres entorno a la al aborto inducido, encontrando que la percepción acerca de la IVE se erige como una construcción individual con relación a la experiencia misma de haberse sometido al aborto, de forma tal que la mayoría de mujeres abogan por una despenalización de la práctica del aborto como un acto de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Frente a este panorama, aunque bien la indagación acerca de diferentes posiciones y visiones es relevante para la comprensión de la complejidad del fenómeno del aborto inducido o

la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) –término usado legalmente-, se vislumbra que la percepción de las mujeres que han acudido a recibir atención y a practicarse el procedimiento en Colombia no ha sido profunda ni propiamente estudiada, teniendo en cuenta también que la decisión de la Corte de despenalizar parcialmente la práctica del aborto inducido en Colombia posiciona a la mujer en el centro de la discusión de este fenómeno, esto partiendo de entender que es ella la protagonista por ser quien demanda el servicio, se somete a él de manera voluntaria, atraviesa por la experiencia directamente y vivencia el proceso de primera mano, afrontando distintas barreras y obstáculos de orden individual y social (juicios y estigmas) que también permean la toma de decisión y significación de la mujer sobre la situación del aborto inducido, pretendiendo así comprender este panorama de manera global desde la experiencia personal y subjetiva de cada mujer entrevistada y permitiendo llenar así el vacío existente por la falta de inclusión de la percepción de la mujer en la toma de decisión de origen jurídico y social en temas que conciernen al aborto como derecho sexual y reproductivo de esta población.

Por lo anteriormente mencionado es que la presente investigación se centró en el proceso de percepción que tiene la mujer, desde su experiencia propia y subjetiva, del aborto inducido habiéndose sometido a la práctica, mediante la solicitud del procedimiento por alguna de las tres causales de despenalización, reconociendo la existencia de una serie de protocolos que sirven como modelo para la atención y la prevención del aborto inseguro y la obligación de las EPS e IPS en el Sistema de Salud Colombiano para prestar el servicio, esto conociendo esta información de la mano de las mismas personas que demandan el servicio por distintas razones y se someten a él de manera voluntaria, tomando en cuenta una serie de dinámicas emocionales y sociales asociadas con la práctica, puesto que atravesar una experiencia como esta involucra distintos sentimientos y emociones por parte de las mujeres que van desde alivio a la culpa y que muchas veces son ignorados por el mismo estigma social, moral y religioso alrededor de la práctica, además de la persistencia de barreras de orden individual y estructural que dilatan el proceso y no permiten a la mujer tener un acceso oportuno y seguro a su solicitud.

Pregunta de investigación

La pregunta de investigación central que surgió tras la revisión teórica y la realización del planteamiento y formulación del problema fue entonces: ¿Cuál es la percepción sobre la

interrupción voluntaria del embarazo que tienen las mujeres que se han sometido a dicha práctica en condiciones legales en la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo general

Conocer distintas percepciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo que tienen mujeres que se han sometido a la práctica en Bogotá entre 2006-2016 por medio de alguna de las tres causales que despenaliza la Corte Constitucional de Colombia.

Objetivos específicos

- Describir las características y realidades individuales y sociales de mujeres que han decidido practicarse una interrupción voluntaria del embarazo.
- Contrastar las percepciones de las mujeres acerca de la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con la causal por la cual hayan accedido al procedimiento y la atención recibida en el mismo.
- Comprender cómo se está llevando a cabo el proceso de atención a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la experiencia personal de mujeres que han accedido a la práctica por medio de las distintas causales.

Justificación

La investigación *Percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo: Voces de mujeres que se han sometido a la práctica* se presenta en primera estancia como requisito de grado para optar al título de Psicóloga en la Universidad Externado de Colombia, desarrollándose dentro del área de Demografía y Estudios de Población en la línea de investigación de Dinámica demográfica en temas relacionados con salud sexual y reproductiva. En el ámbito académico previamente enunciado, la realización de este proyecto se muestra como un complemento a las investigaciones ya finalizadas dentro del área y en la Universidad y que estuvieron relacionadas con el aborto inducido en el país y su incidencia demográfica.

Asimismo, es pertinente enmarcar la justificación nuevamente en la importancia de dar cuenta del fenómeno del aborto inducido desde la voz de personas que se han sometido a una intervención de este tipo alegando a distintas situaciones de afectación física, psicológica y social y que enmarcan una serie de condiciones para cada mujer frente a la toma de decisión y experiencia de la interrupción del embarazo. Lo anterior, sin desmeritar el trabajo realizado desde la discusión con distintos grupos y actores (hombres, estudiantes, médicos, Estado, Iglesia) desde la cual se han recogido experiencias y percepciones en torno a la práctica.

En el plano social, una investigación de este tipo puede ser un insumo para la creación de una política pública o programa para la mujer en el tema del aborto inducido en cuanto al desarrollo y acceso seguro y oportuno a la práctica al reconocer precisamente cual es la percepción de un grupo de mujeres que han sido participes de la práctica de IVE en Colombia y la inclusión de sus opiniones en las decisiones legales y sociales relacionadas con este fenómeno. De esta forma, lograr entender de primera mano cómo se está llevando a cabo el proceso de prestación del servicio de acuerdo con el protocolo existente para su regulación o en condiciones de clandestinidad, con miras a lograr avances en la implementación de formas de intervención oportuna con la población.

Capítulo 2. Fundamentos teóricos y conceptuales

Antecedentes del problema

El estudio del aborto inducido como fenómeno social se ha enmarcado en gran parte en el debate moral que esta suscita en los ámbitos político, social y hasta religioso en cuanto a la despenalización de la práctica, indagando acerca de las consideraciones y posiciones de diferentes organismos frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que optan por interrumpir un embarazo de forma voluntaria, sabiendo que es a ellas a quienes corresponde la decisión de someterse o no al procedimiento ante un embarazo no deseado o inviable y que pueda generar afección a su salud.

La percepción de la mujer

Estudios en Colombia

En Colombia, la percepción de la mujer frente al aborto no ha sido profundamente estudiada, sin embargo, frente a los antecedentes del problema de investigación se hallaron algunas investigaciones relacionadas con las narrativas y emociones posteriores a la práctica que explican que los efectos psicológicos de una IVE se relacionan con procesos de cognición, motivación y afectivos, tomando en cuenta también que este continúa siendo un fenómeno que pone en conflicto valores personales, sociales, religiosos, de género, maternidad, etc. (Correa, Holguín & Jaramillo en 2004). Estas autoras realizaron una investigación no experimental de tipo exploratoria y descriptiva con datos cuantitativos y cualitativos, titulada *Reacciones emocionales y aborto inducido voluntariamente*, realizada en la ciudad de Cali – Colombia en medio de un contexto en el cual la IVE aún no estaba despenalizada parcialmente. Esta investigación se realizó con mujeres entre los 14 y 23 años de estrato socioeconómico bajo y medio que se practicaron una interrupción del embarazo voluntariamente y acudieron al Hospital Universitario del Valle para la atención postaborto. Las mujeres participantes fueron entrevistadas y les aplicaron una Escala de valoración subjetiva de las reacciones emocionales que tienen lugar tras haberse realizado un aborto, calificándolas por su bajo, medio o alto impacto.

Cuando se rechaza o condena el aborto, el impacto hacia la mujer es mayor por el acto cometido y se presentan reacciones emocionales que intervienen y desestabilizan

psicológicamente a las mujeres que abortan. El estudio previamente enunciado plantea que las reacciones emocionales que mayormente afectan a las mujeres son la culpa, vergüenza, tristeza, confusión, angustia, ira e ideación suicida. Reconociendo que el 70% de las adolescentes que optaron por abortar no recibieron apoyo por parte de la pareja, además, de que muchas se ven presionadas por caracteres económicos frente a un embarazo. De la cifra de abortos, se reconoce que un 50% de las adolescentes acudió ante un método médico, 44% a uno casero y 6% al quirúrgico (Correa, Holguín & Jaramillo, 2004).

Los embarazos no deseados en jóvenes, según el anterior estudio, se presentan entonces como “hechos traumáticos” dada la no-preparación física ni psicológica hacia la maternidad. Así mismo, la práctica del aborto se define como un evento traumático y de alto estrés para la mujer que puede llevar a causar depresión, frustración y trastorno emocional por pérdida y duelo, ya que la interrupción del embarazo, aunque voluntaria, acarrea distintos problemas emocionales para la mujer que aborta, esto debido a características individuales de la misma persona y a aspectos sociales que aún lo condenan y generan mayor reacción negativa para la mujer, pues “la situación de clandestinidad, sus condiciones económicas y su vulnerabilidad social, las ubican en la situación de más alto riesgo por complicaciones de aborto tanto físicas como emocionales” (Correa, Holguín & Jaramillo, 2004, p. 94).

Por otra parte, se halló el estudio *Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas* desarrollado por el Ministerio de Salud en 2014 y que tuvo como punto de partida la comprensión de las razones por las que se decide interrumpir un embarazo y los factores que lo determinan y están relacionados con el procedimiento y aquellos que son posteriores a la IVE, hallando que:

El cambio en la percepción sobre al aborto, antes y después del procedimiento. Antes de haber pasado por esta experiencia las mujeres en general expresan sentimientos de miedo y de rechazo, pero los sentimientos posteriores hacen referencia al aborto como una opción o como un derecho (Ministerio de Salud, 2014 p. 200).

Con relación a las diferentes creencias acerca de la IVE, estas se hallaron enmarcadas en distintos momentos del proceso, teniendo entonces que todas las mujeres están de acuerdo en que la interrupción de un embarazo “no es un evento premeditado o que se planea con anticipación;

solo cuando se deben enfrentar a un embarazo no deseado (...) las mujeres asumen el aborto como una opción real y concreta para sí mismas.” (Ministerio de Salud, 2014, p. 187), además que se entiende que el aborto es una experiencia correspondiente a la mujer quien debe ser quien tome la decisión de interrumpir o no un embarazo.

Otra de las investigaciones encontradas con relación al problema de investigación fue el trabajo de investigación de María Paula Villalba titulado *Asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria de Bogotá, 2016*, donde se exploraron las narrativas de 10 mujeres adultas entre los 18 y 45 años que accedieron a una IVE en el centro de salud enunciado con el fin de conocer la perspectiva de ellas sobre la asesoría y orientación recibidas en el tema de salud sexual y reproductiva. La metodología empleada fue un estudio cualitativo no probabilístico o por conveniencia, de tipo fenomenológico descriptivo para comprender la experiencia misma de la mujer. En general se encontró que el aborto es considerado como el acto de “quitarle la vida a un ser humano, matar a una persona, quitarle el derecho a otro ser vivo principalmente de la vida” (Villalba, 2016, p. 52) y como una experiencia dolorosa con secuelas psicológicas para la mujer. Frente a la percepción de la mujer acerca de la asesoría y orientación para la IVE, se encontró que la atención se calificó positivamente abogando a que las mujeres no se sintieron juzgadas por su decisión.

Estudios en América Latina

Algunos estudios realizados en otros países demuestran el proceso de percepción corresponde a un asunto individual con diferentes sensaciones e impresiones de acuerdo con las condiciones expuestas a la hora de someterse al procedimiento. En el ejemplo peruano, un país que legaliza el aborto para salvar la vida de la mujer o evitar un daño grave y permanente en su salud, se encontró mediante un estudio de tipo cualitativo que mujeres a las que se les ha practicado un curetaje uterino por aborto incompleto inducido perciben desde su experiencia subjetiva y vivida que “el hecho de abortar les significó mucho alivio (...) resaltan los sentimientos de liberación de la responsabilidad del embarazo no planificado y menos deseado” (Orozco, 2015), p. 52.; el anterior estudio se hizo para conocer la realidad y tomar una postura clara y crítica frente a la situación del aborto en el país desde las mismas pacientes que abortan, pues “la percepción de estas pacientes es una importante fuente de información para conocer y comprender mejor el

panorama íntimo y personal de cada paciente para darle un entendimiento global a la experiencia vivida y su trascendencia” (Orozco, 2015), p. 10).

Por otra parte, se halló el caso de Chile, que en los últimos años ha pasado por una transformación social en cuanto al posicionamiento de la igualdad de hechos y equidad de género en la agenda política nacional. Chile, desde el 2015, es un país que despenaliza la IVE por tres causales, las mismas de Colombia (peligro para la vida de la madre, inviabilidad del feto y violación). Una investigación exploratoria-descriptiva con datos cuantitativos obtenidos mediante encuestas indagó sobre la percepción de mujeres chilenas frente al aborto desde si estaban de acuerdo o no con la despenalización y la decisión de realizarse un aborto estando penalizado y despenalizado. Esta investigación detalló que el 93% de las mujeres participantes está de acuerdo con la despenalización del aborto por las tres causales, pero un 68% también está de acuerdo con que este se permita mediante razones distintas a las tres establecidas, es decir, por motivos personales, familiares o económicos de la mujer que desea interrumpir su embarazo, con lo cual se deduce “no existe en las mujeres la búsqueda de un aborto, sino la necesidad de interrumpir un embarazo por variadas causas, provistas en la mayor parte de los casos, de conflicto para ellas” (Dawson & Weintraub, 2016, p. 50), y se concluye además que:

Mantener penalizado el aborto no evitará que las mujeres continúen realizando esta práctica. No obstante, la falta de una ley que despenalice el aborto perpetúa patrones culturales de estigma y discriminación, y a la vez agudiza un problema de salud pública, al exponer a las mujeres, en especial de sectores económicos y sociales más vulnerables, a prácticas abortivas de alto riesgo para su integridad física y psicológica (Dawson & Weintraub, 2016, p. 50).

En el caso de Uruguay, país que restringe el aborto cuando se realiza antes de las 12 semanas de gestación, se encontraron dos investigaciones realizadas en 2008 y 2014 respectivamente. En primer lugar, se halló la investigación de Carril y López (2008), cuyo estudio, de tipo cualitativo, tuvo como objetivo generar información científica con relación a aspectos psicológicos implicados en el aborto inducido de acuerdo con las experiencias y significados construidos de 21 mujeres. En medio de la investigación se encontró que la experiencia personal de vivir una IVE conlleva a una reflexión sobre posiciones ideológicas y políticas relacionadas con la legalidad de la práctica, lo que contribuye a la construcción de una opinión propia sobre

esta y su despenalización, esto en medio del reconocimiento de que no siempre se tiene un postura a favor del aborto ante de haberse sometido a un procedimiento de este tipo y que la “opinión se forma o se consolida como efecto de la experiencia vivida” (p. 102). Adicionalmente, el contexto de legalidad o ilegalidad también permea en las emociones de las mujeres en medio de la experiencia de abortar.

Continuando con esta investigación de Carril y López (2008), las opiniones de las mujeres sobre la despenalización del aborto se enmarcaron en el reconocimiento del derecho de decisión de las mismas mujeres y la dependencia de eso con relación a los motivos personales para interrumpir un embarazo voluntariamente, evidenciando la necesidad de regular la práctica y cambiar la normativa y abordar el fenómeno del aborto inducido de manera integral y enfocada en la educación sexual y reproductiva y prevención de embarazos no deseados. Dichos elementos se consideran centrales ya que se define como productores de significados, vivencias, emociones y discursos en la experiencia del aborto.

En cuando a la toma de decisión de las mujeres frente a abortar o no, las autoras encontraron que:

La interrupción voluntaria de un embarazo es una decisión vital significativa y como tal, no está exenta de contradicciones y ambivalencias (...) las mujeres que toman la decisión sin consultar o sin compartirla con el progenitor, tienen por lo general, un vínculo afectivo sexual ocasional o sienten que no es una relación firme o con proyección, a diferencia de aquellas que conviven con sus parejas y han construido un vínculo sólido” (Carril & López, 2008. p. 27, 58)

Asimismo, esta investigación hizo referencia al tiempo transcurrido entre el aborto y la realización de la entrevista, denotando diferencias en la percepción de la experiencia en cuanto a que las mujeres que habían tenido la experiencia hacia menos de un año aún presentaban emociones ambivalentes de angustia y culpa, mientras que quienes habían pasado por la experiencia en un tiempo mayor habían hecho una valoración de la decisión como acertada y no se arrepentían de ello (Carril & López, 2008). El malestar también se vio asociado con la actitud del personal de salud y con sus reacciones ante el embarazo.

Por otra parte, de acuerdo con la segunda investigación encontrada en Uruguay, León Silva (2014) expone las vivencias y trayectorias de usuarias de IVE en tres departamentos de dicho país, esto a partir de entrevistas desde las que se dio cuenta que la decisión de recurrir a una IVE se da ante un embarazo no deseado y presencia de condiciones problemáticas financieramente, abandono de la pareja, problemas de salud propia o familiar, cuidado de otros hijos e interrupción de estudios o proyecto de vida. El proceso de toma de decisión se referenció como difícil y enmarcado en caracteres de duda, culpa, emoción, viendo que este proceso no es lineal, sino que implica un ir y venir. Aun así, la decisión suele tomarse en privacidad y en ocasiones con la pareja y familia, existiendo firmeza aun ante la negativa de las familias, destacando razones financieras, problemas de salud, cuidado de los hijos e interrupción del proyecto de vida como principales motivos para interrumpir un estado de gestación.

En medio de esta investigación, se denotó también que las mujeres entrevistadas definen el servicio recibido como cordial y sin juicios, pero específicamente en instituciones hospitalarias este se define como descuidado, desinteresado y en ocasiones hostil. En cuanto a las vivencias emocionales y físicas, estas se enmarcaron en el miedo por la intervención y su efectividad, además de preocupación, angustia por ser recriminada y sentimientos de culpa; contrariamente, tras haber pasado por la intervención se encuentran sensaciones de alivio y agradecimiento, refiriéndose al procedimiento como doloroso. Lo anterior permitió al autor describir que existen sentimientos encontrados aun frente a una decisión que fue firme y autónoma.

Este autor relata en su investigación cinco factores que reconoce ayudaron a las mujeres a transitar por el servicio y la experiencia de IVE, siendo estos: el tono del servicio, el poder vivir el aborto en casa (procedimiento ambulatorio), la confidencialidad del servicio, el apoyo de otras mujeres pasando por la misma situación y los vínculos con el servicio de salud que brinda cuidado.

Cuando el equipo de IVE les habla del tema de aborto sin el estigma comúnmente asociado, les brinda un espacio para normalizar sus acciones y reducir la angustia (...) acceder a un aborto dentro de un marco legal e institucional les brinda a las mujeres una sensación de mayor seguridad: pone al Estado como garante de un derecho (Silva, p. 2014).

Siguiendo con las investigaciones en América Latina, Diniz y Souza (2011) indagaron acerca de los discursos de 17 mujeres en un hospital público en Salvador, Bahía, Brasil. Desde esta investigación, las autoras dieron cuenta de la existencia de preocupación por los efectos dolorosos de la Interrupción Voluntaria el Embarazo, lo cual siendo estudiado a profundidad se asoció con la representación social de las consecuencias del aborto, que a su vez permiten entrever que el aborto es un asunto del contexto femenino en que el hombre toma distancia, denotando también que las relaciones de las mujeres en medio de la experiencia se presentan como desbalanceadas. A partir del estudio, se comprendió además que la mujer siente vergüenza después de someterse al aborto, esto a razón de que la decisión se enmarca en valores sociales y se asocia con la exposición y juicio por parte de otros; así pues, la mujer que se juzga a si misma lo hace con base en consensos sociales existentes y pensando que será juzgada por otros en su contexto, ya que el aborto se define usualmente como un crimen, convirtiendo a la mujer en objeto de vulnerabilidad por dicha exposición.

Finalmente, también referenciando una investigación realizada en Brasil en el contexto de una institución de salud pública en Recife, Medeiros y Ramos (2017) tuvieron como objetivo conocer los sentimientos presentados por mujeres víctimas de abuso sexual y quienes decidieron abortar amparadas por la ley. Las mujeres relataron que la experiencia del abuso se asocia con emociones negativas que se reflejan en aspectos personales, profesionales y psicológicos, siendo estos principalmente la ira, el miedo, la impotencia, la culpa y la vergüenza. En contraste, la toma de decisión de interrumpir el estado de embarazo se hizo en estos casos con relación a no imaginarse en sus vidas con un embarazo no deseado generado por un acto que fue violento y sin consentimiento y deseo de la mujer.

El enfrentar dos situaciones de este tipo acarreó para las mujeres emociones como tristeza, miedo y preocupación por la familia. Tras la misma experiencia del aborto, se presentan sentimientos como alivio y tranquilidad y dolor por la misma intervención física (Medeiros & Ramos, 2017).

Referencia a otras investigaciones

Tomando como referencia investigaciones relacionadas con la percepción de las mujeres sobre el aborto inducido desde otros ámbitos, se encuentra el estudio realizado por García, Ortega

y Ortega en 2016, que tuvo como objetivo “analizar la experiencia de las mujeres que han tenido un aborto y las consecuencias dolorosas que dicha práctica produce en la vida y en el cuerpo de las mujeres (p. 1) esto con relación al apoyo social percibido y las herramientas de afrontamiento de dichas consecuencias. La investigación fue de tipo cualitativa fenomenológica en la que se estudiaron 20 relatos de mujeres que se sometieron a un aborto inducido en la Comunidad Autónoma Vasca.

En el marco de la investigación anteriormente mencionada, los autores hacen referencia a que el aborto es un fenómeno entendido desde aspectos sociales, morales y políticos, sin embargo se tiende a ignorar su trascendencia en el cuerpo de la mujer con relación a dichos esquemas ideológicos, cuestión que conlleva a silenciar la práctica en términos individuales y sociales, pero este mismo silencio “actúa como un elemento comunicador de estados de ánimo, gestos, emociones que deben ser descubiertos para conocer sus códigos de significado” (García, Ortega & Ortega, 2016). En este caso, el silencio se define como un aspecto común en las mujeres que se someten a un aborto inducido y del cual se derivan tres aspectos: Desconocimiento acerca de los elementos implicados en el aborto inducido antes de someterse a la experiencia, tabú u ocultamiento en torno a la interrupción de un embarazo de manera voluntaria y formación de comunidades emocionales como figuras de apoyo y de compartir distintas emociones, evidenciando que las mujeres en medio de esta experiencia encuentran seguridad en distintos grupos a los que se integran.

Estos autores explican también que para comprender el fenómeno del aborto inducido se debe reconocer la variedad de respuestas presentadas por más mujeres ante una experiencia de aborto, que se erige como complicado y con distintas circunstancias y consecuencias que pueden llegar a afectar a cada mujer (García, Ortega & Ortega, 2016).

En este orden de ideas, se referencia también la investigación realizada por Lie, Robson y May (2008) en Estados Unidos y quienes desarrollaron un estudio desde el cual se reconoció que las elecciones de las mujeres sobre la interrupción voluntaria del embarazo son principalmente prácticas y se relacionan con los recursos y condiciones familiares, personales y emocionales, reconociendo al aborto como una manera de ejercer autonomía y control sobre sí mismas. Frente a esto, los autores también exponen que la experiencia representa complejidad emocional por asociar sentimientos como culpa, estrés ansiedad, pérdida, sufrimiento y dolor. De igual forma, la

experiencia del aborto se percibe como la toma de responsabilidad por un acto considerado en sí mismo como irresponsable, por tanto, las percepciones están mediadas por el contexto moral donde las mujeres se encuentran inmersas.

Esta investigación también logro dar cuenta de que las experiencias de las pacientes y la percepción del aborto se relaciona con el trato recibido por parte de los profesionales y el método de interrupción empleado (Lie, Robson & May, 2008).

Desde otra perspectiva, Atherino, Hernandez, Lorenizini, Sell y Velho (2015) realizaron un estudio integrativo desde la revisión y análisis de diferentes investigaciones con el fin de identificar los motivos de las mujeres para interrumpir un embarazo de manera voluntaria, hallando que estos se enmarcan principalmente en el rechazo del embarazo, el entendimiento del aborto como método anticonceptivo, la falta de apoyo, la dificultad en el acceso a planes y servicios de anticoncepción, factores socioeconómicos, miedo la reacción de la familia, violencia doméstica, estado civil y marital, entre otros. En términos generales, los significados principalmente atribuidos a la experiencia son sentimientos de culpa, miedo a morir, miedo por ser castigadas, remordimiento, dolor físico y psicológico, miedo por ser culpado y vergüenza (Atherino, et al, 2015). Entre otros sentimientos expresados menormente, se encuentran la sensación de abandono, tensión, perdida de fe, baja autoestima, hostilidad, rabia, desesperanza, nervios, depresión, sentimiento de pérdida, tristeza y soledad, pero también se hace referencia al deseo de reconsiderar y continuar con planes de vida y alivio tras la experiencia.

El punto de vista medico

En cuanto al gremio médico, se halló la investigación *Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José*, realizada en Bogotá durante los años 2013 y 2014 por Ruth Castiblanco y Calemira Laza-Vásquez y cuyo objetivo fue la comprensión de la percepción que 15 médicos profesionales de la Unidad de Ginecología y Obstetricia tienen del aborto sabiendo que este está legalizado en tres causales. Este estudio fue de tipo cualitativo hermenéutico con un instrumento de entrevista a profundidad realizada en dos ocasiones a cada participante. La investigación, centrada en la opinión misma de los participantes en calidad de profesionales y personas, halló que los médicos perciben que la Sentencia C-355 es “una normatividad necesaria y una decisión acertada de la Corte Constitucional Colombiana” (Castiblanco & Laza-Vásquez,

2017 ,p. 73), constituyéndose como un gran avance para la sociedad colombiana, tan impregnada de valores religiosos y controversias alrededor de la vida, explicando además que la percepción social negativa de la IVE se da por “la falta de conocimientos sobre las implicaciones de la mortalidad materna; y que a menor nivel académico, intelectual y cultural de las personas existe mayor objeción a la IVE” (Castiblanco & Laza-Vásquez, 2017, p. 74). La interrupción voluntaria del embarazo, desde la percepción de estos médicos se erige como un derecho de la mujer respecto a su vida y bienestar físico y mental.

Estas mismas autoras, Castiblanco y Laza-Vásquez, en 2013 realizaron un artículo con el fin de analizar experiencias de profesionales de la salud con relación a la despenalización del aborto inducido en diferentes lugares del mundo, esto por medio de una revisión de publicaciones sobre el tema en el periodo comprendido entre 2005-2012, sabiendo que lo que se ha publicado acerca de la experiencia de los profesionales que han atendido casos de abortos inducidos es poco , encontrando en general que:

Los altos índices de mortalidad materna se comportaron como un impulsador de las leyes para la legalización del aborto y promovieron asimismo el apoyo y una actitud positiva por parte de los profesionales de la salud al ser considerada una medida necesaria para reducir la mortalidad materna, complicaciones, sufrimientos y riesgos en la salud de la mujer (Castiblanco & Laza-Vásquez, 2013, p. 939).

Asimismo, el artículo resalta que en países africanos y asiáticos se encuentra una mayor flexibilidad ya aceptación de las causas de despenalización, esto comparado con América Latina. No obstante, se halla también prevalencia de barreras en el acceso atendiendo a creencias personales y religiosas, que se acentúan ante un mayor conocimiento de las leyes, lo que aumenta a su vez la disposición por parte de los profesionales de realizar el procedimiento y la percepción de este como benéfico para las mujeres ante conocer las razones por las cuales ellas deciden practicarse un aborto inducido (Castiblanco & Laza-Vásquez, 2013). En América Latina, con la presencia de tasas altas de mortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y las restricciones existentes aun con las causales definidas, estas autoras encuentran que los profesionales de salud manifiestan en su mayoría un acuerdo con las circunstancias desde las cuales se permite el acceso

al procedimiento de manera legal, sobre todo para los casos de riesgo para la vida y salud de la mujer.

Por otra parte, una investigación realizada en 2011 en Bucaramanga con estudiantes de medicina tuvo por objetivo el establecer si la exposición académica a la Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo (ILVE) influye en las actitudes y conocimientos de los estudiantes de medicina, encontrando que se considera en general que la ILVE representa un avance importante respecto a los derechos de las mujeres y la sociedad y que aunque las tres causales por las que se despenaliza el aborto son reconocidas y aceptadas por los estudiantes. La única causal con total aceptación es la que implica riesgo para la vida de la mujer gestante, siendo este biológico, psicológico y social, mientras que la causal de malformación del feto provocó desacuerdo por parte de quienes abogan a creencias religiosas. En cuanto al embarazo por violación, esta causal generó un debate enmarcado en quienes aceptaban el derecho de abortar por el evento traumático y los que rechazaban alegando a que el feto no tenía la culpa de la violación (Quintero & Ochoa, 2015). Para los estudiantes entrevistados “el conocimiento que poseen los médicos generales al respecto es superficial y que no les compete involucrarse con estas pacientes” (Quintero & Ochoa, 2015, p. 920), a no ser que se trate de un caso de urgencia.

El papel del hombre en la decisión de interrumpir el embarazo

Con relación a la percepción estudiada en hombres, aparece el artículo de investigación *La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina* realizado por Lerner y Guillaume (2008) en Buenos Aires y que buscó precisamente estudiar el papel del hombre en eventos relacionados con la sexualidad y reproducción y, específicamente, ante la decisión de continuar con un embarazo o realizar un aborto, dado a que se encuentra que comúnmente la búsqueda se ha enfocado en las mujeres por ser quienes, y el hombre se ha tendido a dejar de lado. La investigación se orienta a la búsqueda de información relacionada con conceptos de igualdad y equidad de género, esto desde la Conferencia del Cairo en 1994, desde la cual se reconocen plenamente los derechos reproductivos y sexuales en pro de la libertad sobre el propio cuerpo y se reconoce además la necesidad de incluir a los hombres en asuntos de anticoncepción y tenencia de hijos.

En la anterior investigación, la participación del varón en cuanto al aborto se determinó mediante estudios de tipo cualitativo, como entrevistas y grupos focales, y encuestas desde las cuales se establecieron dos ejes analíticos: El primero se refiere a “los vínculos entre las formas de relación emocionales (afectivas y sentimentales) que tiene la pareja” y el segundo eje se relaciona con “papel y la responsabilidad que reconocen y/o asumen los varones en cuanto a su participación en la práctica anticonceptiva, ya sea la propia o la de su pareja” (Lerner & Guillaume, 2008, p. 35), encontrando pues que existe mayor apoyo ante la decisión de abortar cuando la relación entre la pareja es formal y hay mayor compromiso frente a ella, pero, por el contrario, se es indiferente ante la decisión cuando se trata de una relación ocasional, hallando una relación entre los caracteres de sexo y amor respecto al proceso de decidir y responsabilizarse por la práctica.

Se encuentra además que cuando es la mujer la que propone la IVE, el hombre se acomoda a la decisión, siendo la mujer la que tiene mayor incidencia final en la decisión de abortar o no por ser las que acarrean biológicamente con las sexuales del embarazo y aborto. Otro factor decisivo es la condición económica y relación de convivencia entre la pareja, pensando en las consecuencias familiares y sociales de un embarazo. El aborto se presenta entonces como la solución a un embarazo no deseado que incide significativamente en el pensamiento y planes a futuro como individuo y como pareja y que surge como resultado de un encuentro sexual imprevisto y sin proyección. La posibilidad de incomodidad y alivio del varón “surge no solo de considerar el aborto como un acto de violencia contra el cuerpo de la mujer, sino de reconocer la legitimidad del deseo de ella de experimentar o no la maternidad” (Lerner & Guillaume, 2008, p. 39).

El debate moral: La iglesia y el Estado

Finalmente, con relación a las posiciones de la Iglesia y el Estado frente al aborto inducido, se encontró el artículo académico desarrollado por Merizalde (2005) denominado *Doctrinas de la Iglesia y despenalización del aborto: Algunas reflexiones* y desde el cual se denotó que la Iglesia se posiciona desde la concepción de la vida como la obra más grande de la creación y el pensamiento de que el despenalizar la práctica del aborto incurre en la fundación de una “cultura de la muerte”, lo que se refiere, según la autora, a una decisión marcada por el individualismo y donde el ser se cambia por la tenencia de placer, instaurando un concepto deformado de la subjetividad como titular de los derechos y vida de otra persona.

En el documento se explica además que “la postura de la Iglesia Católica sobre este tema es de sobre conocida, pero en la mayoría de los casos comprendida solo parcialmente o con un sesgo que impide acogerla en forma abierta y sin prejuicios” (Merizalde, 2005, p. 104), puesto que esta organización eclesíástica está a favor de la vida y sexualidad responsable, reconocimiento que existen situaciones dramáticas para la madre durante el embarazo, pero donde no se acepta que un aborto sea la solución, pues, tomando como ejemplo una malformación del feto, la Iglesia no opta por quitar la vida sino por permitir que las personas en estas condiciones nazcan y aporten en valores de respeto para la sociedad. La Iglesia considera la vida humana como sagrada desde su propio inicio y concepción porque comprende la creación misma de Dios y por ello nadie puede atribuirse el derecho a quitar una vida a un ser humano o serán sancionados con pena canónica de excomunión, considerando pues tanto la dimensión espiritual como la corpórea creada por Dios.

Según Merizalde (2005), la Iglesia no antepone obstáculos al desarrollo humano propiamente dicho, porque se comprenden situaciones de drama para la madre en el embarazo, pero no se acepta que la solución sea la interrupción de la vida del no nato, sino que desea la obtención de comprensión del aborto respecto a los efectos sobre la persona y sociedad y quiere prevenir conductas que degradan al ser humano, su naturaleza y leyes naturales. Se está a favor de la vida, familia y sexualidad responsable. Frente a situaciones de malformación del feto en el embarazo, la Iglesia explica que no se debe quitar una vida en ninguna circunstancia y que la presencia de una persona en estas condiciones puede ayudar a la sociedad tan deshumanizada y utilitaria para fortalecer valores de respeto a todo ser humano.

En contraste con la posición de la Iglesia, se tiene una tensión entre este organismo y el mismo Estado, ambos como instancia de regulación social, que crean una discusión en torno a la legitimación o no del procedimiento, sabiendo que la Iglesia aboga a un control natal por abstinencia sexual y el Estado se presenta ante el enfrentamiento del problema de salud pública que suscita el aborto y la inequidad social precedente. Para Zamudio (2000) la tarea del Estado, a pesar de los obstáculos presentados es:

Tomar las medidas necesarias para enfrentar el problema de salud pública que implica el aborto, corregir las situaciones que crean condiciones de inequidad social y ofrecer condiciones de acceso físico y cultural a los métodos y técnicas

necesarios para prevenir, en lo posible, el embarazo indeseado, origen del aborto inducido (p. 53).

De esta forma, de acuerdo con Arboleda (2012), el Estado es el que debe hacer cumplir los derechos humanos de la población, ideando políticas y normas que acojan los derechos fundamentales, jerarquizados de forma tal que en primer lugar esté la vida, interpretada desde la definición genética y la capacidad de un individuo de desarrollarse por sí mismo y autónomamente de la madre. Se toma en cuenta además la interpretación jurídica y jurisprudencial de la sentencia C-355 de 2006 de despenalización, porque a la larga la consideración del aborto como delito radicaba en la protección a la vida del feto, que transcurrió después en que este no representaba en sí a una persona humana, sin embargo, en Estado también adopta medidas de protección de los interés prenatales por medio de la prevención del aborto recurrente, la mejora de atención prenatal y obstétrica y la motivación de uniones maduras con capacidad de crianza de los hijos.

Marco teórico

En el marco de esta investigación, el aborto inducido se entiende como un fenómeno complejo en tanto que comprende aspectos relacionados con dominios tales como lo psicológico, social, cultural, médico, político y económico. Por lo anterior, para la construcción y base teórica se toman distintos autores que han trabajado el tema del aborto desde diferentes perspectivas, esto enmarcado en el paradigma complejo que entiende al sujeto con relación al contexto organizacional en el cual se posiciona y relaciona. De acuerdo con Munné (2004), este es un paradigma alternativo y no reduccionista que comprende que la realidad es constitutivamente compleja tanto en sus expresiones físicas como las psicológicas y sociales, desde lo que se entiende además que los comportamientos se dan en interacción y en medio de una conducta contextual de todos los elementos constitutivos de un sistema y reconociendo así que no hay cosas unívocas ni causadas y que, aunque bien se evoque el pasado en el relato, este no determina el presente porque se considera la imbricación de los procesos en un tiempo y espacio y en medio de la retroalimentación continua.

Por lo anterior, es importante comprender que la complejidad emerge en el entendimiento del movimiento de los fenómenos y su vitalidad, es decir, de saber que los sistemas están vivos y en constante interacción e intercambio entre el interior y exterior (adentro y afuera) para la mantención del equilibrio, autoorganización y el acoplamiento estructural, considerando ambivalencias, irregularidades, contradicciones e incertidumbres en el mismo (Mateo, 2003).

Aborto como alternativa en la continuación del proyecto de vida

Elvia Vargas-Trujillo (2007) explica la sexualidad con relación al proyecto de vida de las personas, que es definido desde el inicio de la juventud y que “expresa lo que el individuo quiere ser, lo que va a hacer en determinados momentos y esferas de su vida, y sus posibilidades internas y externas de lograrlo” (p. 209), esto relacionado a su vez por condiciones sociales, económicas y culturales en sus vidas.

González de Chávez en 2015 pone en escena dos hechos relacionados con la sexualidad, que surgen como “consecuencia de dos realidades que pueden constituir causa primordial o ser complementarias” (p. 12), siendo pues estas, por un lado, las carencias y dificultades presentes en la educación y formación en salud sexual y reproductiva en la población desde la infancia y los

problemas en el acceso a los servicios por parte de sectores sociales con mayores necesidades y, por otra parte, los déficits en la identidad de las mujeres, al mostrarse incapaces en ocasiones de ejercer control sobre su cuerpo y su vida en términos de la no utilización de métodos anticonceptivos y la asertividad en sus relaciones de pareja.

En cuanto a las relaciones sentimentales en las que se encuentran las mujeres y en las que se dan los estados de embarazo, Ramos (2016) plantea que las parejas pueden incentivar o no la decisión de ellas de interrumpir un embarazo, siendo un sostén afectivo o una figura de censura o maltrato en el proceso. En general, esta autora resalta que se dan percepciones positivas en la experiencia cuando la pareja se involucra, apoya y acompaña el proceso activamente, pero en varias situaciones, la figura del hombre aparece únicamente para brindar apoyo económico. En medio de las mismas relaciones, pueden también presentarse transformaciones, que van de reproches y rupturas hasta refuerzos de la afectividad en pareja.

En medio de la determinación de la vida de las personas, se presentan tres indicadores de solvencia adulta en la sociedad contemporánea: El económico, el habitacional y el interpersonal, reconociendo que los dos primeros indicadores han venido siendo pospuestos por los jóvenes en la actualidad y evidenciando que para el tercer indicador, su dirección se invierte puesto que la “madurez orgánica y sexual ocurre más temprano que las posibilidades de financiación y de asentamiento residencial propias de una familia” (Vargas- Trujillo, 2015, p. 210).

La presentación de embarazos en la población atiende a distintas circunstancias, condiciones y costumbres, entendiendo que el apoyo afectivo, respaldo económico y acceso a la información no son factores que se presenten de manera armoniosa y que el déficit en alguno puede representar un riesgo o barrera (Carril & López, 2008). Ante esto, Vargas-Trujillo (2015) expone dos alternativas de acción consideradas por las mujeres y sus parejas ante un embarazo que no es planeado: La continuación del embarazo y el aborto o interrupción del mismo, encontrando que:

Las elecciones dependen de quien realiza la decisión; las consecuencias del curso de acción se pueden prever con mayor exactitud que para otras. Se ha observado que las personas, cuando dedican tiempo al análisis del problema, tienden a optar por aquella alternativa que implica menos incertidumbre (p. 220).

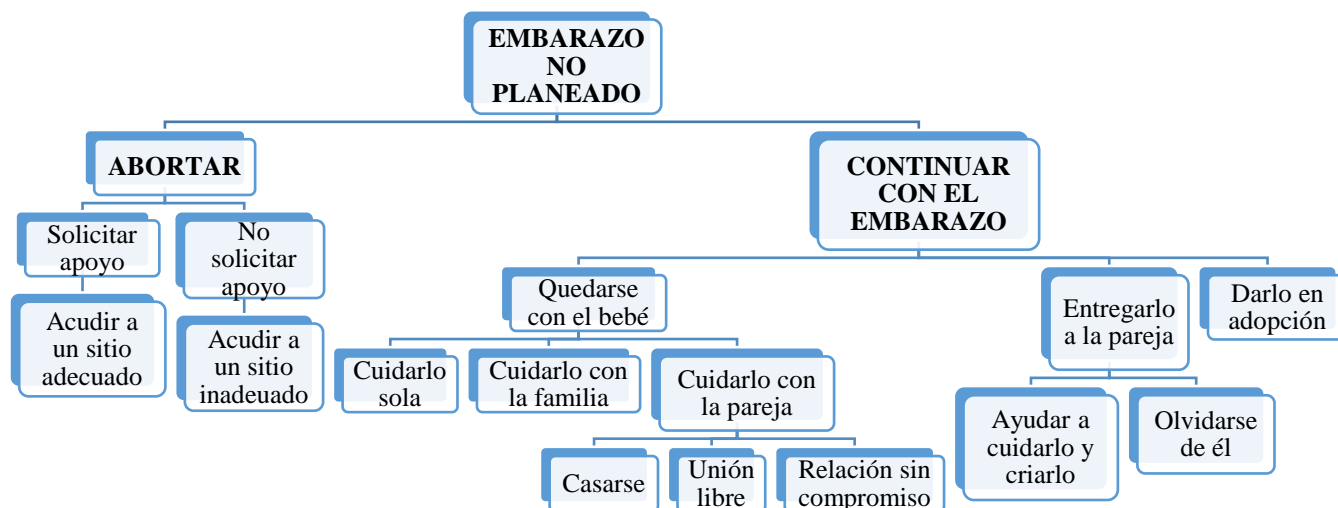


Figura 1: Árbol de decisiones frente a un embarazo no deseado

Tomado de Sexualidad mucho más que sexo por Elvia Vargas-Trujillo (2007).

Con relación a la segunda alternativa planteada, según Vargas-Trujillo (2015) la toma de decisión frente a la interrupción de un embarazo se relaciona con la valoración de los costos y beneficios de continuar con él, teniendo en cuenta pues que para personas que tienen planes a futuro y para quienes el hecho de ser padre significa un obstáculo para tal propósito, tienden en mayor medida a visualizar el aborto como una alternativa y sabiendo que lo que ciertos elementos que permean la decisión ante un embarazo no planeado son “las reacciones emocionales que genera la situación, la anticipación de las consecuencias que el embarazo conlleva y la valorización de esas consecuencias”, además que las personas que optan por el aborto “experimentan más emociones negativas ante la noticia del embarazo no planeado, perciben que es poco probable que el embarazo tenga consecuencias positivas y valoran más negativamente los posibles consecuencias del embarazo, la maternidad o la paternidad” (p. 215). Desde lo anterior, el sometimiento a una interrupción del embarazo tiende a aliviar la percepción de estrés frente a un

embarazo que no es deseado, esto de acuerdo con la vivencia del aborto por cada mujer y las relaciones personales y factores situacionales (Rondón, p. 22).

Cambio de visión de la maternidad

El sentido que se le da al aborto en la sociedad surge del entendimiento de la maternidad como una responsabilidad activa del cuidado del otro que se presenta como vulnerable e independiente, lo que implica además “la existencia previa de disponibilidad y capacidad para hacerlo” (González de Chávez, 2015, p. 1). De esta forma, con relación a factores de tipo económico, social, cultural y subjetivo, se presentan elementos que pueden dar cuenta de la decisión de interrumpir un embarazo atendiendo a las condiciones de la mujer en un momento dado y en medio del hecho de que es “una identidad que no necesariamente deba pasar por la maternidad” (p. 19), pues se comprenden otra serie de perceptivas y potencialidades propias de cada mujer.

En la actualidad, pensar la maternidad en torno a la construcción del concepto de identidad femenina es problemático, puesto que se evidencia que históricamente la mujer ha sido comprendida tradicionalmente en su figura maternal y de sentido en torno a la crianza y cuidado de los hijos, mas no inmersa en la esfera cultural y política, lo que la dejaba sin la posibilidad de elegir sobre su propia sexualidad y reproducción ya que se tenía como imaginario que por su anatomía estaba destinada a su capacidad reproductiva y de procreación de vida (Thomas, 1996), y precisamente esta aptitud biológica constituía el argumento que fortalecía estrategias de dominación hacia la mujer en medio de la “ecuación mujer = madre” (Carril & López, 2008, p. 10). El embarazo se convertía así en un acontecimiento que debía generar alegría, gozo y plenitud.

Frente a lo anterior, Carril y López (2008) explican que “el nivel educativo marca las diferencias” (p. 38), de forma tal que las mujeres pertenecientes a niveles medios y altos ya no conciben la maternidad como una fuente de realización en la vida y, en ciertos casos, existe la duda de si se quiere o ser madre. Por esto, la construcción de la identidad de las mujeres no está sujeta a la maternidad sino en que se construye en torno a otras prácticas que funcionan como fuente de gratificación personal y desatan la idea tradicional, pues “la maternidad es una opción, no un destino” (Carril & López, 2008, p. 39), esto de manera independiente a la condición social y edad, denotando que la presencia de un embarazo no es equivalente a querer tener un hijo.

Esto denota la presencia de fuertes motivaciones que están directamente relacionadas con las coyunturas y realidades, tanto materiales como simbólicas, de cada mujer. Estas motivaciones son heterogéneas y se sustentan en argumentos que van desde la imposibilidad de hacerse cargo de un hijo por la ausencia de condiciones materiales o porque el embarazo es fruto de una relación no consentida —violencia sexual— hasta quienes significan a la maternidad, en ese momento de sus vidas, como un obstáculo para la realización de proyectos personales (Carril & López, 2008, p. 11).

Estas autoras también explican que ante la presencia de condiciones económicas difíciles o a razón del embarazo como producto de una violación sexual, el aborto se presenta como una elección, que en ocasiones contradice o se pone en disputa con creencias personales y valores. Por el contrario, se tiene el imaginario de que las madres son quienes deben cuidar y responsabilizarse de los hijos, aun con condiciones adversas para tal fin. Es por lo anterior que el cambio de visión de la maternidad se da cuando las mujeres deciden desde su autonomía y desprendiéndose de mandatos culturales “cuándo, cómo y con quién, desean tener un hijo” (Carril & López, 2008, p. 12), explicando la sexualidad y reproducción desde los derechos humanos fundamentales y los derechos sexuales y reproductivos, precisamente, estos últimos fueron los que otorgaron el marco filosófico para la aparición y utilización de los métodos anticonceptivos y la apertura a la nueva concepción de la maternidad enmarcada en la elección de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, dejando de ser un hecho biológico y convirtiéndose en una proyección de la mujer y una elección libre (Thomas, 1996).

Esta nueva asignación de roles con la anticoncepción permitió a las mujeres separar la sexualidad de la reproducción y, de esta forma, romper el esquema que obligaba a la mujer a tener hijos con el propósito de realizarse y fortalecer la identidad femenina (Thomas, 1996). “Las mujeres devienen poco a poco en sujetos políticos y de derecho” (p. 454). Aun así, la elección referida a la decisión de abortar atiende a razones pragmáticas como falta de dinero para la crianza o criar a solas, deseos de los compañeros, necesidades de los hijos y calidad de vida y no capacitación para la crianza de los hijos, así como la presencia de diferentes contextos que permean la manera en que se enfrenta la experiencia del aborto (Rondón, 2009).

Por lo anteriormente mencionado, Rondón (2009) plantea que la percepción del aborto y respuesta frente a este no solo dan cuenta de la reacción frente a la decisión de interrumpir un embarazo y frente al procedimiento sino también permiten entrever la noción construida acerca de la maternidad y su relación con la identidad de la mujer.

Consecuencias del sometimiento a la práctica de IVE

Frente a la toma de decisión de abortar, se tiene como ideal que esta sea consensuada por ambos miembros de la pareja, puesto que los dos tuvieron participación en la situación del embarazo y sopesando tanto las opciones presentadas como “su proyecto de vida, sus valores personales, las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas y las posibles consecuencias físicas, psicológicas, emocionales, familiares y sociales” (Vargas-Trujillo, 2007, p. 225). A razón de esto la autora reconoce que un aborto inducido o la Interrupción Voluntaria el Embarazo, genera tres tipos de consecuencias en las mujeres que se someten a su práctica:

Consecuencias físicas. Un aborto inducido acarrea consecuencias físicas, que se relacionan con una afección en la salud, presentándose variables de frecuencia y gravedad de acuerdo con método empleado para el procedimiento, el tiempo de gestación y las condiciones de salubridad e higiene en el que se presente, siendo estos riesgos el padecimiento de sepsis, hemorragias, lesiones intraabdominales e infecciones que pueden ocasionar secuelas crónicas que derivan en esterilidad, embarazo ectópico y dolor crónico en la pelvis, además de generar en ciertos casos la muerte de la mujer gestante.

Consecuencias psicológicas. Este tipo de consecuencias atienden al significado que tienen para las personas aspectos tales como el embarazo, la maternidad, la paternidad, la crianza, el aborto, el proceso de duelo, el grado de ajuste psicológico de la mujer antes de la situación del aborto y el apoyo recibido, sobre todo de su pareja u otra figura significativa. Denotando también que dichas repercusiones psicológicas se relacionan con factores afectivos y socioculturales en los que se enmarca la decisión y de las condiciones familiares, económicas, sanitarias y legales en las que se lleva a cabo la práctica (Carril & López, 2008). El apoyo afectivo dentro de esto significa la posibilidad de compartir dudas y miedos y sentir mayor tranquilidad por el acompañamiento como factor protector ante situaciones de riesgo.

Estas consecuencias son en ocasiones más difíciles de tratar que las consecuencias físicas, puesto que se halla que:

Cuando el embarazo no es visto por la mujer y su pareja como un evento vital y significativo, las consecuencias psicológicas del aborto son mínimas. Sin embargo, cuando el embarazo sí representa un evento significativo en la vida de las personas, particularmente para la mujer, el aborto puede generar malestar psicológico (Carril & López, 2008, p. 231).

En concordancia, aunque las condiciones afectivas no determinan las decisiones, si inciden en el bienestar emocional de la mujer que se somete a una interrupción voluntaria del embarazo, encontrando que en general se construyen vínculos con personas que se consideran como iguales, esto es, madres, amigas, tías, abuelas, compañeras, etc., personas a las que Carril y López (2008) llaman «iguales-otras» y que son quienes se identifican con el malestar percibido en la experiencia.

Consecuencias legales y sociales. Como consecuencias legales y sociales se identifican los efectos a nivel jurídico que pueden traer el practicarse un aborto inducido, dadas las leyes restrictivas del mismo ideadas por distintos países. Una mujer, al realizarse una interrupción del embarazo, puede ser criticada y repudiada socialmente, esto atendiendo a creencias instauradas en la cultura que posicionan a la mujer como creadora de vida.

En términos generales, un aborto inducido representa diferentes variables de acuerdo con las condiciones sanitarias en las cuales se produzca y que significan a la vez distintos riesgos o efectos, tanto en la salud física como en la salud psíquica o mental de las mujeres (González de Chávez, 2015). De acuerdo con esta autora, estas variables se relacionan principalmente así:

Ello dependerá fundamentalmente de la regulación jurídica, por una parte y, por otra, del grado de desarrollo de los países, la calidad de las políticas y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el nivel educativo en materia de sexualidad/ planificación familiar además de los valores culturales y las creencias religiosas de cada lugar concreto en que se produzca (González, de Chávez, 2015, p. 2).

Desde lo anterior se parte para entender que la existencia de leyes que permiten el aborto inducido en diferentes países no inciden de manera importante en las tasas de interrupciones

voluntarias presentadas, más si dan cuenta de “diferencias en los riesgos para la salud y la vida de las mujeres, la angustia, el sufrimiento, el aislamiento y la falta de apoyo, la culpabilización”, visualizando entonces que las restricciones en la práctica generan un “acto de violencia contra las mujeres” (González de Chávez, 2015, p. 3).

Carril y López (2008) explican que la presencia de factores de riesgo para la aparición de trastornos psicológicos tras haberse sometido a una interrupción voluntaria del embarazo atiende a elementos culturales, problemas emocionales no resueltos, exposición a sanción social, ausencia de sostén, apoyo recibido e incidencia de la pareja. Asimismo, “las perturbaciones psicológicas posteriores al aborto están directamente relacionadas a las condiciones de legalidad o ilegalidad de la práctica” (p. 87). Este planteamiento lo refuerza también Ramos (2016) al exponer que cuando hay menor condena moral se tiende a aceptarse mayormente la decisión tomada por las mujeres de interrumpir un embarazo voluntariamente en distintos casos.

Vivencia y experiencia del aborto inducido

En primera medida, Marta Rondón en 2009 explica que “entre el momento que la mujer se entera o se hace consciente del embarazo no deseado hasta el momento de efectuar el aborto ocurren niveles variables de ansiedad y malestar psicológico” (p. 21). De esta forma, desde lo planteado por Elvia Vargas-Trujillo (2007), la autora explica que, en la mente de la mujer, al conocer de un estado de embarazo imprevisto:

Comienzan a llegar a la memoria todos los mensajes que ha recibido de los distintos agentes de socialización respecto a lo que significa tener un hijo, lo que siempre ha pensado de las mujeres que se embarazan en la juventud, sus ideas respecto al aborto y la adopción, sus metas, sus proyectos, pero, sobre todo, lo que se madre y padre esperan de ella” (p. 220).

En concordancia con lo anterior, López (2012) plantea que el embarazo se presenta siempre como un acontecimiento novedoso que requiere de esfuerzo físico y mental por parte de la mujer gestante para adaptarse a él, y “como toda experiencia humana el embarazo deja huella en el cerebro” (p. 567). Sin embargo, la respuesta de cada mujer ante este estado es subjetiva y da cuenta de múltiples factores como la edad, condición física, disponibilidad y actitud, situación económica y laboral, apoyo familiar, social y cultural y, por supuesto, aprecio a la maternidad. Esta autora

resalta entonces que el embarazo como proceso biológico es evaluado positivamente y genera un recuerdo de la misma índole en el cerebro, pero, por el contrario, su terminación es biológicamente negativa y produce un efecto traumático y estresante en el cerebro.

Por otro lado, Barraza y Calvo (2018) exponen que en medio de la experiencia psicológica del aborto se representan elementos de seguridad, identidad y sentido de futuro de la mujer; además exponen que en medio de dicha experiencia está presente una percepción de crecimiento personal, explicando igualmente que el aborto inducido se considera como un evento de cambio importante en la perspectiva de las mujeres que se someten a él. Esta interpretación retrospectiva del aborto también depende del crecimiento personal experimentado hasta el momento, así como de sus circunstancias y aspectos relacionados (Rondón, 2009). Asimismo, la experiencia del aborto se encuentra relacionada a la percepción de beneficios, prosperidad y adaptación positiva (Barraza & Calvo, 2018)

Cuando el aborto es legal y voluntario, la mayoría de mujeres encuentran que es una experiencia positiva, con crecimiento y maduración psicológica, y en lo inmediato, la sensación de alivio y de haberse responsabilizado por la propia vida (...) la experiencia del aborto no es uniforme para todas las mujeres y varía según las circunstancias que dieron lugar a la decisión de abortar, las circunstancias de la relación marital de la mujer al momento de decidir el aborto, la razón, el tipo y momento de la terminación del embarazo, lo que ocurre en la vida de la mujer luego del procedimiento, y el contexto socio político macro en que ocurre el aborto” (Rondón, 2009. p. 31)

Marta Rondón (2009) continúa exponiendo que la experiencia del aborto de la mujer se encuentra mediada por la evaluación que ella hace del estado de embarazo y el aborto y las consecuencias de estos en su vida, además se evalúan las capacidades percibidas de enfrentamiento a dichos eventos y los hechos que puedan proseguir a ellos, sabiendo que esto se encuentra ligado a las características personales de la mujer, sus condiciones y la accesibilidad y calidad de servicios disponibles. Asimismo, Ramos en 2016 explica que, específicamente para la experiencia de abortar por medio del uso de medicamentos, se da una valoración positiva cuando el procedimiento se da en ciertas condiciones, siendo estas, supervisión médica e información precisa, siendo que:

Las mujeres perciben este método como menos doloroso, más fácil, seguro y menos costoso y traumático que otros (...). Las desventajas son el dolor, la demora para completar el procedimiento, el sangrado prolongado, la posibilidad de que no sea efectivo y el tener que acudir a una institución donde temen ser sancionadas o denunciadas (Ramos, 2016, p. 838)

Sentimientos y pensamientos

Con relación a los sentimientos y pensamientos asociados a la experiencia del aborto inducido, se parte de entender que cada cultura construye diferentes valores y creencias que se repiten a través de discursos de tipo científico, religioso y político. Dichas significaciones se retratan en la sociedad y en medio de instituciones como la familia, escuela, trabajo y medios de comunicaciones, con el fin de que las personas las incorporen a través de complejos procesos identificadorios que dan sentidos a sus comportamientos, vidas y prácticas (Carril & López, 2008)

Como se mencionaba con relación a la experiencia de interrumpir un embarazo voluntariamente, se entretejen en una trama compleja con diferentes motivos para no desear adoptar la maternidad y querer abortar, esto asociándose con sensaciones de sorpresa, estupor, indignación y miedo frente a un embarazo no planificado y no deseado (Carril & López, 2008, p. 12)

Las mujeres deciden abortar en una variedad de contextos personales, sociales, culturales, económicos, religiosos y legales, que afectan la manera cómo la mujer va a experimentar la amenaza a su integridad personal, el estigma, la pérdida, el ejercicio de su autonomía y el temor o ansiedad que experimentará (Rondón, 2009, p. 30)

Vargas-Trujillo (2007) expone que en ciertas ocasiones las mujeres pueden sentir alivio por la interrupción puesto que se interpreta que la situación angustiante ya no existe y porque “los beneficios emocionales que conlleva la culminación de un embarazo no planeado son mayores que las consecuencias psicológicas negativas que trae el aborto” (p. 232). Este alivio, explica Ramos (2016), se da en asociación con la resolución de un problema y la sobrevivencia a una situación, esto último especialmente en contextos de ilegalidad. No obstante, en términos generales, las mujeres pueden llegar a sentir arrepentimiento, culpa, estrés, ansiedad, dolor, pérdida, vacío,

zozobra y sufrimiento., esto con relación al contexto social, cultural y religioso en el que se encuentren inmersas (Rondón, 2009). Así, como lo expresa Ramos (2016), “los sentimientos asociados al aborto están relacionados con los significados que las mujeres tienen sobre la maternidad y la feminidad. Para quienes el aborto significa asesinato, la culpa y el arrepentimiento aparecen posteriormente como sentimientos intensos” (p. 837).

El sometimiento a un procedimiento como el aborto representa de igual forma un enfrentamiento a los obstáculos y barreras que pueden presentarse y generar una valoración negativa de la experiencia, esto partiendo de las creencias sociales y culturales alrededor de la práctica y que producen sentimientos de culpa y vergüenza. Estos obstáculos son sobrellevados de acuerdo con los recursos sociales y económicos de las mujeres. (Ramos, 2016). Además, como un mecanismo de defensa ante el dolor y su evitación, pueden generarse situaciones de negación y represión (Vargas-Trujillo, 2007), lo que acarrea a su vez cierta estigmatización y el surgimiento de sentimientos de pérdida, duelo, soledad, angustia y miedo (González de Chávez, 2015). Dichas situaciones pueden ser sobrellevadas por medio del asesoramiento profesional en Psicología en momentos anteriores y posteriores a la interrupción.

Frente a lo anterior, aunque las reacciones emocionales suelen estar relacionadas con el estrés y el sufrimiento, también se pueden presentar reacciones positivas (Barraza & Calvo, 2018). Dicha ambivalencia, es decir sentimientos de duda, opuestos y contradictorios se manifiesta como una lucha por mantener un interés personal y la significación del aborto como un asesinato, lo que hace que surjan sentimientos de angustia, culpa y autorreproche por la tensión y presión ejercida desde distintos ámbitos (Carril & López, 2008). Sin embargo, los sentimientos posteriores a la práctica no se hallan enlazados a la visión del aborto como delito ante la ley, sino a otros factores relacionados con relación a posiciones éticas, morales, religiosas y personales de la mujer (Carril & López). Así, “existe una relación directa entre el origen del embarazo, las condiciones para la toma de la decisión, el acceso a un aborto seguro y los sentimientos postevento” (Ramos, 2016, p. 837).

Hay una relación directa entre la significación acerca del aborto que tenían las mujeres y el posterior padecimiento subjetivo. Quienes lo significan como un asesinato, se perciben a sí mismas como transgrediendo valores morales y religiosos y la culpa entra en escena (...) Pero no todas las mujeres que

interrumpen voluntariamente un embarazo sienten culpa ni sufren efectos traumáticos inhabilitantes y duraderos en el tiempo” (Carril & López, 2008, p. 13)

El planteamiento anteriormente expuesto también se ve desarrollado por Ramos (2016), quien expone que terminar un embarazo voluntariamente no se relaciona necesariamente con efectos traumáticos en la psique ni problemas de salud mental para las mujeres que deciden someterse a este procedimiento. No obstante, la intervención sí se asocia con sentimientos de temor, incertidumbre y angustia.

Carril y López (2008) hacen referencia al alivio como un sentimiento positivo e inmediato después de abortar, dar término a una situación no deseada y ver a otras mujeres en la misma situación, acompañado a su vez por el dolor. Además, las autoras expresan que las mujeres en una situación de aborto pueden encontrar tanto respaldo como rechazo, comprensión y censura, acompañamiento y aislamiento. Lo anterior da cuenta de la coexistencia de aspectos familiares y sociales que llevan a la mujer a enfrentarse a contradicciones en medio de su decisión y experiencia. “Cuanto mayor era la convicción sobre la decisión y cuanto menor o inexistente la ambivalencia respecto al embarazo, la sensación posterior de alivio aumentó” (p. 92).

En medio del tránsito por la toma de decisión y la práctica, se presentan caracteres de silencio para evitar daños emocionales y conflictos, desconfianza, temor a la censura moral y por el daño, angustia, ocultamiento (Carril & López, 2008). Con relación a esto, Shellenberg (2010) desarrolla una propuesta basada en dominios del estigma asociado al aborto, explicándolos así:

- Estigma percibido: Este dominio está vinculado con la percepción individual sobre lo que otras personas piensan del aborto o cómo dichas personas podrían reaccionar al saber que alguien se ha sometido a uno o piensa hacerlo.
- Estigma experimentado: Este dominio se halla relacionado con las acciones de otros contra la mujer que se ha sometido a un aborto o piensa hacerlo. Por ejemplo, acciones de rechazo o agresión por parte de la pareja, familia, amigos y comunidad contra una mujer.
- Estigma interiorizado: Este dominio es el resultado de la relación de los dos primeros tipos de estigmas y expresado en sentimientos de negativos como culpa vergüenza y ansiedad sobre la sí misma y la decisión tomada.

Desde lo anterior, se entiende que las relaciones en las que se encuentran las mujeres inciden en cómo ellas se sienten y viven el interrumpir un estado de gestación y toman la decisión para hacerlo (Carril & López, 2008), porque si bien estas relaciones no determinan la decisión, la mirada y perspectiva de otros da cuenta de la representación de la mujer de sí misma, sintiéndose como transgresora o convencida de la legitimidad de su decisión y la fortaleza encontrada en el apoyo a la misma.

Marco conceptual

Partiendo de la idea del aborto inducido como un fenómeno complejo donde convergen distintos ámbitos de investigación y desarrollo, como lo político, económico, social, cultural, organizacional, etc., fue esencial para este proyecto delimitar los referentes conceptuales a los cuales se refiere el ejercicio de conocimiento de las percepciones de distintas mujeres que se hayan sometido a la práctica de un aborto de manera voluntaria, encontrando que un aborto inducido puede darse en condiciones seguras y legales siguiendo un protocolo determinado de atención a los casos o, por el contrario, en circunstancias inseguras que ponen en riesgo la salud y vida de las mujeres.

Los conceptos que se trabajan en el proyecto de investigación son entonces: Percepción, Aborto inducido, Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y Proceso de atención de IVE.

Percepción

La percepción en el marco de esta investigación se entiende como un proceso psicológico enmarcado en la interpretación y comprensión del entorno desde los sentidos, el ambiente y las vivencias (Barón, 1996), pues se parte de comprender que el sujeto, en este caso la mujer que ha atravesado una práctica abortiva, posee elementos informativos y de interpretación de la situación vivenciada de primera mano, tomando en cuenta que como sujeto se involucran pensamientos, emociones y comportamientos a los que se les da sentido y significado de acuerdo con el desarrollo de la relación intrapersonal e interpersonal.

Frente a este respecto, Merleau Ponty (1945) expone que la percepción no es experimentar impresiones ni recordar, pues esta debe ser entendida con relación al contexto socio-histórico, esto de acuerdo con circunstancias cambiantes y a la adquisición de experiencias novedosas que se incorporan, modifican y adecuan a las condiciones, reconociendo que la percepción no es una acumulación de eventos de acuerdo con experiencias pasadas sino una construcción de significados en medio de una ubicación espacio-temporal. Así, como lo relata Vargas (1994):

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social (p. 48).

Aborto inducido

El aborto inducido se define como la extracción del embrión o feto con intención de la mujer gestante antes de que este alcance un desarrollo suficiente y vida independiente y antes de finalizar el mes número seis de gestación, dado a que, si se expulsa después de este periodo de tiempo, se le considera parto prematuro (Arias, Londoño & Mejía, 2011), distinguiendo pues que un aborto inducido puede ser provocado por alguna práctica médica o quirúrgica o autoprovocado por la madre donde ella misma interviene el embarazo por medio de distintos métodos (Correa, Holguín & Jaramillo, 2004).

El aborto inducido representa un problema de salud pública en todo el mundo, y sabiendo que la gestión en salud de la población es responsabilidad misma de la sociedad, la salud pública trabaja para mantener la vida, recuperar la salud y el bienestar, en este caso, se resaltan los derechos de las mujeres, lo que abre la discusión acerca de la dificultad en el acceso a la práctica de manera segura que conlleva a acudir a la clandestinidad y que deriva a su vez en caracteres de morbilidad y mortalidad materna (Lamus & Rocha, 2005), siendo que se encuentra que en Colombia se presentan más abortos de manera ilegal que de manera regulada en entidades autorizadas.

Con relación al continuo salud-enfermedad, el estudio de Lamus y Rocha (2005) explican que, si bien la legalización del aborto ha reducido los indicadores de morbimortalidad materna, se deben tomar medidas para enfrentar el problema de salud pública que van dirigidas a tratar las “condiciones de inequidad social y ofrecer condiciones de acceso físico y cultural a los métodos y técnicas necesarios para prevenir, en lo posible, el embarazo indeseado, origen del aborto inducido” (p. 53)

Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La Interrupción Voluntaria del Embarazo es la decisión a conciencia y voluntaria de realizar un procedimiento médico de extracción del feto (Arias, Londoño & Mejía, 2011). La IVE se erige como derecho de la mujer en Colombia en mayo de 2006 cuando la Corte Constitucional de Colombia expide la Sentencia C-355 en la que, tras la interposición de demandas ciudadanas por inconstitucionalidad de la Ley 599 de 2000 del Código Penal donde se define al aborto como delito, se reconoce pues la libertad sexual y reproductiva de la mujer, su derecho a la igualdad, libre determinación, vida, salud, integridad, libertad de tratos crueles inhumanos y degradantes y

su posición como sujeto de especial protección constitucional (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006). Una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia no se acepta en toda situación, sino que se avala la decisión en tres situaciones críticas específicas que definen la personalidad jurídica y autonomía de la mujer en gestación:

Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer. Caso donde se sobrepone la vida de la mujer frente a la vida del que está por nacer, ello porque es la mujer quien cuenta con atributos de personalidad jurídica, contrario al no nacido, reconociendo que el derecho a la salud protegido no solo se dicta en un bienestar físico, sino en circunstancias psicológicas, mentales, psicosomáticas y sociales que se pueden ver afectadas durante el embarazo (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida. Situación en la cual se exime del delito a la mujer cuando se permite escoger su proyecto de vida tras determinar científicamente que la vida que se gesta no será viable o independiente por la misma malformación (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Causal en la cual la mujer tiene la posibilidad de establecer su plan de vida y el respeto por su decisión como sujeto, por lo cual, no puede pensarse una interrupción del embarazo cuando este se da sin su consentimiento y en contra de su voluntad y libertad, sea producto de un acto violento o no (Corte Constitucional de Colombia, 10 de mayo de 2006. Sentencia C-355/2006).

Proceso de atención para la IVE

Partiendo de considerar el aborto como problema de salud pública por sus caracteres de clandestinidad e ilegalidad donde se brinda el servicio de manera insegura y sin regulación, se han diseñado protocolos que pretenden guiar el proceso de atención de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia en las tres causales de legitimación de la práctica. El *Protocolo Prevención del Aborto Inseguro*, propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de

Población de las Naciones Unidas (2014), tiene como objetivo el fortalecimiento de la protección de la salud y vida de las mujeres para lograr acceder a un aborto inducido sin riesgos y con características de accesibilidad, continuidad y pertinencia en el servicio en términos de salud sexual y reproductiva y en un marco de promoción y prevención del embarazo no deseado, además de exponer las competencias requeridas para el proceso en un lineamiento de niveles de atención de las entidades prestadoras del servicio, siendo estos de primer, segundo y tercer nivel.

En un primer nivel se requiere de la capacitación de profesionales de la salud para proveer el servicio y realizar remisiones pertinentes a los siguientes niveles si es necesario, contando entonces con personal entrenado para realizar procedimientos ambulatorios (aspiración endouterina y por medio de medicamentos) y tratar alguna complicación relacionada con el procedimiento. En un segundo nivel de atención se ofrece, además de los servicios de primer nivel, la prestación del servicio en atención de casos en toda circunstancia y etapa de embarazo con disposición de servicio de hospitalización y tratamiento de complicaciones. Finalmente, en el tercer y último nivel de atención para IVE se dictamina que las instituciones deben estar equipadas y con personal capacitado para brindar cuidados obstétricos de emergencia y poder recibir remisiones de primer y segundo nivel por procedimientos y complicaciones en alguna IVE desde cualquier nivel y método, garantizando el seguimiento, atención necesaria y remisión efectiva (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

El protocolo propone una ruta de atención para llevar cabo el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que consta de:

Consulta inicial. Primer contacto de la mujer con el servicio de salud que solicita voluntariamente, por medio de medicina general o especializada donde se realiza un examen físico general para confirmar el embarazo y edad gestacional de acuerdo con la última menstruación, así como la posición del cuello uterino y si se tiene enfermedades infecciones en el tracto genital y exámenes de hemoclasificación, tamizaje para VIH; además de la historia médica familiar con atención en condiciones que orienten a un nivel de atención de mayor requerimiento y la valoración de las condiciones psicosociales de la mujer y de la salud mental y estado emocional. En esta fase se determina también si el caso está dentro de las causales de la sentencia C-355 y, si existen dudas, la valoración especializada por consulta psicológica y remisión inmediata, sin ser una barrera de acceso y sin dilatar la atención. Es ideal que los servicios de IVE estén disponibles en el nivel

donde la mujer acude, sino es así, se debe remitir rápidamente para no prolongar el proceso (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Orientación y asesoría. Acompañamiento por parte de un profesional en psicología, trabajo social o cualquier prestador de salud capacitado en derechos sexuales y reproductivos, quien crea condiciones que faciliten la decisión y apoyen emocionalmente a la mujer aportando información para que esta comparta sus sentimientos y condiciones personales, familiares y sociedad ante la práctica, sin imponer ningún tipo de valores o creencias por parte del profesional que acompaña, y revisando el proceso de toma de decisión, posibles conflictos con la misma y elección del procedimiento explicado en la siguiente fase de la ruta (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Elección del método para IVE. Procedimiento de escogencia libre del método para inducir el aborto. Existen dos tipos de métodos: Quirúrgicos y con medicamentos, ofrecidos de acuerdo con la edad gestacional desde la última menstruación, posibles riesgos y preferencias de la mujer gestante, debiendo estar disponibles para la intervención de manera segura y eficaz. El método quirúrgico hasta las primeras 15 semanas de embarazo es la aspiración al vacío manual o eléctrica y el médico es la aplicación del medicamento mifepristona y misoprostol. Los métodos para después de las 15 semanas de embarazo son, la dilatación y evacuación como procedimiento quirúrgico y la administración mifepristona con dosis repetidas de una prostaglandina como el misoprostol como método con medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Seguimiento. Espacio de diálogo sobre la experiencia y asesoría anticonceptiva para el futuro, donde se brinda la posibilidad de orientación tras el procedimiento de interrupción por medio de la comunicación e identificación de las necesidades en cada caso, ello en términos de acceso, disponibilidad y efectividad de los métodos anticonceptivos. La asesoría se enmarca también en el discurso de los derechos sexuales y reproductivos con la información sobre los mismos, la libertad de decidir sobre ellos, la privacidad de las decisiones, la igualdad en cuanto al conocimiento y acceso a los anticonceptivos, y la justicia sanitaria que garantiza aptos niveles en la prestación de servicios de salud física y mental (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

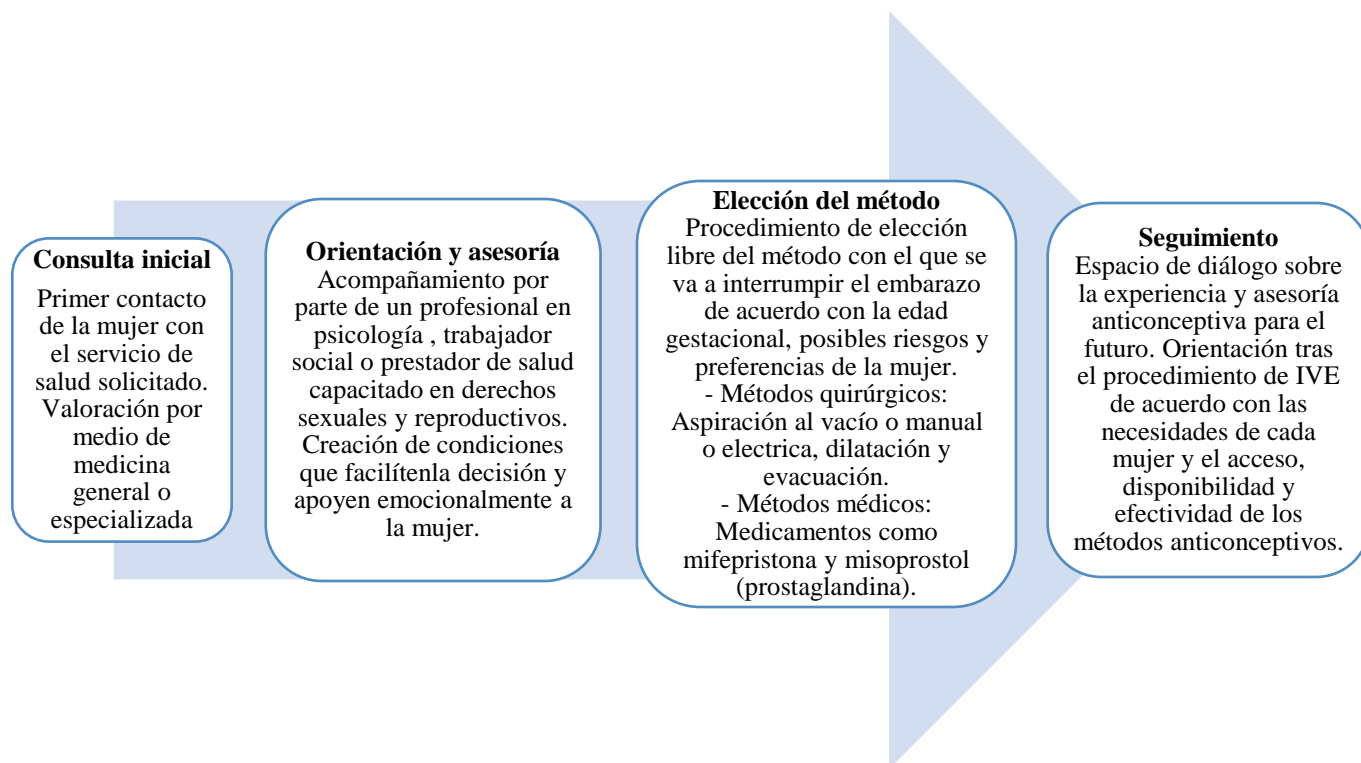


Figura 2: Proceso de atención de IVE

Elaborado a partir de la información expuesta en el Protocolo Prevención del Aborto Inseguro del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014)

Capítulo 3. Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo cualitativo, con un diseño de investigación no experimental de tipo transversal-descriptivo, esto con el fin de realizar una exploración que permitiera conocer la percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo de mujeres que han accedido a la práctica, puesto que es un problema que ha sido poco estudiado en el campo investigativo y este abordaje brinda un acercamiento directo a la población de mujeres que han sido partícipes de cómo se está prestando el servicio de IVE.

Población

La población estudio en la presente investigación fueron 10 mujeres cuyas edades oscilaban entre los 20 y 31 años y que se habían sometido a una interrupción voluntaria del embarazo durante el periodo 2006-2016 en la ciudad de Bogotá-Colombia, invocando alguna de las tres causales por las cuales se despenaliza parcialmente el aborto inducido en el país.

Se definió una muestra no probabilística por conveniencia, donde las participantes fueron elegidas de acuerdo con los criterios de inclusión descritos metodológicamente y la accesibilidad y disponibilidad de las mujeres, pretendiendo que en las entrevistas se lograran abarcar las tres causales expuestas en la Sentencia C-355 de 2006.

Se eligió trabajar con mujeres al evidenciar que la percepción que ellas tienen sobre el aborto, como principales partícipes de él, no ha sido a fondo estudiada y es la población pertinente para que, desde el conocimiento de su percepción, se logren tomar decisiones en términos de política pública de acuerdo con la manera cómo se presta el servicio en el país.

Criterios de inclusión

- Que las mujeres hayan logrado acceder a una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Bogotá D.C amparadas bajo alguna situación expuesta en la Sentencia C-355 de 2006 expedida por parte de la Corte Constitucional de Colombia.
- Que las mujeres tuvieran más de 18 años por ser ya mayores de edad, pero en cuanto a la edad en la que se accedió a la IVE, se precisó que esta fuera de 15 a los 49 años, pues es este el rango de la edad reproductiva de población según la Demografía.

- Que las mujeres hayan accedido a la IVE entre 2006 y 2016, sentando el precedente de que fue 2006 cuando se realizó la expedición de la Sentencia C-355 en Colombia y en 2016 se cumplieron exactamente 10 años de la aplicación de la misma.
- Que las mujeres contactadas firmaran el consentimiento informado en el que autorizaban su participación en la investigación desde el conocimiento de los objetivos de la misma.

Técnica e instrumento de recolección

La técnica de investigación empleada fue una entrevista semiestructurada, ya que este tipo de entrevista permite que a partir de una guía con distintas preguntas se desarrolle un diálogo de manera tal que se realicen preguntas ya planeadas por el investigador y emerjan también otras preguntas espontáneamente que den posibilidad de profundizar en lo que la persona narra (Véase Anexos 1 y 2).

Para el desarrollo del guion de la entrevista semiestructurada como instrumento para la recolección de información se plantearon ciertas categorías deductivas definidas para dar cuenta de la percepción de la mujer sobre el aborto inducido (Véase Anexo 2), siendo estas:

Caracterización sociodemográfica: Esta categoría busca dar cuenta de las características y atributos personales y sociales de cada mujer participante de la presente investigación, considerando elementos de su vida personal, composición de su estructura familiar, entre otros.

Conocimiento sobre IVE: Esta categoría pretende indagar precisamente por los conocimientos asociados a la Sentencia C-355 de 2006 que despenaliza parcialmente el aborto en Colombia y a la opinión crítica que tiene la mujer entrevistada de la misma.

Antecedentes de la práctica abortiva: Esta categoría tiene como objetivo retratar las condiciones previas a la Interrupción Voluntaria del Embarazo determinadas por la razón o causal de éste, es decir, las circunstancias en las cuales se dio el estado de gestación y cómo esta situación llevó a tomar la decisión de someterse a una IVE, indagando además acerca de otros actores involucrados.

Práctica de la IVE: Esta categoría de análisis pregunta específicamente sobre la experiencia personal de haberse sometido a una IVE, dando cuenta de los sentimientos en medio

de la vivencia y de cómo fue el proceso de atención recibido desde la opinión de la misma la mujer y las condiciones de trato en los distintos lugares.

Percepción de la IVE: En esta última categoría se propone identificar cuál es la percepción que tiene cada mujer entrevistada sobre la interrupción voluntaria del embarazo, partiendo de su experiencia personal y la elaboración de ideas sobre este, y de las sensaciones y efectos de esta decisión en su vida como mujer colombiana.

A partir de la realización de las entrevistas con las mujeres surgieron para el análisis tres (3) categorías emergentes, siendo estas: Referencias de experiencias conocidas de IVE, redes de apoyo en la experiencia y concepción de la maternidad.

Procedimiento

Inicialmente, para la recolección de información en el marco de la investigación se realizó un acercamiento a entidades públicas y privadas que prestan el servicio de IVE e información sobre este, esto con el fin de indagar acerca de la posibilidad y permiso para dialogar con mujeres que hayan sido atendidas con motivo de practicarse una IVE. Sí el acercamiento resultaba ser efectivo, se pretendía preguntar a cada mujer si deseaba participar en la investigación voluntariamente, proceder a explicar los objetivos de la misma y pedir firma del consentimiento informado (Véase Anexo 3). Asimismo, se tenía planteado que las mujeres encontradas y dispuestas a ser parte de las entrevistas, pudieran hacer uso de voz a voz o bola de nieve para llamar la atención sobre la investigación y hacer a otras mujeres participes del mismo, tomando sus contactos y siendo ellas quienes establezcan un lugar y hora para la entrevista donde se sientan mayormente cómodas para tratar el tema propuesto.

Sin embargo, tras el acercamiento a distintas entidades como Oriéntame, Profamilia, Secretaria de Salud de Bogotá y distintos hospitales en Bogotá y presentar el proyecto de investigación en estos lugares, no fue posible contactar con las mujeres ya que allí se explicó que por políticas de confidencialidad de datos personales de las pacientes atendidas no se podía brindar información ni contacto con ellas. Por lo anterior, se procedió a buscar la población por distintos medios, empleando la técnica de bola de nieve y logrando finalmente realizar 10 entrevistas.

A cada una de las mujeres entrevistadas se les explicó los objetivos de la investigación y se pidió leer y firmar el consentimiento informado para autorizar la realización de la entrevista, su respectiva grabación y el uso que se le daría a la información con total confidencialidad de sus datos personales y con fines netamente académicos (Véase Anexo 3).

Análisis de la información

Tras recolectar la información por medio de la realización y grabación de entrevistas semiestructuradas a mujeres en Bogotá que sometieron a una IVE y con previo consentimiento informado de la investigación, se procedió a realizar el plan de análisis partiendo de la transcripción, por parte de la investigadora, de la información obtenida de las entrevistas y la sistematización de los resultados, revisando que se hayan abarcado todas las categorías deductivas de análisis planteadas en la investigación. El nombre de cada entrevista se relaciona con un código con el fin de reservar la información personal de las mujeres entrevistadas.

En primera medida, con la transcripción completa, se procedió a la categorización de la información, para lo cual se realizó una tabla o matriz donde se codificaron las categorías y subcategorías deductivas ya definidas con anterioridad en el instrumento de recolección de información, esto con el fin de identificar cada una en el texto transcrito y marcar las proposiciones que den cuenta de ellas. A cada categoría y subcategoría se le asignó un código y color de la siguiente forma:

Tabla 1

Matriz de codificación de categorías y subcategorías

No.	Categoría	Codificación	No.	Subcategoría	Codificación
1	Caracterización sociodemográfica	CAR_MUJ	1.1	Características personales	CAR_PER
			1.2	Características sociales	CAR_SOC
3	Conocimiento sobre IVE	CON_IVE	3.1	Conocimiento sobre la Sentencia	CON_SEN
			3.2	Posición frente a la IVE	POS_IVE
3	Antecedentes de la práctica abortiva	ANT_PRA	3.1	Condiciones del embarazo e IVE	CON_EA
			3.2	Proceso de toma de decisión	PRO_TD
4	Práctica de la IVE	PRA_ABO	4.1	Experiencia de la IVE	EXP_IVE
			4.2	Proceso de atención	PRO_ATE
5	Percepción de la IVE	PER_IVE	5.1	Percepción de la practica	PER_PRA
			5.2	Sentimientos y pensamientos asociados a la práctica	SP_PRA

Nota: Tabla elaborada por la investigadora.

Tras esto, se agruparon las proposiciones por medio de una tabla donde se extraen las frases directamente del texto, junto con las categorías y subcategorías que representan y la sección donde se pueden encontrar (Véase Anexo 4.1). Asimismo, este procedimiento de identificación se realizó con las categorías emergentes (Véase Anexo 4.2).

A continuación, se muestra un boceto que ejemplifica cómo se realizó la sistematización de los resultados:

Tabla 2

Sistematización de la información

Categorías	Subcategorías	Proposiciones agrupadas por temas	Códigos	Frecuencias de uso por subcategoría

Nota: Tabla elaborada por la investigadora.

Finalmente, con la sistematización realizada a partir de la matriz y las redes semánticas, se hizo un análisis estructural de los resultados mediante apartados y una discusión de los mismos con relación a los autores propuestos en el marco teórico y conceptual, retomando los hallazgos, categorías y partes de la entrevista que retrataban y daban cuenta de dichos resultados.

Capítulo 4. ¿Y las mujeres?

Descripción de la población

Frente a la recolección de información para esta investigación, se logró contactar y acceder a diez (10) mujeres que se encontraban dentro de los criterios de inclusión definidos en la metodología. Con relación a las causales por las cuales las mujeres accedieron a la IVE, se lograron entrevistar a ocho (8) mujeres que habían accedido al procedimiento a razón de la causal de riesgo para la salud, una (1) mujer por malformación del feto y una (1) mujer por violación sexual, existiendo a su vez prevalencia del uso del método quirúrgico (7 procedimientos) por encima del método médico (5 procedimientos), sumando un total de doce (12) intervenciones, esto porque dos (2) de las mujeres se practicaron dos procesos de aborto inducido cada una.

De acuerdo con las características personales y sociales de las diez (10) mujeres entrevistadas se encuentra que sus edades oscilaban entre los 20 y 31 años de edad y que eran en su mayoría oriundas de la ciudad de Bogotá (7 mujeres) y las demás provenían de lugares como Mocoa, Ibagué y Cauca. Todas las mujeres entrevistadas habían accedido al procedimiento de interrupción del embarazo en la ciudad de Bogotá.

En concordancia con las características sociales, la mayoría de las mujeres tenía un nivel educativo alto, siendo estudiantes universitarias o profesionales. Respecto a su estado civil, al quedar en estado de embarazo y decidir interrumpir sus embarazos, en gran parte las mujeres entrevistadas tenían un compañero sentimental con quien quedaron en estado de embarazo y, al momento de la entrevista, la mayoría de ellas ya no se encontraban en medio de dichas relaciones. Sin embargo, en los casos donde las mujeres estaban en medio de relaciones sentimentales estas eran mantenidas con las personas con quienes afrontaron la experiencia del embarazo y aborto.

El nombre de cada entrevista se relaciona con un código con el fin de reservar la información personal de las mujeres entrevistadas.

Entrevista 1 (E1DL_2018).

La entrevista se realizó con una mujer de 21 años, oriunda de Bogotá, estudiante de pregrado y quien tuvo su embarazo y experiencia de aborto a los 15 años, logrando acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo por medio de la causal de afectación a la salud psicológica

y emocional, utilizando el método médico para tal fin. No ha tenido otras experiencias de embarazo o aborto. En la actualidad la mujer se encuentra estudiando en la universidad, vive con su mamá y su hermana y no se encuentra en medio de una relación.

Entrevista 2 (E2LB_2018).

La entrevistada fue una mujer de 24 años quien nació en Bogotá y ha pasado por dos procesos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, ambos intervenidos mediante el método quirúrgico y abogando a la afectación a la salud psicológica durante el estado de embarazo. En cada procedimiento la mujer asistió primero a Oriéntame y luego a Profamilia, teniendo durante el primero siete (7) semanas y en el segundo entre tres (3) y cuatro (4) semanas. Actualmente, ella es profesional universitaria, vive con su mamá, un tío y su abuela y no tiene una pareja estable.

Entrevista 3 (E3JR_2018).

Esta entrevista se realizó con una mujer de 23 años, originaria de Mocoa, Putumayo, pero que vive en la ciudad de Bogotá desde muy pequeña, aquí se sometió al procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo de manera quirúrgica y acudiendo a la entidad Oriéntame a razón de que no quería ser madre en ese momento y que además el embarazo fue fruto de un fallo del método anticonceptivo empleado y por un accidente que la afectó, por tanto, la gestación también incurría en una afectación en la salud física para ella y para el feto, teniendo en el momento cuatro (4) semanas de embarazo. Actualmente está terminando su carrera universitaria y vive con su pareja.

Entrevista 4 (E4MD_2018).

La entrevista fue realizada a una mujer de 23 años oriunda de Ibagué, Tolima. Ella accedió al proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo mediante la causal de riesgo a la salud física y emocional de la mujer gestante, acudió a Oriéntame y allí optó por el método de medicamentos para realizar el procedimiento de inducción del aborto. Al momento de someterse a la intervención tenía entre siete (7) y ocho (8) semanas de embarazo. Actualmente esta mujer vive con su padre, se encuentra culminando sus estudios universitarios y tiene una relación con la persona con la que quedó en embarazo y abortó.

Entrevista 5 (E5AA_2018).

La entrevistada fue una mujer de 23 años nacida en Bogotá que decidió someterse al procedimiento de interrupción de su embarazo de manera voluntaria y por medio del método quirúrgico atendiendo a la afección del estado de gestación en su salud emocional y psicológica. En la actualidad, la mujer vive con su madre y hermano, tiene una relación que define como estable y se encuentra culminando sus estudios universitarios.

Entrevista 6 (E6MM_2018)

Esta entrevista se realizó junto con una mujer de 20 años quien nació en la ciudad de Bogotá y que decidió interrumpir un embarazo voluntariamente hace 5 años por medio de pastillas ya que este fue causado en medio de una relación sexual forzada por su pareja en ese momento y no quería tener un hijo o hija de él, sin embargo, logró acceder al procedimiento por medio de la causal de afectación del estado de salud psicológico a las tres (3) semanas. Actualmente la mujer vive con su abuela y hermanas, está en medio de una relación amorosa y, al momento de la entrevista, se encontraba en estado de embarazo nuevamente, el cual decidió continuar.

Entrevista 7 (E7IC_2018)

Esta entrevista fue realizada con una mujer de 31 años nacida en Belalcázar, Cauca y que interrumpió su estado de gestación a los 3 meses por medio de medicamentos a razón de una malformación grave en el feto, accediendo por medio de su EPS. El estado de embarazo en este caso fue planeado pero la mujer decidió someterse al procedimiento porque continuar el embarazo representaba un riesgo tanto en la vida del bebe como en la de ella por las condiciones en que venía el feto y que hacían inviable su vida fuera del útero. La intervención fue realizada a las tres (3) semanas de gestación. En la actualidad, la mujer es estudiante universitaria, está casada y tiene dos hijos varones, uno de ellos nació tiempo después de la experiencia de la IVE.

Entrevista 8 (E8VA_2018)

La entrevistada fue una mujer de 23 años de Bogotá accedió al procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Oriéntame a través del método quirúrgico y mediante la causal de afectación en la salud física y psicológica de la mujer puesto que, de acuerdo con su testimonio, presenta síntomas de depresión y trastorno obsesivo compulsivo. Dicho procedimiento

se realizó a las siete (7) semanas de embarazo. En el presente, la mujer vive sola, se encuentra realizando sus estudios de pregrado y no tiene una relación estable.

Entrevista 9 (E9KR_2018)

La entrevistada fue una mujer de 21 años de edad nacida en Bogotá que se sometió a una Interrupción Voluntaria del Embarazo en Oriéntame a través del método quirúrgico de succión y por medio de la causal de daño psicológico a la mujer ante el estado embarazo a las dos (2) semanas de gestación. La mujer actualmente vive con sus padres, estudia en la universidad y mantiene una relación estable con la persona con la que vivió la experiencia de la IVE.

Entrevista 10 (E10ST_2018)

La mujer entrevistada tiene 22 años, es de la ciudad de Bogotá y se ha sometido a dos procedimientos de interrupción del embarazo de manera voluntaria, ambos a la edad de 19 años y solicitando el acceso a través de la causal de daño físico y psicológico en la salud de la mujer. Para la primera IVE, la mujer tenía entre tres (3) y cuatro (4) semanas y para la segunda entre cuatro (4) y cinco (5) semanas. En el primer aborto el método elegido por la mujer fue médico y acudió a su EPS y en el segundo el método fue quirúrgico y la solicitud y acceso se hizo por medio de Oriéntame. En la actualidad la mujer vive con sus padres y sus hermanas, está terminando su carrera universitaria y no tiene una pareja amorosa.

A continuación, se relaciona la caracterización sociodemográfica de las mujeres entrevistadas:

Tabla 3

Caracterización sociodemográfica de la población participante

Código	Edad al momento de la entrevista	Lugar de origen	Procesos de IVE	Edad al momento de abortar	Tiempo de gestación al abortar	Causal	Método de IVE	Ocupación al momento de la entrevista	Pareja actual
E1DL_2018	21 años	Bogotá	1	15 años	N/S	Salud	Medico	Estudiante	No
E2LB_2018	24 años	Bogotá	2	23 años	7 semanas	Salud	Quirúrgico	Desempleada	No
				23 años	3-4 semanas	Salud	Quirúrgico		
E3JR_2018	23 años	Mocoa-Putumayo	1	20 años	4 semanas	Salud	Quirúrgico	Estudiante	Sí
E4MD_2018	23 años	Ibagué-Tolima	1	22 años	7-8 semanas	Salud	Medico	Estudiante	Sí
E5AA_2018	23 años	Bogotá	1	22 años	N/S	Salud	Quirúrgico	Estudiante	Sí
E6MM_2018	20 años	Bogotá	1	15 años	3 meses	Salud (embarazo producto de relación sexual forzada)	Medico	Estudiante	Sí
E7IC_2018	31 años	Belalcázar-Cauca	1	30 años	3 meses	Malformación del feto	Médico	Docente	Sí
E8VA_2018	23 años	Bogotá	1	22 años	7 semanas	Salud	Quirúrgico	Estudiante	No
E9KR_2018	21 años	Bogotá	1	20 años	2 meses	Salud	Quirúrgico	Estudiante	Sí
E10ST_2018	22 años	Bogotá	2	19 años	3-4 semanas	Salud	Quirúrgico	Estudiante	No
				19 años	4-5 semanas	Salud	Médico		

Nota: Tabla elaborada a partir de los datos de las mujeres entrevistadas en el marco de esta investigación.

Análisis de resultados

La presente investigación, realizada desde una metodología cualitativa, muestra distintas percepciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo por parte de mujeres que se han sometido a la práctica. A partir de la información encontrada, se realizó el respectivo análisis de los resultados y la discusión de los mismos desde los autores planteados en el marco teórico.

Conocimiento sobre IVE

Frente a la Sentencia C-355 de 2006 que despenaliza parcialmente el aborto inducido en Colombia, se denotó en general que las mujeres entrevistadas tenían conocimientos sobre esta y las causales que expone. Asimismo, las mujeres expresaron en su mayoría que estos conocimientos provienen directamente de sus experiencias de acceso y sometimiento a la IVE, siendo que la información fue obtenida mediante búsquedas, provista por las instituciones a las que acudieron o por terceros que se las brindaron, logrando en general claridad sobre las situaciones específicas en que se puede dar una interrupción voluntaria del embarazo de manera legal en el país. Además, el conocimiento sobre la ruta de atención planteada para la IVE surge con base en la misma experiencia atravesada por las mujeres.

Tienes derecho a ejercer un aborto legal sí tu feto esta con malformación, sí es producto de una violación, sí por cuestiones mentales, físicas, emocionales tú dices que esto te hace daño (E2R12-16)

En el momento en que yo descubrí que había quedado embarazada pues me puse a averiguar primero como que hice toda una relación de pros y contras y cuando fui al...efectivamente al lugar donde me iba a realizar el procedimiento, ellos me hicieron también como una introducción a la sentencia (E4R19-23)

Con relación a la posición frente a la Sentencia y teniendo en cuenta que las mujeres entrevistadas accedieron a la IVE atendiendo a las diferentes causales, se encontró una visión positiva sobre esta por representar un alcance en la práctica, pero se piensa que la misma IVE debe considerarse como un derecho de la mujer y su decisión sobre su cuerpo y sobre su vida, resaltando que deben considerarse otras opciones para poder acceder al procedimiento de forma legal, tales como la condición económica, la edad de la mujer gestante y el hecho de no desear asumir la

maternidad al momento del embarazo, viendo la necesidad de una despenalización total de la práctica sin esto convertirse y visualizarse como un método anticonceptivo.

La Sentencia implica un reconocimiento frente a que es una problemática, es una problemática que ha ocurrido todo el tiempo, toda la vida y si no se hace una Sentencia se está negando la legalidad mas no que no existen, entonces creo que la Sentencia si es muy importante porque pues también digamos creo que el aborto es una cuestión de privilegio, o sea como que si tú no tienes plata no puedes hacértelo en cualquier (E2R68-75)

Es una manera de regular por un lado la práctica, pero a la vez de dar oportunidad para que se realice (E5R161)

Hay mucho que trabajar...sigue siendo una decisión de la mujer el hecho de cuántos hijos y en qué momento tenerlos. Las tres causales son muy importantes, digamos que serían como las más principales o reiterativas (E8R25-28)

Creo que hace parte de los derechos sexuales y reproductivos que debemos tener las mujeres creo que eso hace parte de tu empoderamiento, hace parte de poder decidir sobre tu cuerpo, sobre tu vida, sobre tus sueños y sobre tus proyectos, porque efectivamente cuando tu traes a un ser humano al mundo, tu vida también empieza girar de otra manera, tú tienes la responsabilidad de crear un buen o buena ciudadana para el país, de velar por su educación, por su recuperación, por su salud, entonces creo que si es muy importante que nosotros podamos decidir cuándo hacerlo o que podamos decidir no hacerlo (E10R111-117)

Antecedentes de la práctica abortiva

Reconociendo que se logró contactar a mujeres que accedieron a la IVE por las diferentes causales, pero habiendo mayor presencia del acceso por la causal de riesgo a la salud, las condiciones de los embarazos son distintas, pero en general atienden a un fallo del método anticonceptivo usado en ese momento. De otro lado, de acuerdo con las entrevistas, los estados de gestación se dieron en medio de relaciones estables y las razones por las cuales se decidió interrumpir el embarazo de manera voluntaria atienden principalmente a afectaciones en la salud

física y psicológica de las mujeres, la presencia de un diagnóstico por malformación grave del feto que hacía inviable la vida extrauterina y una relación sexual forzada.

Con relación a los casos de interrupción del embarazo por medio de la causal de riesgo a la salud, las mujeres abogaron al cumplimiento de un derecho de decisión sobre sus cuerpos ya que las consecuencias del estado de embarazo se evalúan en torno a sus proyectos de vida y condiciones personales, sociales y económicas. Sin embargo, en ocasiones se mencionó que esta causal obedece a los casos en los que se pretende realizar la práctica legalmente, aun si no se hace referencia a afectaciones a nivel de la salud certificadas por un profesional en psicología.

Somos nosotras las que tenemos derecho de decidir y no como una cuestión de es mi cuerpo y yo veré que hago...finalmente es algo que yo quiero hacer sobre mí, pero también es un derecho que tengo (E2R690-693, 700-702).

Yo siento que esta re buena porque en realidad esas son muchas cosas, ósea la causal es por daños psicológicos, o emocional o físicos entonces uno dice, pues eso son muchas cosas que me parece re bien porque eso demuestra que cada experiencia por más de que se parezca es súper diferente (E2R666-669)

Siento que es como que lo meten a uno en una causal para decirle que está haciendo las cosas como legalmente (E4R74-76)

Yo aplique por la primera y en el momento no sabía, a mí en ese momento un embarazo me parecía algo como fuera de este mundo... ni siquiera de mi proyecto, bueno sí, obviamente como que afectaba mi futuro y demás” (E9R15-17)

Respecto al caso de malformación del feto, esta era incompatible con la vida extrauterina a razón de una serie de factores congénitos, por lo que era necesario realizar la intervención, pero de igual manera, se permitió que la mujer tomara la decisión.

Realmente lo hicieron en 4D que eso se ve como muy bien él bebe, total, y no, el me mostro, “él bebe mira viene así”, venia acá con una salidita acá (señala la cabeza), tenía la manito así como un cangrejito, con una malformación acá, no tenía acá esta parte acá y lo que se veía, no se había desarrollado ni los riñones, ni nada (E7R59-63).

Asimismo, en el caso en el que la mujer que fue forzada en medio de la relación sexual con su pareja de ese momento, ella logró acceder de forma legal por medio de la causal de riesgo para la salud y esto fue por el rechazó hacía la situación que dio lugar al embarazo.

Cuando él y yo estuvimos la última vez, fue más forzada, o sea prácticamente me obligó pero pues como yo lo quería...o sea no es que lo quisiera, sino como teníamos algo, pues acepté pero no fue totalmente mi consentimiento...toda la vida la hubiera rechazado, estoy segura, era muy joven, en esa época yo pensaba era en otras cosas pero tal vez si hubiera sido alguien que yo quisiera mucho y alguien que hubiera estado constantemente si lo hubiera tenido (E6R60-64, 70-74).

Con relación al proceso de toma de decisión de someterse al procedimiento de IVE, esta se determina principalmente de manera individual y personal por parte de la mujer y tomándosele como un asunto que corresponde a la ella por tratarse de su cuerpo y de su vida. Aun así, en varios casos se considera la opinión del hombre (pareja) en la toma de decisión vislumbrándose el rol de acompañar la mujer en el procedimiento, más no dando su opinión sobre este, puesto que le hacen saber a sus compañeras que harán lo que ellas decidan por tratarse igualmente de sus vidas y de sus cuerpos. Lo anterior no se evidencia en el caso de la mujer que aborto por malformación, puesto que el proceso decisión fue llevado a cabo entre ella y su esposo, pero pensando en las condiciones de vida del bebe que se estaba gestando y en las suyos propios.

También entendí como no basta, no basta con que tu tengas los anticonceptivos y no basta con que tu estés con alguien con quien tú quieras estar y con qué te respete, no basta con que tu tengas tu opinión clara si de todas formas en ciertos momentos te inmovilizas del miedo y no eres de capaz de insistir por tal y otras cosas, pero si fue como una miraba más pa fuera que pa dentro y de reafirmarme mucho, me valide mucho, hay mujeres que entran en depresión o que se sienten mal o que se sienten...yo me sentí mucho más fuerte, yo salí de eso y es algo como que me parece muy digno (E3R331-337)

Al momento de hacer yo mi examen yo puse en contraposición las dos cosas, no solamente no yo no quiero y no me importa lo que el piense, no, yo quiero, pero

pues “Dime tu qué quieres”, entonces fue una decisión totalmente mía, pero pues siempre tuve en cuenta su decisión, como su posición (E4R66-71).

En ese momento creo que más fue el miedo, el miedo inmenso y la tranquilidad que me daba decir: “bueno, voy a abortar, porque no quiero que todavía cambie mi vida” y aun así cambió en ese momento (E5R58-60).

Yo lo decidí, la decisión fue mía, porque habría poder decidir tenerlo y nadie me habría dicho que no, pues acompañada en el sentido más práctico, como tengo que ir entonces mi pareja de ese momento iba conmigo...porque como que él siempre tuvo presente que la decisión era completamente mía (E7R102-104, 106-107).

Yo pensaba en que la vida del bebe también... “puede ser que el nazca, pero ¿en qué condiciones va a venir? Lo voy a tener...o sea va a mantener en un hospital, voy a tener que estar en un hospital con el que no se sabe cuánto tiempo va a durar”, pueda ser porque ya le habían dado un tiempo de vida muy limitado, podía ser que se me muriera adentro o afuera... “bueno, se muere por de pronto y yo no me doy cuenta y yo quiero tener otro bebe”, entonces estoy limitando también mi vida (E7R122-127)

Yo iba a tomar sola la decisión, pero yo dije la otra persona también debería saber, entonces yo también como que le comenté a él...y ya hablando con él, los dos hablamos y él me dijo: “lo que tú quieras”, entonces ahí ya, así se tomó la decisión y yo dije “si, hay que hacerlo” (E9R111-115).

Práctica de la IVE

Retomando las experiencias de las mujeres al acceder y someterse a la práctica de una interrupción del embarazo de manera voluntaria, este se describe como algo sumamente doloroso tanto física como emocionalmente, involucrando aspectos como la angustia y el miedo antes del procedimiento y tranquilidad, agradecimiento y, en algunos casos, culpa, castigo y tristeza profunda tras pasar por el mismo. Por otra parte, se reconoció el privilegio por poder acceder a un procedimiento de IVE en condiciones seguras y de confianza para la integridad de las mujeres, aun así, se denotó el tener que enfrentarse al estigma existente en torno a la práctica misma.

Confianza total...me sentí como protegida, me sentí como...desde que tú entras al lugar (E1R77-79)

Yo salí de ese consultorio y me sentí súper tranquila o sea dije como “gracias” (E2R349-350).

Me sentí tremendamente privilegiada y esto también me ponía en cuestión, si yo sé esto es porque otras personas no lo saben, si yo tengo acceso a esto, es porque otras personas no tienen el acceso, porque así funciona si tú tienes un derecho que es negado pa los demás no es un derecho, es un privilegio (E3R98-101).

Fue una angustia tenaz, me dio un pánico horrible (E3R359).

Fue súper agobiante (E3R370).

Tenía mucha culpa, cuando...después de que me hicieron el procedimiento y que me pusieran como en la salita de recuperación, yo lloraba y lloraba y lloraba...igual me sentía muy culpable, a pesar que era la decisión que sabía que debía tomar, no dejaba de sentirme mal (E5R207-211).

Por mí misma si, si obvio, yo todavía me autocastigo por haber hecho eso, pues porque es matar a alguien, matarlo, me ha tocado vivir, pues yo soy muy de Dios, he ido a las iglesias para que de alguna manera me ayuden con ese tema, que ha sido muy fuerte (E6R82-85)

La verdad yo me sentí como muy rodeada...la clínica me acompañó mucho en ese proceso del aborto (E7R131, 138)

Que dolor tan horrible, o sea yo de verdad me sentía morir (E9R90)

Miedo, solamente como que recuerdo un poco de miedo de quedarme colgada (E10R437)

Respecto al proceso de atención recibido en los distintos casos, el papel de las instituciones encontradas generaron procesos de atención diversos ya que, por una parte, se presentan procesos amigables y no sancionatorios y, por otro lado, se hallaron actitudes prejuiciosas y que culpabilizan a las mujeres por su decisión, de esta forma se define en términos generales que en instituciones

de índole privada como Profamilia y Oriéntame, la atención recibida fue buena y generó caracteres de satisfacción, calidez y confianza. Por otro lado, las referencias hacia la atención en distintas EPS cuando se solicitó el acceso por la causal de salud, el trato dado es percibido como prejuicioso y diferenciado con relación a otras mujeres que asisten a estos lugares a practicarse ecográficas y deciden continuar con sus embarazos.

De esta manera, también se resalta la ruta de atención brindada en los distintos casos y que integra aspectos como una consulta con Psicología, el procedimiento y la opción de una atención postaborto.

Lo sentí muy maternal y muy amoroso (E3R446-447)

Fue una excelente atención...las enfermeras muy cuidadosas...fue un proceso muy, muy bueno en la clínica (E7R182-185)

En el primer aborto fue un poco traumático porque pues las mujeres, la jefa de enfermeras fue bastante cruel conmigo, se notaba mucho que yo no iba a tener un bebé o una bebé, sino que efectivamente e iba a interrumpir mi embarazo, entonces el trabajo fue bastante diferenciado (E10R34-37)

Como que intentaban de alguna manera hacerte sentir culpable por lo que estabas realizando. Entonces claro cuando tú sales de allí, sales muy choqueada creo que, si yo no tuviese una formación feminista, en realidad lo que hubiese ocurrido, me afecto, aun así, me afecto, sino que lo hubiese ocurrido era que dijera “no, prefiero no hacerlo (E10R39-43)

Como ella me dijo “tú y yo sabemos que tú no estás tan deprimida, que tu podrías tener a la bebé o al bebé, que estas quitando una vida, que quien se está haciendo el daño eres tú” o sea fue muy dura, muy...o sea yo salí, en ese momento me llene como de coraje, me llene de rabia, pero cuando salí del consultorio me ataque a llorar” ...me trató súper mal, me dijo que yo era una irresponsable, que yo había cogido y que yo entendía el aborto como un método de planificación, o sea fue muy, muy duro entonces nada, creo que, que es muy importante también que las EPS respeten y no empiecen a meter sus juicios de valor, sus juicios morales cuando tú ya has tomado una decisión porque te carga mucho (E10R381-394)

Percepción de la IVE

Para esta categoría, se reconocen diferentes percepciones respecto a la práctica y de acuerdo con la causal de acceso a la intervención, estas en general se asocian con pensarla como una cuestión de privilegio por la presencia de distintas barreras y obstáculos como el dinero, los juicios de tipo moral y religioso y fallas a nivel estructural, reconociendo desde esto una necesidad de legalizarlo con el fin de atender a un problema de salud pública como la vida y bienestar de las mujeres que se someten a abortos clandestinos o practicados en condiciones que no son óptimas. Desde lo anterior, se percibe también el aborto como un proceso difícil en el que la mujer debe enfrentarse a juicios y estigmas por parte de sus familiares, amigos y conocidos en general; además de tratarse de un tema doloroso y que implica una despedida y un desprendimiento, por tanto, se recalca la importancia de un acompañamiento psicológico en medio de todo el proceso.

Por otra parte, se reivindica también la posición de la mujer en la sociedad, permitiendo vislumbrarla más allá del hecho de ser madre o ser femenina y enmarcándola como sujeto de derechos sobre su vida y sobre su cuerpo con relación a la diversidad de creencias y proyecto de vida que ellas pueden tener.

Ojalá todas las mujeres pudieran acceder a un lugar como donde yo estuve” (E1R112).

Legalícese o no se legalice, la gente opine o no opine es algo que va a existir, o sea acá la discusión no es que exista o que no existe, sino que se garanticen plenos derechos o formas más adecuadas de hacer eso menos traumático (E2R704-706).

Uno se enfrenta a un rechazo sobre todo social (E2R755).

También permite diversificar el ser mujer, que no todas las mujeres queremos lo mismo, no todas somos iguales, no todas tenemos las mismas proyecciones, entonces yo digo después de eso digo, me parece indispensable que exista la práctica, digamos no solamente legalizada sino también que sea más consciente entre la gente porque también hay prácticas de autogestión (E2R806-809).

No te niego que es algo que a uno le cambia la vida, y que igual tu sientes que como que...no sé yo siento que mi corazón está dividido en muchos pedacitos, pero hay

un pedacito que se murió, obviamente como que está muerto, porque igual es tu hijo (E4R194-196)

Muy dolorosa, muy dolorosa...física y emocionalmente (E5R265)

Es un proceso difícil como cualquier otra cosa...dependiendo de su pensamiento religioso y lógico, moral o ese tipo de cosas... es como someterse a algo ajeno a uno que igual y uno igual va a sentir como dolor y molestia, entonces no es agradable, pero es necesario... yo creo que debería ser legal y sobre todo que deben haber sitios en todo el país (E8R153-157).

No es como “el aborto, si lo hice y ya”, sino que creo que me he puesto en realidad en la tarea pensar que es un aborto, qué implica, cómo mejorarlo, cómo mejorarlo para nuestro...para Colombia, y que cosas quedan en el aire, si, como creo que muy pocas mujeres se han pensado que el aborto también incluye a los hombres (E10R609-612).

Creo que debemos empezar a avanzar hacia el tema de la gratuidad y la seguridad y poderlo, poder tratar el tema, no como promover el aborto, sino como prevenir quedar embarazada, tener una vida sexual segura, responsable, pero que, si en algún momento quedas embarazada, puedas ir a tu EPS (E10R639-642).

Frente a los sentimientos y pensamientos asociados a la práctica de una IVE tras haberse sometido a un procedimiento de este tipo, se plantea que esto es algo que impacta en la vida de la mujer respecto a aspectos como su proyecto de vida, su bienestar físico, psicológico y social y sus relaciones sentimentales y familiares y se reconoce en la práctica un aprendizaje de vida y la sensación de haber sido la decisión correcta a pesar de las circunstancias en las que se dio la experiencia del embarazo e IVE. Así, desde la experiencia, se evidenció una toma de conciencia respecto al cuidado y responsabilidad sobre cuerpo y la sexualidad con relación a la prevención de futuros embarazos no deseados o la aparición de estos en condiciones que no sean aceptables por las mujeres.

Finalmente, ante la idea de un embarazo no deseado se considera el aborto inducido como una opción viable, partiendo de considerar distintas condiciones tanto emocionales, psicológicas y físicas como económicas y sociales.

Sí me volviera a pasar tendría que mirar no solamente mis condiciones económicas sino también emocional y también como de proyección de vida (E2R891-893)

No lo haría nuevamente, no pasaría por eso...por eso estoy planificando...no es una experiencia que uno quiera repetir (E5R192-193)

Yo dije “no, la próxima vez que pase, que me prometí no...que no va a volver a pasar sin mi consentimiento”, no lo iba a volver a hacer, digamos que esta vez no fue esperado, pues porque uno no planea esas cosas tan joven, pero pues no pensé en...en abortarlo (E6R140-142)

Creo que fue la mejor decisión que he tomado en mi vida (E8R182)

Cambio muchas cosas de mi vida, creo que me hizo también una persona de pronto más responsable frente a ciertas cosas, al menos sexuales...constantemente estarse cuidando y estar yendo como al médico a hacerse chequeos, no solamente de posibles embarazos sino de embarazos que puede traer, eso no, yo creo que cambio también toda mi vida en ese sentido (E8R183-187)

Lo que más se debe hacer, acompañar, acompañar de corazón, querer profundamente, no juzgar, porque tú ya te juzgas, internamente así seas la feminista más áspera del mundo, hay cosas que la sociedad, que el patriarcado todavía están en ti y tú ya te juzgas entonces es mucho mejor cuando cuentas con una persona que te rodea de amor, de tranquilidad, de vamos a salir adelante, no te va a pasar nada, entonces creo que eso es muy importante (E10R540-545)

Sí quedara en este momento embarazada y no tuviera una pareja estable, una pareja con la que yo diga “bien, lo vamos a afrontar juntos, tú también tienes tus proyectos yo tengo mis proyectos, esta vida no va a ser un estorbo sino que va a ser algo que nos motive a trabajar colectivamente, juntos”, lo asumiría y sobre todo lo asumiría si mi condición económica me lo permitiera... solamente bajo ese

contexto, decidiría ser mamá, si no es en ese contexto, volvería a abortar (E10R704-712).

Desde la realización de trabajo de campo con las diez (10) mujeres, se encontraron en medio de las entrevistas otras categorías que no fueron planteadas con anterioridad en el instrumento, pero que se consideran importantes en el ejercicio investigativo.

Referencia de experiencias conocidas de IVE

En la emergencia de esta categoría, se encuentra que la toma de decisión de someterse a una IVE y en qué condiciones hacerlo se ve permeada por el conocimiento y comprensión de experiencias que otras personas han atravesado, siendo estas en su mayoría amigas o conocidas de las mujeres entrevistadas. Esta cuestión refleja un ejercicio informativo y de asesoramiento a otras mujeres partiendo de la experiencia subjetiva y la atención recibida en el momento en que se accedió al procedimiento, así como el recogimiento e integración de estos aspectos en el propio relato.

No sabía si era legal o no, no tenía ningún tipo de conocimiento, y como toda mujer ¿que hice? Buscar a una persona, una amiga mía, que ya hubiese pasado por ese proceso y demás y ella fue la que a mí me oriento y de hecho el lugar al que yo fui se llama Oriéntame... porque tampoco uno se va a poner como a arriesgar la vida, porque eso era otro factor que a mí me daba como miedo (E9R56-59, 64)

Le conté a una amiga, pero yo no sabía que ella también lo había hecho, entonces no...ella se puso a llorar y yo pensé que me iba a regañar o alguna cosa, pero entonces me dijo que no que ella había pasado por lo mismo, entonces como que sentí empatía hacia ese lado, me tranquilizó un poco (E6R86-87)

Cuando mis amigas quedaron embarazadas fue como “háganle, todo bien, yo las acompaño, no hay ningún problema (E10R671-672)

Redes de apoyo en la experiencia de IVE

La aparición de esta categoría demuestra el acompañamiento y apoyo recibido por las mujeres entrevistadas por parte de distintas personas como familiares, parejas, amigos y conocidos, aunque no siempre todos juntos, de manera física, emocional y económicamente y respecto a la

toma de decisión, sometimiento al procedimiento y situación postaborto, quienes representan figuras de confianza, ánimo y consejo y que permiten a largo plazo que también las mujeres que pasan por un proceso de IVE se empoderen en el tema y cumplan con el rol de apoyar y acompañar a otras mujeres en este tipo de experiencias con el fin de prevenir distintos riesgos y promover cuidados a nivel sexual.

En la sala de espera hay como en la pared una red de manos de mujer y era como “Cuéntale a las personas tu experiencia o cuéntale a tu amiga” para que veas que no estás sola (E1R77-79)

Fue un proceso colectivo, muy colectivo, que me ató a mucha gente, a mucha gente (E3R624)

Lo que es sororidad¹ plena porque es como todas tus amigas también súper parece no importa nos empeñamos todas, pero lo hacemos y para mí también eso fue un momento de: “ush gracias”, porque pues en esos momentos uno si necesita sentirse con alguien (E2R449-453)

Hablar esto con muchas amigas porque las que abortamos parece que nos encontramos siempre, y hablamos de al respecto (E3R85-87)

La figura principal ahí para mí no fue el, sino fueron mis amigas (E3R269)

Eso es algo muy propio de Oriéntame que te dicen cuando estas en el procedimiento que te dicen pues que somos una red entonces tú ya sabes alguien va a abortar, tú le dices, tienes que ir a tal lado o después de eso y yo me volví muy abierta a hablar del tema (E3R279-282)

Concepción de la maternidad

Desde esta categoría se encuentra un fundamento a la idea de legalizar completamente la práctica de aborto inducido en el país, retratando que la maternidad debe ser una decisión tomada por la mujer y no una imposición ante la presencia de distintas condiciones en las que se da un

¹ El término sororidad se refiere a la “relación de solidaridad entre las mujeres, especialmente en la lucha por su empoderamiento” (Real Academia Española, 2018), vinculada con caracteres de unión y respeto entre el género femenino.

embarazo que puede no ser planeado o representar un riesgo para la mujer o para el feto. Esto con relación a los proyectos y metas que se tiene planteada una mujer y que justamente no significan una contraposición de tener hijos sino una elección de cuándo tenerlos y en qué circunstancias hacerlo y que enmarca también un derecho de la mujer de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su vida.

Creo que es una responsabilidad demasiado, demasiado grande y que debe ser un disfrute yo si no creo que la maternidad debe ser un sacrificio (E3R896-897)

Nadie tiene porque obligarte a ser mamá (E1R56)

No me arrepiento porque sé que yo quería mucho ser mamá y no habría sido las condiciones que habría deseado para que las cosas sucedieran (E5R72-74)

La concepción...la maternidad me cambió. Antes yo era una persona muy negada, yo decía “¿cómo es posible que una persona tenga hijos sabiendo la situación actual del mundo?” (E9R183-185)

Haber abortado no implica que nunca quieras ser mamá o que la maternidad sea algo que tú ves de una manera depurable o peyorativa de alguna manera (E10R336-337)

“Las mujeres, sinónimo de vida” y si lo somos y de fuerza, si claro, lo somos, maternidad no (E10R481-482)

Tienen como el imaginario de que cuando tu abortas es porque no quieres ser mama, en mi caso si quiero ser mama, solamente que en ese momento pues no tengo condiciones socioeconómicas para traer a un ser humano a este mundo y no lo voy a traer con baja garantía (E10R94-98)

Capítulo 5. Entre el delito y el derecho

Discusión de resultados

A continuación, se presenta la discusión de los resultados encontrados a través de las diez (10) entrevistas realizadas a mujeres que se practicaron una Interrupción Voluntaria del Embarazo en anteriores años, esto con relación a los planteamientos de los autores enunciados en el marco teórico y conceptual de la investigación y en contraste con otras investigaciones realizadas en torno al problema de investigación definido.

En primera instancia, desde la definición del aborto inducido como la extracción del embrión o feto con intención de la mujer que lo está gestando (Arias, Londoño & Mejía, 2011), se retrata que la proporción de métodos usados para abortar tendió mayormente a la elección del método quirúrgico. Cabe mencionar que de acuerdo con cifras de Oriéntame (2012) para el 2011, el 81% de las intervenciones -que en total fueron 4.068- se realizaron por medio de procedimientos quirúrgicos. Así, la elección de este tipo de método para terminar con el estado de embarazo puede relacionarse con el relato de las mujeres en torno a haber realizado tomado esta decisión por tratarse de ser un procedimiento doloroso, retratando al mismo como un indicador del parto, es decir, las mujeres argumentaron esta elección por ser la que permitía el desarraigo o desprendimiento en el sentido más explícito y sentir dolor como parte del sometimiento, sin embargo, desde esto también se reconoce una forma de asumir y responsabilizarse de situación que se va a enfrentar y tener mayor certeza de que el procedimiento se hará de forma correcta y efectiva.

Aun con esto, también se reconoce una toma de conciencia y empoderamiento no solo frente a decidir sobre el cuerpo y la vida misma sino también frente a la asistencia y acceso mediante condiciones legales con miras a proteger la integridad y bienestar propio y de las demás mujeres, es decir que, la información que poseen las mujeres en torno a la práctica se relaciona también con el reconocimiento del problema de salud pública existente respecto al aborto inducido y los caracteres de morbilidad y mortalidad que proceden de este ante procedimientos inseguros. Por el contrario, frente a los casos en los que se prefirió acceder a la IVE por medio del método médico o de medicamentos, se encuentra lo que Ramos (2016) expresa cuando plantea que las mujeres perciben que este método es menos doloroso y traumático, existiendo una valoración

mayormente positiva de la experiencia cuando este se hace con la información y acompañamiento necesario.

Con relación a las causales enmarcadas en la Sentencia C-355 de 2006, su especificación está relacionada también con la definición de la mujer como sujeto de derechos y como poseedora de una personalidad jurídica que le permite ser garante de los mismos en términos sexuales y reproductivos, esto en cualquier situación que se apegue a la normativa vigente. De esta forma, en concordancia con la primera causal (peligro para la vida o la salud de la mujer), se encuentra que las mujeres que lograron acceder por medio de esta se sienten conjuradas a interrumpir sus embarazos de manera legal apelando a la existencia de riesgos enmarcados en dominios físicos, psicológicos y sociales, sin esto ser contrario a lo que justamente enfrentan desde el momento en que conocen del embarazo y el proceso de toma de decisión de terminar con el mismo, dado a que, como lo explican Carril y López (2008), tomar esta decisión no se exime de la presencia de contradicciones y ambivalencias para las mujeres, enmarcando de esta forma lo que Silva (2014) menciona como caracteres de duda, culpa y emoción en medio de un proceso que no se da linealmente.

No obstante, frente a esta situación surge la cuestión en torno a la vivencia de las mujeres desde la condición de salud para poder interrumpir un embarazo, reconociendo a la vez que el seguimiento hecho a esta refiere a un encausamiento para avalar legalmente el acceso al procedimiento, lo que se relaciona también con un enfrentamiento a juicios y estigmas frente a la práctica categorizada como delito y asesinato, lo que en últimas conlleva a desdibujar el sufrimiento de la mujer y las afectaciones en el estado de salud mental de ella.

Frente al caso de malformación del feto, para realizar el procedimiento se tuvo en cuenta la decisión de la mujer gestante en torno a escoger su proyecto de vida y continuar con él, esto en términos jurídicos y ante la presencia de un estado que no permitía a futuro que el feto viviera efectivamente fuera del útero. Esta causal fue percibida como mayormente aceptada en términos médicos y sociales al representar una imposibilidad que se excluye del control de la mujer y sus recursos. En ese punto es relevante mencionar que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016, las malformaciones o anomalías congénitas “son causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad”, sin una causa específica para la mayoría

de los casos. No obstante, existen factores socioeconómicos y demográficos que explican que la frecuencia de malformaciones es más alta en condiciones económicas específicas encontrando un 94% de prevalencia en familias y países de ingresos bajos, con relación también a la nutrición y calidad del desarrollo prenatal asociado con dificultades como infecciones. Asimismo, existen factores genéticos como la consanguineidad y factores ambientales como la exposición a químicos y radiación que aumentan la posibilidad de que exista una anomalía congénita. En Colombia, se reporta que, en 2017, casi un 25% de niños murieron a causa de malformaciones congénitas que pudieron ser identificables en el embarazo, esto representa una cifra de 6.065 niños y denotando que solo el 30% de malformaciones se detectan en el estado prenatal (Cangrejo, González, Granados & Jiménez, 2018).

Finalmente, del embarazo que fue interrumpido al ser provocado en medio de una relación sexual forzada, se denotó que la mujer en este caso optó por fundamentar las razones del aborto en el marco de la causal salud, lo que podría relacionarse con no querer afrontar la revictimización por el acto de reconocer las condiciones en la que quedó embarazada y el estigma existente en torno al aborto inducido ante la presencia de embarazos no deseados, a esto adicionándole que se prefirió llevar a cabo el procedimiento en casa por medio del método médico o de uso de medicamentos para inducir el aborto.

En esta instancia, es importante vislumbrar que los resultados expuestos, de acuerdo con los casos de mujeres que se lograron entrevistar y las causales a las que se alegó para interrumpir sus embarazos, se relacionan de manera general con los resultados existentes en cuanto a cifras por causal, encontrando un comportamiento similar con la presentación de procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en informes del país realizados por parte de entidades como Oriéntame y Profamilia, así, puede decirse que la población participante en la presente investigación da cuenta de una realidad inscrita en los datos, ya que desde esta información existe también un gran prevalencia de procedimientos por medio de la causal salud por encima de aquellos procedimientos referidos a casos de malformaciones del feto y embarazos como producto de conductas sexuales no consentidas por las mujeres, superando el primer escenario entre 4.000 y 8.000 veces más a estos últimos entre los años 2011 y 2016 respectivamente, esto en concordancia con lo expuesto por Oriéntame (2012) y Oriéntame (2016).

Asimismo, en vinculación con el proceso de atención en general en los casos conocidos, en entidades privadas como Oriéntame y Profamilia se cumple con el protocolo de atención planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014) ante solicitudes de Interrupción Voluntaria del Embarazo, garantizando el acceso de las mujeres a los procedimientos bajo estándares que generan satisfacción y agradecimiento por el servicio. Sin embargo, esto fue contrario cuando las mujeres tuvieron que asistir a establecimientos de salud públicos, como EPS, en los que recibieron juicios y estigmas que pudieron llegar a coartar el ejercicio de libertad de las mujeres. Este hallazgo permite poner en escena la discusión frente a cómo se está llevando a cabo la atención en entidades que, de acuerdo con la normativa, están obligadas a prestar el servicio bajo condiciones de calidad y oportunidad, pero que resultan exponiendo a la mujer a una serie de barreras de tipo social y estructural que representan a su vez una ambivalencia retratada entre el derecho de interrumpir un embarazo y la punibilidad, muchas veces de orden social y cultural, por la decisión misma, esto respaldado por una cuestión de estigmatización, culpabilización y privilegio. De acuerdo con Ramos (2016), el sobrellevar estas barreras u obstáculos se hace con relación a los recursos tanto sociales como económicos de las mujeres. Todo lo anterior es expuesto con base a que los relatos de las mujeres dan cuenta de lo que Silva (2014) explica sobre el servicio recibido en instituciones hospitalarias, percibido como hostil y cargado de prejuicios, contrario a servicios privados en donde la atención brindada es percibida como cordial, de forma tal que al desasociarse el estigma con el servicio de atención se da a la mujer un espacio de seguridad y poca angustia ante el evento.

De acuerdo con la caracterización sociodemográfica de las mujeres que se lograron contactar y quienes se habían practicado una interrupción voluntaria del embarazo, se encontró que estos elementos se relacionan con edades jóvenes en la población (20 a 31 años) y con un acceso a la información mediado por un nivel educativo alto y la pertenencia a redes sociales que facilitan la obtención y entendimiento de la misma, partiendo de lo que García, Ortega y Ortega (2016) enuncian en torno a aspectos de desconocimiento frente al aborto antes de someterse a un procedimiento de este tipo. Cabe mencionar que las mujeres entrevistadas lograron acceder al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por medio de alguna de las tres causales que despenalizan parcialmente la práctica de aborto inducido en Colombia, así, la información obtenida por ellas acerca de la Sentencia C-355 de 2006 da cuenta del hecho de que la sexualidad relacionada con factores sociales, económicos y culturales de cada mujer que, de acuerdo con

González de Chávez (2015), enmarcan necesidades de formación en temas de salud sexual y reproductiva que fortalezca a su vez la identidad de las mujeres en cuanto al control y cuidado de su cuerpo, esto con relación a utilización de métodos anticonceptivos que permitan la prevención de embarazos no deseados y la asertividad en la elección de sus parejas sexuales.

Respecto a las ideas acerca de la despenalización del aborto inducido, o al menos la consideración de más causales para el acceso legal, estas relacionan la práctica con la decisión sobre el cuerpo y la vida de la mujer que debe realizarse por parte de ella misma, encontrando que no solo se piensa en el aborto como alternativa para sí mismas sino también para otras mujeres que quizá no han tenido la oportunidad de acceder en condiciones legales y seguras a la práctica y en las cuales se hacen mayormente evidentes consecuencias en distintos planos que afectan la integridad y bienestar de la persona, lo que ha permitido un posicionamiento frente a la manera cómo se está regulando la práctica y la apertura del debate de acuerdo con la necesidad observada de que no continúe siendo un privilegio de clase o social. Cabe mencionar que, contrario al planteamiento de Atherino, et al (2015), las mujeres entrevistadas no conciben el aborto como un método anticonceptivo.

La discusión en torno al aborto da cuenta en este sentido del reconocimiento de este como un derecho negado históricamente atendiendo a una cuestión en el ámbito político, económico y social que permite denotar distintos valores sociales y culturales construidos y adscritos a las personas. Por tanto, se reconoce desde la voz de las mujeres que el aborto no es una práctica en contravía de la tenencia de hijos o la maternidad, responsabilidad que se ha impuesto a la figura de la mujer como parte de su feminidad y en torno al cuidado de los hijos (Thomas, 1996), pues como también lo explica Rondón (2009) “las respuestas al aborto no sólo reflejan la reacción frente a la decisión de abortar y el procedimiento en sí mismo, sino también la noción acerca de la maternidad y su relación con la identidad como mujer” (p. 30).

Frente a esto, la concepción de las mujeres entrevistadas de la maternidad como una decisión a ser tomada por la mujer y el aborto como alternativa ante un embarazo no deseado o no planeado vislumbra lo que Thomas en 1996 expuso como una nueva asignación de roles desde la cual se desagrega el rol de la mujer con relación al hecho biológico de la reproducción y dando cabida a la elección de la mujer sobre su cuerpo y sexualidad respecto a cuándo tener hijos y

cuántos tener, corroborando la idea de Carril y López (2008) de que, aun frente a un embarazo, “la maternidad es una opción, no un destino” (p. 39) y que hay diferencias marcadas por el nivel educativo de las mujeres en la percepción que tienen del embarazo, el aborto y la maternidad, siendo que esta última se retrata como una apertura hacia la comprensión de ser una elección compleja y que debe ser libre para cada mujer, enmarcada en una maternidad deseada y planeada y con la tenencia de condiciones consideradas como óptimas para la educación y cuidado de los hijos.

La elección de abortar también se ve en ocasiones en contraposición de creencias personales y valores de las mujeres y exponiendo distintas motivaciones y argumentos enmarcados en “la ausencia de condiciones materiales o porque el embarazo es fruto de una relación no consentida (...) quienes significan a la maternidad, en ese momento de sus vidas, como un obstáculo para la realización de proyectos personales” (Carril & López, 2008 p. 11), sabiendo también que la concepción de maternidad y feminidad se asocia con los sentimientos presentados tras la experiencia (Ramos, 2016) y que estos caracteres se relacionan a su vez con el proyecto de vida de las mujeres.

Frente a lo anterior, las mujeres entrevistadas debieron realizar una negociación entre sus creencias y la valoración hecha de la situación para lograr llegar a una decisión que se percibe como la correcta en distintos casos, lo que Ramos (2016) asocia con la resolver algo percibido como un problema, reconociendo que esta valoración para tomar la decisión de interrumpir un embarazo a razón de las distintas causales gira en torno a aspectos personales, económicos y sociales que llevaron a considerar la opción de abortar de acuerdo con una valoración de la situación y las consideraciones hechas de este estado de gestación a futuro y elegir hacerlo en medio de su análisis y proyección en torno a una decisión que se comprende como propia y que atañe a la consideración de la vida y del cuerpo. De esta forma, la percepción del aborto enunciada por las mujeres se ve también mediada por factores afectivos y sociales relacionados con la tranquilidad, la seguridad, el apoyo, el acompañamiento y la protección tras pasar por la experiencia de intervención voluntaria.

Desde lo anterior, se entiende que para la mayoría de las mujeres se hizo inconcebible el hecho de continuar con un embarazo que no deseaban en la edad en la que se encontraban y las circunstancias en las que estaban inmersas, aun así, ante la presentación de estos embarazos no

planeados no se evidencia la consideración de una decisión diferente a la de haberlo intervenido voluntariamente, es decir, no se encuentra lo que Vargas-Trujillo (2008) explica con relación a las decisiones que se pueden tomar frente a un embarazo no deseado (Véase Figura 1), esto en cuanto a la presencia de la posibilidad de continuar con el embarazo y cuidar del bebé que nazca o entregarlo en adopción o a otra persona para su cuidado. Lo anterior, debido a que el aborto en estos casos resultó ser, lo que expresan Carril y López (2008) y Orozco (2015), la alternativa que generaba menor incertidumbre y que resultó en sentimientos de tranquilidad, liberación y alivio tras la experiencia, percibiendo el estado de gestación como angustiante. En esta medida, Marta Rondón (2009) hace referencia a que frente a un embarazo no deseado se pueden presentar síntomas como ansiedad y malestar psicológico y recuerdos de los mensajes recibidos frente a este y el aborto, lo que hace que cada mujer deba adaptarse a la situación y tomar la decisión de continuar con este estado o no.

En contraposición con lo propuesto por Vargas-Trujillo (2007) respecto al ideal respecto a que la decisión de interrumpir un embarazo voluntariamente sea consensuada tanto por la mujer como el hombre que conforman la pareja y teniendo en cuenta la participación de ambas partes en el embarazo, la información brindada por las mujeres da cuenta de una decisión tomada de forma individual y autónoma en concordancia con la visión del aborto como alternativa frente a un embarazo no deseado o no planeado y la consideración de los costos y beneficios de la decisión. Frente al posicionamiento del hombre en cuanto a la relegación de la decisión a la mujer, esto puede generar mayor conflicto para ella como la persona que debe tomar la determinación de sí continuar o interrumpir un estado de gestación, haciendo también que se interprete esta posición desde la percepción de falta de apoyo por parte de la pareja hasta la concepción de un juicio o estigma mediado por el silencio. Frente a esto, Ramos (2016) explica que la mujer puede tener una percepción positiva del aborto cuando encuentra apoyo y acompañamiento activo por parte de su pareja, así como que la toma de posición por parte del hombre frente a la situación y en la relación de pareja puede conllevar a un fuerza o ruptura en la misma. En el caso de las mujeres entrevistadas, la mayoría de ellas habían terminado las relaciones amorosas en medio de las cuales habían quedado embarazadas y quienes continuaban en dichas relaciones habían sido apoyadas, acompañadas y respaldadas por sus parejas en la decisión tomada.

Ahora bien, frente a la experiencia misma de practicarse un aborto inducido y la descripción de Elvia Vargas-Trujillo de las posibles consecuencias del aborto en las mujeres que deciden practicárselo, se toma en consideración que los casos entrevistados se realizaron bajo condiciones de legalidad y siguiendo la ruta de atención propuesta para atender una IVE, lo que permitió a las mujeres gozar de un acceso efectivo y seguro a los procedimientos sin secuelas físicas que afecten su salud en este mismo nivel, esto de acuerdo con el planteamiento de Rondón en 2009, explicando que “cuando el aborto es legal y voluntario, la mayoría de mujeres encuentran que es una experiencia positiva, con crecimiento y maduración psicológica, y en lo inmediato, la sensación de alivio y de haberse responsabilizado por la propia vida” (p. 31).

De igual manera, en cuanto a las consecuencias en el plano psicológico y reconociendo según Carril y López (2008) que “las perturbaciones psicológicas posteriores al aborto están directamente relacionadas a las condiciones de legalidad o ilegalidad de la práctica” (p. 87)”, ante la existencia de menor juicio y condena moral, las mujeres tienden a tener una mayor aceptación de la decisión tomada (Ramos, 2016) y, por el contrario, ante el rechazo o condena sobre el aborto, se puede presentar una desestabilización psicológica de las mujeres y reacciones emocionales negativas (Correa, Holguín & Jaramillo, 2004), siendo que estas condiciones psicológicas también dependen de aspectos afectivos, familiares, sociales, culturales y económicos.

De esta forma, con relación a lo expuesto por López (2012) frente a que el embarazo biológicamente genera una huella positiva en el cerebro, pero su terminación genera efectos traumáticos, en la población entrevistada la IVE existió, por un lado, una significación del aborto ligada al asesinato y la pérdida de alguien, lo que genera sentimientos de nostalgia y tristeza, esto por las creencias y valores morales de las mujeres anteriormente mencionados y, por otra parte, se concibió al mismo como una alternativa viable ante la situación no premeditada, reconociendo que, como bien lo explica Dawson y Weintraub (2016), la decisión de abortar se ve permeada por distintas causas y conflictos y que no es una situación que se busca atravesar o enfrentar. Estas significaciones no se contradicen entre sí, sino que, como lo expresan Carril y López (2008), se relacionan con la percepción de acuerdo con sus experiencias al haberse practicado una intervención de este tipo, siendo que, si se toma al aborto como un asesinato, el sufrimiento de ellas se retrata en la culpa por la transgresión de distintos morales y, ante la ausencia de presiones y estigmas, las mujeres no sufren de ningún efecto traumático.

Asimismo, Carril y López (2008) expresan que “cuando el embarazo no es visto por la mujer y su pareja como un evento vital y significativo, las consecuencias psicológicas del aborto son mínimas” (p. 231). Por otra parte, Ramos (2016) también aporta a este planteamiento explicando que culminar con un estado de embarazo de forma voluntaria no implica necesariamente y en todos los casos un efecto traumático o problemas de salud mental.

En cuanto al impacto en la vida de las mujeres, este se define como positivo en distintos aspectos y percibiendo que el haber abortado implicó una toma de decisión difícil pero correcta que ha permeado en su vida dando cabida a nuevas posibilidades en la misma en distintos ámbitos. Por tanto, en medio de la coexistencia de estas condiciones se denota lo que Barraza y Calvo (2018) enuncian respecto al aborto como una experiencia de crecimiento personal y cambio de perspectiva de las mujeres, logrando un empoderamiento en el tema desde la misma experiencia y una mayor conciencia y preocupación por el cuerpo, la vida y los derechos relacionados con su cuidado, la sexualidad y la reproducción. Los aspectos anteriormente mencionados atienden a su vez a un relacionamiento con el cuerpo y una conciliación con el mismo, enfocado en la recuperación física y psicológica tras haberse sometido a una experiencia dolorosa y de desprendimiento.

Respecto a las consecuencias de tipo legal y social y teniendo como precedente lo que González de Chávez (2015) y Carril y López (2008) enuncian en concordancia a que las perturbaciones posteriores al aborto se relacionan con condiciones de regulación jurídica en los lugares donde se practican los procedimientos, las condiciones de legalidad en las que se enmarcan los casos de la investigación retratan sensaciones de confianza, protección y no culpabilización, sin embargo, se devela la existencia de juicios y estigmas aún frente a una ley permisiva del aborto en causales, estos provenientes en su mayoría de profesionales de la salud como médicos y enfermeras localizados en un ámbito de servicios de salud públicos.

Sabiendo que los factores de riesgo en distintos niveles aumentan para las mujeres ante la ausencia de apoyo afectivo y falta de sostén (Carril & López, 2008), se resalta el acompañamiento de la pareja, la familia y amigos en la experiencia de IVE que incide en la representación de la mujer acerca de las condiciones del embarazo y aborto. Estas autoras dan cuenta también de la importancia de las personas que llaman «iguales-otras», un factor que también es reconocido por Silva (2014) como una ayuda para transitar por medio de la experiencia de interrumpir un

embarazo voluntariamente y que García, Ortega & Ortega (2016) retratan como un aspecto de formación de comunidades emocionales donde se pueden compartir las experiencias y distintos sentimientos presentados en la misma. La referencia a otras experiencias conocidas y el apoyo recibido por otras mujeres que atravesaron por una interrupción del embarazo voluntariamente les permite a las mujeres construir una red de apoyo en donde se pueda compartir la experiencia junto con la generación de condiciones para el efectivo acceso de otras personas.

De acuerdo con planteamientos desarrollados por Shellenberg (2010) acerca del estigma sobre el aborto, se puede entrever la presencia de los tres dominios en las diferentes mujeres entrevistadas. En primera medida, el estigma percibido es el que más se puede denotar por las ideas acerca de la consideración de otras personas sobre el aborto y frente al hecho de saber del sometimiento a este procedimiento, por lo que esto tiende a ocultarse de la familia y ser compartido más con amigos o pares. En cuanto al estigma experimentado, este se vio reflejado en acciones de juicio y estigma realizadas en mayor grado por personas pertenecientes al gremio médico y de salud. Finalmente, y solo en ciertos casos, se logró también evidenciar un estigma interiorizado y expresado en sentimientos de culpa por la decisión que se tomó de interrumpir el estado de embarazo.

Continuando con la percepción de la IVE y retomando la conceptualización de esta como proceso interpretación y comprensión, se tiene que los sentimientos y pensamientos asociados con el procedimiento se reflejan en una trama compleja y ambivalente frente a la práctica misma del aborto (Carril & López, 2008), esto se relaciona con el contexto en que se realiza el procedimiento de acuerdo con aspectos sociales, culturales, religiosos y legales, desde los cuales se realiza una reflexión que, junto con la experiencia del aborto, permite la construcción de la percepción en torno a la práctica, que enmarca también una visión enfocada en la necesidad de una mejor educación sexual y reproductiva.

El principal sentimiento retratado tras la experiencia es el alivio, que Vargas-Trujillo (2007) define como la interpretación de que la situación que causaba angustia ya no se halla presente y encontrarse rodeada o acompañada, siendo de esta manera un sentimiento positivo. En contraposición, también se hace referencia al dolor, tanto físico como psicológico, ante la experiencia y que representa lo enunciado por Carril y López (2008) como esa ambivalencia en la

cual “las mujeres pueden encontrar frente a la situación de aborto, respaldo y rechazo, comprensión y censura, acompañamiento y aislamiento” (p. 52), viendo entonces que “cuanto mayor era la convicción sobre la decisión y cuanto menor o inexistente la ambivalencia respecto al embarazo, la sensación posterior de alivio aumentó” (p. 92).

En este punto y en concordancia con Carril y López, quienes en su investigación encontraron que “aquellas mujeres que interrumpieron su embarazo hacía menos de un año estaban todavía en muchos casos, bajo el impacto emocional de todo el proceso y fue en ellas donde se observó mayor ambivalencia, angustia y culpa” (p. 98), mientras que una mayor distancia en el tiempo, relatan las autoras, permitía elaborar psíquicamente el evento y valorar que la decisión tomada fue la acertada y no traumática, se encontró que dado a que las entrevistas se realizaron con base al criterio de haber interrumpido un embarazo entre 2006 y 2016, al momento del encuentro ya había pasado más de un año desde la experiencia, lo que permitió evidenciar que las mujeres habían atravesado por un proceso de reflexión en torno a la situación vivenciada y una percepción enmarcada en el entendimiento del impacto en sus vidas y en sus cuerpos y del alivio y tranquilidad que representa haber tomado la decisión, pero también de la comprensión de la complejidad de elementos que se entrelazan en el aborto inducido como fenómeno.

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones realizadas en el marco de la presente investigación.

- La percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo por parte de mujeres que han vivido la experiencia de someterse a esta práctica se construye en torno a la información obtenida del fenómeno, la visión de maternidad y de relaciones de pareja, las condiciones del embarazo y la atención recibida, siendo entonces una decisión compleja de tomar y no premeditada.
- En los casos en los que el estado de gestación se presenta como un hecho no planificado ni deseado en el momento, la consideración de interrumpir el embarazo aparece como una alternativa viable para el enfrentamiento de la situación, sin embargo, el proceso de toma de decisión en todo caso se ve antepuesta por sentimientos de angustia e incertidumbre resultantes de la evaluación de distintos aspectos personales, emocionales, familiares y sociales, para que, posterior a la intervención, se presenten ambivalencias entre la sensación de alivio y la culpa por los estigmas percibidos desde distintos medios.
- La prevalencia de casos de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo por medio de la causal de riesgo para la salud o vida de la mujer da cuenta de la importancia del abordaje de esas otras causas y condiciones que están motivando a las mujeres a abortar y que pueden no estar contempladas en el debate público. Asimismo, esta realidad permite entrever el encuadre realizado de estos casos para ser considerados como interrupciones realizadas dentro del marco legal estipulado en Colombia y que permite cierto respaldo a la decisión tomada.
- Frente a la interrupción interrumpir el embarazo por una malformación grave del feto en gestación, si existía el deseo de ser madre por segunda vez en medio de un matrimonio y una relación estable y cercana. No obstante, con relación a los vínculos y redes de la mujer, la experiencia se presenta como un proceso de desprendimiento asertivo por el acompañamiento y aliento recibido.
- Desde la voz de las mujeres entrevistadas se devela la necesidad de considerar más causales que permitan el acceso a una IVE en condiciones legales en el abordaje de caracteres personales, sociales y económicos, esto sin dejar de lado la responsabilidad que surge del

cuidado del propio cuerpo ante la prevención de embarazos no deseados y de una mejor educación y acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva, sabiendo que el sometimiento a un aborto no debe ser visto como un método de planificación ni anticoncepción.

- La elección del método para la interrupción de un embarazo se relaciona con la forma en que se asume la decisión de abortar y de responsabilizarse ante la presentación de un embarazo no deseado o planeado, así, escoger el método quirúrgico de extracción del feto se retrata como la opción que genera mayor certeza de que el procedimiento se realiza completamente y que se asocia con el proceso de desprendimiento y pérdida a través de la sensación del dolor físico.
- El sometimiento a un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo se enmarca en un proceso de valoración frente al proyecto de vida de las mujeres y, en ocasiones, de sus parejas, sus condiciones al momento de presentarse en estado de gestación y sus escenarios de futuro. Además, de una toma de decisión consciente en cuanto a las condiciones y recursos tanto emocionales como económicos dispuestos para dar atención a la situación.
- La concepción de la maternidad para estas mujeres se erige en torno a esta como una decisión vinculada a la tenencia o no de hijos, cuántos tener y en qué momento y condiciones hacerlo. De esta forma, la práctica de un aborto inducido no se asocia con una negación ante el deseo de ser madre, sino con la valoración de otros aspectos alejados de la obligación de gestar una vida ante la presencia de un embarazo no planeado o no deseado y frente a distintas condiciones que no se perciben como apropiadas o acertadas para asumir la maternidad.
- En medio de las experiencias enunciadas por las mujeres, se resalta de forma muy importante el papel de comprensión y acompañamiento de otras mujeres que pudieron o no haber atravesado por un procedimiento de interrumpir voluntaria de un embarazo, constituyéndose de esta forma una red de apoyo colectiva entre compañeras que permite a las mujeres empoderarse y compartir sus experiencias con otras personas desde la percepción de empatía y entendimiento en ellas.
- La percepción de las mujeres sobre el aborto inducido desde su experiencia de sometimiento al mismo se ve permeada por el proceso de atención recibido en distintas

entidades públicas y privadas que prestan el servicio y que pueden enmarcar condiciones óptimas (seguras y de confianza) o que estigmatizan y juzgan la decisión de las mujeres, esto en torno a condiciones como la causal a la que se alega, las razones para interrumpir el estado de embarazo y las significaciones sociales y culturales frente al aborto de tipo inducido.

Implicaciones

Las implicaciones del presente trabajo se agrupan en: a) académicas, al aportar a la literatura una investigación en torno al fenómeno del aborto inducido desde la percepción de mujeres que han accedido a procedimientos de IVE, b) jurídico-políticas, en cuanto a vislumbrar, desde mujeres que han experimentado el proceso personalmente, la importancia de reconocer al aborto inducido plenamente como derecho sexual y reproductivo y de incluir a la mujer en la discusión y, c) sociales, frente a las barreras y obstáculos presentes a la hora de interrumpir un embarazo y que atienden a estigmas sociales y juicios en torno a la práctica.

Desde el punto de vista académico, este estudio permite conocer la percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo por parte de mujeres que se han sometido a la práctica, un tema que, de acuerdo con la revisión bibliográfica, no había sido estudiado en Colombia con la población que experimenta física, psicológica y socialmente una intervención de este tipo. Esto, brinda un punto de apertura por entender el aborto inducido desde la vivencia propia del mismo y el interés por trabajar tanto con mujeres que pueden dar cuenta de casos presentados en el marco de la normativa vigente como de otras que han tenido que acceder a procedimientos clandestinos e ilegales.

Por otra parte, de acuerdo con las implicaciones jurídico-políticas, los resultados aquí expuestos, junto con el análisis y discusión de los mismos en términos de las categorías expuestas, permiten poner en escena la necesidad e importancia de atender este fenómeno desde una mirada integral relacionada con el tratamiento del aborto inducido como derecho sexual y reproductivo en pleno reconocimiento, sabiendo que excluyendo las tres causales de la Sentencia C-355, el aborto inducido continua siendo penalizado por la ley para las mujeres que interrumpan un embarazo en condiciones distintas. De esta forma, la prestación del servicio debe darse desde la garantía de la regulación de la práctica en condiciones seguras y oportunas para las mujeres que decidan interrumpir voluntariamente un estado de embarazo en todo territorio nacional.

Finalmente, con relación a las implicaciones sociales, el conocimiento de las percepciones de mujeres que han interrumpido sus embarazos permitió, en primera instancia, generar un espacio de escucha de estas experiencias y, segundo, brindar una herramienta de información de lo que envuelve someterse a una interrupción voluntaria del embarazo y cómo esta experiencia se ve

permeada por caracteres físicos, psicológicos y sociales y, es justamente en este último respecto que, se reconocen y trabajar sobre los estigmas y juicios que se están poniendo sobre las mujeres y las barreras que terminan representando para hacer efectivo el acceso seguro a un derecho que debe garantizarse de acuerdo con las decisiones de la población implicada, esto en términos del apoyo, acompañamiento y comprensión de lo que debe atravesar una mujer frente a un embarazo no deseado, inviable o producto de un acto no consensuado.

Limitaciones y recomendaciones

La principal limitación que tuvo esta investigación fue el contacto de las mujeres participantes, sobre todo después de no lograr que el proyecto de investigación fuera aceptado para trabajarse en distintas entidades públicas y privadas que manejan temas relacionados con el aborto inducido. Frente a esta limitación, se recomienda pensar y planear estrategias que permitan acceder a mayor población como un aspecto importante a la hora de comprender el fenómeno del aborto inducido desde la perspectiva de quienes se someten a él de manera voluntaria y atraviesan por la experiencia, muchas veces, bajo el silencio que esta encierra.

Asimismo, con relación al contacto de las mujeres, otra limitación fue el abordaje de todas las causales de despenalización parcial de la IVE en Colombia, ya que se tenía planteado que la distribución de los procedimientos según las causas fuera similar de acuerdo con las tres circunstancias, sin embargo, esto fue complicado de lograr dada la prevalencia de casos por afectaciones de salud. No obstante, la distribución encontrada se asemeja con los datos en obtenidos por Oriéntame y Profamilia frente a los casos de interrupciones del embarazo atendidas según cada causal y que demuestran alta prevalencia de acceso por medio de la causal de riesgo para la vida y/o salud de la mujer que solicita el servicio. Por lo anterior, la recomendación es ahondar en la búsqueda de las percepciones y voces de las mujeres que han abortado por medio de la causal salud, esto para comprender los aspectos relacionados con la decisión de abortar ante una afectación de salud a nivel físico, psicológico o social y sobre el encuadre que se está haciendo de distintos casos en esta causal para considerárselos legales.

Una última limitación encontrada en el presente trabajo es justamente que se abordó la percepción de mujeres que accedieron a procedimientos de IVE amparadas bajo la ley, es decir, la Sentencia C-355 que permite abortar en tres casos específicos, sin embargo, esta percepción no fue estudiada en mujeres que han interrumpido embarazos voluntariamente de forma clandestina en centros no autorizados o ilegales, lo que enmarcaría una serie de distintas condiciones teóricas, conceptuales y metodológicas. Frente a esto, se recomienda pensar en una investigación que también pretenda conocer las percepciones de mujeres que se han sometido a una IVE en dichas condiciones para enunciar un marco de contraste en cuanto a la diversidad de experiencias, esto teniendo en cuenta a su vez que las mujeres entrevistadas en el marco de esta investigación tenían

un nivel de formación educativa superior, lo que puede dar cuenta de un mayor acceso a la información y empoderamiento frente a las decisiones sobre sus cuerpos y vidas.

¿Qué me pasó a mí como investigadora?

Hacer una investigación de este tipo no fue fácil, más por las constantes dificultades en el planteamiento metodológico y el contacto de la población participante, pero es justamente esto lo que genera un valor agregado al proceso de aprendizaje, porque como investigadora en formación lo valoro mucho y agradezco firmemente a todas y cada una de las mujeres que, con toda certeza y amabilidad, me brindaron un espacio para compartir sus experiencias de haber interrumpido sus embarazos voluntariamente, agradezco eso y agradezco que me hubieran cambiado la perspectiva sobre este fenómeno.

Desde el comienzo sabía que trabajar con este tipo de población no era tarea sencilla, además que entendía desde entonces la responsabilidad que tenía al tratar la percepción de las mujeres y preguntar sobre una experiencia significativa para ellas, cuestión que pudo haber involucrado distintos caracteres ambivalentes de alivio, arrepentimiento o miedo, que no podía dejar pasar en medio de las entrevistas pero atreviéndome a adentrarme en sus experiencias con pretensiones académicas e investigativas.

Antes de comenzar con este proceso, estaba rodeada de estigmas y juicios hacia las personas que abortaban por decisión propia, pero esto lo hacía desde el desconocimiento y más porque a la hora de definir el tema de investigación con el que iba a trabajar, ni siquiera tenía conocimiento acerca de que el aborto inducido estaba permitido en casos específicos y el marco de legalidad para las mujeres que deciden someterse a una IVE en Colombia, por esto es que recalco en este punto la importancia de investigar para poder participar en diferentes discusiones desde una posición informada y es que falta escuchar a las mujeres que han pasado por esta experiencia para saber que no es una decisión fácil ni que se tomó con antelación al estado de embarazo, sino que surge como una alternativa y se pasa por la consideración de las implicaciones de la misma.

A modo de conclusión, puedo decir que esta investigación me cambió y lo hizo en términos positivos porque me permitió no solo ampliar significativamente mi perspectiva sobre el tema, sino también ser participe en distintos contextos de discusión sobre el fenómeno y problema planteados, logrando construir una visión desde la comprensión de las percepciones y acercándome a personas que tal vez han sido silenciadas y cuyos relatos merecen ser escuchados.

Fuentes bibliográficas

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). Nuevo servicio amigable brindará a las mujeres asesoría integral en salud sexual y reproductiva. Recuperado de <http://www.bogota.gov.co/content/nuevo-servicio-amigable-brindará-las-mujeres-asesoría-integral-en-salud-sexual-y>
- Arboleda, M. (2012). La despenalización del aborto en Colombia: Un aporte para concientizar a una sociedad justa y objetiva frente a este problema. Cali: *Revista Ciencias Humanas*, 9 (1), 49-58. Recuperado de <http://revistas.usb.edu.co/index.php/CienciasHumanas/article/view/1742/1516>
- Arias, L. Londoño, K., & Mejía, D. (2011). La objeción de conciencia de los médicos pertenecientes a las entidades públicas de salud frente al aborto en Colombia. *Nuevo derecho*, 7 (9), 39-44. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5549126>
- Atherino, E. Hernandez, M, Lorenizini, A. Sell, S. Velho, M. (2015). Reasons and meanings attributed by women who experienced induced abortion: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermería Da USP*, 49 (3), 495-501. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0502.pdf>
- Barón, R. (1996). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Barraza, P. & Calvo, F. (2018). Predictors of personal growth in induced abortion. *Psicothema*, 3 (4): 370-375. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4495.pdf>
- Botina, L, Gómez, C. & Ruiz, F. (s.f). Estigma asociado al aborto y su relación con el conocimiento del marco normativo. Una aproximación a partir de un estudio mixto con usuarias de servicios de IVE en Profamilia, Colombia. Recuperado de <http://www.abep.org.br/xxencontro/files/paper/794-376.pdf>
- Cangrejo, D. González, T. Granados, I & Jiménez, J. (2018). Así enfrenta Colombia las malformaciones congénitas. *Cluster Salud*.
- Carril, E & López, A. (2008). Entre el alivio del dolor: mujeres, aborto voluntario y subjetividad. Ediciones Trilce. Uruguay. Recuperado de https://www.academia.edu/373806/Entre_el_alivio_y_el_dolor._Mujeres_aborto_voluntario_y_subjetividad
- Castiblanco, R & Laza-Vásquez, C (2017). Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). Bogotá: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35 (1), 70-77. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n1a08.

- Castiblanco, R & Laza-Vásquez, C. (2013). Experiencias y opiniones de los profesionales de la salud frente a la despenalización del aborto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (5), 939-949.
- Correa, D. Holguín, L & Jaramillo, M. (2004). Reacciones emocionales y aborto inducido voluntariamente. Cali: *Pensamiento psicológico* (3), 81-97. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4800681.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia, Sala plena de la Corte. (10 de mayo de 2006). Sentencia C-355 de 2006. [MP Jaime Araujo y Clara Vargas]. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>
- Dalén, A. (2013). La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad. Recuperado de https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_362.pdf
- Dawson, V & Weintraub, M. (2016). Aborto y violencia de género: Percepción y decisiones de las mujeres. *Liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, 1 (9), 33-54. Universidad Central de Chile, Recuperado de https://ongceres.cl/wp-content/uploads/2017/06/dawson_weintraub_aborto.pdf
- Diniz, N. & Souza, Z. (2011). Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20 (4), 742-750. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400013
- García, R, Ortega, S, Ortega, A. (2016). El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. The social construction of silence surrounding induced abortion. *Index de Enfermería*, 25 (4), 243-247. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300005
- González de Chávez, M. (2015). El aborto: un abordaje bio-psico-social. *Dilemata* (17), 1-21. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria de España.
- Instituto Guttmacher. (2017). Aborto inducido a nivel mundial. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- Lamus, F & Rocha, S. (2005). Salud pública y aborto. Bogotá: *Revista Persona y bioética*, 1 (24), 11-20. Recuperado de <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/903/984>
- Lerner, S & Guillaume, A. (2008). La participación de los varones en la práctica del aborto. La construcción del conocimiento en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población*, 1(2), 29-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827302002>

- Lie, M., Robson, S., & May, C. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8, 150. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2488341/>
- López, N. (2012). ¿Cómo cambia el cerebro un aborto inducido? *Cuadernos de Bioética*, 23 (2), 565-584. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/78/565.pdf>
- Mateo, M. (2003). Notas sobre la complejidad en Psicología. *Anales de Psicología*. 19 (2), 315-326.
- Medeiros, A. & Ramos, K. (2017). Feelings of women in the experience of legal abortion due to sexual violence. *Revista de Enferagem*, 11 (6), 2349-2356. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23397/19055>
- Merizalde, C. (2005). Doctrina de la iglesia y despenalización del aborto: algunas reflexiones. *Persona y Bioética*, 9 (2), 99-110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053423>
- Merleau-Ponty, Maurice. (1945). Fenomenología de la percepción. Editorial Planeta-de Agostini: Barcelona. Recuperado de https://monoskop.org/images/9/9b/Merleau-Ponty_Maurice_Fenomenologia_de_la_percepcion_1993.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). Protocolo Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. *Capítulo 3. Modelo de Atención*, 37-79. Bogotá D.C: UNFPA.
- Ministerio de Salud. (2014). Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. *Capítulo 7. Factores posteriores a la IE e IVE*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf>
- Munné, F. (2004). El retorno de la Complejidad y la nueva imagen del ser humano: Hacia una Psicología Compleja. *Revista Interamericana de Psicología*. 38 (1). 23-31. España: Universidad de Barcelona
- Ochoa, M & Quintero, E. (2015). Conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina ante el aborto inducido despenalizado. *Revista de Salud Pública*, 17 (6), 912-924. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a08.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Anomalías congénitas. Recuperado <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Orientame (2012). Informe de Gestión 2011. Bogotá, Colombia: Edición Brújula Comunicaciones. Recuperado de https://www.orientame.org.co/wp-content/uploads/2018/08/infogestion_2011_orientame.pdf

- Orientame (2016). Informe de Gestión 2015. Bogotá, Colombia: Edición Brújula Comunicaciones. Recuperado de https://www.orientame.org.co/wp-content/files_mf/1472576065InformeGestion2015Esp.pdf
- Orozco, L. (2015). Percepciones y actitudes sobre el aborto en pacientes a quienes se les realiza curetaje uterino en un hospital público, Arequipa 2015. Trabajo de grado optar al título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/312/M-21268.pdf?sequence=1>
- Prada, E. Singh, S. Remez, L & Villareal, C. (2011). Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias. Washington D.C: Instituto Guttmacher. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>
- Profamilia (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. [Archivo de datos]. Bogotá, D.C, Colombia: Profamilia. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2010.pdf>
- Profamilia (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. TOMO II. Componente de Salud sexual y Salud reproductiva [Archivo de datos]. Bogotá, D.C, Colombia: Profamilia. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
- Quintero, E & Ochoa, M. (2015). Conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina ante el aborto inducido despenalizado. *Revista de Salud Pública*, 17 (6), 912-924. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a08.pdf>
- Ramos, S. (2016). (compilador). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. *Estudios demográficos y urbanos*, 31 (3), 833-860
- Real Academia Española. (2018). Diccionario de la lengua española (Edición del Tricentenario). Madrid, España: Autor.
- Rondón M. (2009). Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Recuperado de <http://promsex.org/wp-content/uploads/2010/06/Consecuencias-emocionales-psicologicas-aborto-inducido-Marta-Rondon.pdf>
- Salazar, A (2003). Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia. *III. Marco teórico sobre los determinantes de la fecundidad. Trabajos de grado del CIDER* (7).

- Shellenberg, K. (2010). *Abortion Stigma in the United States: Quantitative and Qualitative Perspectives from Women Seeking an Abortion*. PhD Thesis, University of Johns Hopkins. Baltimore.
- Silva, L. (2014). *Lo que cuentan las mujeres. Vivencias y trayectorias terapéuticas de usuarias de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Montevideo, Cerro Largo y Paysandú*. Uruguay: Médicos del Mundo Francia. Recuperado de <https://docplayer.es/18153293-Lo-que-cuentan-las-mujeres.html>
- Thomas, F. (1996). Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales y reproductivos. *Otras Palabras Mujeres, Salud y Sociedad*, (1), 55-67. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1539/23/22CAPI21.pdf>
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 8 (4). 47-53. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>
- Vargas-Trujillo, E. (2007). Sexualidad...Mucho más que sexo. *Capítulo XIII. Ejercicio mi derecho a decidir*, 209-233. Bogotá: Universidad de los Andes. Ediciones Uniandes.
- Villalba, M. (2016). *Asesoría y orientación para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: narrativas de mujeres atendidas en el Hospital de La Victoria de Bogotá, 2016*. Trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Psiquiatría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/54242/1/1013605045.2016.pdf>
- Zamudio, L. (2000). El aborto en Colombia: Dinámica sociodemográfica y tensiones socioculturales. Bogotá: *Revisa Derecho del estado* (8). Recuperado de <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/894/848>

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables

Tabla 4

Operacionalización de variables

Categorías	Subcategorías	Variables	Preguntas
Caracterización sociodemográfica	Características personales	Edad	¿Cuál es su edad?
		Lugar de nacimiento	¿Cuál es su lugar de nacimiento?
		Residencia	¿Hace cuánto tiempo reside en la ciudad de Bogotá? ¿Con quién reside actualmente?
		Estado civil	¿Tiene una pareja estable en este momento? ¿Cuál es su estado civil?
	Características sociales	Nivel educativo	¿Qué nivel educativo tiene?
		Ocupación	¿Cuál es su ocupación actual?
		Creencias religiosas	¿Es practicante de alguna religión?
		Afiliación en Salud	¿A qué régimen de salud está afiliada?
		Embarazos y abortos	¿Ha tenido otros embarazos? ¿Ha tenido otros abortos? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos hijos tiene?
Conocimiento sobre IVE	Conocimiento sobre la Sentencia	Conocimiento Sentencia	¿Conoce usted la Sentencia que despenaliza de manera parcial el aborto en Colombia? ¿Conocía la Sentencia antes de asistir a practicarse la IVE? ¿Cómo conoció sobre la sentencia? ¿Sabe cuáles son las razones por las cuales se despenaliza parcialmente una IVE en el país?
		Conocimiento ruta de atención	¿Conoce cuál es la ruta o pasos definidos para interrumpir un embarazo en el país?

	Posición frente a la IVE	Posición sobre la sentencia	¿Qué opina usted sobre esta Sentencia? ¿Considera qué debería haber más opciones que permitan interrumpir legalmente un embarazo en el país? ¿Cuáles?
		Posición frente a la ruta de atención	¿Cuál es su posición frente a como está planteada la ruta de atención?
		Posición frente al aborto como derecho	¿Por qué cree o no que la interrupción voluntaria del embarazo debe ser reconocida como derecho de la mujer?
Antecedentes de la práctica abortiva	Condiciones del embarazo e IVE	Edad y tiempo del embarazo	¿A qué edad quedó en estado de embarazo? ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía en ese momento?
		Causal de IVE	¿Cuál fue la causa de la interrupción voluntaria del embarazo? ¿Cómo se certificó la causa para la interrupción voluntaria del embarazo? ¿Cómo le informaron de la gravedad del diagnóstico? ¿Quién realizó este diagnóstico? ¿Qué opinión tuvo frente a ese diagnóstico?
		Razones de toma de decisión	¿Qué razón la llevó a tomar la decisión de someterse a una interrupción del embarazo?
	Proceso de toma de decisión	Posición sobre la IVE	Antes de su experiencia ¿Qué opinión tenía de la práctica de interrumpir voluntariamente un embarazo?
		Toma de decisión	¿Cómo tomó la decisión de interrumpir su embarazo? ¿Qué aspectos tuvo en cuenta para tomar esta decisión? ¿Con quién analizó la decisión de interrumpir el embarazo?
		Sentimientos ante la decisión	¿Cómo se sintió a la hora de decidir interrumpir su embarazo?
	Práctica de la IVE	Experiencia del aborto	Lugar de realización de la IVE
Apoyo recibido en la IVE			¿Estuvo acompañada en el momento en que se iba a someter a la interrupción?

		Sentimientos y pensamientos antes, durante y después	¿Qué sentimientos y pensamientos tenía en ese momento? ¿Qué sensaciones tuvo después de haber interrumpido su estado de embarazo?
		Estigma percibido	¿Sintió algún tipo de juicio o estigma por la decisión que tomó?
	Proceso de atención	Atención recibida	¿Cómo describiría la atención recibida? ¿A qué pasos fue sometida para realizarle la interrupción del embarazo? ¿Qué impresión tuvo sobre la atención recibida? ¿Cómo fue el trato de las personas que la atendieron?
		Atención postaborto	¿Recibió algún tipo de atención tras el aborto? Si es así ¿Qué opina acerca de ella?
		Percepción de la atención tras la IVE	¿Cómo le hubiese gustado que la atendieran durante todo el proceso? ¿Cuánto tiempo se demoró el proceso de atención? ¿Qué le modificaría al proceso de atención para la IVE?
Percepción de la IVE	Percepción de la practica	Descripción de la experiencia	¿Cómo describiría usted la experiencia que tuvo al momento de asistir a practicarse la IVE?
		Posición frente al aborto	¿Cuál es su posición, como mujer que ha abortado, sobre la práctica misma del aborto? ¿Considera que su percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo ha cambiado tras atravesar esta experiencia?
		Barreras percibidas	¿Encontró en su experiencia algún tipo de barreras u obstáculos al momento de abortar?
	Sentimientos y pensamientos asociados a la práctica	Sentimiento y pensamientos frente a la decisión	Ahora que ya se ha practicado el aborto ¿Cómo se siente respecto a la decisión que tomó?
		Impacto de la IVE	¿Qué impacto tuvo en su vida el haberse practicado una IVE de manera voluntaria?
		Percepción de juicios o estigmas	¿Se ha sentido juzgada por haberse practicado la interrupción de su embarazo?

		Percepción a futuro	¿Sí quedara en estado de embarazo nuevamente, abogaría por interrumpirlo?
--	--	---------------------	---

Nota: Tabla elaborada a partir del planteamiento de las preguntas para el guion de entrevista.

Anexo 2. Guion de entrevista semiestructurada

Guion de entrevista semiestructurada	
Apertura	<p>Mi nombre es Vanessa Salas Vargas. La presente entrevista tiene como objetivo conocer tu percepción de la IVE siendo una mujer que se ha sometido a la práctica en anteriores años.</p>
Preguntas	<p>1. Caracterización sociodemográfica</p> <p>¿Cuál es su edad?</p> <p>¿Cuál es su lugar de nacimiento?</p> <p>¿Hace cuánto tiempo reside en la ciudad de Bogotá?</p> <p>¿Tiene una pareja estable en este momento?</p> <p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>¿Con quién reside actualmente?</p> <p>¿Qué nivel educativo tiene?</p> <p>¿Cuál es su ocupación actual?</p> <p>¿Es practicante de alguna religión?</p> <p>¿A qué régimen de salud está afiliada?</p> <p>¿Ha tenido otros embarazos? ¿Ha tenido otros abortos?</p> <p>¿Tiene hijos? ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p>2. Conocimiento sobre IVE</p> <p>¿Conoce usted la Sentencia que despenaliza de manera parcial el aborto en Colombia?</p> <p>¿Conocía la Sentencia antes de asistir a practicarse la IVE?</p> <p>¿Cómo conoció sobre la sentencia?</p> <p>¿Sabe cuáles son las razones por las cuales se despenaliza parcialmente una IVE en el país?</p> <p>¿Conoce cuál es la ruta o pasos definidos para interrumpir un embarazo en el país?</p> <p>¿Qué opina usted sobre esta Sentencia?</p> <p>¿Cuál es su posición frente a como está planteada la ruta de atención?</p> <p>¿Considera qué debería haber más opciones que permitan interrumpir legalmente un embarazo en el país? ¿Cuáles?</p> <p>¿Por qué cree o no que la interrupción voluntaria del embarazo debe ser reconocida como derecho de la mujer?</p> <p>3. Antecedentes practica abortiva</p> <p>¿A qué edad quedó en estado de embarazo?</p> <p>¿Cuál fue la causa de la interrupción voluntaria del embarazo?</p> <p>¿Cómo se certificó la causa para la interrupción voluntaria del embarazo?</p> <p>¿Cómo le informaron de la gravedad del diagnóstico?</p> <p>¿Quién realizó este diagnóstico?</p> <p>¿Qué opinión tuvo frente a ese diagnóstico?</p> <p>¿Qué razón la llevó a tomar la decisión de someterse a una interrupción del embarazo?</p> <p>Antes de su experiencia ¿Qué opinión tenía de la práctica de interrumpir voluntariamente un embarazo?</p> <p>¿Cómo tomó la decisión de interrumpir su embarazo?</p> <p>¿Qué aspectos tuvo en cuenta para tomar esta decisión?</p> <p>¿Con quién analizó la decisión de interrumpir el embarazo?</p> <p>¿Cómo se sintió a la hora de decidir interrumpir su embarazo?</p> <p>4. Práctica de la IVE</p> <p>¿Qué impresión le generó el lugar al que asistió a interrumpir su embarazo?</p> <p>¿Estuvo acompañada en el momento en que se iba a someter a la interrupción?</p> <p>¿Cuánto tiempo de embarazo tenía en ese momento?</p> <p>¿Qué sentimientos y pensamientos tenía en ese momento?</p> <p>¿Qué sensaciones tuvo después de haber interrumpido su estado de embarazo?</p> <p>¿Sintió algún tipo de juicio o estigma por la decisión que tomó?</p>

	<p>¿Cómo describiría la atención recibida?</p> <p>¿A qué pasos fue sometida para realizarle la interrupción del embarazo?</p> <p>¿Qué impresión tuvo sobre la atención recibida?</p> <p>¿Cómo fue el trato de las personas que la atendieron?</p> <p>¿Cómo le hubiese gustado que la atendieran durante todo el proceso?</p> <p>¿Cuánto tiempo se demoró el proceso de atención?</p> <p>¿Recibió algún tipo de atención tras el aborto? Si es así ¿Qué opina acerca de ella?</p> <p>¿Qué le modificaría al proceso de atención para la IVE?</p> <p>5. Percepción de la IVE</p> <p>¿Cómo describiría usted la experiencia que tuvo al momento de asistir a practicarse la IVE?</p> <p>¿Cuál es su posición, como mujer que ha abortado, sobre la práctica misma del aborto?</p> <p>¿Encontró en su experiencia algún tipo de barreras u obstáculos al momento de abortar?</p> <p>¿Considera que su percepción sobre la interrupción voluntaria del embarazo ha cambiado tras atravesar esta experiencia?</p> <p>Ahora que ya se ha practicado el aborto ¿Cómo se siente respecto a la decisión que tomó?</p> <p>¿Qué impacto tuvo en su vida el haberse practicado una IVE de manera voluntaria?</p> <p>¿Se ha sentido juzgada por haberse practicado la interrupción de su embarazo?</p> <p>¿Sí quedara en estado de embarazo nuevamente, abogarías por interrumpirlo?</p>
<p>Cierre y agradecimiento</p>	<p>Muchas gracias por tu colaboración. Sé que no es un tema que sea fácil de hablar, pero te agradezco un montón tu disposición para esta entrevista.</p>

Anexo 3. Consentimiento informado

Bogotá D.C, ____ de _____ de 2018

Apreciada mujer,

Cordial saludo,

Mi nombre es Vanessa Salas Vargas, estudiante de VIII Semestre de Psicología de la Universidad Externado de Colombia. Por medio de la presente solicito su autorización para participar en la investigación *Percepción sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo por parte de mujeres que se han sometido a la práctica en el período 2006-2016* cuyo objetivo precisamente es conocer cuál es su percepción de la interrupción de un embarazo como mujer que se ha sometido en el pasado a esta práctica de manera voluntaria.

Su participación en el estudio es de vital importancia y se le pedirá responder una serie de preguntas en una entrevista que será grabada, si así lo consiente, para que la información brindada pueda ser transcrita. Su información personal será anónima y su nombre no aparecerá en el estudio. Todo lo conversado en la entrevista será confidencial y tendrá propósitos meramente académicos e investigativos.

Cualquier duda o sugerencia sobre la investigación es bienvenida.

Agradezco de antemano su participación y colaboración.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación habiendo recibido información clara y completa de los objetivos de estudio, de las condiciones y del tema a abordar en la entrevista.

Firma participante

Anexo 4. Categorización de resultados

A continuación, se muestra la sistematización de la información encontrada en las entrevistas de acuerdo con las categorías y subcategorías deductivas planteadas con anterioridad y las categorías emergentes que surgieron en la realización de las entrevistas a las diez (10) mujeres.

Anexo 4.1. Categorías deductivas

Tabla 5

Sistematización de la información mediante categorías y subcategorías deductivas

Categorías	Subcategorías	Segmentos del relato	Frecuencias de uso
Conocimiento sobre IVE	Conocimiento sobre la Sentencia	<p>“Tienes derecho a ejercer un aborto legal si tu feto está con malformación, si es producto de una violación, si por cuestiones mentales, físicas, emocionales tú dices que esto te hace daño” (E2R12-16).</p> <p>“La ruta que entendería yo que sería es un acompañamiento primero psicológico para saber si estás dispuesta a enfrentarte a eso, porque una cosa es decir: “yo quiero hacerlo” y otra cosa es ya digamos realizarte, entonces hay un pre que es como toda una consulta psicológica donde no solamente es como el conductismo sino más bien como cuáles son las razones por las cuales quieres hacer esto, también hay exámenes médicos tiene que hacerse si o si una ecografía para saber cuántas semanas antes, para saber cuál es el procedimiento más adecuado y después de eso, bueno en el procedimiento hay todo un acompañamiento que debería ser bueno porque pues ya ese es un proceso difícil y después hay un control para saber si expulsaste todo y por si tú tienes alguna situación emocional o psicológica que ellos te puedan atender” (E2R38-51).</p> <p>“En el momento en que yo descubrí que había quedado embarazada pues me puse a averiguar primero como que hice toda una relación de pros y contras y cuando fui al...efectivamente al lugar donde me iba a realizar el procedimiento, ellos me hicieron también como una introducción a la sentencia” (E4R19-23).</p> <p>“Cuando fui al médico al hospital, cuando me dijeron que estaba pasando con mi bebé, ellos me comentaron que no había problema, que eso no era ilegal, o sea me explicaron que había una ley pues que maneja los problemas de los niños que venían con malformaciones, ellos me explicaron, ahí fue que conocí y después ya en la universidad” (E7R31-33).</p>	31

		<p>“Creo que Oriéntame tiene una ruta que es como tener una cita médica, la primera es como la cita de valoración médica con el especialista psicólogo y ya a partir de ahí se define que procedimiento se va a hacer dependiendo de la semana que se tenga de embarazo, la mujer es quien decide cual es el procedimiento que va a llevar a cabo, respecto a las entidades de salud, pues si la entidad de salud puede colaborar o digamos que tiene convenio entonces el costo va a ser menor o diferente... y ya luego se pasa al procedimiento dependiendo de cuál sea el que la mujer haya decidido” (E8R18-24).</p>	
	<p>Posición frente a la IVE</p>	<p>“Me parece que la causal psicológica es muy amplia...con el simple hecho de no querer, eso me parece que es una razón suficiente para que en estos casos...que tú seas libre de tomar esa decisión...que simplemente influya tu voluntad, si no lo quieres hacer, pues que nadie tiene porque obligarte a ser mamá” (E1R52-56).</p> <p>“La Sentencia implica un reconocimiento frente a que es una problemática, es una problemática que ha ocurrido todo el tiempo, toda la vida y si no se hace una Sentencia se está negando la legalidad mas no que no existen, entonces creo que la Sentencia si es muy importante porque pues también digamos creo que el aborto es una cuestión de privilegio, o sea como que si tú no tienes plata no puedes hacértelo en cualquier (lugar)” (E2R68-75).</p> <p>“La Sentencia al menos se supondría obliga a las EPS, que en este caso son las que atienden las cuestiones de salud, a atender esta cuestión, entonces creo que es muy importante sin embargo siento que a nivel...digamos no sé institucional, de salud todavía hay una cuestión con la moralidad” (E2R76-79).</p> <p>“También es una doble moral porque entonces todos los religiosos salen a defender a vida de los que no han nacido, pero les importa un comino los que están en la calle pidiendo limosna para poder dormir, para poder vivir, yo digo ahí: ¿cuál es la vida que les importa realmente? es un próvida absurdo” (E2R145-148).</p> <p>“Yo siento que la sentencia es una conquista histórica, o sea la reconozco como valiosa pero también la enmarco en un momento de la lucha, en un momento de...como concreto donde estaban pasando ciertas cosas y ese era el máximo a donde se podía llegar, una idea de una democracia que es deliberativa entonces era lo mínimo, lo mínimo que iban a aceptar” (E3R20-23).</p> <p>“Siento que podría ser completamente libre...si yo como mujer no quiero tenerlo y no estoy...dentro de ninguna de estas causales yo no tendría por qué tratar de meterme en una pues para poder tenerlo, pero pues me parece, es una buena, es un paso a seguir, es un paso positivo respecto al tema, pero me parece que es insuficiente” (E4R27-31).</p> <p>“Es una manera de regular por un lado la práctica, pero a la vez de dar oportunidad para que se realice” (E5R161).</p> <p>“Es un derecho, sin duda, pero lo mismo, digamos que un derecho también implica uno cumplir con cierta responsabilidad...hay un deber también, con uno mismo y con la vida” (E5R193-184).</p>	<p>52</p>

	<p>“Es el choque de lo que uno cree...interrumpí mi embarazo fue porque realmente pues él bebe venia ya con una malformación, si mi bebe hubiera tenido Síndrome de Down o algo así, no lo hubiera interrumpido, hubiera seguido con el proceso de embarazo, pero realmente el venía con malformaciones...podía ser que yo me quedara con él y se muriera dentro de mi barriga” (E7R17-22).</p> <p>“Hay mucho que trabajar...sigue siendo una decisión de la mujer el hecho de cuantos hijos y en qué momento tenerlos. Las tres causales son muy importantes, digamos que serían como las más principales o reiterativas” (E8R25-28).</p> <p>“Una de las más importantes seria como se encuentra la familia o como se encuentra la mamá económicamente...yo creo que un niño necesita muchas cosas, recreación, deportes, salud, educación, hogar, familia, entonces creo que bajo esos estándares de una base que si sea solida podría uno tener una familia” (E8R36-40).</p> <p>“De pronto la edad, la edad y en caso de que la persona esté estudiando o algo así y tenga como un proyecto de vida y eso le interrumpa el proyecto de vida, esto me parece pertinente, y si las dos personas están de acuerdo, pues si, y también si la persona está sola, no tiene el apoyo” (E8R29-32).</p> <p>“Me parece problemático es el hecho de que aún no sea libre, si bien yo considero que el aborto no es un método de planificación, porque no lo es, porque es un método bastante fuerte para el útero , hay muchas trabas, hay muchas trabas al respecto, también considero que el tema de la gratuidad es alto que tenemos que seguir dando la pelea porque muchas mujeres, sobre todo las mujeres de bajos ingresos que quedan embarazadas y no pueden acceder a un aborto seguro porque es muy costoso” (E10R43-50).</p> <p>“El tema de la gratuidad y la seguridad es bastante importante porque legal esta, está bajo tres causales, como te digo, la tercera me parece que nos da movida, pero también creo que es muy importante el tema de lo de las violaciones, me parece que eso es supremamente importante porque creo que una violación para una mujer es bastante traumático y pues no todas quieren tener a una persona de su agresor, entonces creo que por ese lado bien y obviamente ya la parte como científica, meramente científica y es cuando pone en riesgo la vida de la madre, me parece que también está muy bien” (E10R54-60).</p> <p>“Es muy importante hacer un trabajo pedagógico de explicarle a mujeres y hombres que implica un aborto, porque el aborto también es una cuestión de la pareja en esos momentos, el aborto no es solo una cosa que ataña a la mujer, sino que tiene que ser compartido, pues porque se hizo juntos, cuando es con consentimiento si, cuando es sin consentimiento ahí” (E10R98-104).</p> <p>“Creo que hace parte de los derechos sexuales y reproductivos que debemos tener las mujeres creo que eso hace parte de tu empoderamiento, hace parte de poder decidir sobre tu cuerpo, sobre tu vida, sobre tus sueños y sobre tus proyectos, porque efectivamente cuando tu traes a un ser humano al mundo, tu vida también empieza girar de otra manera, tú tienes la responsabilidad de crear un buen o buena ciudadana para el país, de velar por su educación, por su recuperación, por su salud, entonces creo que si es muy</p>	
--	---	--

		importante que nosotros podamos decidir cuándo hacerlo o que podamos decidir no hacerlo” (E10R111-117).	
Antecedentes de la práctica abortiva	Condiciones del embarazo e IVE	<p>“Somos nosotras las que tenemos derecho de decidir y no como una cuestión de es mi cuerpo y yo veré que hago...finalmente es algo que yo quiero hacer sobre mí, pero también es un derecho que tengo” (E2R690-693, 700-702).</p> <p>“yo siento que esta rebuena porque en realidad esas son muchas cosas, ósea la causal es por daños psicológicos, o emocional o físicos entonces uno dice, pues eso son muchas cosas que me parece re bien porque eso demuestra que cada experiencia por más de que se parezca es súper diferente (E2R666-669)</p> <p>“Podía ser de todas formas de alto riesgo, que no era el escenario más probable pues ni era la tendencia pero que si había que tenerlo en cuenta y eso también podría entrar a la mujer de que afectación, tanto para el feto como para mí, porque literalmente el embrión estaba enredado en la T, o sea estaba creciendo alrededor de la T, pero igual así hubiera sido...o sea si hubiera sido con o sin T, con o sin riesgo (E3R60-67).</p> <p>“Siento que es como que lo meten a uno en una causal para decirle que está haciendo las cosas como legalmente” (E4R74-76).</p> <p>“Cuando él y yo estuvimos la última vez fue más forzada, o sea prácticamente me obligó pero pues como yo lo quería...o sea no es que lo quisiera, sino como teníamos algo, pues acepté pero no fue totalmente mi consentimiento...toda la vida la hubiera rechazado, estoy segura, era muy joven, en esa época yo pensaba era en otras cosas pero tal vez si hubiera sido alguien que yo quisiera mucho y alguien que hubiera estado constantemente si lo hubiera tenido” (E6R60-64, 70-74).</p> <p>“Realmente lo hicieron en 4D que eso se ve como muy bien él bebe, total, y no, el me mostro, “él bebe mira viene así”, venía acá con una salidita acá (señala la cabeza), tenía la manito así como un cangrejito, con una malformación acá, no tenía acá esta parte acá y lo que se veía, no se había desarrollado ni los riñones, ni nada” (E7R59-63).</p> <p>“yo me sentía muy mal, porque era un bebe deseado, era un bebe que era planeado” (E7R99).</p> <p>“yo aplique por la primera y en el momento no sabía, a mí en ese momento un embarazo me parecía algo como fuera de este mundo... ni siquiera de mi proyecto, bueno si, obviamente como que afectaba mi futuro y demás” (E9R15-17).</p> <p>“Yo tengo unos problemas de depresión y unos TOC’S y otros problemas como emocionales psicológicos, que ella vio como una causal importante en como...en el desarrollo y todo el proceso...entonces creo que esa fue la causal que se dio, como psicológica y emocional” (E7R66-69).</p>	60
	Proceso de toma de decisión	<p>“También entendí como no basta, no basta con que tu tengas los anticonceptivos y no basta con que tu estés con alguien con quien tú quieras estar y con qué te respete, no basta con que tu tengas tu opinión clara si de todas formas en ciertos momentos te inmovilizas del miedo y no eres capaz de insistir por</p>	66

		<p>tal y otras cosas, pero si fue como una miraba más pa fuera que pa dentro y de reafirmarme mucho, me valide mucho, hay mujeres que entran en depresión o que se sienten mal o que se sienten...yo me sentí mucho más fuerte, yo salí de eso y es algo como que me parece muy digno” (E3R331-337).</p> <p>“Al momento de hacer yo mi examen yo puse en contraposición las dos cosas, no solamente no yo no quiero y no me importa lo que el piense, no, yo quiero, pero pues “Dime tu qué quieres”, entonces fue una decisión totalmente mía, pero pues siempre tuve en cuenta su decisión, como su posición (E4R66-71).</p> <p>“En ese momento creo que más fue el miedo, el miedo inmenso y la tranquilidad que me daba decir: “bueno, voy a abortar, porque no quiero que todavía cambie mi vida” y aun así cambió en ese momento” (E5R58-60).</p> <p>“Yo lo decidí, la decisión fue mía, porque habría poder decidir tenerlo y nadie me habría dicho que no, pues acompañada en el sentido más práctico, como tengo que ir entonces mi pareja de ese momento iba conmigo...porque como que él siempre tuvo presente que la decisión era completamente mía” (E7R102-104, 106-107).</p> <p>“Yo solita, o sea de una vez dije “no”, ni siquiera pensé en “ay voy a tenerlo” (E6R42).</p> <p>yo estaba en contra del aborto, pero hasta que uno lo vive pues uno...uno lo siente y pues como no lo quería” (E6R44).</p> <p>“Pues yo juzgaba...porque yo decía “bueno, imagínate ¿cómo van a interrumpir un embarazo?”, pero nunca había conocido por qué motivos o legal ...entonces de pronto no entendí, yo siempre juzgaba como decir “bueno, si una mujer quedó embarazada como va a interrumpir su embarazo porque fue una noche, no se cuidó, porque...”, eso no estaba de acuerdo” (E7R116-121).</p> <p>“Yo pensaba en que la vida del bebe también... “puede ser que el nazca, pero ¿en qué condiciones va a venir? Lo voy a tener...o sea va a mantener en un hospital, voy a tener que estar en un hospital con el que no se sabe cuánto tiempo va a durar”, pueda ser porque ya le habían dado un tiempo de vida muy limitado, podía ser que se me muriera adentro o afuera...“bueno, se muere por de pronto y yo no me doy cuenta y yo quiero tener otro bebe”, entonces estoy limitando también mi vida” (E7R122-127).</p> <p>“No solo estaba pensando en mi futuro, sino también estaba pensando en el futuro de mi pareja” (E9R48).</p> <p>“Yo iba a tomar sola la decisión, pero yo dije la otra persona también debería saber, entonces yo también como que le comenté a él...y ya hablando con él, los dos hablamos y él me dijo: “lo que tú quieras”, entonces ahí ya, así se tomó la decisión y yo dije “si, hay que hacerlo” (E9R111-115).</p>	
Práctica de la IVE	Experiencia de la IVE	<p>“Confianza total...me sentí como protegida, me sentí como...desde que tu entras al lugar” (E1R77-79).</p> <p>“Una cosa que no me gustó, y es que ella o sea se impuso frente a que yo si quería un método como que tampoco medio esa posibilidad de pensar “oye, ¿ven cual me conviene más?, sino que me dijo “¿cuál quieres?, de una fue como ¿cuál quieres?” y yo como ahorita no puedo pensar en eso porque pues en</p>	101

realidad estoy acá en esta vuelta como que ya ahorita luego lo pienso y ella como “no pero es que eso dicen y luego les pasa lo mismo no sé qué”, entonces yo...pero me sentí súper atacada (E2R325-337, 338-339). “Yo salí de ese consultorio y me sentí súper tranquila o sea dije como “gracias” (E2R349-350). “Tuve algunas circunstancias con algunas amigas que sentí que rechazaron mi decisión” (E2R733-741). “Me sentí tremendamente privilegiada a y esto también me ponía en cuestión, si yo sé esto es porque otras personas no lo saben, si yo tengo acceso a esto, es porque otras personas no tienen el acceso, porque así funciona si tú tienes un derecho que es negado pa los demás no es un derecho, es un privilegio” (E3R98-101).

“Fue una angustia tenaz, me dio un pánico horrible” (E3R359).
 “Fue súper agobiante” (E3R370).
 “Fue tenaz porque cuando llegue al otro consultorio que era un consultorio particular...me pareció súper invasivo, sentí como si fuera una extensión del man, o sea sentí como si man me estuviera penetrando y yo uy no y eso me mal viajó de una, y dije no, esto lo tengo, o sea quiero volver a Oriéntame, quiero trabajar con nenas, quiero...no quiero estar con este man viejo, o sea que sean jóvenes también creo que influye mucho, y eso fue o sea, eso fue lo que me hizo llegar llorando y con los estos en mano, me decían míralo es que no lo pueden ver, o sea no, asúmelo”...un juicio total (E3R407-416).
 “Fue muy cálida, en Oriéntame...fue muy femenina” (E3R512).
 “Sentirme muy agradecida de que estaba acompañada y que no solamente no estaba como una persona ahí solamente sentada mirándome sino sentía el apoyo total de la persona y sentía como la tranquilidad de poder saber que eso no iba a dañar mi relación” (E4R144-146).
 “La atención fue muy cálida, como muy humana, como que uno se siente muy mal, como si va a hacer algo y en el lugar no es así...No te juzgan, no te nada, como que realmente hay como que una intención de cuidado a la persona...como la preocupación que tienen las personas que trabajan ahí por el estado en el que uno llega” (E5R158-159).
 “Tenía mucha culpa, cuando...después de que me hicieron el procedimiento y que me pusieran como en la salita de recuperación, yo lloraba y lloraba y lloraba...igual me sentía muy culpable, a pesar que era la decisión que sabía que debía tomar, no dejaba de sentirme mal” (E5R207-211).
 “Por mí misma si, si obvio, yo todavía me autocastigo por haber hecho eso, pues porque es matar a alguien, matarlo, me ha tocado vivir, pues yo soy muy de Dios, he ido a las iglesias para que de alguna manera me ayuden con ese tema, que ha sido muy fuerte” (E6R82-85).
 “La verdad yo me sentí como muy rodeada...la clínica me acompañó mucho en ese proceso del aborto” (E7R131, 138).
 “Pues como de angustia, como de tristeza, como que algo nunca espera qué esto le pueda pasar a uno” (E7R140).

		<p>“Llega esa tranquilidad también, ya llegó esa paz de que ya el Señor sabía que tenía, tengo un bebe en el cielo y pues que él está ahí, pues es como que uno ya como comienza a tranquilizarse, ya no hay ese llanto, ya no hay esa desesperación, porque ya vino ya el proceso y ya se interrumpió...ya más tranquilo, ya más consciente, y ya con una nueva esperanza de más adelante voy a poner tener otro bebe” (E7R154-160)</p> <p>“me sentí viva otra vez” (E8R100).</p> <p>“Le genera a uno mucha tranquilidad y mucha paz... son personas con calidad humana que se acercan a ti, te hablan de la mejor manera y no te juzgan, por el contrario te están diciendo que están para ti, que te están ayudando, que te están defendiendo tus derechos, entonces ese acompañamiento es bueno porque uno se siente demasiado tranquilo” (E8108-111).</p> <p>“Que dolor tan horrible, o sea yo de verdad me sentía morir” (E9R90).</p> <p>“Tú te metes las pastillas, no saben si te las metiste bien, sino te las metiste bien y te acuestas y a las 12 horas empieza el efecto y empieza como con un dolorcito, luego se vuelve un dolor profundamente insoportable y son horas sudando, horas vomitando, horas haciendo del cuerpo, que tú no sabes qué te está pasando, que te desesperas, en un caso grito y levante la casa en la que vivía a gritos del dolor, estaba muy, muy, muy desesperada” (E10R180-184).</p> <p>“Miedo, solamente como que recuerdo un poco de miedo de quedarme colgada” (E10R437).</p> <p>“Para mí la vida se fue a la mierda, seguía en una depresión profunda...yo no le encontraba sentido, yo decía “no quiero levantarme, no quiero hacer nada”, me medicaron, los medicamentos fue peor, entonces yo a veces cogía el útero, recuerdo mucho que para ambos abortos siempre lo que hacía era ponerme las manos en el útero y hablar con mi útero, o sea le decía como “vamos a salir de esto”. En el segundo cuando pues ya pasó, entonces una vez me puse las manos en el útero y dije como “parece, si tú quieres que yo siga viviendo...” y siempre he dicho como “creo que mi fuerza viene del útero”, o sea dije como “en realidad no hay nada más a mí que me motive” (E10R514-521).</p>	
	Proceso de atención	<p>“Cuando entras hay una enfermera que siempre está al lado tuyo como con la mano acá como diciéndote todo va a estar bien...hermosa yo me acuerdo de ella y me da mucho amor porque era como tranquila mi niña todo va a estar bien no te preocupes...entonces es como respira profundo, claro tu sientes que te entra una cosa terrible, un chuzón terrible y que te empieza como a succionar literal” (E2R304-306, 311-314).</p> <p>“Lo sentí muy maternal y muy amoroso” (E3R446-447).</p> <p>“Primero le dan como una pasta para ese día, que la que hace es como que se te relaje el útero, y al otro día si te tienes que tomar la pasta como la pasta ya abortiva” (E4R149-150).</p> <p>“Fue una excelente atención...las enfermeras muy cuidadosas...fue un proceso muy, muy bueno en la clínica” (E7R182-185).</p> <p>“Solamente dejaron una semana porque me dijeron “es una decisión que tú tomas y tienes esa semana” (E7R191-192).</p>	57

		<p>“Cuando lo hice por la EPS pues efectivamente no hubo como un acompañamiento psicológico ni nada de eso, solamente el procedimiento y en Oriéntame también” (E10R25-26).</p> <p>“Como que intentaban de alguna manera hacerte sentir culpable por lo que estabas realizando. Entonces claro cuando tú sales de allí, sales muy choqueada creo que, si yo no tuviese una formación feminista, en realidad lo que hubiese ocurrido, me afecto, aun así, me afecto, sino que lo hubiese ocurrido era que dijera “no, prefiero no hacerlo” (E10R39-43).</p> <p>“En el primer aborto fue un poco traumático porque pues las mujeres, la jefa de enfermeras fue bastante cruel conmigo, se notaba mucho que yo no iba a tener un bebé o una bebé, sino que efectivamente e iba a interrumpir mi embarazo, entonces el trabajo fue bastante diferenciado” (E10R34-37).</p> <p>“Un poco fuerte, con el tema del acompañamiento psicológico, pero no quise hacerlo...y tuvo como repercusiones a largo plazo, a largo plazo porque creo que, si es fundamental el tema del acompañamiento, o sea alguien con quien tú puedas hablar y si es feminista creo que es mucho mejor, muchísimo mejor” (E10R301-305).</p> <p>“Como ella me dijo “tú y yo sabemos que tú no estás tan deprimida, que tu podrías tener a la bebe o al bebe, que estas quitando una vida, que quien se está haciendo el daño eres tú” o sea fue muy dura, muy...o sea yo salí, en ese momento me llene como de coraje, me llene de rabia, pero cuando salí del consultorio me ataque a llorar”...me trató súper mal, me dijo que yo era una irresponsable, que yo había cogido y que yo entendía el aborto como un método de planificación, o sea fue muy, muy duro entonces nada, creo que, que es muy importante también que las EPS respeten y no empiecen a meter sus juicios de valor, sus juicios morales cuando tú ya has tomado una decisión porque te carga mucho (E10R381-394).</p>	
<p>Percepción de la IVE</p>	<p>Percepción de la practica</p>	<p>“Ojalá todas las mujeres pudieran acceder a un lugar como donde yo estuve” (E1R112).</p> <p>“Legalícese o no se legalice, la gente opine o no opine es algo que va a existir, o sea acá la discusión no es que exista o que no existe, sino que se garanticen plenos derechos o formas más adecuadas de hacer eso menos traumático” (E2R704-706).</p> <p>“Uno se enfrenta a un rechazo sobre todo social” (E2R755).</p> <p>“También permite diversificar el ser mujer, que no todas las mujeres queremos lo mismo, no todas somos iguales, no todas tenemos las mismas proyecciones, entonces yo digo después de eso digo, me parece indispensable que exista la práctica, digamos no solamente legalizada sino también que sea más consciente entre la gente porque también hay prácticas de autogestión” (E2R806-809).</p> <p>“Yo si me volví muy abanderada de hablar del tema porque me di cuenta que yo había sabido del tema por hablar, escuchar hablar de eso, entonces quitarme la pena y todo eso por mis amigas y hablar” (E3R383-385).</p>	<p>94</p>

	<p>“Es una práctica que es un privilegio, que le falta mucha infraestructura institucional para lograrse, que tiene muchos enemigos y que tiene...y que es un caballo de Troya para manejar otras cuestiones políticas más densas” (E3R631-633).</p> <p>“El aborto tiene que avanzar jurídicamente, o sea, no depender de causales, para que en esa medida no haya tantas trabas a la hora de su ejercicio” (E3R648-650).</p> <p>“No te niego que es algo que a uno le cambia la vida, y que igual tu sientes que como que...no sé yo siento que mi corazón está dividido en muchos pedacitos, pero hay un pedacito que se murió, obviamente como que está muerto, porque igual es tu hijo” (E4R194-196).</p> <p>“Muy dolorosa, muy dolorosa...física y emocionalmente” (E5R265).</p> <p>“Tiene que haber lugares seguros para que esto ocurra, porque uno tiene derecho a hacerlo por las razones que tenga, porque es una situación supremamente angustiante, sea, muy, muy muy angustiante, pero es una situación que yo no le deseo a nadie, yo quisiera que nadie tuviera que abortar, que hubiera otras formas de cuidarse, otras formas de informarse” (E2R277-281).</p> <p>“No habría estado con esa persona” (E6R94).</p> <p>“Que debería ser legal, y deberían apoyar sobre todo las EPS, porque uno si necesita, uno, una guía psicológica para afrontar lo que viene después...que sea, no sé, sin riesgo, que todo lo monitoreen, que lo hagan sin invasión, sin ser invasivos, o sea sin hacer cosas que no, cosas que no le afecten a uno en un futuro si uno quiere tomar la decisión de si tenerlo...muchas mujeres a veces tienen que sacarle el útero por eso, o no pueden volver a tener hijos, si, si sería como mejor que lo legalizaran aquí en Colombia” (E6R113-119).</p> <p>“La experiencia que uno tiene es algo como uno siente que algo se le fue un pedacito...pues eran cosas que no se podían controlar, entonces pues igual la experiencia pues igual ahí uno ya pues vive eso pero uno también apoya que haya vida... si yo seguramente mi hijo tendría síndrome de Down, yo lo iba a tener porque no era algo que uno dijera que “ay no va a poner...” tenía un proceso más duro, de ayudarlo, todo eso, pero realmente el otro bebe no tenía esa esperanza” (E7R195-201).</p> <p>“Cambio porque pues ya lo que te digo, cuando ya es legal y ya uno ve las leyes y que eso uno ya como también se pone en la posición de las mujeres, ya uno ya entiende que ya son cosas legales, entonces ya uno entiende que por ejemplo una mujer que digamos ejemplo que es violada, de pronto pues no pueda tener realmente ese bebe porque no lo pueda...porque haya quedado hasta mal mentalmente, entonces eso ya es...dificulta más las circunstancias. Ya es como más a la persona, que es lo que realmente quiere hacer la persona” (E7R216-220).</p> <p>“Es un proceso difícil como cualquier otra cosa...dependiendo de su pensamiento religioso y lógico, moral o ese tipo de cosas... es como someterse a algo ajeno a uno que igual y uno igual va a sentir como dolor y</p>	
--	---	--

	<p>molestia, entonces no es agradable, pero es necesario... yo creo que debería ser legal y sobre todo que debe haber sitios en todo el país” (E8R153-157).</p> <p>“La parte económica, pero afortunadamente salí de eso rápido” (E8E166).</p> <p>“Creo que hay que lucharla más, entonces creo que desde ser mujer hay que seguir luchando como por esas pues por esas toma de decisiones que al final debería ser de la mujer sin que otra persona este juzgando o esté diciendo si está bien o está mal, entonces creo que hay que luchar, que hay que educar, que hay que prevenir y eso nos toca a cada una de nosotras con nuestros familiares, con nuestras amigas, con nuestras allegadas, las personas que conocemos” (E8R174-178).</p> <p>“Algo que uno no, no quisiera hacer y que todo el mundo pensaría que es algo que es como una consecuencia de algo malo que tu hiciste, pero si tú te has cuidado es también un suceso inesperado para muchas personas, pero que no es algo que uno lo haga como con...con gusto o con intención, porque de verdad hay muchas razones por las cuales no se puede y hubo algo que falló” (E9R156-160).</p> <p>“El tema de la planificación es algo que nos carga hormonalmente, si por qué quien se aplica la inyección, quien consume las pastas, quienes se mete un dispositivo somos las mujeres cuando los hombres también podrían planificar...creo que si debe ser una cosa compartida pero si considero que la mujer debe ser quien decida en todos los ámbitos si tener o no un bebe, y como lo he dicho varias veces, efectivamente creo que el aborto no se puede volver un método de anticoncepción (E10R76-82).</p> <p>“Me di cuenta que hay que también formarles a los hombres, hay que formarles y que sean al menos cariñosos en ese sentido, o sea lo que uno más quiere es como la atención (E10R259-261).</p> <p>“No es como “el aborto, si lo hice y ya”, sino que creo que me he puesto en realidad en la tarea pensar que es un aborto, que implica, como mejorarlo, como mejorarlo para nuestro...para Colombia, y que cosas quedan en el aire, si, como creo que muy pocas mujeres se han pensado que el aborto también incluye a los hombres” (E10R609-612).</p> <p>“cuando usted vaya a su EPS pueda realizárselo sin ninguna traba, ahora, jurídicamente lo que digo, creo que despenalizarlo, o sea que no solamente sea bajo esas tres causas, ya están, pero literalmente que sea algo más de los derechos sexuales y reproductivos que tenemos las mujeres, porque como es un mercado no regulado respecto al tema de la clandestinidad, pues pone en riesgo la vida, y pues en la Constitución el derecho fundamental es el derecho a la vida, entonces si uno o no está velando por el derecho a la vida de la mujer” (E10R631-638).</p> <p>“Creo que debemos empezar a avanzar hacia el tema de la gratuidad y la seguridad y poderlo, poder tratar el tema, no como promover el aborto, sino como prevenir quedar embarazada, tener una vida sexual segura, responsable, pero que, si en algún momento quedas embarazada, puedas ir a tu EPS” (E10R639-642).</p> <p>“El aborto es una cuestión de clase” (E10R652).</p>	
--	--	--

	Sentimientos y pensamientos asociados a la practica	<p>“Hoy en día yo lo volvería a hacer” (E1R76).</p> <p>“Sí me volviera a pasar tendría que mirar no solamente mis condiciones económicas sino también emocional y también como de proyección de vida” (E2R891-893).</p> <p>“Yo creo que lo volvería a hacer” (E3R866).</p> <p>“Sí yo quedara en embarazo nuevamente no lo tendría, pero pues ahorita me cuido el triple” (E4R288-289)</p> <p>“No lo haría nuevamente, no pasaría por eso...por eso estoy planificando...no es una experiencia que uno quiera repetir (E5R192-193).</p> <p>“Sí digamos uno cambia muchas cosas, uno se siente como, no sé, tu sientes como que algo hiciste...como que algo en ti no está bien y toda la vida duras con esa sensación, eso nunca se quita, toda la vida tú vas a recordar lo que hiciste” (E6R135-137).</p> <p>“Yo dije “no, la próxima vez que pase, que me prometí no...que no va a volver a pasar sin mi consentimiento”, no lo iba a volver a hacer, digamos que esta vez no fue esperado, pues porque uno no planea esas cosas tan joven, pero pues no pensé en...en abortarlo” (E6R140-142).</p> <p>“Es algo que me continua porque ya tengo mis otros dos niños y eso es lo que le da a uno fuerzas y como esa esperanza de que de pronto algún día vamos a estar con esa bebe” (E7R211-213).</p> <p>“Creo que fue la mejor decisión que he tomado en mi vida” (E8R182).</p> <p>“Cambio muchas cosas de mi vida, creo que me hizo también una persona de pronto más responsable frente a ciertas cosas, al menos sexuales...constantemente estarse cuidando y estar yendo como al médico a hacerse chequeos, no solamente de posibles embarazos sino de embarazos que puede traer, eso no, yo creo que cambio también toda mi vida en ese sentido” (E8R183-187).</p> <p>“Sería el colmo de mi parte, pero volvería a abortar” (E8R189).</p> <p>“Pues yo diría que positivo porque pude seguir con mi vida, pero negativo porque la cuestión psicología es muy fuerte y no sé, o sea como te digo, es algo que uno no busca hacer y no es algo ni bueno ni malo, es algo que pasa” (E9R222-224).</p> <p>“Sí yo quedara otra vez embarazada, asumiría, sí, porque ya pues tome un método anticonceptivo mucho más fuerte” (E9R229-231).</p> <p>“Se fue lo que algún día pudo ser una vida” (E10R299).</p> <p>“Para mí no es un tabú poder decir “si, aborte” no me siento culpable, no siento que haya sido un pecado capital, creo que me refuerza en el feminismo, refuerza los supuestos que el feminismo esboza y creo que me da mayor legitimidad poder hablarlo, el poder hablarlo” (E10R495-498).</p> <p>“Lo que más se debe hacer, acompañar, acompañar de corazón, querer profundamente, no juzgar, porque tú ya te juzgas, internamente así seas la feminista más áspera del mundo, hay cosas que la sociedad, que el patriarcado todavía están en ti y tú ya te juzgas entonces es mucho mejor cuando cuentas con una persona</p>	76
--	---	--	----

		<p>que te rodea de amor, de tranquilidad, de vamos a salir adelante, no te va a pasar nada, entonces creo que eso es muy importante” (E10R540-545).</p> <p>“Velo por aquellas pues que no han salido de la mejor manera o que todavía tiene secuelas o pues que han perdido su vida en ella, creo que mi deber como feminista, como mujer que ha abortado es poder garantizar pues que ninguna muera en ese procedimiento y que las cargas emocionales se puedan alivianar hablándolo, que la sociedad vaya aceptándolo, quitando un poco de la moral cristiana y católica” (E10R674-679).</p> <p>“Mayor impacto fue la depresión que se me generó después porque contexto que estaba viviendo, por el contexto en el que estaba viviendo y las secuelas que pudieron llegar a generarse en medio de esa depresión, pero más allá de eso, pues de salud estoy bien, de salud estoy bien, mentalmente considero que estoy bien, estoy lucida” (E10R695-698).</p> <p>“Sí quedara en este momento embarazada y no tuviera una pareja estable, una pareja con la que yo diga “bien, lo vamos a afrontar juntos, tú también tienes tus proyectos yo tengo mis proyectos, esta vida no va a ser un estorbo sino que va a ser algo que nos motive a trabajar colectivamente, juntos”, lo asumiría y sobre todo lo asumiría si mi condición económica me lo permitiera... solamente bajo ese contexto, decidiría ser mamá, si no es en ese contexto, volvería a abortar” (E10R704-712).</p>	
--	--	---	--

Nota: Tabla elaborada a partir de la realización de las entrevistas semiestructuradas.

Anexo 4.2. Categorías emergentes

Tabla 6

Sistematización de la información mediante categorías emergentes

Categorías emergentes	Segmentos del relato	Frecuencias de uso
<p>Referencia de experiencias conocidas de IVE</p>	<p>“Esas cosas como que me las he puesto a pensar muy desde mi experiencia, muy desde la experiencia de mis compañeras que también lo ha realizado y también pues de las historias, de las historias que una ve de chicas que van muriendo por la vida por practicarse un aborto clandestino” (E10R613-616).</p> <p>“No sabía sí era legal o no, no tenía ningún tipo de conocimiento, y como toda mujer ¿que hice? Buscar a una persona, una amiga mía, que ya hubiese pasado por ese proceso y de más y ella fue la que a mí me oriento y de hecho el lugar al que yo fui se llama Oriéntame... porque tampoco uno se va a poner como a arriesgar la vida, porque eso era otro factor que a mí me daba como miedo” (E9R56-59, 64).</p> <p>“Le conté a una amiga, pero yo no sabía que ella también lo había hecho, entonces no...ella se puso a llorar y yo pensé que me iba a regañar o alguna cosa, pero entonces me dijo que no que ella había pasado por lo mismo, entonces como que sentí empatía hacia ese lado, me tranquilizó un poco” (E6R86-87).</p> <p>“Luego mis amigas, algunas de mis amigas, dos, quedaron embarazadas, quedaron embarazadas, una como que no, no, no nos dijo, no nos dijo pero pues yo lo sentí y fue como “sí”, esta es la hora...ella como que no nos pidió compañía y cuando pues yo me di cuenta de que había ocurrido, nada, pues no sabía qué hacer, entonces como que no la juzgue, obviamente nunca, nunca la juzgue, como que intenté rodearla” (E10R200-204).</p> <p>“Toca por el otro lado, donde una de mis amigas se lo realizo” y dije “a ella le fue súper bien entonces yo espero que me vaya igual de bien” y pues afortunadamente si fue así” (E10R434-436).</p> <p>“Cuando mis amigas quedaron embarazadas fue como “háganle, todo bien, yo las acompaño, no hay ningún problema” (E10R671-672).</p>	<p>6</p>
<p>Redes de apoyo en la experiencia de IVE</p>	<p>“Me sentí tranquila, la verdad, o sea yo en ningún momento desde que me entere hasta que paso como llore o...no, siempre estuve tranquila porque sabía que tenía el respaldo de una persona que iba a estar conmigo pasara lo que pasara” (E4R114-116).</p> <p>“En la sala de espera hay como en la pared una red de manos de mujer y era como “Cuéntale a las personas tu experiencia o cuéntale a tu amiga” para que veas que no estás sola” (E1R77-79).</p> <p>“Fue un proceso colectivo, muy colectivo, que me ató a mucha gente, a mucha gente” (E3R624).</p>	<p>20</p>

“Una ventaja en mi casa es que mi mama es una amiga muy cómplice en mí, o sea obviamente como que tengo mucha confianza, como que a la primera que pensé contarle fue a ella, porque pues tengo ese nivel de confianza, sé que en otras mujeres no es así” (E2R90-92).

“Ya tenía amigas que habían pasado por eso entonces como que me recomendaron algunos lugares y dentro de esos lugares esta Oriéntame (E2R247-249).

mis amigas “tranquila acá estamos para ayudarte, no estás sola”, mis amigas también ahí súper firmes” (E2R433-434).

“Y yo quiero tener otro bebe”, entonces estoy limitando también mi vida (E7R127).

“Lo que es sororidad plena porque es como todas tus amigas también súper parece no importa nos empeñamos todas, pero lo hacemos y para mí también eso fue un momento de: “ush gracias”, porque pues en esos momentos uno si necesita sentirse con alguien”. (E2R449-453).

“Tengo muchas amigas lo que te digo que han pasado por la misma situación entonces es como una red de apoyo y de solidaridad donde uno dice bueno todo bien” (E2662-663).

“Se hace como un parche chévere de apoyo mutuo” (E2R301).

“He sido apoyo en otras mujeres cuando se enfrentan a algo así, yo digo parece la entiendo, la re entiendo así que todo bien, si no está sola y por te digo me parece un horror que pasen cosas como las que pasan porque somos muchas” (E2R650-652).

“Hablar esto con muchas amigas porque las que abortamos parece que nos encontramos siempre, y hablamos de al respecto” (E3R85-87).

“La figura principal ahí para mí no fue el, sino fueron mis amigas” (E3R269).

“Eso es algo muy propio de Oriéntame que te dicen cuando estas en el procedimiento que te dicen pues que somos una red entonces tú ya sabes alguien va a abortar, tú le dices, tienes que ir a tal lado o después de eso y yo me volví muy abierta a hablar del tema” (E3R279-282).

“Él estaba conmigo y él me dijo “hazlo, hacemos lo que tú quieras, o sea es tu decisión, es tu cuerpo, yo te voy a apoyar en lo que tú quieras” (E4R59-61).

“Afortunadamente yo conocía a una persona que había abortado también y ella me sugirió el lugar, me dio las indicaciones, como que recibí apoyo de parte de ella en ese sentido” (E5R122-124).

“Pero estuve acompañada de mi esposo, de mi mama, de mi suegra, de mis cuñadas, estuve siempre como en esa...de mí misma iglesia, de mis pastores, todo estuvo como en eso ahí, entonces eso me animaba a continuar y pues a dejarlo todo como en la voluntad de Dios” (E7R112-114).

“Afortunadamente salí de eso rápido y eso fue gracias a mis amigas realmente” (E8R166-167).

“Yo desde ese momento en cualquier caso que se presenta de alguna amiga, yo siempre soy como “si necesita hablar, si quiere algo, dígame, que si yo no sé puedo conseguir a alguien que de pronto si tenga el conocimiento para hablar con usted y orientarla de una manera mejor” (E8R179-181).

	<p>“Como toda mujer ¿que hice? Buscar a una persona, una amiga mía, que ya hubiese pasado por ese proceso y de más y ella fue la que a mí me oriento” (E9R56-58).</p>	
<p>Concepción de la maternidad</p>	<p>“Es que era muy joven, en esa época yo pensaba era en otras cosas, pero tal vez si hubiera sido alguien que yo quisiera mucho y alguien que hubiera estado constantemente si lo hubiera tenido” (E6R72-74).</p> <p>“Yo también quiero tener una maternidad totalmente tranquila, no quiero trabajar y estudiar y tener tres trabajos pues para dar cuenta de” (E3R248-250).</p> <p>“Creo que es una responsabilidad demasiado, demasiado grande y que debe ser un disfrute yo si no creo que la maternidad debe ser un sacrificio” (E3R896-897).</p> <p>“Creo que la maternidad nunca debe ser una negación para nadie, si, o sea, ni un sacrificio” (E3R885).</p> <p>“Entonces eso me da tranquilidad y también me proyecto, me proyecto en un largo plazo a poder algún día tener un hijo o una hija, preferiría una hija, y formarla como súper empoderada pero si tengo un hijo también lo formaría súper con valores, con responsabilidad, con amor hacia su prójimo totalmente y sobre todo con coherencia, con mucha, mucha coherencia entonces si me siento muy tranquila y feliz de poder continuar con mi vida como la he soñado mediadamente” (E10R689-693).</p> <p>“Nadie tiene porque obligarte a ser mamá” (E1R56).</p> <p>“No es justo que se pierdan vidas y que se...o que hayan maternidades no deseadas porque yo si digo la maternidad para mi será deseada o no será, o sea es mi consigna, pero pues obviamente respetar la posibilidad de otras mujeres” (E24842-845).</p> <p>“Yo siempre había querido ser mamá digamos siempre desde muy pequeña yo dije: “Eso es como con lo que yo me voy a realizar en la vida” (E5R20-22).</p> <p>“No me arrepiento porque sé que yo quería mucho ser mamá y no habría sido las condiciones que habría deseado para que las cosas sucedieran” (E5R72-74).</p> <p>“Ay yo hubiera querido tener ese bebe” (E7R141).</p> <p>“Alegría, yo quedé contenta porque yo dije “voy a otra vez un bebe, voy a tener otra vez otro bebe” (E7R171-174).</p> <p>“Tengo mis otros dos niños y eso es lo que le da a uno fuerzas y como esa esperanza de que de pronto algún día vamos a estar con esa bebé” (E7R212-213).</p> <p>“La concepción...la maternidad me cambió. Antes yo era una persona muy negada, yo decía “¿cómo es posible que una persona tenga hijos sabiendo la situación actual del mundo?” (E9R183-185).</p> <p>“Tuve como un rezago a los embarazos y los embarazos a mí me parecían un proceso raro, extraño y como que no llamaba mucho la atención tener hijos y de más por el proceso tan raro, que una persona dé a luz a otra persona me parece algo raro, pero es algo natural” (E9R20-22).</p> <p>“Haber abortado no implica que nunca quieras ser mamá o que la maternidad sea algo que tú ves de una manera depurable o peyorativa de alguna manera” (E10R336-337).</p> <p>“Las mujeres, sinónimo de vida” y si lo somos y de fuerza, si claro, lo somos, maternidad no” (E10R481-482).</p>	<p>18</p>

	<p>“Es importante poder especificarle a muchas mujeres que cuando tu abortas no estás en contra de la maternidad” (E10R647-648).</p> <p>“Tienen como el imaginario de que cuando tu abortas es porque no quieres ser mama, en mi caso si quiero ser mama, solamente que en ese momento pues no tengo condiciones socioeconómicas para traer a un ser humano a este mundo y no lo voy a traer con baja garantía” (E10R94-98).</p>	
--	--	--

Nota: Tabla elaborada a partir de la realización de las entrevistas semiestructuradas.

